

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: ES-PGC-F006
	COMUNICACIONES OFICIALES	Versión: 01
	COMUNICACIONES EXTERNAS	Fecha de vigencia: 01/03/2014
		Página 1 de 1

**EL SUSCRITO ASESOR DE CONTROL INTERNO Y EL PROFESIONAL DE PLANEACION DE LA
ESE RAFAEL TOVAR POVEDA**

CERTIFICA:

Que, realizada la evaluación del Plan Operativo Anual del 2025, de acuerdo a las evidencias entregadas por los responsables de la ejecución de cada una de las actividades programadas y para que obre dentro de los soportes que evalúan el Plan de Gestión Gerencial para el periodo 2024-2028 suscrito por el Gerente ante la Junta Directiva y aprobado mediante Acuerdo 004 del 30 de mayo de 2024, CERTIFICO que el cumplimiento del Plan Operativo Anual estimado para la vigencia fiscal del 2025, alcanzó el **92.3%** de cumplimiento de acuerdo al siguiente cuadro:

**ESE RAFAEL TOVAR POVEDA
EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2025**

PERSPECTIVA FINANCIERA						
ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	INDICADOR	META 2025	EJECUTADO 2025	% DE EJECUCION	CUMPLIMIENTO
Garantizar la liquidez de la ESE a través de la gestión adecuada de los recursos	1. Mejorar las estrategias de negociación con las EAPB, logrando un equilibrio financiero entre el ingreso y el gasto	Porcentaje recaudos obtenido/total venta de servicios	100%	100%	100%	CUMPLE
	2. Fortalecer el proceso de cobro de la cartera mediante la vinculación de profesionales expertos en auditorías de cuentas, que nos permitan mejorar el flujo de efectivo	Actas de comité programadas/actas realizadas	80%	87%	100%	CUMPLE
	3. Optimizar la capacidad instalada de la Institución a fin de mejorar la productividad y los ingresos de la ESE.	Porcentaje ocupacional y promedio estancia paciente por servicio y sede	85%	92%	100%	CUMPLE
	4. Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta oportuna de glosas	Radicación de cuentas/facturación registrada	85%	86%	100%	CUMPLE
	5. Depurar la cartera a fin de establecer información real y confiable para lograr acuerdos de pago eficientes	Porcentaje de acuerdos de pagos firmados/ Porcentaje de recuperación de cartera	75%	82%	100%	CUMPLE
	6. Aperturar nuevos servicios que incrementen el ingreso por facturación	REPS actualizados con la apertura de los nuevos servicios	100%	100%	100%	CUMPLE
Garantizar la liquidez de la ESE a través	7. Generar políticas de austeridad, control y racionalidad en el gasto	Actas socialización política de austeridad	95%	100%	100%	CUMPLE

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: ES-PGC-F006
	COMUNICACIONES OFICIALES	Versión: 01
	COMUNICACIONES EXTERNAS	Fecha de vigencia: 01/03/2014
		Página 2 de 1

de la gestión adecuada de los recursos	8, Sensibilizar a los funcionarios en uso racional, adecuado y efectivo de los recursos de la ESE.	Actas socialización y numero de estrategias implementadas	80%	90%	100%	CUMPLE
	9, Evaluar el cumplimiento de metas de PYDT tenientes a evitar descuentos por no cumplimiento	Informe de metas a cumplir por contrato y socialización a las áreas interesadas	70%	82%	100%	CUMPLE
	10, Ajustar el Estatuto de Contratación con fundamento en la Resolución 5185 del 2013 y 1440 del 2024 del Ministerio de Salud para ser más eficiente el proceso contractual de la ESE	Actas de socialización del Estatuto y Manual	100%	100%	100%	CUMPLE
	11, Mantener un modelo de gestión de los recursos financieros y los procedimientos con la determinación de un proceso de costos estructurado	Costeo de servicios realizados/total de servicios ofertados	50%	13%	25%	NO CUMPLE
PERSPECTIVA DEL CLIENTE						
ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	INDICADOR	META 2025	EJECUTADO 2025	% EJECUCION	Cumplimiento
Alcanzar la fidelización de nuestros usuarios mediante el aumento de los niveles de satisfacción	12. Mejorar la prestación de los servicios de salud con seguridad y trato humanizado	Número de quejas resueltas/quejas presentadas	100%	100%	100%	CUMPLE
	13. Optimizar las agendas diarias, evaluando la capacidad instalada para evitar demanda insatisfecha del servicio		100%	100%	100%	CUMPLE
	14. Mantener la oportunidad den consulta de medicina general por debajo de los 3 días	Número de consultas asignadas/número de consultas solicitadas	100%	100%	100%	CUMPLE
	15. Implementar el servicio del de Call Center u otra estrategia para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud		50%	50%	100%	CUMPLE
Revisar, evaluar y mejorar los resultados en la atención en salud	16. Mejorar las competencias técnicas del personal asistencial	Capacitaciones programadas/capacitaciones realizadas	100%	100%	100%	CUMPLE
	17. Verificar y evaluar la eficacia en la formación asociada a la adherencia de guías y protocolos	HC evaluadas/HC clínicas con adherencia a los protocolos	85%	88%	100%	CUMPLE
		Planes de mejora implementados/planes de mejora terminados	80%	90%		
Mejorar la capacidad instalada ampliando complejidad	18.Evaluar los mecanismos internos utilizados en la obtención de la información respecto a reingresos, trazabilidad con facturación y calidad de los registros	Porcentajes de usuarios insatisfechos con la atención brindada por la ESE	95%	100%	100%	CUMPLE
	19. Implementar el servicio de telemedicina en las 4 IPS de la ESE	Servicio habilitado y en operación en las 4 IPS de la ESE	75%	85%	100%	CUMPLE

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD			Código: ES-PGC-F006
	COMUNICACIONES OFICIALES			Versión: 01
	COMUNICACIONES EXTERNAS			Fecha de vigencia: 01/03/2014
				Página 3 de 1

de los servicios de salud prestados	20. Ofertar los servicios de ginecología, pediatría, medicina interna, cardiología, y ecografías generales 2D	1. Gestión de proyecto para ampliación infraestructura hospitalaria y número de Contratos suscritos con EPS y EAPB,	75%	82%	100%	CUMPLE
	21. Operativizar los servicios de complementación terapéutica fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología	1. Ampliación infraestructura para ofertar los servicios 2, Compra de equipos biomédicos para operativizar nuevos servicios.	75%	80%	100%	CUMPLE
Adecuar el modelo de atención en salud de acuerdo a la oferta de servicios	22. Estructurar el modelo de atención en salud de la ESE	Modelo de atención aprobado y actas socialización del modelo.	90%	95%	100%	CUMPLE
	23. Diseñar las estrategias del modelo acorde a la oferta actual de los servicios	Estrategias implementas y evaluadas.	90%	95%	100%	CUMPLE
	24. Lograr que el modelo de salud apunte a satisfacer las necesidades de la población objeto de atención en las 4 IPS de la ESE	Evaluación de las encuestas aplicadas a los usuarios	100%	100%	100%	CUMPLE

PERSPECTIVA DE LOS PROCESOS INTERNOS

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	INDICADOR	META 2025	EJECUTADO 2025	% DE EJECUCION	Cumplimiento
Mantener el Sistema integrado de gestión	25. Cumplir con los estándares de habilitación con fundamento con la normatividad vigente	Porcentaje de habilitación de los servicios en las IPS de la ESE	75%	89%	100%	CUMPLE
	26. Diseñar y ejecutar el plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad	% cumplimiento del plan de auditorías	100%	100%	100%	CUMPLE
	27. Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones	% de capacitaciones realizadas y evidencias de casos analizados	90%	95%	100%	CUMPLE
	28. Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas	Actas de socialización de los informes en comité MIPG	100%	100%	100%	CUMPLE
Gestión de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria	29. Gestión de proyecto para dotación de equipos biomédicos en las 4 IPS de la ESE	Proyecto formulado e inscritos Plan bianual de inversiones para asignación de recursos	100%	100%	100%	CUMPLE
	30. Estructurar proyecto para la adquisición de equipos de Rayos X para las IPS de Belén de los Andes y San José del Fragua	Proyecto formulado e inscritos Plan bianual de inversiones para asignación de recursos	100%	100%	100%	CUMPLE
	31. Gestión para la adquisición de ambulancia TAB para las sedes de Belén, Curillo, Albania y San José	Proyecto formulado e inscritos para asignación de recursos	100%	100%	100%	CUMPLE
	32. Gestión del proyecto para la adquisición de la Unidad Móvil Médico Odontológica para la ESE.	Proyecto formulado e inscritos para asignación de recursos	80%	100%	100%	CUMPLE

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD			Código: ES-PGC-F006
	COMUNICACIONES OFICIALES			Versión: 01
	COMUNICACIONES EXTERNAS			Fecha de vigencia: 01/03/2014
				Página 4 de 1

	33. Gestión de proyecto para la adquisición de una ambulancia fluvial para la IPS de Curillo	Proyecto formulado e inscritos para asignación de recursos	80%	100%	100%	CUMPLE
	34. Titulación de los predios donde funcionan los puestos de salud de la ESE.	predios legalizados/total predios	50%	50%	100%	CUMPLE
	35. Adquisición de una sede administrativa para la ESE	Sede administrativa adquirida y en funcionamiento	50%	50%	100%	CUMPLE
	36. Gestionar proyectos para la construcción de un nuevo Hospital para la IPS Curillo	Proyecto elaborado, inscrito en Plan Anual de Inversiones y presentado a entidades para acceder recursos	20%	16%	80%	NO CUMPLE
	37. Gestión para el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria de Belén, San José y Albania	Estudio técnica elaborado e inscrito en el Plan bienal de Inversiones	50%	50%	100%	CUMPLE
	38. Gestionar proyecto para el mejoramiento de los accesos viales de las IPS de Belén de los Andagües y Curillo.	Proyecto elaborado, inscrito en Plan Anual de Inversiones y presentado a Alcaldías Municipales	50%	50%	100%	CUMPLE
	39. Mejoramiento del área de archivo de la ESE	Área de archivo general mejorado y en funcionamiento	50%	100%	100%	CUMPLE
Reorganizar la planta de personal para optimizar el talento humano de acuerdo a los procesos de la ESE	47. Gestionar la elaboración de un estudio de clima laboral que mejore la convivencia entre los colaboradores y optimice la gestión organizacional	Clima laboral medido y planes de mejora implementados	50%	50%	100%	CUMPLE

PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y DESARROLLO

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	INDICADOR	2025	EJECUTADO 2025	% EJECUCION	Cumplimiento
Contribuir al mejoramiento de habilidades del talento humano de la ESE que genere mayor productividad y eficiencia en el trabajo	48. Desarrollar convenios con instituciones de educación técnica y tecnológica que cuenten con programas en salud para mejorar las competencias del talento humano de la ESE	1. Numero de Convenios suscritos para la formación continua del Talento Humano	50%	23%	46%	NO CUMPLE
	49. Fortalecer las estrategias de capacitación en el lugar de trabajo, garantizando la certificación por competencias de los colaboradores de la ESE	Porcentaje talento humano capacitado/total talento humano ESE	80%	85%	100%	CUMPLE
	50. Realizar los procesos de inducción y reinducción permanentes que fortalezcan los conocimientos y habilidades del talento humano de la ESE con cumplimiento con el trabajo encomendado	Talento Humano en reinducción/total talento humano ESE	80%	85%	100%	CUMPLE
	51. Estructurar y ejecutar el Programa de Capacitación de la ESE con énfasis en la humanización del servicio	Capacitaciones realizadas/capacitaciones programadas	100%	100%	100%	CUMPLE

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: ES-PGC-F006
	COMUNICACIONES OFICIALES	Versión: 01
	COMUNICACIONES EXTERNAS	Fecha de vigencia: 01/03/2014
		Página 5 de 1

Fortalecer el modelo de gestión del talento humano de la ESE por competencias	52. Fortalecer las competencias definidas para cada uno de los cargos existentes en la planta de cargos de la ESE	Documento final estructurado.	50%	50%	100%	CUMPLE
	53. Actualización del manual de funciones y competencias laborales incluyendo: el contenido funcional de los empleos; las competencias comunes a los empleados públicos y las comportamentales acorde a la normatividad vigente	Actualización Manual de Funciones y Actos administrativos de ajuste a las funciones del personal	50%	0%	0%	NO CUMPLE
	54. Realizar semestralmente las evaluaciones de desempeño laboral de acuerdo a la normatividad para revisión y estandarización de compromisos	Talento Humano Evaluado y reportado a la CNSC	100%	100%	100%	CUMPLE
	56. Fortalecer los canales de información internos y externos para relacionarse con los grupos de interés.	Seguimiento a la eficacia del proceso	50%	60%	100%	CUMPLE
	58. Proveer trámites y servicios a través de medios electrónicos para dar solución a las necesidades y demandas de los usuarios en condiciones de calidad y facilidad de uso	Citas asignadas medios electrónicos/citas solicitadas	70%	82%	100%	CUMPLE
	59. Realizar auditoría al diligenciamiento de Historia Clínica y registro asistenciales para realizar procesos de mejora relacionados con la calidad de la información	% de HC auditadas/HC en cumplimiento de la norma	60%	75%	100%	CUMPLE
	60. Hacer control de seguridad del software y hardware de los sistemas de la información Institucional	Informes de actividades realizadas para garantizar la seguridad de la información de la ESE.	75%	90%	100%	CUMPLE
	61. Realizar un proceso de rendición de la cuenta con los lineamientos establecidos por la normatividad	Informe de rendición de cuentas	100%	100%	100%	CUMPLE

CUMPLIMIENTO 92.3%

De acuerdo con la tabla anterior, de las 52 actividades programadas para la vigencia 2025, se cumplieron 48 quedando 3 actividades con muy bajo porcentaje de ejecución y una actividad que no se inició en esta vigencia. Las cuatro actividades que no se cumplieron se trasladaran a la vigencia 2026 hasta lograr su ejecución al 100%.

Así las cosas, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 00408 del 15 de febrero de 2018, la evaluación del indicador Número 3 del Área de Dirección y Gerencia, quedó de la siguiente manera:

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: ES-PGC-F006
	COMUNICACIONES OFICIALES	Versión: 01
	COMUNICACIONES EXTERNAS	Fecha de vigencia: 01/03/2014
		Página 6 de 1

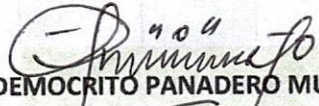
INDICADOR No. 3: GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

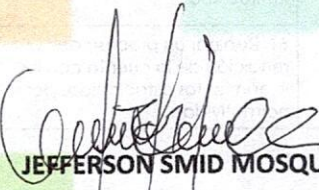
FORMULA DEL INDICADOR No.3	FUENTE DE INFORMACION	RESULTADO
Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación	Informe del responsable de Planeación de la ESE o de lo contrario informe de control interno de la Entidad que contenga como mínimo el listado de las metas del Plan Operativo Anual del Plan de Desarrollo Aprobado programadas en la vigencia objeto de la evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO) y calculando el indicador.	48
Número de metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación		52
Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional Vigencia 2025		92,3%

Calificación:

De acuerdo a la tabla anterior y en concordancia con el anexo número 3 (instructivo calificación) de la Resolución 0408 de 2018. ***"Si el resultado arrojó un valor mayor o igual a 0.9, entonces califique con cinco (5)"***

La presente certificación se expide en Belén de los Andaquíes Caquetá, a los catorce (18) días del mes de marzo de 2026 en cumplimiento de la evaluación del indicador No. 3 de la Resolución 0048 del 15 de febrero de 2018 del Plan de Gestión de la vigencia fiscal del 2025 del Gerente de la ESE Rafael Tovar Poveda.


DEMOCRITO PANADERO MUÑOZ
 Asesor de Control Interno
 ESE Rafael Tovar Poveda


JEFFERSON SMID MOSQUERA O.
 Profesional de Planeación
 ESE Rafael Tovar Poveda

Elabora: Jefferson Mosquera – Profesional Planeación

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: ES-PGC-F006
	COMUNICACIONES OFICIALES	Versión: 01
	COMUNICACIONES EXTERNAS	Fecha de vigencia: 01/03/2014
		Página 1 de 1

INFORME EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENCIA 2025

PRESENTACION

El POA se constituye en una de las herramientas de planificación de mayor importancia en la gestión pública que le permite a la Alta Gerencia determinar el conjunto de planes, programas y proyectos que de manera prioritaria se incorporarán en la ejecución del presupuesto de la vigencia y que ayudan al cumplimiento de los objetivos estratégicos planteados por la Gerencia al inicio de su período de gestión.

Tan pronto fue aprobado el Plan de Desarrollo de la ESE Rafael Tovar Poveda se elaboró el Plan Operativo Anual para cada año, que tuvieran coherencia con los presupuestos que fueran asignándose para la correspondiente vigencia.

La estructura del POA 2025 de la ESE parte de las 4 perspectivas y los 13 objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional 2024-2028 "**Luchando Juntos por la Salud de Todos**" y de las metas estratégicas detalladas para cada uno de ellos, describiendo aquellos proyectos y actividades que se han planificado alcanzar durante el 2025 y que fueron construidas con el aporte de cada uno de los líderes de procesos.

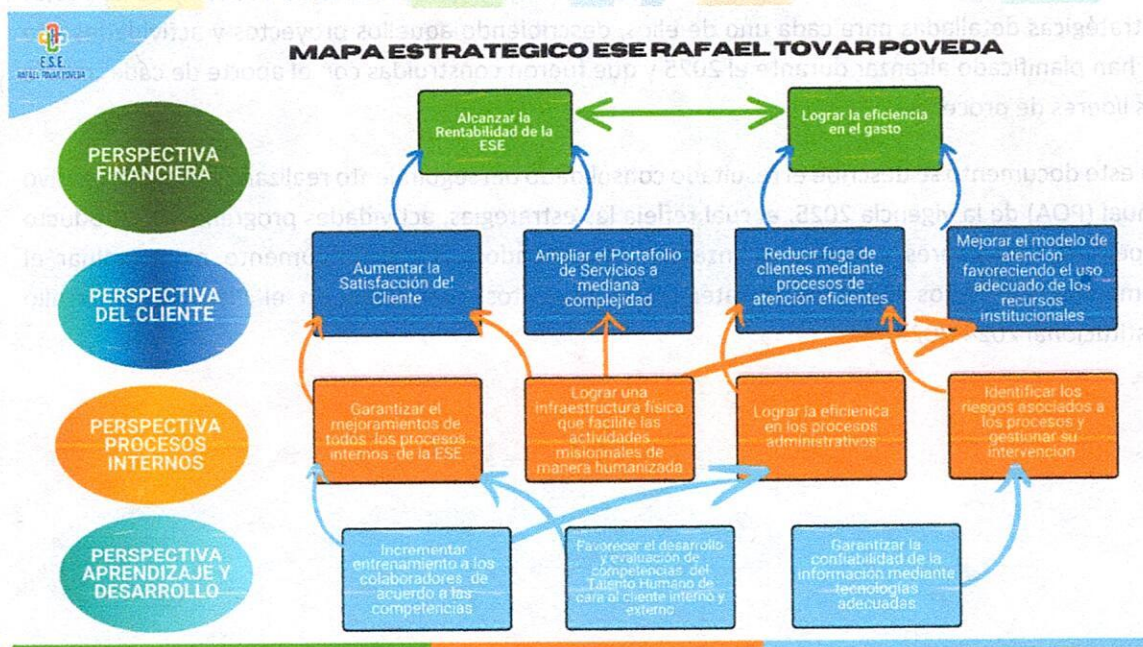
En este documento se describe el resultado consolidado del seguimiento realizado al Plan Operativo Anual (POA) de la vigencia 2025, el cual refleja las estrategias, actividades programadas, producto esperado, indicadores y metas alcanzadas, convirtiéndose en el instrumento para evaluar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y proyectos planteados en el Plan de Desarrollo Institucional 2024-2028.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: ES-PGC-F006
	COMUNICACIONES OFICIALES	Versión: 01
	COMUNICACIONES EXTERNAS	Fecha de vigencia: 01/03/2014
		Página 2 de 1

1. OBJETIVOS ESTRATEGICOS

En el plan de Desarrollo 2024-2028, se definieron 4 perspectivas y 13 objetivos estratégicos, resultado de un ejercicio participativo que estuvo enfocado a través de la construcción del DOFA Institucional donde se efectuó un análisis interno y externo en todos los diferentes componentes administrativos, financieros y asistenciales de la institución, culminando el proceso con un documento técnico que contiene las estrategias, actividades y las metas a alcanzar.

Por haber sido su construcción una consolidación de todas las opiniones, experiencias ya desarrolladas y resultados de las mismas al igual que la proyección que tanto la Gerencia como los funcionarios y usuarios querían abordar frente a las verdaderas necesidades Institucionales, se evidencia en su cumplimiento, una mejoría significativa de las acciones en salud y de las metas que se establecieron tanto en los procesos financieros como en el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud ligados a la mejora continua.



 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: ES-PGC-F006
	COMUNICACIONES OFICIALES	Versión: 01
	COMUNICACIONES EXTERNAS	Fecha de vigencia: 01/03/2014
		Página 3 de 1

2. SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL

El seguimiento al Plan Operativo Anual (POA), es un proceso que se realiza a través de la verificación periódica al cumplimiento de las metas y actividades para identificar desvíos y tomas correctivos cuando estas están presentando dificultades para alcanzar los resultados propuestos y sus acciones claves tienden a medir el porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas, revisar lo ejecutado frente a lo planeado, detectar limitaciones físicas, humanas o económicas y realizar los ajustes a la planificación realizada para asegurar el éxito de las metas.

El informe de seguimiento a la ejecución del Plan Operativo Anual 2025 de la ESE Rafael Tovar Poveda, consolida los resultados obtenidos de acuerdo a las metas establecidas en cada una las acciones institucionales planteadas, que se enmarcaron dentro de la plataforma estratégica institucional y en las cuatro perspectivas y los 13 objetivos estratégicos planteados.

Al ser el Plan Operativo Anual una herramienta de seguimiento y monitoreo, el informe se base en los reportes realizados y en los soportes entregados por cada uno de los líderes de los procesos y la verificación del cumplimiento y desempeño de las metas y actividades programadas, mediante mediciones trimestrales que nos permitieron ir ordenando los resultados hacia la toma de decisiones estratégicas, así como formular planes de mejora que apuntaran a mejorar los indicadores de gestión y a minimizar los riesgos que en desarrollo de la ejecución de las actividades se fueron presentando. La meta de cumplimiento del POA, se estableció en el 90% anual en concordancia con la Resolución 0408 de 2018 del 2018 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social que estableció los indicadores a medir la gestión Gerencial de los directores o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

El Plan Operativo Anual para la vigencia 2025 de la ESE Rafael Tovar Poveda, quedó establecido en 52 actividades distribuidas estratégicamente en los 13 objetivos estratégicos, actividades que fueron evaluadas y se constituyeron en el resultado del indicador No. 3 del Área de Dirección y Gerencia del Plan de Gestión Gerencial formulado por la Gerencia y aprobado por la Junta Directiva.

3. ACTIVIDADES REALIZADAS PARA LA EVALUACIÓN

Para la evaluación del POA 2025, los líderes de los procesos con su personal de apoyo, trabajaron conjuntamente con la oficina asesora de Planeación en la consolidación de los resultados, tomando como referencia los informes y planes de mejora gestionados, producto de los seguimientos trimestrales realizados, entregando los soportes que evidencian el porcentaje de cumplimiento de las mismas.

Culminado el análisis pormenorizado de cada una de las actividades propuestas para el 2025 con respaldo de los soportes que evidencian el porcentaje de cumplimiento, se obtiene un desempeño total del **92.3%** a través del promedio alcanzado en cada actividad. Al haberse realizado un

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: ES-PGC-F006
	COMUNICACIONES OFICIALES	Versión: 01
	COMUNICACIONES EXTERNAS	Fecha de vigencia: 01/03/2014
		Página 4 de 1

seguimiento permanente al POA, los resultados obtenidos fueron satisfactorios tanto para las expectativas y proyecciones de la Gerencia en el cumplimiento de su plan de gestión, como en alcanzar la meta establecida en el indicador Número 3 del área de gestión de Dirección y Gerencia.

Para el 2025 se ejecutaron actividades asociadas a cada objetivo estratégico en observancia al cumplimiento de las metas del Plan de Operativo, obteniéndose los siguientes resultados:

CONSOLIDADO EJECUCION POA ANUAL VIGENCIA 2025

PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATEGICO	Actividades Programadas POA 2025	Actividades Ejecutadas POA 2025	Actividades no Ejecutadas POA 2025
FINANCIERA	Alcanzar la Rentabilidad de la ESE	6	6	0
	Lograr la Eficiencia en el Gasto	5	4	1
CLIENTE	Aumentar la Satisfacción del cliente	4	4	0
	Reducir fuga de clientes mediante procesos de atención eficientes	3	3	0
	Ampliar el portafolio de servicios a mediana complejidad	3	3	0
	Mejorar el Modelo de Atención, favoreciendo el uso adecuado de los recursos institucionales	3	3	0
PROCESOS INTERNOS	Garantizar el mejoramiento de todos los procesos internos de la ESE	4	4	0
	Lograr una infraestructura física que facilite las actividades misionales de manera humanizada	11	10	1
	Lograr la eficiencia en los procesos administrativos	1	1	0
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Incrementar entrenamiento a los colaboradores de acuerdo a sus competencias	4	3	1
	Favorecer el Desarrollo y evaluación de competencias del talento humano de cara al cliente interno y externo	3	2	1
	Garantizar la confiabilidad de la información mediante tecnologías adecuadas	5	5	0
TOTAL, ACTIVIDADES		52	48	4
		Cumplimiento		92,3%

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Código: ES-PGC-F006
			Versión: 01
	COMUNICACIONES OFICIALES		Fecha de vigencia: 01/03/2014
	COMUNICACIONES EXTERNAS		Página 5 de 1

Como podemos observar en el cuadro anterior, el análisis final de las actividades propuestas para el 2025 con sus respectivos indicadores, se obtiene un cumplimiento total del **92.3%** a través del promedio de los indicadores, como se muestra a continuación el detallado por perspectiva, actividad y producto esperado.

PERSPECTIVA FINANCIERA											
OBJETIVO ESTRATEGICO 1. Garantizar la Rentabilidad de la ESE											
ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLES	PROCESO	AREA	EJECUTADO 2025	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES (logros o retrasos)
Garantizar la liquidez de la ESE a través de la gestión adecuada de los recursos	1. Mejorar las estrategias de negociación con las EAPB, logrando un equilibrio financiero entre el ingreso y el gasto	1. Tarifas competitivas y actualizadas. 2. Contratos logísticos a mejores tarifas. 3. Acuerdos equitativos porcentajes descuentos	Porcentaje recaudos obtenidos/total venta de servicios	65%	100%	Asesor de Planeación y Gerencia	Gestión Administrativa	Subgerencia Administrativa, Tesorería	100%	100%	Se contrataron profesionales para la gestión de cartera y se legalizaron dos acuerdos de pago. El incremento de las tarifas se pactaron de acuerdo a la estimación propuesta por la EAPB. Se logró incremento por venta de servicios modalidad Paquete Prospectivo.
	2. Fortalecer el proceso de control de la cartera mediante la vinculación de profesionales expertos en auditorías de cuentas, que nos permitan mejorar el flujo de efectivo	1. Minimizar porcentaje de glosas. 2. Operativización comité de glosas. 3. Efectivo saneamiento de cartera.	Actas de comité programadas/actas realizadas	59%	80%	Profesionales de Cartera, calidad y confiabilidad y costos	Gestión Financiera	Cartera y Contabilidad	87%	100%	Se conformó el comité de glosas y se trabajó en el cruce de la cartera existente con base en la circular 000 y se han suscrito acuerdos de pago. La cartera de ha saneado por encima lo que ha mejorado el flujo de caja de la ESE.
	3. Optimizar la capacidad instalada de la institución a fin de mejorar la productividad y los ingresos de la ESE.	1. Diseño de indicadores por servicio y sede. 2. Informe estadísticos de producción por servicio y sede.	Porcentaje ocupacional y promedio estancia paciente por servicio y sede	72%	85%	Asesor de Planeación y Profesional de Calidad	Gestión Asistencial	Asistencial y Planeación	92%	100%	Se optimizó y amplió la capacidad instalada de la ESE mejorando la infraestructura física para la apertura de nuevos servicios. Se tienen diseñados más del 90% de los indicadores de los servicios ofertados por sede mejorando la productividad y aumentando los ingresos, lo que ha permitido que la facturación supere el 20% estimado.
	4. Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta oportuna de glosas	1. Análisis de facturación, cartera y glosas registradas. 2. Planes de mejora ejecutados	Radicación de cuentas/facturación registrada	78%	85%	Subgerencia administrativa, jefe de facturación y contabilidad	Gestión Administrativa y contable	Auditoría médica y área de calidad	86%	100%	Se realizó seguimiento al comportamiento del efectivo, a la radicación de la facturación a fin de evitar pérdidas por facturación no radicada y se mejoró significativamente la respuesta a las glosas generadas. Se evidenció un incremento en el recaudo aunque persiste dificultades ajenas a la institución producto de la falta oportuna de pago por parte de la EAPB y las EPS.
	5. Depurar la cartera a fin de establecer información real y confiable para lograr acuerdos de pago eficientes	1. Acuerdos de pago firmados. 2. Cobros prejudiciales y jurídicos realizados.	Porcentaje de acuerdos de pagos firmados/porcentaje de recuperación de cartera	52%	75%	Profesionales de auditoría de cuentas y Gerencia	Gestión Financiera y Jurídica	Auditoría médica, asesores jurídicos y Contable	82%	100%	Se gestionó la depuración de la cartera logrando que se tenga información real respecto a los recursos que le adeuden a la ESE y se firmaron acuerdos de pago con la EAPB. Se iniciaron procesos prejudiciales y jurídicos para lograr el pago de los servicios.
	6. Aperturar nuevos servicios que incrementen el ingreso por facturación	1. Habilitación de nuevos servicios. 2. Contratación de nuevos servicios habilitados	REPS actualizados con la apertura de los nuevos servicios	50%	100%	Asesor Planeación, Gerencia y Asesor Calidad	Gestión Asistencial	Área calidad, Planeación y Gerencia	100%	100%	Fueron aperturados a nuevos servicios sobre todo de actividades de segundo nivel (especialidades). Se contrató mediante la modalidad de paquete y tras quedaron empujados en las capta de los contratos suscritos con la EAPB.
OBJETIVO ESTRATEGICO 2. Lograr la Eficiencia en el Gasto											
Garantizar la liquidez de la ESE a través de la gestión adecuada de los recursos	7. Generar políticas de austeridad, control y racionalidad en el gasto	1. Implementar una política de austeridad del gasto	Actas socialización política de austeridad	84%	95%	Asesores de Planeación y Control Interno	Gestión administrativa	Administrativa	100%	100%	La Política de austeridad en el gasto fue implementada, revisada y aprobada por la oficina de calidad
	8. Sensibilizar a los funcionarios en uso racional, adecuado y efectivo de los recursos de la ESE.	1. Revisar política y socializarla entre todos los integrantes de la ESE. 2. Diseñar Estrategias que le apunten al adecuado uso de los recursos	Actas socialización y número de estrategias implementadas	90%	90%	Asesores de Planeación y Control Interno	Gestión administrativa	Administrativa y Planeación	97%	100%	Se realizó la difusión de la política de austeridad en el gasto enfatizando en el adecuado uso de los recursos públicos de la ESE. A todo el personal de las cuatro IPS que hacen parte de la ESE.
	9. Evaluar el cumplimiento de metas de PYDT tendientes a evitar descuentos por no cumplimiento de metas que eviten descuentos de recursos a la ESE.	1. Elaborar técnicamente la malla de cumplimiento de metas por contrato suscrito. 2. Establecer los mecanismos de cumplimiento que eviten descuentos de recursos a la ESE.	Informe de metas a cumplir por contrato y socialización a las áreas interesadas	50%	70%	Asesores de planeación, calidad y auditoría de cuentas	Gestión Asistencial	Subgerencia asistencial y auditoría de cuentas	82%	100%	Se elaboró la malla completa de las metas establecidas en los contratos suscritos mediante la modalidad de capta con la EAPB y Nueva EPS socializándose con las áreas interesadas a fin de evitar descuentos por no cumplimiento.
	10. Ajustar el Estatuto de Contratación con fundamento en la Resolución 585 de 2013 y 140 del 2004 del Ministerio de Salud para ser más eficiente el proceso contractual de la ESE	1. Modificar el Estatuto y Manual de Contratación. 2. Socializar el Estatuto y Manual con todo el personal de la ESE	Actas de socialización del Estatuto y Manual	50%	100%	Subgerencia Administrativa y Asesores Jurídicos	Gestión Administrativa	Subgerencia Administrativa	100%	100%	El Estatuto de contratación fue ajustado de acuerdo a las necesidades de la ESE y en la aprobado por la Junta Directiva.
	11. Mantener un modelo de gestión de los recursos financieros y los procedimientos con la determinación de un proceso de costos estructurado	1. Sistema de costos estructurados. 2. Cuestionio de todos los servicios de la ESE	Costeo de servicios realizados/total de servicios ofertados	0%	50%	Subgerencia Administrativa y Planeación y costos	Gestión Administrativa	Administrativa y costos	0%	22%	Se avanzó en la estructuración de algunos costos sin embargo el avance no fue el esperado. La meta para esta actividad para el 2025 se estableció en 50%, lográndose un avance del 6% en este proceso. Para la vigencia 2026 se debe trabajar en alcanzar un mayor avance de esta actividad



**E.S.E.
RAFAEL TOVAR POVEDA**

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

COMUNICACIONES OFICIALES

COMUNICACIONES EXTERNAS

Código: ES-PGC-F006

Versión: 01

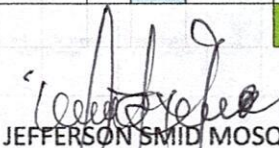
Fecha de vigencia: 01/03/2014

Página 6 de 1

PERSPECTIVA DEL CLIENTE											
OBJETO ESTRATEGICO 1. Aumentar la Satisfacción del cliente											
ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLES	PROCESO	AREA	EJECUTADO 2025	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES (logros o retrasos)
Alcanzar la fidelización de nuestros usuarios mediante el aumento de los niveles de satisfacción	12. Mejorar la prestación de los servicios de salud con seguridad y trato humanizado	1. Programa de Humanización Actualizado. 2. Evaluación de los indicadores de calidad en la atención. 3. Informes de seguridad del paciente (acciones de mejora implementadas)	Número de quejas resueltas/quejas presentadas	65%	100%	Subgerencia Asistencial, Profesional de Calidad y Planeación.	Gestión Asistencial	Planeación y Calidad	100%	100%	El Programa de Humanización fue actualizado y se evaluaron los indicadores de calidad. Programa de Seguridad del Paciente en funcionamiento y planes de ejecutados.
	13. Optimizar las agendas diarias, evaluando la capacidad instalada para evitar demanda insatisfecha del servicio	1. Asignación de citas oportunas. 2. Evaluación de los indicadores de demanda insatisfecha. 3. Planes de mejora estructurados y en ejecución.	Numero de consultas asignadas/número de consultas solicitadas	62%	100%	Subgerencia Asistencial y Técnico Facturación	Gestión Asistencial	Facturación	100%	100%	Se evidencia el reporte permanente de la capacidad instalada de la ESE frente a la demanda de servicio, se realizó el análisis de la demanda insatisfecha generando estrategias a implementar.
	14. Mantener la oportunidad de consulta de medicina general por debajo de los 3 días	1. Asignar las citas médicas en el tiempo establecido en la normatividad. 2. Evaluación indicadores para medir la oportunidad en los servicios		100%	100%				100%	100%	Las asignación de citas entre dentro de los 3 días de la consulta médica se mantuvo por debajo de los 3 días.
	15. Implementar el servicio del Call Center u otra estrategia para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud	1. Asignación de citas a través de medios electrónicos. 2. Planes de acción para mejorar la calidad en la atención implementada		35%	50%				50%	100%	Se están asignando citas mediante llamadas telefónicas y se está realizando el análisis del impacto de la medida adoptada. Se está revisando la implementación de otra modalidad de atención electrónica para el próximo año (Call Center, Página WEB ESE).
OBJETO ESTRATEGICO 2. Reducir fuga de clientes mediante procesos de atención eficientes											
Revisar, evaluar y mejorar los resultados en la atención en salud	16. Mejorar las competencias técnicas del personal asistencial	1. Estructurar el Plan anual de Capacitaciones. 2. Evaluar el desempeño del personal. 3. Fijar compromisos que le aporten a los objetivos institucionales. 4. Plan de mejora ante desviaciones encontradas	Capacitaciones programadas/capacitaciones realizadas	60%	100%	Subgerencia Asistencial, Planeación y talento Humano	Gestión Asistencial	Planeación y Talento Humano	100%	100%	El Plan Anual de Capacitaciones fue estructurado y aprobado y se han venido realizando capacitaciones tanto al personal asistencial como administrativo acorde a las necesidades estipuladas en el mismo.
	17. Verificar y evaluar la eficacia en la información asociada a la adherencia de guías y protocolos	1. Establecer mecanismos de medición y evaluación a la adherencia de guías y protocolos. 2. Planes de mejora evaluados/ implementados según resultados de evaluación	HC evaluados/HC clínicos con adherencia a los protocolos	49%	85%	Subgerencia Científica	Gestión Asistencial	Subgerencia científica y Calidad	88%	100%	Se evaluó durante el 2025 las HC y fin de determinar la eficacia de la información y la adherencia de las guías y protocolos y se han dejado las recomendaciones y planes de mejora realizando el seguimiento respectivo.
	18. Evaluar los mecanismos internos utilizados en la obtención de la información respecto a reingresos, trazabilidad con facturación y calidad de los registros	1. Análisis de registros clínicos asociados a reingresos de pacientes. 2. Planes de mejora establecidos producto de las situaciones encontradas	Planes de mejora implementados/planes de mejora terminados	47%	80%				90%		
			Porcentajes de usuarios insatisfechos con la atención brindada por la FPPF	89%	95%				100%	100%	
OBJETO ESTRATEGICO 3. Ampliar el portafolio de servicios a mediana complejidad											
Mejorar la capacidad instalada ampliando complejidad de los servicios de salud prestados	19. Implementar el servicio de telemedicina en las 4 IPS de la ESE	1. Lograr la habilitación del servicio de telemedicina en las IPS de la ESE. 2. Ampliar la capacidad instalada de la ESE para ofertar el servicio con calidad	Servicio habilitado y en operación en las 4 IPS de la ESE	48%	75%	Subgerencia Científica	Gestión Asistencial	Subgerencia Científica, planeación y calidad	65%	100%	El servicio de telemedicina ya fue implementado en las cuatro IPS de la ESE.
	20. Ofertar los servicios de ginecología, pediatría, medicina interna, cardiología, y ecografías generales. 20	1. Ampliación de la infraestructura física que aporte a la ampliación de nuevos servicios. 2. Habilitar los servicios ofertados. 3. Ofertar y Lograr la contratación de los nuevos servicios a costos competitivos.	1. Gestión de proyecto para ampliación de infraestructura hospitalaria/número de Contratos suscrito con EPS y EAPD.	50%	75%	52%	Gestión Administrativa y Asistencial	Subgerencias Administrativa y Asistencial, Planeación	100%	100%	El proyecto para la ampliación de la infraestructura física para la oferta de los nuevos servicios fue estructurado y registrado en el Plan Bienal de Inversiones y se está a la espera de la asignación de recursos. Fueron habilitados los servicios descritos en la actividad y se controló con la EAPD mediante la modalidad de paquete prospectivo
	21. Operativizar los servicios de complementación terapéutica fisioterapia, terapia ocupacional y fonaudiología	1. Mejorar infraestructura para la operativización de los servicios. 2. Ofertar servicios a las IPS y EAPD con equilibrio financiero. 3. Adquisición de equipos biomédicos para operativizar nuevos servicios.	1. Ampliación infraestructura para ofertar los servicios. 2. Compra de equipos biomédicos para operativizar nuevos servicios.	29%	75%	Gerencia y Contabilidad y Presupuesto	Gestión Administrativa y Asistencial	Subgerencia Administrativa y Presupuesto	50%	100%	Se reestructuró la infraestructura física para la apertura de los servicios complementarios y por lo requerimiento lo avanco para poder ofertar los servicios. Las obras ya culminaron y se espera a inicios del 2026 solicitar nuevamente la apertura de estos.
OBJETO ESTRATEGICO 4. Mejorar el Modelo de Atención, favoreciendo el uso adecuado de los recursos institucionales											
Adecuar el modelo de atención en salud de acuerdo a la oferta de servicios	22. Estructurar el modelo de atención en salud de la ESE	1. Modelo de atención aprobado. 2. Socialización modelo de atención con cliente interno y externo	Modelo de atención aprobado y actas socialización del modelo.	30%	90%	Subgerencia Asistencial	Gestión Asistencial	Subgerencia Asistencial, Planeación y Calidad	95%	100%	El Modelo de atención en salud de la ESE ya fue elaborado y aprobado por Calidad y se han realizado reuniones de socialización con el personal interno de la CSC.
	23. Diseñar las estrategias del modelo de atención de acuerdo a la oferta actual de los servicios	1. Documento formulado diseño estrategias de atención acorde al modelo en salud establecido. 2. Evaluación de estrategias implementadas.	Estrategias implementadas y evaluadas.	0%	90%	Subgerencia Asistencial	Gestión Asistencial	Subgerencia Asistencial, Planeación y Calidad	95%	100%	En el Modelo de atención en salud aprobado para la ESE, quedó incluido el diseño de la estrategia de atención.
	24. Lograr que el modelo de salud aporte a satisfacer las necesidades de la población objeto de atención en las 4 IPS de la ESE	1. Diseño de encuestas para medir la efectividad del modelo de atención en la satisfacción de las necesidades en salud de los usuarios.	Evaluación de las encuestas aplicadas a los usuarios	0%	100%	Subgerencia Asistencial	Gestión Asistencial	Subgerencia Asistencial, Planeación y Calidad	100%	100%	El Modelo de atención en salud apunta en todas sus acciones a satisfacer las necesidades de la población objeto de atención de la ESE. Se realizó un primer avance de evaluación al cliente interno de la ESE.

PERSPECTIVA DE LOS PROCESOS INTERNOS											
OBJETO ESTRATEGICO 1. Garantizar el Mejoramiento de todos los Procesos Internos de la ESE											
ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BAE	META 2025	RESPONSABLES	PROCESO	AREA	EJECUTADO 2024	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES (logros o retrasos)
Mantener el Sistema integrado de gestión	25. Cumplir con los estándares de habitación con fundamento con la normatividad vigente	1. IPS y puestos de salud con cumplimiento de los estándares de habitación.	Porcentaje de habitación de los servicios en las IPS de la ESE.	74%	75%	Profesional de Planeación y Calidad	Mejoramiento Continuo - Gestional Asistencial	Sistema integrado de gestión	65%	100%	Las ESE tiene en la actualidad todos los servicios habitados en las 4 IPS. Se ejecutaron planes de mejora a las observaciones dejadas por la Secretaría de Salud Departamental y se efectuaron los ajustes necesarios a los puestos de salud en busca de que se de la habitación respectiva.
	26. Diseñar y ejecutar el plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad	1. Formular el Plan de Auditorías y ejecutarlo. 2. Elaboración Planes de mejora	% cumplimiento del plan de auditorías	60%	100%	Profesional de Planeación y Calidad	Mejoramiento Continuo - Gestional Asistencial	Sistema integrado de gestión	100%	100%	El Plan de Auditorías del mejoramiento de la calidad para el 2025 fue elaborado y los planes de mejora implementados se ejecutaron satisfactoriamente. Avance de la actividad
	27. Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones	1. Programación de capacitaciones a equipos de mejora. 2. Estudio y análisis de casos presentados	% de capacitaciones realizadas y evidencias de casos analizados	50%	90%	Profesional de Planeación y Calidad	Mejoramiento Continuo - Gestional Asistencial	Sistema integrado de gestión	95%	100%	Se elaboró y ejecutó la programación de las capacitaciones a los equipos de mejora y/o equipos internos de la cada sede.
	28. Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas	1. Informe al seguimiento del plan de mejora. 2. Retroalimentación resultados comité	Actas de socialización de los informes en comité M.P.G	50%	60%	Profesional de Planeación y Calidad	Mejoramiento Continuo - Gestional Asistencial	Sistema integrado de gestión	100%	100%	Se realizó el seguimiento permanente al cumplimiento de las acciones de mejora implementadas y se realizó la retroalimentación de los resultados a los grupos interesados.
OBJETO ESTRATEGICO 2. Lograr una infraestructura física que facilite las actividades misionales de manera humanizada											
Gestión de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria	29. Gestión de proyecto para dotación de equipos biomédicos en las 4 IPS de la ESE	1. Formulación de proyecto. 2. Presentación a entes locales y Nacionales para consecución recursos	Proyecto formulado e inscrito en Plan Anual de Inversiones para asignación de recursos	50%	100%	Planeación y Profesional Biomédico	Direccionamiento o Estratégico	Gestión Administrativa y Gerencial	100%	100%	El proyecto se gestionó y se consecutaron los recursos a través de la gerencia y el Ministerio de Salud y con recursos propios de la ESE, logrando dotar de equipos biomédicos nuevos en las cuatro IPS de la ESE.
	30. Estructurar proyecto para la adquisición de equipos de Rayos X para las IPS de Belén de los Andes y San José del Fragua	1. Formulación de proyecto. 2. Presentación a entes locales y Nacionales	Proyecto formulado e inscrito en Plan Anual de Inversiones para asignación de recursos	50%	100%	Gerencia, Subgerencia Asistencial	Direccionamiento o Estratégico	Gestión Administrativa y Gerencial	100%	100%	El proyecto fue estructurado e inscrito en el Plan Anual de Inversiones. Los recursos ya fueron asignados y los equipos se encuentran en funcionamiento.
	31. Gestión para la adquisición de ambulancia fluvial para las sedes de Belén, Curillo, Albania y San José	1. Formulación proyecto e inscripción al Ministerio de Salud, ONDA y el municipio de incidencia ESE.	Proyecto formulado e inscrito para asignación de recursos	50%	100%	Gerencia y Planeación	Direccionamiento o Estratégico	Gestión Administrativa y Gerencial	100%	100%	El proyecto ya fue gestionado e inscrito en el Plan Anual de Inversiones, se asignaron los recursos y las ambulancias se encuentran funcionando en las sedes de Albania y Curillo.
	32. Gestión del proyecto para la adquisición de la Unidad Móvil Médica, Odontológica para la FSP	1. Formulación proyecto e inscripción al Ministerio de Salud	Proyecto formulado e inscrito para asignación de recursos	25%	50%	Gerencia y Planeación	Direccionamiento o Estratégico	Gestión Administrativa y Gerencial	100%	100%	El proyecto ya fue gestionado e inscrito en el Plan Anual de Inversiones. Se encuentra en fase de asignación de recursos.
	33. Gestión para la adquisición de una ambulancia fluvial para la IPS de Curillo	1. Formulación proyecto e inscripción al Ministerio de Salud	Proyecto formulado e inscrito para asignación de recursos	0%	50%	Gerencia y Planeación	Direccionamiento o Estratégico	Gestión Administrativa y Gerencial	100%	100%	El proyecto ya fue gestionado e inscrito en el Plan Anual de Inversiones. Se encuentra en fase de asignación de recursos.
	34. Titulación de los predios donde funcionan los puestos de salud de la ESE.	1. Inventario general de la situación de los predios. 2. Lograr escrituras públicas de los terrenos	predios registrados en los predios	20%	50%	Gerencia y Planeación	Mejoramiento continuo	Gestión Administrativa y Gerencial	50%	100%	la oficina jurídica de la ESE trabajo en la legalización de los predios donde funcionan los puestos de salud, a la fecha ya se tiene documento sobre la tenencia legal de los predios y se aspira en el 2025 elevarlos a escritura pública.
	35. Adquisición de una sede administrativa para la ESE	1. Hacer estudio de mercado para una propiedad cerca de la sede central de la ESE. 2. Aprovechar presupuesto para los recursos necesarios para su adquisición	Sede administrativa adquirida y en funcionamiento	0%	50%	Gerencia y Planeación	Direccionamiento o Estratégico	Gestión Administrativa y Gerencial	50%	100%	Esta actividad se reevaluó ante la posibilidad de construir la sede administrativa en los predios de la ESE con recursos de la administración departamental. La ESE trasladó toda el área administrativa a lugar donde las condiciones laborales mejoraron significativamente hasta que culmine la construcción de la SEDE
	36. Gestionar proyecto para la construcción de un nuevo Hospital para la IPS Curillo	1. Gestionar proyecto y presentarlo a organismos Nacionales, departamentales y municipales. 2. Lograr aprobación del proyecto	Proyecto elaborado, inscrito en Plan Anual de Inversiones y presentado a entidades para acceder recursos	0%	20%	Gerencia y Planeación	Direccionamiento o Estratégico	Gestión Administrativa y Gerencial	6%	80%	Se retomó el proyecto desde el cual se le realizaron algunos ajustes, igualmente se trabajo en la elaboración del estudio de oferta y demanda de servicios. Adicionalmente se presentó un proyecto para mejoramiento de la estructura física existente, hasta tanto se consiguen los recursos para un nuevo hospital
	37. Gestión para el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria de Belén, San José y Albania	1. Elaboración de estudio de mejoramiento de la infraestructura. 2. Lograr la cofinanciación para su ejecución	Estudio técnico elaborado e inscrito en el Plan Anual de Inversiones	0%	50%	Gerencia y Planeación	Direccionamiento o Estratégico	Gestión Administrativa y Gerencial	50%	100%	El proyecto fue elaborado y se encuentra listo para asignación de recursos. Con recursos de la ESE se han hecho algunas mejoras en las sedes sobre todo en la ampliación de consultorios médicos.
	38. Gestionar proyecto para el mejoramiento de los accesos viales de las IPS de Belén de los Andes y Curillo.	1. Elaborar el proyecto y presentarlo al ente Municipal. 2. Lograr la cofinanciación para su ejecución	Proyecto elaborado, inscrito en Plan Anual de Inversiones y presentado a Alcaldes Municipales	0%	50%	Gerencia y Planeación	Direccionamiento o Estratégico	Gestión Administrativa y Gerencial	50%	100%	Se realizaron acercamientos con los Municipios de Belén y Curillo buscando la cofinanciación. El proyecto ya fue gestionado y presentado a las Alcaldías de los municipios involucrados a fin de lograr financiación.
	39. Mejoramiento del área de archivo de la ESE	1. Elaboración de los estudios técnicos. 2. Aprovechar recursos para el mejoramiento.	Área de archivo general mejorada y en funcionamiento	0%	50%	Subgerencia Administración, Técnico de Archivo	Direccionamiento o Estratégico	Gestión Administrativa y Gerencial	100%	100%	Se le realizaron mejoras al área de archivo central de la ESE; en embargo dentro del proyecto de la construcción de la nueva sede administrativa se incluye un la construcción de un archivo central más grande del que cuenta ahora la ESE
OBJETO ESTRATEGICO 4. Lograr la eficiencia en los procesos administrativos											
Reorganizar la planta de personal para optimizar el talento humano de acuerdo a los procesos de la ESE	47. Gestionar la elaboración de un estudio de clima laboral que mejore la convivencia entre los colaboradores y optimice la gestión organizacional	1. Clima Laboral medido. 2. Gestión de los resultados obtenidos en la medición. 3. Planes de mejora ante situaciones presentadas.	Clima laboral medido y planes de mejora implementados	0%	50%	Subgerencia Administrativa	Gestión de Talento Humano	Dirección de Talento Humano	50%	100%	Se gestionó ante la Universidad de la Amazonia, facultad de administración la inclusión de la ESE dentro de las entidades que están interesadas de recibir estudiantes del posgrado en Gestión de Talento Humano para que realicen el estudio de clima laboral para optar su grado. Dicha solicitud será atendida en la vigencia del 2026.

PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y DESARROLLO										
OBJETIVO ESTRATEGICO 1. Incrementar entrenamiento a los colaboradores de acuerdo a sus competencias										
ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	2025	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	EJECUTADO 2025	% DE CUMPLIMIENTO
Contribuir al mejoramiento de habilidades del talento humano de la ESE que genere mayor productividad y eficiencia en el trabajo	46. Desarrollar convenios con instituciones de educación técnica y tecnológica que cuenten con programas en salud para mejorar las competencias del talento humano de la ESE	1. Instituciones educativas seleccionadas y suscribir convenios.	1. Número de Convenios suscritos para la formación continua del Talento Humano	0%	50%	Subgerencia Administrativa y Dirección de Talento Humano	Talento Humano	Dirección de Talento Humano	23%	46%
	48. Fortalecer las estrategias de capacitación en el lugar de trabajo garantizando la certificación por competencias de los colaboradores de la ESE	1. Cronograma de temas para capacitación continua, 2. Definición de funcionarios a ser beneficiados, 3. Cumplimiento del plan de capacitaciones.	Porcentaje talento humano capacitado/total talento humano ESE	47%	80%	Subgerencia Administrativa y Dirección de Talento Humano	Talento Humano	Dirección de Talento Humano	85%	100%
	50. Realizar los procesos de inducción y reincorporación permanentes que fortalezcan los conocimientos y habilidades del talento humano de la ESE con cumplimiento con el trabajo encomendado	1. Definición del Proceso de inducción y reincorporación, 2. Elaboración de cartilla de inducción y reincorporación, 3. Cronograma de inducción y reincorporación	Talento Humano en inducción/total talento humano ESE	50%	50%	Subgerencia Administrativa y Dirección de Talento Humano	Talento Humano	Dirección de Talento Humano	85%	100%
	51. Estructurar y ejecutar el Programa de Capacitación de la ESE con énfasis en la humanización del servicio	1. Plan Anual de Capacitación realizado y en ejecución, 2. Definición del Cronograma de Capacitaciones	Capacitaciones realizadas/capacitaciones programadas	50%	100%	Subgerencia Administrativa y Dirección de Talento Humano	Talento Humano	Dirección de Talento Humano	100%	100%
OBJETIVO ESTRATEGICO 2. Favorecer el Desarrollo y evaluación de competencias del talento humano de cara al cliente interno y externo										
Fortalecer el modelo de gestión del talento humano de la ESE por competencias	52. Fortalecer las competencias definidas para cada uno de los cargos existentes en la planta de cargos de la ESE	1. Realizar mision de trabajo con los colaboradores para definir las competencias de cada cargo con énfasis en la responsabilidad de cada cargo.	Documento final estructurado.	0%	50%	Subgerencia Administrativa y Dirección de Talento Humano	Gestión del Talento Humano	Talento Humano	50%	100%
	53. Actualización del manual de funciones y competencias laborales incluyendo: el contenido funcional de los empleos, las competencias comunes a los empleos públicos y los complementarios acordes a la normatividad vigente	1. Realizar la actualización del Manual de Funciones, 2. Presentar Manual ante la Junta Directiva para su aprobación, 3. Implementar los ajustes realizados al Manual.	Actas administrativas de ajuste a las funciones del personal	0%	50%	Subgerencia Administrativa y Dirección de Talento Humano	Gestión del Talento Humano	Talento Humano	0%	0%
	54. Realizar semestralmente las evaluaciones de desempeño laboral de acuerdo a la normatividad para revisión y estandarización de compromisos	1. Cumplir con la normatividad establecida para evaluar los funcionarios de Carrera Administrativa, 2. Fijar los compromisos a cumplir ajustados a las funciones que desempeñan.	Talento Humano Evaluado/reporteado a la CNSC	100%	100%	Técnico de Talento Humano	Gestión del Talento Humano	Talento Humano	100%	100%
OBJETIVO ESTRATEGICO 3. Garantizar la confiabilidad de la información mediante tecnologías adecuadas										
Fortalecer la gestión de la información y el conocimiento	56. Fortalecer los canales de información internos y externos para relacionarse con los grupos de interés	1. Gestionar e implementar la INTRANET Institucional, 2. Evaluar la eficacia del proceso.	Seguimiento a la eficacia del proceso	0%	50%	Profesionales de Sistemas	Mejoramiento continuo	Sistema integrado de información	60%	100%
	58. Proveer trámites y servicios a través de medios electrónicos para dar solución a las necesidades y demandas de los usuarios en condiciones de calidad y facilidad de uso	1. Implementar sistema tecnológico para asignación de citas, 2. Analizar la efectividad en la asignación de citas	Citas asignadas/médicos electrónicos/citas solicitadas	0%	100%	Profesional de Facturación	Gestión Administrativa	Sistema integrado de información	60%	100%
	59. Realizar auditorías al diligenciamiento de Historias Clínicas y registro asistencial para realizar procesos de mejora relacionados con la calidad de la información	1. Implementar el proceso de auditoría a las Historias Clínicas, 2. Implementación del proceso en las IPS de la ESE	% de HC auditadas/HC en cumplimiento de la norma	0%	60%	Profesional especializado en auditoría de cuentas	Gestión Asistencial	Sistema integrado de información	75%	100%
	60. Hacer control de seguridad del software y hardware de los sistemas de la información institucional	1. Adquisición y reposición de equipamiento que asegure la información de la ESE, 2. Actualización y verificación de la política de seguridad del software y hardware, 3. Acuerdos de confidencialidad entre el hospital y los colaboradores.	Informes de actividades realizadas para garantizar la seguridad de la información de la ESE	25%	75%	Profesionales de Sistemas	Tecnologías Informáticas	Sistema integrado de información	90%	100%
	61. Realizar un proceso de rendición de la cuenta con los lineamientos establecidos por la normatividad	1. Fichas técnicas de los indicadores institucionales actualizados, 2. Información financiera y contable, 3. Información veraz de control actualizado, 4. Planes de mejora temáticos	Informe de rendición de cuentas	100%	100%	Gerencia, Subgerencias Administrativa y Asistencial	Gestión Administrativa	Subgerencia Administrativa	100%	100%
Cumplimiento									92,3%	


JEFFERSON SMID MOSQUERA O.
Profesional de Planeación
ESE Rafael Tovar Poveda