INFORME PLAN DE GESTIÓN

2024

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ - CRIB

	E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ CRIB
	INFORME PLAN DE GESTIÓN

TABLA DE CONTENIDO

1. CONTEXTO ORGANIZACIONAL 3
2. PLAN DE GESTIÓN Y DESARROLLO 2024-2028 4
3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO 4
   3.1. MISIÓN 4
   3.2. VISIÓN 4
   3.3. PRINCIPIOS Y VALORES 4
3.4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 5
   3.5. INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL 2024 – CRIB 6

	E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ CRIB
	INFORME PLAN DE GESTIÓN

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 GESTIÓN Y DESARROLLO 2024-2028

La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá mediante Acuerdo GER N° 100.03.01.006 del 22 de Mayo de 2024 aprobó el plan de gestión y desarrollo 2024-2028 presentado por la Gerente.

3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

3.1. MISIÓN

Somos una institución prestadora de servicios de salud, enfocados en la atención integral de pacientes con enfermedad mental, contamos con un equipo humano, experto y comprometido con las necesidades de cada individuo y sus familias. Servimos a la comunidad dignificando a la persona y buscando mejorar su calidad de vida.

3.2. VISIÓN

Seremos una institución reconocida por nuestro modelo de atención seguro y humanizado, desarrollando nuevos servicios y generando conocimientos en salud para la atención de patologías mentales que respondan a las necesidades crecientes de nuestro entorno.

3.3. PRINCIPIOS Y VALORES

Principios:

- Excelencia
- Proactividad
- Cuidado
- Gratitud
- Prudencia

Valores:

- Respeto
- Honestidad
- Compromiso
- Diligencia

- Justicia

3.4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Mejorar continuamente los procesos institucionales, buscando el abordaje de las necesidades de la institución de forma efectiva, con un enfoque de gestión de riesgo integral.

Gestionar de forma eficiente y efectiva los recursos físicos y tecnológicos, que permitan contribuir a la seguridad y humanización de usuarios y colaboradores.

Acoger a la persona respetando su dignidad, buscando generar en el paciente, su familia y nuestros colaboradores experiencias humanizantes.

Buscar el bienestar para nuestros usuarios y sus familias, a través de la gestión de nuestro modelo de atención con enfoque seguro y humanizado.

Mejorar la oferta de servicios y coberturas, para la población creciente que requiere atención integral en patologías mentales.

Ser generadores de conocimiento en salud mental a través de alianzas con instancias que requieran el abordaje de las patologías de salud mental de la población Boyacense.

Formalizar gradualmente la vinculación del talento humano, fomentando el trabajo digno en cumplimiento de la normativa legal.

Asegurar alianzas con instituciones educativas que permitan brindar una educación con calidad a la comunidad estudiantil que realice práctica clínica en nuestra institución.

Generar sostenibilidad financiera, mediante el control y eficiencia en el uso de los recursos.

Perspectiva de Gestión de procesos y mejoramiento continuo.

- Mejorar continuamente los procesos institucionales, buscando el abordaje de las necesidades de la institución de forma efectiva, con un enfoque de gestión de riesgo integral.
- Gestionar de forma eficiente y efectiva los recursos físicos y tecnológicos, que permitan contribuir a la seguridad y humanización de usuarios y colaboradores.
- Acoger a la persona respetando su dignidad, buscando generar en el paciente, su familia y nuestros colaboradores experiencias humanizantes.

Perspectiva de Atención centrada en el usuario y su familia.

- Buscar el bienestar para nuestros usuarios y sus familias, a través de la gestión de nuestro modelo de atención con enfoque seguro y humanizado.
- Mejorar la oferta de servicios y coberturas, para la población creciente que requiere atención integral en patologías mentales.
- Ser generadores de conocimiento en salud mental a través de alianzas con instancias que requieran el abordaje de las patologías de salud mental de la población Boyacense.

Perspectiva de Fortalecimiento del talento humano

- Formalizar gradualmente la vinculación del talento humano, fomentando el trabajo digno en cumplimiento de la normativa legal.
- Asegurar alianzas con instituciones educativas que permitan brindar una educación con calidad a la comunidad estudiantil que realice práctica clínica en nuestra institución.

Perspectiva de Fortalecimiento de la gestión financiera

- Generar sostenibilidad financiera, mediante el control y eficiencia en el uso de los recursos.

3.5. INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL 2024 – CRIB

El seguimiento obedece a la *Gestión de Direccionamiento Estratégico*, en ejercicio de la *segunda línea* de defensa de la entidad, acorde al ámbito de aplicación del *Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG*, *seguimiento, evaluación y control.*

De acuerdo con lo anterior, desde el proceso de *Planeación Estratégica* de la *E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá*, se realiza seguimiento a las actividades planteadas en el *Plan Operativo Anual 2024*, solicitando a los responsables de cada área, las evidencias que soporten la ejecución y el cumplimiento de los indicadores determinados en el *Plan Operativo Anual*.

Soportado en las evidencias que fueron presentadas a la *Oficina Asesora de Planeación* se presenta la siguiente relación:

	E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ CRIB
	INFORME PLAN DE GESTIÓN

PLAN OPERATIVO ANUAL 2024 ***NUMERO ACTIVIDADES* - 134**	
ESTADO	**SEGUIMIENTO DICIEMBRE**
COMPLETO	110
EN DESARROLLO	9
ATRASADO	11
NO INICIADO	4
TOTAL	**134**
CUMPLIMIENTO	***88,08 %***

ANALISIS: Para la vigencia 2024 se dio cumplimiento al 88.8% de las actividades planeadas en el plan operativo anual de la vigencia, quedando un 11.2% en estado atrasado y no iniciado, se resalta el avance de las actividades programadas y el compromiso de los responsables en el logro de los objetivos propuestos, logrando resultados satisfactorios en las perspectivas planteadas.

*****Se Anexa el Formato ***E-GDE-PE-F-07 PLAN OPERATIVO ANUAL*** que hace parte integral del presente informe que contiene el listado de las metas del *Plan Operativo Anual* y del *Plan de Gestión y Desarrollo*, programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas.

Control de Emisión		
Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Carlos Quintiliano Correales Rojas	*Diana Catalina Delgado Jiménez*	*Diana Catalina Delgado Jiménez*
Cargo:	**Cargo:**	**Cargo:**
Asesor de Planeación	*Gerente*	*Gerente – Preside el CIGD*

E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ CRIB		**Código: E-GDE-PE-F-07**
GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO – PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		**Versión : 03**
FORMATO DE PLAN OPERATIVO ANUAL		**Fecha: 15/08/2024**

PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR PLAN DE GESTIÓN	FORMULA DE INDICADOR	META (2024)	FUENTE DE INFORMACION	ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO 5 FECHA: ESTADO DE LA ACTIVIDAD	SEGUIMIENTO 5 FECHA: ACTIVIDADES REALIZADAS	SEGUIMIENTO 5 FECHA: OBSERVACIONES	SEGUIMIENTO 6 FECHA: ESTADO DE LA ACTIVIDAD	SEGUIMIENTO 6 FECHA: ACTIVIDADES REALIZADAS	SEGUIMIENTO 6 FECHA: OBSERVACIONES
Perspectiva de Gestion de procesos y mejoramiento continuo	Mejorar continuamente los procesos institucionales, buscando el abordaje de las necesidades de la institucion de forma efectiva, con un enfoque de gestión de riesgo integral	Mejoramiento Continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	1.2	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior	Realizar autoevaluación frente a los estándares del Sistema Unico de Acreditacion en Salud, acorde a lo definido en el Manual de Acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia version 3	Matriz de Autoevaluación realizada													Asesor Desarrollo de Servicios - Lideres de Proceso	EN DESARROLLO		La Autoevaluación se realiza con corte de la viegencia 2024, por lo que la matriz se realiza en enero de la siguiente vigencia	EN DESARROLLO		La Autoevaluación se realiza con corte de la viegencia 2024, por lo que la matriz se realiza en enero de la siguiente vigencia
						Realizar priorización de acciones de mejora para la vigencia	Matriz de Autoevaluación realizada																			
		Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	0.9	Superintendencia Nacional de Salud	Documentar el procedimiento de autoevaluación alineado con PAMEC	Documento del procedimiento de autoevaluación alineado con PAMEC													Asesor Desarrollo de Servicios	EN DESARROLLO	SE INICIA PROCESO DE DOCUMENTACION, DEL PROCEDIMIENTO DE AUTOEVALUACION ALINEADO POR PAMEC.	Se remite avances en la construcción del procedimiento	COMPLETO	Documento Procedimiento Autoevaluacion alienado con PAMEC	
						Socializar el procedimiento de autoevaluación alineado con PAMEC a líderes de proceso	Lista de asistencia a socialización														NO INICIADO			COMPLETO	Se socializa en CIGD - Acta y listado de asistencia	
						Realizar seguimiento a la ejecución de PAMEC	Evidencias de seguimiento														EN DESARROLLO	SE REALIZA SEGUIMIENTO PAMEC ACORDE A MATRIZ DE SEGUIMIENTO CON INFORME REMITIDO A SESALUB	MATRIZ SEGUIMIENTO PAMEC INFORME SEGUIMIENTO PAMEC REMITIDO A SESALUB.	COMPLETO	Se realiza seguimiento y se socializa en CIGD - Acta y listado de asistencia	
						Realizar cierre de ciclo															NO INICIADO			COMPLETO	Se cierra el ciclo	
		Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	>=0,90	Informe del responsable de planeación de la ESE: De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SÍ/NO); y el cálculo del indicador	Realizar seguimiento a las metas del POA	Oficios, Actas, Correos y/o Listados de asistencia													Asesor de Planeación - Asesor de Control Interno de Gestión	EN DESARROLLO	Se envio correo el 07/11/2024 solicitando presentar informe de avance con plazo máximo el 15/11/2024 - Circular 066 para revisión de avances	Varios lideres de proceso no presentaron el informe solicitado, en la fecha estipulada.	COMPLETO	Se realiza seguimiento y socialización en CIGD - Acta y listado de asistencia	
						Informe a la Alta Dirección del seguimiento correspondiente	Informe consolidado														ATRASADO			COMPLETO	Se presenta informes de seguimiento	
Perspectiva de Fortalecimiento de la gestión financiera	Generar sostenibilidad financiera, mediante el control y eficiencia en el uso de los recursos	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida (1)	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)]	<0,90	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	Revision y analisis de la ejecución presupuestal de gastos de la vigencia objeto de la evaluación	Certificación de Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida para la vigencia													Subgerencia Administrativa y Financiera - Subgerencia Científica - Contabilidad - Revisor Fiscal	ATRASADO			ATRASADO		
						Revision y analisis de la ejecución presupuestal de gastos de la vigencia anterior															ATRASADO			ATRASADO		
						Revisión y analisis UVR de la vigencia objeto de la evaluación															ATRASADO			ATRASADO		
						Revisión y analisis UVR de la vigencia anterior															ATRASADO			ATRASADO		
		Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada	0.7	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo deberá contener: 1. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material medico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b), c). 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material medico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de adquisiciones de la ESE adquisiciones por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada. 4. Aplicación de la formula del indicador	Revision y analisis de la ejecución presupuestal de gastos de la vigencia	Certificacion del valor de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico discriminando cada uno de los mecanismos de compra													Subgerencia Administrativa y Financiera - Contabilidad - Revisor Fiscal - Subgerencia Científica	NO INICIADO			NO INICIADO		Se certifica a corte 31 de diciembre por lo que se realiza en enero de la vigencia siguiente
						Revision y Analisis de los diferentes mecanismos para la adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico															NO INICIADO			NO INICIADO		
		Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del mento frente a la vigencia anterior	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación / (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)	Cero	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador, que como mínimo contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador	Revisión de los pasivos por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios	Informe de los pasivos por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios													Subgerencia Administrativa y Financiera - Contabilidad - Revisor Fiscal	ATRASADO			COMPLETO	Estados financieros cargados en la pagina de la entidad: https://www.cribsaludmental.gov.co/index.php?option=com_content&view=category&id=495&Itemid=1646	
						Reconocimiento en Estados Financieros de las cuentas por pagar	Estados Financieros														ATRASADO			COMPLETO		
						Expedicion de resolución de cuentas por pagar	Resolución Cuentas por pagar														NO INICIADO			NO INICIADO		Se certifica a corte 31 de diciembre por lo que se realiza en enero de la vigencia siguiente
Perspectiva de Gestion de procesos y mejoramiento continuo	Mejorar continuamente los procesos institucionales, buscando el abordaje de las necesidades de la institucion de forma efectiva, con un enfoque de gestión de riesgo integral	Utilización de información de registro individual de prestaciones - RIPS	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la junta directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación	4	Informe del responsable de planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de junta directiva en las que se presentó el informe	Verificar las Actas de Junta Directiva en las que se presentaron RIPS	Actas revisadas y consolidadas													Asesor de Planeación	COMPLETO	Se realiza revisión de todas las Actas de Junta Directiva		COMPLETO	Se realiza revisión de todas las Actas de Junta Directiva	
						Realizar informe relacionado de RIPS presentados a Junta Directiva	Informe consolidado														COMPLETO	Certificación de fecha 30/10/2024 RIPS 4° Trimestre 2023 (Acta 3) - 1° y 2° trimestre 2024 (Acta 12)		COMPLETO	Certificación de fecha 30/10/2024 RIPS 4° Trimestre 2023 (Acta 3) - 1° y 2° trimestre 2024 (Acta 12)	
Perspectiva de Fortalecimiento de la gestión financiera	Generar sostenibilidad financiera, mediante el control y eficiencia en el uso de los recursos	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)	1	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	Gestionar la cartera	Archivo por edades de cartera y recaudo presupuestal													Subgerencia Administrativa y Financiera - Contabilidad - Facturación - Revisor Fiscal	ATRASADO			COMPLETO	Archivos de seguimiento a EPS - Informes de Gestión de Cartera Junio y Septiembre	
						Circulizar EPS, identificar pagos, seguimiento a anéa de facturación para radicación de facturación devuelta	Oficios, correos y citas de conciliacion realizadas														ATRASADO			COMPLETO	Archivos de seguimiento a EPS - Informes de Gestión de Cartera Junio y Septiembre	
						Descarga de pagos en Software institucional 2024, solicitar a Glosas actualización en la cartera con los motivos que iniciales y finales.	ESTADO DE CARTERA														ATRASADO			COMPLETO	Cartera por edades 2193	
						Elaborar y presentar oportunamente los informes	Soporte de validacion y envio correcto de los informes														ATRASADO			COMPLETO	Pantallazo Envio de formularios	
		Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud	Elaborar y presentar oportunamente los informes	Soporte de validacion y envio correcto de los informes													Subgerencia Administrativa y Financiera - Contabilidad - Cartera - Glosas	NO INICIADO			NO INICIADO		Se certifica a corte 31 de diciembre por lo que se realiza en enero de la vigencia siguiente
		Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social	Revision y analisis de los estados financieros trimestrales	Proyección Estados Financieros													Subgerencia Administrativa y Financiera - Contabilidad	EN DESARROLLO	Se adjinta pantallazo del cargue "Reporte de entrega trimestral al Ministerio" de Abril, Agosto y Noviembre.		COMPLETO	Envio de informes SIHO	
						Aprobación de Estados financieros trimestrales	Estados Financieros Firmados																	COMPLETO	Reporte de entrega trimestral al ministerio	
						Cargue en plataforma SIHO de los Estados Financieros aprobados	Cargue en plataforma SIHO																	COMPLETO	Revisión y análisis de los estados financieros trimestrales	
						Validación en plataforma SIHO de los Estados Financieros aprobados	Certificación de inconsistencias en el cargue de la información																	COMPLETO	Envio de informes SIHO	
			Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el		Informe del Comité de Historias Clínicas de la	Consolidar egreso hospitalario de la entidad, con el fin de realizar identificacion de la primera causa de egreso hospitalario de manera semestral.	Egreso hospitalario de la entidad consolidado														EN DESARROLLO			COMPLETO	Tabla Consolidado Egreso Hospitalario	
						Realizar mesa de trabajo con profesionales de Psiquiatría y medicina para revision de la GPC de la principal causa de egreso hospitalario identificada para el periodo objeto de seguimiento	Listado de asistencia de la mesa de trabajo														EN DESARROLLO	SE REALIZA MESA DE TRABAJO PARA REVISION Y SOCIALIZACION DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA	LISTADO DE ASISTENCIA A SOCIALIZACION DE GPC	COMPLETO	Listado asistencias Sep - Dic GPC con Psiquiatría y medicina	
						Realizar proceso de adopcion de la GPC acorde a los resutados de Egreso hospitalario de la ESE, mediante acto administrativo	Adopcion de la GPC														ATRASADO			COMPLETO	Se expide Reolución N° 328 Adopción de GPC	

Perspectiva de Atención centrada en el usuario y su familia	Buscar el bienestar para nuestros usuarios y sus familias, a través de la gestión de nuestro modelo de atención con enfoque seguro y humanizado	Evaluación de aplicación de Guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE	Número de muertes por causa para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnósticode la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	>=0,80	Informe del referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guías, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la formula del indicador	Diseñar instrumento de medicion de adherencia a GPC priorizada como principal causa de egreso durante el periodo evaluado	Instrumento de medicion de adherencia a GPC											Subgerencia Científica - Asesor Desarrollo de Servicios - Profesionales Psiquiatría - Profesionales de Medicina	EN DESARROLLO	Se avanza en construccion de instrumento de medicion de adherencia a GPC priorizada como principal causa de egreso durante el periodo evaluado		COMPLETO	Instrumento de medicion de adherencia a GPC Aprobado	
						Realizar auditoria de medicion de adherencia a GPC priorizada, bajo la metodologia por pares, teniendo en cuenta la definicion de la muestra.	Auditoria de medicion de adherencia a GPC													NO INICIADO			COMPLETO	Instrumento de medicion de adherencia a GPC Aprobado	
						Retroalimentar resultados de la medicion de adherencia a GPC priorizada para egreso hospitalario.	Resultados de la medicion de adherencia a GPC													NO INICIADO			COMPLETO	Informe resultado de medicion de adherencia a GPC priorizadas conforme a los resultados del perfil epidemiologico	
						Formular acciones de mejora acorde a los resultados de la medicion de adherencia a GPC priorizada para egreso con el fin de eliminar las brechas identificadas.	Acciones de mejora acorde a los resultados de la medicion de adherencia a GPC													NO INICIADO			COMPLETO	se formulan acciones de mejora en el infoorme de resitado de medicion de adherencia a GPC	
		Analisis de mortalidad Intrahospitalaria	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación	>=0,90	Informe del referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la formula del indicador	Analizar y recopilar información de los pacientes con alto riesgo de mortalidad	Formato de eventos adversos													Subgerencia Científica	ATRASADO			EN DESARROLLO	Se diligencia el formato	
						Se presenta el estudio de casos al comité	Acta del comité														ATRASADO			EN DESARROLLO	Actas comité seguridad del paciente	
						Se establece plan de atención integral con enfoque seguro y humanizado	Plan de atención individualizado														ATRASADO			ATRASADO		
						Seguimiento periodico a los casos identificados	Evidencias del seguimiento														ATRASADO			EN DESARROLLO	Ficha tecnica indicador	
		Evaluación de aplicación de guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas de la muestra representativa para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE auditadas en la vigencia objeto de evaluación.	>=0,80	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de las guías de manejo de las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la formula del indicador	Identificacion de Perfil epidemiologico de la ESE para la vigencia 2024 en el ambito hospitalario y ambulatorio	Perfil epidemiologico de la ESE para la vigencia 2024													Subgerencia Científica - Asesor Desarrollo de Servicios - Profesionales Psiquiatría - Profesionales de Medicina	ATRASADO			COMPLETO	Perfil epidemiologico ambito ambulatorio y Hospitalario	
						Realizar mesa de trabajo con equipo de Psiquiatria y medicina para revisión de guia de practica clinica de acorde a las tres (3) primeras causas de morbilidad identificadas para ESE.	Listado de asistencia de la mesa de trabajo													ATRASADO			COMPLETO	Listado asistencias Sep - Dic GPC con Psiquiatria y medicina	
						Realizar proceso de adopcion de la GPC acorde a los resultados de perfil epidemiologico de la ESE, mediante acto administrativo	Adopcion de la GPC													ATRASADO			COMPLETO	Instrumento de medicion de adherencia a GPC Aprobado	
						Diseñar instrumento de medicion de adherencia a GPC priorizada como las tres principales causa de morbilidad tanto para el ambito hospitalario como ambulatorio durante el semestre evaluado	Instrumento de medicion de adherencia a GPC													ATRASADO			COMPLETO	Instrumento de medicion de adherencia a GPC Aprobado	
						Realizar Medición por pares del indicador de Adherencia a Guía de Practica Clinica identificadas como las tres principales causas de morbilidad tanto hosoitalaria como ambulatoria	Medición por pares del indicador de Adherencia a Guía de Practica Clinica identificadas													ATRASADO			COMPLETO	Instrumento de medicion de adherencia a GPC Aprobado	
						Retroalimentar resultados del indicador de adherencia a Guía de Practica Clinica identificadas como las tres principales causas de morbilidad tanto hospitalaria como ambulatoria.	Resultados de la medicion de adherencia a GPC													NO INICIADO			COMPLETO	Informe resultado de medicion de adherencia a GPC priorizadas conforme a los resultados del perfil epidemiologico	
						Formular acciones de mejora acorde a los resultados del indicador de Adherencia a Guía de Practica Clinica priorizadas	Acciones de mejora acorde a los resultados de la medicion de adherencia a GPC													NO INICIADO			COMPLETO	se formulan acciones de mejora en el infoorme de resitado de medicion de adherencia a GPC	
		Evaluación de aplicación de Guías para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE.	Número de historias clínicas con aplicación estricta de la guía para prevención de fugas de pacientes de la ESE adoptada por la entidad en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de pacientes que registraron fugas en la vigencia objeto de evaluación	>=0,80	Informe conjunto del Comité de Historias Clínicas y del referente o equipo institucional para la gestión de seguridad del paciente que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía para prevención de fugas en pacientes hospitalizados, listado de pacientes con registro de fuga del servicio de hospitalización, con información sobre el cumplimiento estricto o no de la guía y aplicación de la formula del indicador/	Realizar revision y ajustes al protocolo institucional de EVASION DE PACIENTES	Protocolo institucional de EVASION DE PACIENTES													Subgerencia Científica - Asesor Desarrollo de Servicios	COMPLETO	SE REALIZA ACTUALIZACION EL PROTOCOLO E-GQL-SP-PT-07 PROTOCOLO EVASION DE PACIENTES V5 DE FECHA 19/11/2024	E-GQL-SP-PT-07 PROTOCOLO EVASION DE PACIENTES	COMPLETO	SE REALIZA ACTUALIZACION EL PROTOCOLO E-GQL-SP-PT-07 PROTOCOLO EVASION DE PACIENTES V5 DE FECHA 19/11/2024	E-GQL-SP-PT-07 PROTOCOLO EVASION DE PACIENTES
						Socializar con los colaboradores de la institucion el PROTOCOLO EVASION DE PACIENTES	Lista de asistencia a socialización													COMPLETO	SE REALIZA SOCIALIZACION EL PROTOCOLO E-GQL-SP-PT-07 PROTOCOLO EVASION DE PACIENTES DE FECHA 20 DE NOVIEMBRE DE 2024	LISTADO ASITENCIA A SOCIALIZACION	COMPLETO	SE REALIZA SOCIALIZACION EL PROTOCOLO E-GQL-SP-PT-07 PROTOCOLO EVASION DE PACIENTES DE FECHA 20 DE NOVIEMBRE DE 2024	LISTADO ASITENCIA A SOCIALIZACION
						Definir instrumento de medicion de adherencia al protocolo institucional de EVASION DE PACIENTES	Instrumento de medicion de adherencia al protocolo institucional de EVASION DE PACIENTES													COMPLETO	E-GQL-SP-F-19 FORMATO RONDA DE SEGURIDAD PREVENCION EVASION DE PACIENTES	SE DOCUMENTA LISTA DE CHEQUEO MEDICON ADHERENCIA PROTOCOLO DE PREVENCION DE FUGAS DE PACIENTES	COMPLETO	E-GQL-SP-F-19 FORMATO RONDA DE SEGURIDAD PREVENCION EVASION DE PACIENTES	SE DOCUMENTA LISTA DE CHEQUEO MEDICON ADHERENCIA PROTOCOLO DE PREVENCION DE FUGAS DE PACIENTES
						Realizar Medición de Adherencia al protocolo institucional de EVASION DE PACIENTES	Resultados de la Medición													EN DESARROLLO	Se esta realizando evaluación		COMPLETO	Evaluación, listados de asistencia	
						Retroalimentar resultados del indicador de adherencia a protocolo institucional de EVASION DE PACIENTES	Lisattos de asistencia a la retroalimentación													NO INICIADO			COMPLETO	Listado de asistencia	
						Formular acciones de mejora acorde a los resultados del indicador de Adherencia a Protocolo de Evasion de Pacientes	Acciones de mejora acorde a los resultados													NO INICIADO			COMPLETO		No se requiere formular acciones de mejora ya que se demaeestra cumplimeinto de adherencia
		Evaluación de aplicación de Guías para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios).	Número de historias clínicas de pacientes ambulatorios y hospitalarios tratados en la ESE con intento de suicidio en la vigencia objeto de evaluación a quienes se les aplicó estrictamente la guía para prevención de suicidios adoptada por la entidad / Total historias clínicas de pacientes que registraron intento de suicidio durante la vigencia objeto de evaluación	>=0,80	Informe conjunto del Comité de Historias Clínicas y del referente o equipo institucional para la gestión de seguridad del paciente que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía para prevención de suicidios en pacientes hospitalizados, listado de pacientes tratados en la ESE con intento de suicidio con información sobre el cumplimiento estricto o no de la guía y aplicación de la formula del indicador	Realizar mesa de trabajo con profesionales de Psiquiatria y medicina para revision de Guia de Práctica Clinica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida	Listado de asistencia de la mesa de trabajo													Subgerencia Científica - Asesor Desarrollo de Servicios - Profesionales Psiquiatría	COMPLETO	SE REALIZO MESA DE TRABAJO PARA REVISION DE Guia de Práctica Clinica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida	Se adjunta listado de asistencia a proceso de socializacion de GPC.	COMPLETO	SE REALIZO MESA DE TRABAJO PARA REVISION DE Guia de Práctica Clinica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida	Se adjunta listado de asistencia a proceso de socializacion de GPC.
						Realizar proceso de adopcion de Guía de Práctica Clinica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida, mediante acto administrativo	La Guía de Práctica Clinica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida y el respectivo acto administrativo													ATRASADO			COMPLETO	Listado asistencias Sep - Dic GPC con Psiquiatria y medicina	
						Diseñar instrumento de medicion de adherencia a Guía de Práctica Clinica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida	Instrumento de medicion de adherencia a GPC													ATRASADO			COMPLETO	Instrumento de medicion de adherencia a GPC Aprobado	
						Realizar auditoria de medicion de adherencia a Guía de Práctica Clinica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida, bajo la metodología por pares, teniendo en cuenta la definicion de la muestra	Auditoria de medicion de adherencia a GPC													ATRASADO			COMPLETO	Instrumento de medicion de adherencia a GPC Aprobado	
						Retroalimentar resultados de la medicion de adherencia a Guía de Práctica Clinica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida	Lisattos de asistencia a la retroalimentación													NO INICIADO			COMPLETO	Informe resultado de medicion de adherencia a GPC priorizadas conforme a los resultados del perfil epidemiologico	
						Formular acciones de mejora acorde a los resultados de la medicion de adherencia a Guía de Práctica Clinica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida con el fin de eliminar las brechas identificadas.	Acciones de mejora acorde a los resultados													NO INICIADO			COMPLETO	se formulan acciones de mejora en el infoorme de resitado de medicion de adherencia a GPC	
	Mejorar la oferta de servicios y coberturas, para la población creciente que requiere atención integral en patologías mentales	Oportunidad en la Consulta psiquiatría	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta de psiquiatría y la fecha para la cual es asignada la cita en la vigencia objeto de evaluación / Número total de consultas de psiquiatría asignadas en la institución en la vigencia objeto de evaluación	10	Informe de: Subgerencia Científica o quien haga sus veces que como mínimo contenga fuente de información y la aplicación de la formula del indicador	Revisión de agendamiento de citas	Informe de la oportunidad en la consulta psiquiatría y resultados del indicador													Subgerencia Científica - Acceso y egreso	ATRASADO			ATRASADO		
						Analisis de la oportunidad en el agendamiento															ATRASADO			ATRASADO		
						Acciones de mejora propuestas para optimización en la oportunidad de agenda															ATRASADO			ATRASADO		
						Seguimiento a las acciones de mejora															ATRASADO			ATRASADO		