

RESULTADOS – PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO VIGENCIA 2023

ISABU
Instituto de Salud
de Bucaramanga
**HOSPITAL LOCAL
DEL NORTE**



RESULTADOS – PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO VIGENCIA 2023



96,42%

El plan de desarrollo Institucional 2020-2023 “ISABU COMPROMETIDO CON LA SALUD Y BIENESTAR DE SUS USUARIOS” fue aprobado mediante Acuerdo N°003 de 17 de Julio de 2020.

Las actividades del plan de acción, se enfocan en dar cumplimiento a los 4 Objetivos Estratégicos planteados en el Plan de desarrollo vig. 2020-2023.

Para la vigencia 2023 el plan operativo anual de la institución contó con 4 objetivos estratégicos, 7 programas, 27 proyectos y 28 metas.

Para la vigencia 2023 se evidencia un resultado de cumplimiento del 96.42% de las metas planteadas en el plan de acción del plan de desarrollo. En donde de 28 metas programadas, 27 cumplieron los objetivos.

El proyecto que no logró los resultados planeados fue: Generación de un proceso de racionalización del gasto implementando un sistema de costos hospitalario y la definición de puntos de control que permitan su monitorización. Indicador: **EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO (UVR) PRODUCIDA.**

- Meta: 1y 1.15 - Resultado:0.99.

Debido a que no se encuentra dentro del rango de la meta.

En lo que respecta al Plan de mejora del indicador financiero **EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO (UVR) PRODUCIDA**, se realizó conforme a ciclo PHVA, dando cumplimientos a las actividades y estrategias planteadas. Se cuenta con análisis de resultados obtenidos de la medición del indicador de producción-UVR por costo en cada unidad de servicio

RESULTADOS – PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO VIGENCIA 2023

ÍTEM	OBJETIVO ESTRATÉGICO	PROGRAMA	PROYECTO	META	RESULTADO	CUMPLIMIENTO AL	INDICADOR
				2023	4 TRIMESTRE	4 TRIMESTRE	
1	1 FORTALECER LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y TECNOLÓGICA DE LA E.S.E ISABU.	1.1 MEJORAMIENTO A LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA	1.1.2- REALIZAR MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA E.S.E ISABU.	100%	100%	1	%DE CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA ANUAL
		1.2 MANTENIMIENTO BIOMÉDICO Y HOSPITALARIO	1.2.1- REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, EQUIPO HOSPITALARIO Y AMBULANCIAS.	100%	100%	1	%CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, AMBULANCIAS Y EQUIPOS HOSPITALARIOS
		1.3 INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL	1.3.1 - ACTUALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES PETIC.	100%	100%	1	ACTIVIDADES REALIZADAS DE ACUERDO AL PETIC POR VIGENCIA / CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PRIORIZADAS PARA DESARROLLAR DEL PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES PETIC *100
			1.3.2 - ACTUALIZAR EL PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN.	100%	100%	1	NÚMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS AL PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN / NÚMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN* 100
			1.3.3 - ACTUALIZAR EL PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN.	100%	100%	1	NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION / ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION *100

El primer objetivo estratégico cuenta con 5 proyectos y se logró con el 100% de lo programado

RESULTADOS – PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO VIGENCIA 2023

ÍTEM	OBJETIVO ESTRATÉGICO	PROGRAMA	PROYECTO	META	RESULTADO	CUMPLIMIENTO AL 4 TRIMESTRE	INDICADOR
				2023	4 TRIMESTRE		
2	2 LOGRAR UN POSICIONAMIENTO INSTITUCIONAL ESTRATÉGICO, MEDIANTE UN ENFOQUE INTEGRAL DEL RIESGO, ÉNFASIS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, MATERNIDAD SEGURA Y VOCACIÓN DOCENCIA SERVICIO.	2.1 FOMENTO DEL AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES, GENERANDO BIENESTAR A LOS USUARIOS DE LA ESE ISABU CON ALTOS ESTÁNDARES DE CALIDAD.	2.1.1 - ASIGNACIÓN DE CITAS WEB DE CONSULTA DE MEDICINA GENERAL Y ODONTOLOGÍA DE LA ESE ISABU A TRAVÉS DE DIFERENTES HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS.	41%	60,67%	1	NÚMERO DE CITAS WEB ASIGNADAS PARA CONSULTA MEDICINA GENERAL Y ODONTOLOGÍA DE LA ESE ISABU A TRAVÉS DE DIFERENTES HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS/ NÚMERO TOTAL DE CITAS ASIGNADAS PARA MEDICINA Y ODONTOLOGÍA DE LA ESE ISABU *100
			2.1.2- MEJORAMIENTO DE COBERTURAS EN PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN A LA POBLACIÓN OBJETO DE LA ESE ISABU.	52%	90%	1	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE METAS DE PYP.
			2.1.3 - PRODUCTIVIDAD ENMARCADA EN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD Y EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	1	1	1	INFORME ANUALIZADO QUE PERMITA EVALUAR EL COMPORTAMIENTO DE LA PRODUCTIVIDAD DE SERVICIOS, POR CAPACIDAD INSTALADA DISPONIBLE Y OFERTA DE HORAS CONTRATADAS TENIENDO EN CUENTA LOS INDICADORES DE RENDIMIENTO QUE LA ESE HA ESTABLECIDO, QUE PERMITA, EN CORRESPONDENCIA A LA CONSECUICIÓN DE EFECTIVIDAD EN TÉRMINOS DE EFICIENCIA Y EFICACIA Y SU RESPECTIVA INTERVENCIÓN SEGÚN LOS RESULTADOS OBTENIDOS.
			2.1.4 - PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON OPORTUNIDAD MEDIANTE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS - OPORTUNIDAD - ACCESIBILIDAD - UNIVERSALIDAD DE ATENCIÓN EN TODOS LOS SERVICIOS	De acuerdo al servicio	100%	1	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE OPORTUNIDAD REPORTADOS EN DECRETO 2193.
			2.1.5- FORTALECIMIENTO DEL PORTAFOLIO DE SERVICIO ENMARCADO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD, MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA RUTA MATERNO PERINATAL	1	1	1	RUTAS DEFINIDAS, FORTALECIDAS Y DOCUMENTADAS ACORDE A LINEAMIENTOS NACIONALES.
			2.1.6 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO PARA LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA CON ENFOQUE DE RIESGO.	1	1	1	NÚMERO DE PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS REALIZADOS/ NÚMERO DE PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS PROYECTADOS
			2.1.7 - FORTALECIMIENTO DE LOS CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO, DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD HASTA LOS DISTINTOS NIVELES DE ATENCIÓN.	4	65	1	# DE COMITÉS DOCENCIA SERVICIO REALIZADOS
		2.2 SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA CON CALIDEZ AMABILIDAD Y EMPATÍA	2.2.1 -IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CIUDADANOS	6	7	1	# DE REUNIONES REALIZADAS CON LA COMUNIDAD
			2.2.2 - GESTIÓN OPORTUNA DE P.Q.R.D (PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, DENUNCIAS)	100%	100%	1	# DE PQRD GESTIONADAS / # TOTAL DE PQRD PUESTAS POR LOS CIUDADANOS*100
			2.2.3 - CAPACITACIÓN A LAS ALIANZAS DE USUARIOS	6	10	1	# DE CAPACITACIONES REALIZADAS A ALIANZA DE USUARIOS
			2.2.4 - SATISFACCIÓN DEL USUARIO	>90%	95,05%	1	# DE ENCUESTAS QUE REPORTAN SATISFECHO CON EL SERVICIO RECIBIDO / # TOTAL DE ENCUESTAS REALIZADAS*100
			2.2.5 - DESARROLLAR ESTRATEGIA DE MARKETING	1	1	1	NÚMERO DE ESTRATEGIAS DESARROLLADAS
			2.2.6 - FORMULACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PAAC	>90%	100%	1	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO
			2.2.7 - TRABAJAR POR LA TRANSPARENCIA DE LA GESTIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y LA ADOPCIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE BUEN GOBIERNO, UTILIZANDO COMO HERRAMIENTA LA RENDICIÓN DE CUENTAS	1	1	1	# DE RENDICIONES DE CUENTAS REALIZADAS

El segundo objetivo estratégico cuenta con 14 proyectos y se logró con el 100% de lo programado.

RESULTADOS – PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO VIGENCIA 2023

ÍTEM	OBJETIVO ESTRATÉGICO	PROGRAMA	PROYECTO	META	RESULTADO	CUMPLIMIENTO AL 4 TRIMESTRE	INDICADOR
				2023	4 TRIMESTRE		
3	3 FORTALECER EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA QUE GARANTICE MAYOR EFICIENCIA, MEJORES RESULTADOS, ENFOCADOS EN LAS COMPETENCIAS DEL SER, LA HUMANIZACIÓN, EL SABER Y EL HACER EN LA GESTIÓN DE SALUD.	3.1 GESTIÓN INTEGRAL Y DESEMPEÑO	3.1.1 - REVISION Y AJUSTE DE LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS	4	4	1	NUMERO DE REVISIONES DE LISTADO MAESTRO REALIZADAS/NÚMERO DE REVISIONES DE LISTADO MAESTRO PROGRAMADAS
			3.1.2 - AUTOEVALUACIÓN EN HABILITACIÓN	1	1	1	NÚMERO DE AUTOEVALUACIONES REALIZADAS
			3.1.3 - IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	92%	100%	1	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS/ NÚMERO DE ACTIVIDADES PROYECTADAS*100
			3.1.4 - FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL A TRAVÉS DE MIPG	95%	98,99%	1	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN DE MIPG EN EL PERIODO OBJETO DE EVALUACIÓN
			3.1.5 - IMPLEMENTACIÓN DE CAMPAÑAS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE	1	1	1	# CAMPAÑAS EJECUTADAS

El tercer objetivo estratégico cuenta con 5 proyectos y se logró con el 100% de lo programado.

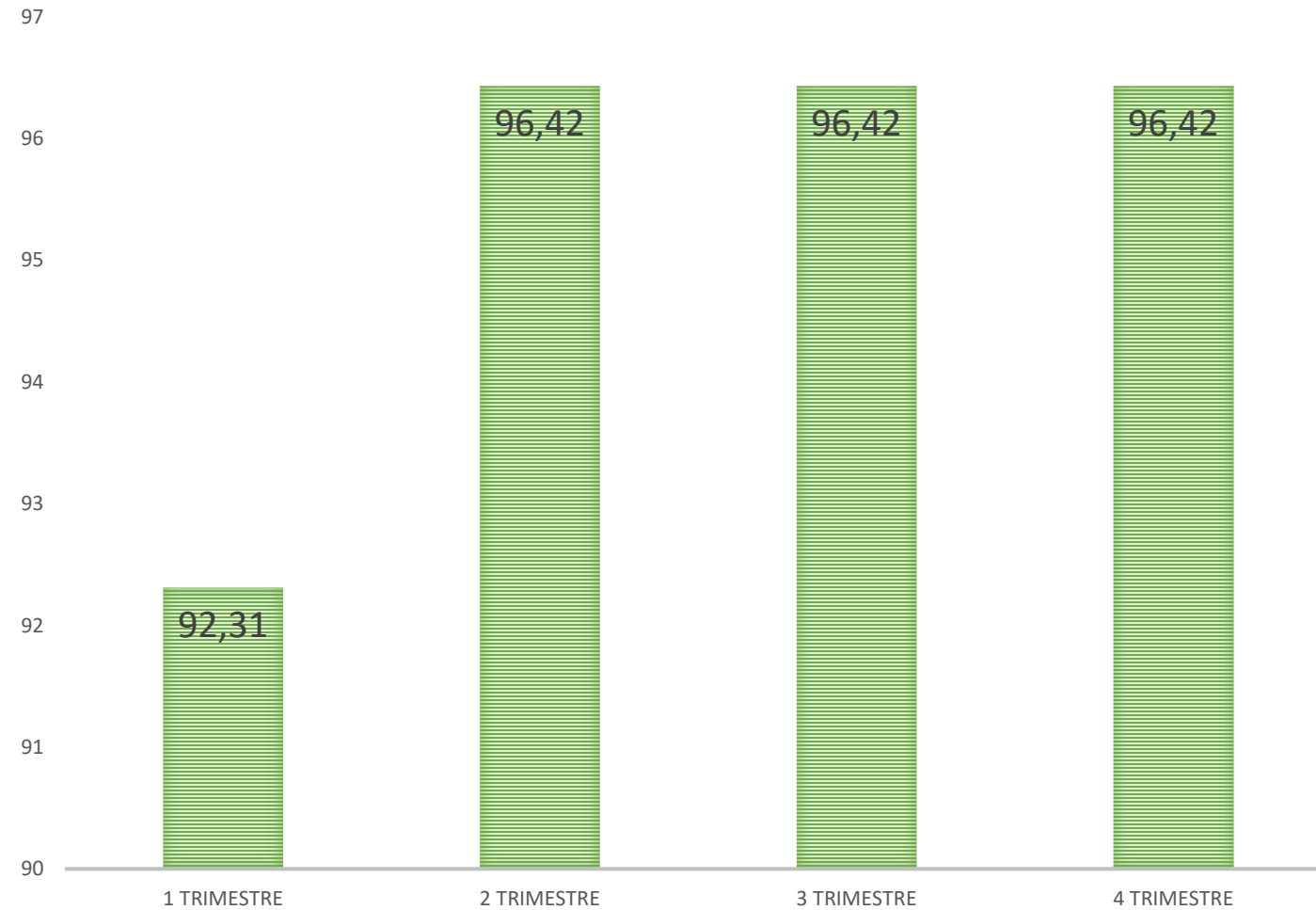
RESULTADOS – PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO VIGENCIA 2023

ÍTEM	OBJETIVO ESTRATÉGICO	PROGRAMA	PROYECTO	META 2023	RESULTADO 4 TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO AL 4 TRIMESTRE	INDICADOR
4	4 LOGRAR LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA A TRAVÉS DE MEDIDAS DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL QUE ASEGURE EL FLUJO DE LOS RECURSOS NECESARIOS PARA PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD.	4.1 FORTALECIMIENTO FINANCIERO Y EQUILIBRIO PRESUPUESTAL	4.1.1 - DETERMINACIÓN DE MECANISMOS QUE ASEGUEN UN VOLUMEN DE INGRESOS, DISMINUYENDO EL RIESGO DE SUBFACTURACIÓN Y QUE CUBRA LOS GASTOS DE OPERACIÓN DE LA ENTIDAD	1	1,37	SI	EQUILIBRIO OPERACIONAL CON INGRESOS RECONOCIDOS Y GASTOS COMPROMETIDOS
				>=90%	98,06%	SI	PORCENTAJE DE RADICACIÓN DE FACTURACIÓN
			4.1.2 - GENERACIÓN DE UN PROCESO DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO IMPLEMENTANDO UN SISTEMA DE COSTOS HOSPITALARIO Y LA DEFINICIÓN DE PUNTOS DE CONTROL QUE PERMITAN SU MONITORIZACIÓN	ENTRE 1.0 Y 1.15	0,99	NO	EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO (UVR) PRODUCIDA
			4.1.3-MEJORAR EL FLUJO DE CAJA A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN DE CARTERA QUE GARANTICE EL PAGO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS PARA SU OPERACIÓN	>=0.8	0,937	SI	EQUILIBRIO OPERACIONAL CON INGRESOS RECAUDADOS Y GASTOS COMPROMETIDOS

El cuarto objetivo estratégico cuenta con 3 proyectos, 4 metas y se logró con el 75% de lo programado

RESULTADOS – PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO VIGENCIA 2023

CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL VIG 2023



NUMERO DE PROYECTOS 2023	27	27	27	27
METAS CUMPLIDAS POR TRIMESTRE	24	27	27	27
METAS PROGRAMADAS	26	28	28	28
CUMPLIMIENTO	92,31	96,42	96,42	96,42

RESULTADOS – PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO VIGENCIA 2023

PLAN DE MEJORA "GENERACIÓN DE UN PROCESO DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO IMPLEMENTANDO UN SISTEMA DE COSTOS HOSPITALARIO Y LA DEFINICIÓN DE PUNTOS DE CONTROL QUE PERMITAN SU MONITORIZACIÓN"			
ACCIÓN DE MEJORA	FECHA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO
Estructurar los costos por unidades operativas del servicio por medio de informes mensuales de costos, para la determinación de los indicadores de medición de productividad-UVR por unidad operativa.	3/05/2023-31/05/2023	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Estado: Cumplido Con el propósito de establecer mecanismos que aseguren un volumen de ingresos, disminuyendo el riesgo de subfacturación y que cubra los gastos de operación de la entidad, se realizaron seguimientos a los costos de los servicios prestados por la Institución evidenciado documentos Excel e informe de análisis.
Definir estrategias para la mejora continua en producción y reducción de costos	3/05/2023-17/05/2023	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y SUBGERENCIA CIENTÍFICA	Estado: Cumplido En reunión realizada entre la subgerencia administrativa y científica se definieron estrategias para la mejora en la producción y reducción de costos
Ejecutar las estrategias definidas para la mejora continua de la producción y reducción de costos	1/06/2023-20/12/2023	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y SUBGERENCIA CIENTÍFICA	Estado: Cumplido Las estrategias planteadas se han venido realizando, desde el área de facturación con los cargos al día y el compromiso del área asistencias de las mejoras en los AIU, por otra parte, mediante reuniones de calidad del dato se han expuesto dificultades y establecido compromiso para la mejora en RIPS entre otros
Revisar que los servicios prestados a cierre de mes estén liquidados; las no conformidades informarlas al responsable para que efectúen el respectivo ajuste y facturación proceda a liquidarlos	30/04/2023-20/12/2023	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Por parte del líder de proceso de facturación se han adelantado reuniones con el personal a cargo con el propósito de disminuir el número de cargos en el software PANACEA, para lograr una facturación real y exigible.
Evaluar los resultados obtenidos de la medición del indicador de producción-UVR por costo en cada unidad de servicio de forma trimestral.	1/07/2023-20/12/2023	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y SUBGERENCIA CIENTÍFICA	Estado: Cumplido Se cuenta con análisis de resultados obtenidos de la medición del indicador de producción-UVR por costo en cada unidad de servicio, arrojando que la entidad presenta un saldo favorable en su utilidad del ejercicio para el periodo acumulado a diciembre de 2023. Comparativamente el resultado es adicionalmente positivo para el relativo 2022, ya que los ingresos aumentaron en mayor proporción al incremento de los gastos y costos lo que permite evidenciar una utilidad mayor.
Actuar frente a desviaciones encontradas una vez implementadas las estrategia que buscan el mejoramiento continuo.	1/12/2023-20/12/2023	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y SUBGERENCIA CIENTÍFICA	Estado: Cumplido Se presenta informe que da fe que no se encontraron desviaciones y por tanto las estrategias resultaron efectivas

PLAN DE MEJORA

En lo que respecta al Plan de mejora del indicador financiero EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO (UVR) PRODUCIDA, se realizó conforme a ciclo PHVA, dando cumplimientos a las actividades y estrategias planteadas. Se cuenta con análisis de resultados obtenidos de la medición del indicador de producción-UVR por costo en cada unidad de servicio. Comparativamente el resultado es positivo para el relativo 2022, ya que los ingresos aumentaron en mayor proporción al incremento de los gastos y costos lo que permite evidenciar una utilidad mayor. Por lo tanto, las acciones tomadas en el plan de mejora fueron positivas para la institución. Se presenta un resultado de 0,99(cálculo con datos producción SIHO).

HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

¡GRACIAS!

ISABU
Instituto de Salud
de Bucaramanga
**HOSPITAL LOCAL
DEL NORTE**

