



Red Salud Armenia E.S.E.

PA' CUIDAR DE TODOS

**INFORME POA Y PLAN DE ACCIÓN I
TRIMESTRE 2024**

Informe POA y Plan de Acción Primer Trimestre 2024

Con el propósito de avanzar en el fortalecimiento de Red Salud Armenia ESE, el Plan de Desarrollo para la vigencia 2024 fue aprobado por la Junta Directiva a través del Acuerdo No. 01 del 21 de febrero de 2024.

Se plantean 7 líneas estratégicas, con sus planes operativos e indicadores para ejecutar en la vigencia, cada línea estratégica cuenta con un responsable que tiene entre otras funciones, velar por el cumplimiento de las metas realizando seguimiento periódico, estableciendo acciones de mejora y realizando los ajustes necesarios que orienten el desarrollo estratégico de la línea hacia el logro de la plataforma estratégica. Las líneas se integran y se complementan buscando mayor coherencia en la gestión de los procesos.

2

La formulación estratégica se estructura en cuatro perspectivas con siete líneas o ejes fundamentales:

PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO

- ✓ Red Salud Armenia ESE, impulsando la academia.
- ✓ El capital humano, nuestra prioridad.
- ✓ La investigación en salud, como aporte al bienestar de la humanidad.

PERSPECTIVA DE PROCESOS

- ✓ Sistema de información potenciando, el desarrollo y el cambio institucional.
- ✓ Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua.

PERSPECTIVA FINANCIERA

- ✓ Red Salud sostenible y eficiente.

PERSPECTIVA DE USUARIO

- ✓ Prestación de servicios de salud basado en el modelo de atención institucional.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1

Prestación de servicios de salud basado en el modelo de atención institucional.

Objetivo: Brindar servicios de salud, cumpliendo con los atributos de la calidad y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud de las personas.

Con el objetivo de Intervenir la situación de salud de la población objeto a través de la red de servicios de la ESE centrada en el usuario y su familia, se definieron tres (3) componentes, los cuales se describen a continuación:

1. Fortalecimiento de la prestación del servicio.

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
1. Prestación de servicios de salud basado en el Modelo de Atención Institucional.	Brindar servicios de salud, cumpliendo con los atributos de la calidad y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud de las personas.	Fortalecimiento de la prestación del servicio.	Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis gestacional/ No. De gestantes reportadas activas en el período.*100	No. De gestantes con tamizaje para sífilis gestacional/ No. De gestantes reportadas activas en el período.*100	90%
			Cobertura de vacunación con terceras dosis de polio y pentavalente en menor de un año del régimen subsidiado	No. de niñas y niños menores de un año de edad del régimen subsidiado con terceras dosis de polio y pentavalente / No. de niñas y niños menores de un año de edad estimada del régimen subsidiado para la aplicación de polio y pentavalente *100	95%
			Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	No. De usuarios que Respondieron "muy bien" o "buena" a la pregunta como calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS / No. de usuarios que respondieron la pregunta *100	95%
			Gestión de la mejora continua del proceso de referencia y contrarreferencia	No. de indicadores analizados y cargados en la plataforma / Total de indicadores del proceso de referencia y contrarreferencia *100	100%
			Porcentaje de adherencia a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud	No. de historias clínicas de primera infancia e infancia auditadas adherentes a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud / Total de historias clínicas de primera infancia e infancia auditadas de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud * 100 (Según muestreo aprobado por comité de historias clínicas)	90%
			Porcentaje de adherencia a la Ruta Materno perinatal	No. de historias clínicas auditadas adherentes a la Ruta Materno perinatal/ Total de historias clínicas auditadas de la Ruta Materno perinatal*100 (Según muestreo aprobado por comité de historias clínicas)	90%
			Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II en el servicio de urgencias	Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage II y el momento en el cual es atendido en consulta de urgencias por médico/ número de consultas clasificadas como Triage II	<30
Porcentaje de cumplimiento de actividades programadas en el plan operativo de las diferentes sedes de atención	Número de actividades realizadas en todas las sedes / Total de actividades programadas en todas las sedes * 100	90%			

Logo		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENA QUINDIO NIT. 8910446-8		Codigo: ES-PL-PO-009 Versión: 3 Fecha de elaboración: 03/03/2013 Fecha de revisión: 20/04/2015 Página:									
Nombre del Documento:		Plan de Acción		Unidad Administrativa:		Subgerencia de Planificación Institucional							
PLAN DE ACCIÓN 2024										Meta anual		PRIMER	
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Vigencia	Seguimiento	Area Responsable	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%
1	Realizar seguimiento a las gestantes activas (que hayan presentado cualquier atención en la ESE) con el fin de identificar según su edad gestacional y frecuencia, la tamización para sífilis gestacional	Tamización para sífilis gestacional a la población gestante.	No. De gestantes tamizadas para sífilis gestacional según su edad gestacional y frecuencia / Total de gestantes activas a las cuales les corresponde el tamizaje según su edad gestacional y frecuencia.*100	100%	2024	Trimestral	DTA	Líder Ruta materno perinatal	Porcentaje	100%	25%	25%	
2	Gestionar el tratamiento oportuno y completo para el manejo de la sífilis gestacional	Gestión de tratamiento oportuno y completo para sífilis gestacional	No. de gestiones realizadas para el tratamiento oportuno y completo para sífilis gestacional / Total de gestantes con resultado positivo a la tamización para sífilis gestacional*100	100%	2024	Trimestral	DTA	Líder Ruta materno perinatal	Porcentaje	100%	25%	25%	
3	Realizar seguimiento a las cohortes (Recien nacido, PAI web) de niños menores de un año con el fin de identificar la población objeto de vacunar	Porcentaje de seguimiento a las cohortes	No. de niños menores de 1 año a los cuales se les realizó seguimiento oportuno para la aplicación de las terceras dosis de polio y pentavalente / Total de menores de 1 año registrado en las cohortes *100	100%	2024	Trimestral	Sugberencia Científica	Líder de PAI	Porcentaje	100%	25%	22%	
4	Definir la muestra de aplicación para la medición de la satisfacción global	Muestreo definido	No. de muestreos aprobados / Total de muestreos a aprobar*100	100%	2024	Trimestral	Sugberencia Científica	der del SIA	Porcentaje	100%	100%	100%	
5	Aplicar la encuesta de satisfacción global según periodicidad establecida.	Encuesta aplicada	No. de personas a los que se les aplicó la encuesta / Total de personas programadas para realizar la aplicación de la encuesta*100	100%	2024	Trimestral	Sugberencia Científica	der del SIA	Porcentaje	100%	25%	25%	
6	analizar los resultados de los indicadores en la plataforma	Analisis de indicadores	No. de indicadores analizados / Total de indicadores por analizar * 100	100%	2024	Trimestral	subgerencia científica	lider de referencia	Porcentaje	100%	25%	25%	
7	Presentar el análisis de los resultados de los indicadores en el comité	Presentación de resultados de indicadores	No. de reuniones de comité realizados con análisis de indicadores / Total de reuniones de comité programados*100	100%	2024	Trimestral	Sugberencia Científica	Líder de Referencia	Porcentaje	100%	25%	25%	
8	Realizar auditoría a las historias clínicas de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de primera infancia e infancia, según muestreo estadístico definido en el comité de historias clínicas .	Porcentaje de adherencia al anexo tecnico "Directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud" para cada uno	No. de historias clínicas de primera infancia e infancia adheridas al anexo tecnico "Directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud" para cada	100%	2024	Trimestral	DTA	Auditoría médica y de enfermería	Porcentaje	100%	25%	25%	
9	Formular el plan de mejora para aquellos profesionales que no están adheridos al anexo técnico "Directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y	Porcentaje de cumplimiento a planes de mejora suscritos como producto de la auditoría de las historias clínicas	No. de planes de mejora formulados con cumplimiento/ No. de planes de mejora formulados*100	100%	2024	Trimestral	DTA	Auditoría médica y de enfermería	Porcentaje	100%	25%	25%	
10	Realizar auditoría a las historias clínicas de la Ruta Integral Materno Perinatal según muestreo estadístico definido en el Comité de Historias Clínicas	Porcentaje de adherencia a la Ruta Materno Perinatal, según Resolución 3280 del 2018.	No. de historias clínicas adheridas a la Ruta Materno Perinatal, según Resolución 3280 del 2018 / Total de historias clínicas auditadas según muestreo establecido en el Comité de Historias Clínicas *100	100%	2024	Trimestral	DTA	Auditoría médica y de enfermería	Porcentaje	100%	25%	25%	
11	Formular el plan de mejora para aquellos profesionales que no están adheridos al anexo técnico "Directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la Ruta Integral materno perinatal	Porcentaje de cumplimiento a planes de mejora suscritos como producto de la auditoría de las historias clínicas	No. de planes de mejora formulados con cumplimiento/ No. de planes de mejora formulados*100	100%	2024	Trimestral	DTA	Auditoría médica y de enfermería	Porcentaje	100%	25%	25%	
12	Implementar acciones de mejoramiento con base en las atenciones de Triage II que hayan sido realizadas despues de 30 minutos	Porcentaje de socialización de hallazgos de tiempos de atención mayor de 30 minutos en Triage II	No. de socializaciones realizadas / No. De hallazgos identificados*100	100%	2024	Trimestral	DTH	Coordinador de Urgencias	Porcentaje	100%	25%	25%	
13	Seguimiento al cumplimiento de los planes de acción de cada una de las sedes	Porcentaje de seguimiento realizados	N. de seguimientos reportados / Total de seguimientos programados*100	100%	2024	Trimestral	DTA	Coordinadoras de sedes	Porcentaje	100%	25%	25%	

Para el primer trimestre con el fin de dar cumplimiento a las actividades programadas en el POA y plan de acción en el componente de fortalecimiento de la prestación del servicio se realizó el seguimiento a las gestantes activas, para el primer trimestre del año se tenían activas 323 gestantes, de las cuales 134 cuenta con los tamizajes para sífilis, se evidencia varias usuarias inasistentes, o presentaron evento obstétrico sin realizar el tamizaje correspondiente para el trimestre, así mismo, se presentaron 6 casos de sífilis gestacional, de las cuales 5 recibieron tratamiento completo, 1 fue tamizada se le formula el tratamiento y en seguimiento reporta se fue del país, nota registrada en historia clínica y base de seguimiento.

Con respecto al seguimiento a las cohortes (recién nacido, PAI web) de niños menores de un año este indicador cumplió con el 88% de lo programado en el trimestre ya que según la programación anual del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), la meta establecida para el primer trimestre del año en curso es la aplicación de 217 terceras dosis de pentavalente y polio inyectable, dirigidas a menores de 1 año. Esta cifra se deriva de una meta anual de 868 menores de 1 año a ser alcanzada. Para el primer trimestre se cuenta con un total de 193 terceras dosis aplicadas en la población asignada lo que representa un cumplimiento del 89% con respecto a la meta establecida para el primer trimestre.

Es importante mencionar que este cumplimiento del 89% queda 11 puntos porcentuales por debajo de la meta esperada para este periodo inicial de la vigencia. Esta brecha entre el objetivo establecido y el desempeño real puede deberse a diferentes situaciones que se presentan durante el desarrollo de las actividades de seguimiento. Entre las situaciones se encuentran: Padres renuentes, números de contacto y direcciones residenciales aportadas por las diferentes EAPB desactualizadas e inicio tardío de esquemas vacunales.

El muestreo para la aplicación de la encuesta de satisfacción global fue definido y aprobado en el comité de atención centrada en el usuario, del 18 de enero de 2024, el líder del DIR presentó las muestras para las encuestas de satisfacción se tomó como referencia el sistema de muestreo aleatorio simple. Los integrantes del comité dieron como aprobado la muestra estadística para el sistema de muestreo aleatorio simple con el 92% de confiabilidad. Que determina una aplicación de 837 encuestas para la vigencia y 209 encuestas a aplicar en cada trimestre.

Para la aplicación de las encuestas de satisfacción global durante el primer trimestre se aplicaron 209 encuestas, cumpliendo con la meta programada para el período, se socializaron los resultados en el comité.

La actividad programada en el proceso de referencia se realizó el cargue, análisis y presentación de los resultados en el comité cumpliendo con lo programado en el trimestre.

Para la auditoría a las historias clínicas de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de primera infancia e infancia, se realizó auditoría de adherencia a los criterios definidos en la historia clínica de las mismas sobre una muestra de 33 historias clínica de cada una, para un total de 66, determinada por calidad, para una adherencia del 99% en Primera Infancia y del 99% en Infancia.

Se formularon planes de mejora individuales por médico con las recomendaciones sobre los hallazgos para el I Trimestre de 2024.

Se realizó auditoría a la ruta materno perinatal sobre muestra determinada por calidad de 30 historias clínicas en el trimestre con un porcentaje de adherencia del 98%

El resultado obtenido no aplica para planes de mejoramiento, sin embargo, se socializaron los resultados de la auditoría a los auditados.

En el servicio de urgencias para la actividad de implementar acciones de mejoramiento con base en las atenciones de Triage II que hayan sido realizadas después de 30 minutos.

Se hizo un total de 10 hallazgos de atenciones en más de 30 minutos e pacientes clasificados como Triage II, distribuidos en 6 casos en enero, 2 en febrero y 2 en marzo, los cuales se revisaron en conjunto con los médicos que realizaron la atención inicial. Se realizó revisión de los casos, se identificó que muchos de estos casos, se inició atención del paciente en sala de reanimación, y posterior a su estabilización e inclusive traslado, se realizó la historia clínica, lo que generaba que la apertura de la historia clínica (el marcador del indicador), quedara en un tiempo mayor a la oportunidad, a pesar que el paciente ya hubiera sido atendido. Otro hallazgo es pacientes que se pospuso su atención, por congestión del servicio, pero en estos casos si se debió de realizar una atención más oportuna a los pacientes clasificados como Triage II. Como actividad se realizará socialización de los hallazgos por parte del Medico de Apoyo DTH, en el próximo EPM, a todo el personal asistencial de los servicios hospitalarios.

Para la presente vigencia cada una de las sedes cuenta con su respectivo POA y plan de acción, desde la Dirección Técnica Ambulatoria se realiza seguimiento al cumplimiento de los planes de acción de cada una de las sedes, las actividades a desarrollar son:

Realizar seguimiento al proceso de asignación de citas.

Realizar el análisis del uso de la capacidad instalada ambulatoria.

Gestionar la participación del equipo de trabajo en las capacitaciones que se realicen del proceso de higienización de manos.

Realizar el EPM mensualmente con sus respectivas actas aprobadas.

Participar en la reunión de evaluación por procesos según cronograma establecido.

Con respecto al CAA del sur se le incluyó entre sus acciones definir e implementar estrategias que permitan mejorar los resultados de la captación temprana.

Se evidencia en los POA de todas las sedes el cumplimiento a las actividades programadas en relación al seguimiento y control de los indicadores de oportunidad, Uso eficiente de la capacidad instalada, Adherencia a los cinco momentos de higiene de manos, Porcentaje de avance en la implementación de los niveles de acreditación y que incluye la realización del EPM en cada sede y la participación en la evaluación por procesos. las coordinadoras de todas las sedes han cumplido con el porcentaje y cronograma establecidos en un 100%

Durante el I trimestre de 2024 se le dio cumplimiento al 98.8% de las actividades programadas.

2. Análisis de la capacidad instalada que permita operar eficientemente el Modelo de atención propuesto.

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
1. Prestación de servicios de salud basado en el Modelo de Atención Institucional.	Brindar servicios de salud, cumpliendo con los atributos de la calidad y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud de las personas.	Análisis de la capacidad instalada que permita operar eficientemente el Modelo de atención propuesto.	Uso eficiente de la capacidad instalada ambulatoria	No. De horas de uso de la capacidad instalada ambulatoria/ total de horas disponibles de la capacidad instalada*100	90%

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO AJIRENIA QUINDIO NIT. 801001440-8										Código: ES-PL-FO-002 Versión: 3 Fecha de elaboración: 03/03/2013 Fecha de revisión: 26/04/2021 Página:			
Nombre del Documento:		Plan de Acción	Unidad Administrativa:	Subgerencia de Planificación Institucional									
PLAN DE ACCIÓN 2024										Meta anual		PRIMER	
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Vigencia	Seguimiento	Area Responsable	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%
14	Realizar el análisis del uso de la capacidad instalada ambulatoria	Porcentaje de análisis realizados de capacidad instalada	No. De análisis realizados de la capacidad instalada en toda la red/ Total de análisis programados a realizar en toda la red de capacidad instalada*100	100%	2024	Trimestral	Sugberencia Científica	DTA	Porcentaje	100%	50%	50%	
15	Socializar el resultado del análisis de la capacidad instalada en el comité de gerencia con propuestas de mejora	Porcentaje de socialización de los resultados del análisis de la capacidad instalada	No. De socializaciones realizadas / No. De socializaciones programadas.* 100	100%	2024	Trimestral	Sugberencia Científica	DTA	Porcentaje	100%			

Para el primer trimestre de 2024 se hace el análisis del aprovechamiento de la capacidad instalada de los consultorios médicos, de enfermería y unidades odontológicas, con la información registrada por cada una de las coordinadoras, en la plataforma torresoft. Como se ha evidenciado el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada se da en los consultorios de enfermería ya que el recurso humano está muy aproximado a la disponibilidad de consultorios. En relación a los consultorios médicos el aprovechamiento se da entre el 88 y el 90%. Para las unidades odontológicas el aprovechamiento es del 80 al 85%.

Logrando así el cumplimiento del 100% de las actividades programadas para el primer trimestre en el componente análisis de la capacidad instalada que permita operar eficientemente el modelo de atención propuesto.

3. Atención segura para el mejoramiento de la salud.

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
1. Prestación de servicios de salud basado en el Modelo de Atención Institucional.	Brindar servicios de salud, cumpliendo con los atributos de la calidad y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud de las personas.	Atención segura para el mejoramiento de la salud	Porcentaje de adherencia al manual de atención de víctimas de violencia de género	No. de historias clínicas auditadas de víctimas de violencia de género adherentes al manual de atención de víctimas de violencia de género/ Total de historias clínicas auditadas de los reportes de víctimas de violencia de género*100	90%

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NT. 891001440-8		Codigo: ES-PL-PQ-002 Versión: 2 Fecha de elaboración: 03/03/2023 Fecha de revisión: 28/04/2024 Página:											
Nombre del Documento:		Plan de Acción		Unidad Administrativa:		Subgerencia de Planificación Institucional							
PLAN DE ACCIÓN 2024								Meta anual		PRIMER			
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Vigencia	Seguimiento	Area Responsable	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%
16	Realizar auditoria de historias clínicas a los casos reportados como víctimas de violencia de género	Porcentaje de auditoria a los casos reportados de víctimas de violencia de género que presentan adherencia	No. de historias clínicas auditadas de víctimas de violencia de género / Total de consultas realizadas a víctimas de violencia de género*100	100%	2024	Trimestral	Sugberencia Científica	Epidemiología	Porcentaje	100%	25%	25%	

Para el I trimestre del 2024, se realizó auditoria a 11 historias clínicas de atenciones de violencia de género descritas como modalidad sexual y además se auditan 73 historias clínicas correspondientes a otras violencias de género (negligencia y/o abandono y psicológica). Tras aplicar instrumento de auditoria institucional (se adjunta a este formato como evidencia) se obtiene que en manejo de otras violencias de género (modalidades distintas a la sexual) obtenemos el 94% lo que indica un porcentaje optimo dentro de la evaluación institucional; por otro lado, al analizar violencia de naturaleza sexual se encuentra el 95% para un consolidado institucional del 95% lo que indica un óptimo cumplimiento institucional a las responsabilidades del abordaje de las violencias de género, enmarcadas en el manual institucional de abordaje de víctimas de violencia de género. Se identifican debilidades en educación en IVE y en procesos de activación de rutas en salud mental.

Logrando así el 100% de lo programado para el primer trimestre en el componente de atención segura para el mejoramiento de la salud.

 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2024			
LÍNEA	COMPONENTE POA	1ER TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
1.Prestación de servicios de salud basado en el modelo de atención institucional.	Fortalecimiento de la prestación del servicio.	2,47%	2,50%
	Análisis de la capacidad instalada que permita operar eficientemente el modelo de atención	1,25%	1,25%
	Atención segura para el mejoramiento de la salud.	1,25%	1,25%

La línea prestación de servicios de salud basado en el modelo de atención institucional cumplió con el 98.8% de lo programado en el trimestre, con un acumulado para la vigencia de 4.97% de un 20% programado.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2

Red Salud sostenible y eficiente

Objetivo: Mantener el equilibrio financiero a través del uso eficiente de los recursos.

Con el fin de optimizar los recursos de la operación institucional para contribuir al equilibrio financiero y la sostenibilidad en el tiempo, se definieron dos (2) componentes:

1. Gestión del mercadeo.

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
2.Red Salud sostenible y eficiente.	Mantener el equilibrio financiero a través del uso eficiente de los recursos.	Gestión del mercadeo	Gestión de ejecución del plan de mercadeo institucional	No. De actividades realizadas del plan de mercadeo institucional/ No. De actividades programadas del plan de mercadeo institucional*100	90%

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8													
Nombre del Documento:			Plan de Acción			Unidad Administrativa:			Subgerencia de Planificación Institucional				
PLAN DE ACCIÓN 2024										Meta anual		PRIMER	
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Vigencia	Seguimiento	Area Responsable	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%
17	Diseñar el plan de acción del plan de mercadeo para la vigencia	Plan de acción diseñado	Plan de acción diseñado (1)	100%	2024	Trimestral	Subgerencia de Planificación Institucional	lder de Mercadeo	Porcentaje	100%	100%	100%	

Diseñar el plan de acción del plan de mercadeo para la vigencia el cual queda incluido en el plan de mercadeo de la ESE. Dando así cumplimiento al 100% de lo programado en el trimestre en el POA y Plan de Acción en el componente de gestión del mercadeo.

2. Gestión financiera y administrativa.

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
2.Red Salud sostenible y eficiente.	Mantener el equilibrio financiero a través del uso eficiente de los recursos.	Gestión financiera y administrativa	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de la evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluyendo el valor comprometido de cuentas por pagar de vigencias anteriores).	≥1
			Gestión del recaudo de la radicación generada durante la vigencia con las diferentes EAPB	Vr. Recaudado/Vr radicado ante las diferentes EAPB*100	90%

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 891001440-8		Codigo: ES-PL-PQ-002 Versión: 2 Fecha de elaboración: 03/03/2023 Fecha de revisión: 28/04/2024 Página:											
Nombre del Documento:		Plan de Acción:		Unidad Administrativa:		Subgerencia de Planificación Institucional:							
PLAN DE ACCIÓN 2024										Meta anual		PRIMER	
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Vigencia	Seguimiento	Area Responsable	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%
19	Informe de seguimiento trimestral al comportamiento de la ejecución presupuestal del ingreso y el gasto	Porcentaje de ejecución de ingresos y gastos	No. De informes de seguimientos realizados/total de seguimientos programados*100	100%	2024	Trimestral	Subgerencia de Planificación Institucional	Profesional Financiera	Porcentaje	100%	25%	25%	
20	Radicación oportuna de los servicios prestados por evento a las diferentes EAPB	Gestión de la radicación en el período evaluado	No. de facturas radicadas del período que se prestó el servicio/Total de facturas generadas en el período que se prestó el servicio.*100	100%	2024	Trimestral	Subgerencia de Planificación Institucional	Líder Facturación	Porcentaje	100%	25%	25%	

Se realizó seguimiento a la ejecución presupuestal, con respecto a los ingresos estos fueron \$ 6.918.409.313.74 y los gastos \$5.502.479.340 con un superávit de \$1.415.929.974.

Del 1 de enero al 31 marzo de 2024 se generaron 8.442 facturas evento, de las cuales se radicaron 8.440 cumpliendo con el 99.98%, teniendo en cuenta que aún se encuentran en proceso de radicación.

Logrando así el 100% de lo programado en el primer trimestre en el componente de gestión financiera y administrativa.

		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2024	
LÍNEA	COMPONENTE POA	1ER TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
2. Red Salud sostenible y eficiente.	Gestión del mercadeo.	2,50%	2,50%
	Gestión financiera y administrativa.	2,50%	2,50%

La línea Red Salud sostenible y eficiente cumplió con el 100% de lo programado en el trimestre, con un acumulado para la vigencia de 5% sobre un 20% proyectado.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua.

Objetivo: Fortalecer la gestión Organizacional con el propósito de satisfacer las necesidades de los grupos de interés.

La estandarización de los procesos orienta a una correcta toma de decisiones, así como a la transparencia en la gestión pública, para ello se definió un (1) componente:

1. Gestión de la calidad y desarrollo organizacional.

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
3.Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua.	Fortalecer la gestión Organizacional con el propósito de satisfacer las necesidades de los grupos de interés.	Gestión de la calidad y desarrollo organizacional.	Efectividad de la auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud	No. de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas /total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	≥0,9
			Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación de la vigencia anterior.	Promedio de calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada/promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.	1,11
			Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	No. de metas del POA cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / No. de metas del POA programadas	≥ 0.90
			Seguimiento y evaluación a las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)	No. De seguimientos realizados	4
			Porcentaje de PQRSD con respuesta antes de 15 días	No. De PQRSD con respuesta dentro del término definido / total de PQRSD radicadas en el	100%
			Porcentaje de cumplimiento al Plan de gestión Integral de residuos generados en la atención en la salud	Total de item adherentes al PGIRASA / Total de item evaluados*100	90%
			Seguimiento a la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones	No. De seguimientos realizados del PAA / Total de seguimiento del PAA programados *100 (Según necesidad)	90%
			Seguimiento a la de Ejecución del Plan de Mantenimiento Hospitalario	No. De seguimientos realizados del Plan de Mantenimiento Hospitalario / Total de seguimientos del Plan de Mantenimiento Hospitalario*100	90%
			Porcentaje de la ejecución de la gestión contractual en las diferentes fases.	No. de contratos legalizados oportunamente / No. de necesidades documentadas, planificadas y recibidas.*100 (Según necesidad)	100%
			Porcentaje de cumplimiento a las auditorías internas de gestión.	No. De auditorías internas de gestión realizadas/ No. De auditorías internas de gestión programadas*100	100%
			Porcentaje de seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	No. De seguimientos realizados al PAAC / No. De seguimientos programados al PAAC*100	100%
			Porcentaje de cumplimiento del Plan Institucional de Archivos PINAR	No. de actividades ejecutadas del PINAR/ Total de actividades programadas del PINAR*100	100%

		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMEHA QUINDIO NIT. 201001440-9			Código: ES-PL-PG-002 Versión: 3 Fecha de elaboración: 03/03/2015 Fecha de revisión: 26/04/2021 Página:								
Nombre del Documento:		Plan de Acción		Unidad Administrativa:		Subgerencia de Planificación Institucional							
PLAN DE ACCIÓN 2024										Meta anual		PRIMER	
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Vigencia	Seguimiento	Area Responsable	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%
21	Realizar los seguimientos programados para verificar el cumplimiento de las acciones de mejoramiento programadas	Efectividad de la auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud	No. De seguimientos realizados / Total de seguimientos programados*100	100%	2024	Trimestral	Mejora Continua	Coordinadora Mejora Continua	Porcentaje	100%			
22	Realizar medición de la percepción de la seguridad del paciente	Porcentaje de medición de la percepción del clima de seguridad del paciente	N. de mediciones de percepción del clima de seguridad del paciente realizadas y analizadas / Total de encuestas programadas*100	100%	2024	Trimestral	Mejora Continua	Líder de seguridad del paciente	Porcentaje	100%			
23	Realizar auditoría de adherencia a las GPC priorizadas	Porcentaje de adherencia a las GPC priorizadas y auditadas	N. de recomendaciones implementadas / Total de recomendaciones programadas a implementar*100	100%	2024	Trimestral	Subgerencia científica	Líder de auditoría	Porcentaje	100%	25%	25%	
24	Implementar la escuela de humanización	Cobertura de funcionarios y/o trabajadores que participaron de la escuela de humanización	N. de funcionarios y/o trabajadores que son certificados / Total de funcionarios y/o trabajadores a certificar*100	100%	2024	Trimestral	Mejora Continua	Líder de humanización	Porcentaje	100%			
25	Dar continuidad a la operativización del comité de sistemas integrados de gestión del riesgo	Porcentaje de cumplimiento a la realización del comité de sistemas integrados de gestión del riesgo	N. de comités realizados / Total de comités programados*100	100%	2024	Trimestral	Mejora Continua	Líder de gestión del riesgo	Porcentaje	100%	25%	25%	
26	Dar continuidad a la implementación del proceso de gestión fortaleciendo el proceso de adquisición de tecnología biomédica	Porcentaje de evaluación de tecnología biomédica con metodología establecida	N. de tecnologías biomédicas adquiridas evaluadas haciendo uso de la metodología definida / Total de tecnología biomédica adquirida*100	100%	2024	Trimestral	Mejora Continua	Líder de gestión biomédica	Porcentaje	100%	25%	25%	
27	Fortalecer el compromiso en la atención en calidad del personal	Porcentaje de medición de la percepción de la cultura organizacional	N. de mediciones de percepción de la cultura organizacional realizadas y analizadas / Total de encuestas programadas de la cultura organizacional*100	100%	2024	Trimestral	Mejora Continua	Líder de transformación cultural	Porcentaje	100%			
28	Fortalecer la implementación del eje de responsabilidad social	Porcentaje de avance en la implementación del eje de responsabilidad social	N. de actividades desarrolladas / Total de actividades programadas a desarrollar *100	100%	2024	Trimestral	Mejora Continua	Líder de responsabilidad social	Porcentaje	100%			
29	Realizar auditoría interna de los procesos definidos priorizados	Porcentaje de cumplimiento al cronograma de auditoría	N. de auditorías realizadas / Total de auditorías programadas*100	100%	2024	Trimestral	Mejora Continua	Auditor de procesos	Porcentaje	100%			
30	Dar cumplimiento a los reportes de los indicadores obligatorios asignados al proceso	Porcentaje de cumplimiento de reporte de indicadores	N. de reportes de indicadores realizados / Total de reportes programados*100	100%	2024	Trimestral	Mejora Continua	Referente de sistema de información para la calidad	Porcentaje	100%	25%	25%	
31	Realizar seguimiento y/o acompañamiento a los responsables de la ejecución de las actividades programadas.	Porcentaje de cumplimiento del POA	No. De informes de seguimiento realizados del POA/ No. De informes de seguimiento programados del POA.*100	100%	2024	Trimestral	Planeación	Líder de Planeación	Porcentaje	100%	25%	25%	
32	Realizar el plan de trabajo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño con el fin de lograr la implementación de las diferentes dimensiones de MIPG	Porcentaje de cumplimiento del Plan de trabajo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.	No. De actividades desarrolladas del plan de trabajo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño /Total de actividades programadas en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño * 100	100%	2024	Trimestral	Subgerencia de Planificación Institucional	Profesional de apoyo a SPI	Porcentaje	100%	100%	100%	

Con respecto a lo programado en la línea estratégica se le dio cumplimiento al comité de sistemas integrados de gestión del riesgo, con respecto a la tecnología biomédica se realizó únicamente 1 compra para el servicio de odontología (Piezas de alta velocidad y scaler), los cuales hasta el momento se han recepcionado los 3 scaler, las piezas de alta no han sido entregadas a la ESE. Para Dar cumplimiento a los reportes de los indicadores obligatorios asignados al proceso

Durante el primer trimestre se realizaron los debidos reportes de indicadores en los tiempos definidos por la norma; indicadores de oportunidad según resolución 1552 se envió el 05 de enero, febrero y marzo de 2024. Los indicadores de la resolución 256 y 1604 se enviaron el día 10 de enero, febrero y marzo de 2024. Todos los envió se realizaron las EPS con las que se tiene contrato, Secretaria de Salud Municipal y departamental en el caso de los relacionados con el reporte de 1604.

En lo referente a los auditorías de GPC, se realizó auditoría de adherencia a las recomendaciones establecidas en el instrumento de medición de las guías priorizadas en el Comité de Historias Clínicas para consulta externa, correspondiendo a Hipertensión y Diabetes Mellitus, para lo cual, el comité de historias clínicas determinó una muestra trimestral de 33 historias clínicas por cada una de ellas, alcanzando una adherencia del 94% para hipertensión y del 96% para diabetes mellitus.

Por parte del proceso de planeación se realizó el seguimiento y acompañamiento a los responsables de la ejecución de las actividades programadas para dar cumplimiento al POA y plan de acción aprobado para la vigencia.

Para dar cumplimiento al plan de trabajo de MIPG con los objetivos del POA Vigencia 2024, se programaron para el primer trimestre 12 actividades las cuales se les dio cumplimiento en un 100% así: 1- comité de MIPG se realizó el día 7 de febrero de 2024, dentro de este comité se presentaron los planes institucionales para la vigencia 2024. 2- mesas de trabajo se programaron 11 mesas de trabajo así: a- mesa de trabajo con la política de gestión del talento Humano en el mes de enero, b- mesa de trabajo con la Política de tramites mes de enero, c- mesa de trabajo con la Política de defensa jurídica mes de enero, d- mesa de trabajo con gestión del conocimiento y la innovación mes de enero. para el mes de febrero se realizaron las siguientes mesas de trabajo, Política de gobierno digital con sistemas, Política de tramites sistemas, Política de control interno. para el mes de marzo se realizaron las siguientes mesas, defensa jurídica con el fin de realizar y dar apoyo al autodiagnóstico y revisar plan de acción del mismo primer trimestre, Política del servicio al ciudadano diligenciamiento del autodiagnóstico, Política de participación ciudadana, Política de gestión documental con el fin de dar apoyo en el diligenciamiento del autodiagnóstico primer trimestre.

Al cierre del primer trimestre de la presente vigencia, en lo que tiene que ver con el plan de acción desde las dimensiones se dio cumplimiento a los procesos programados: en el comité Institucional de gestión se presentaron los planes institucionales, talento humano cumplió con las actividades de reinducción, bienestar social y capacitación. En cuanto al direccionamiento estratégico, planeación elaboro y presento el plan de acción anual para la vigencia 2024, Servicio al ciudadano dio cumplimiento a su plan de socialización, capacitación y la promoción de derechos y deberes, por su lado participación ciudadana convoco a la reunión mensual con las asociaciones, gobierno digital elaboró y presento el plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información. El área de planeación con la participación de comunicaciones, siau y sistemas el día 22 de marzo se dio cumplimiento a la actividad rendición de cuentas por parte de la gerencia de Red salud Armenia E.S.E. Control interno en el mes de febrero dio cumplimiento a su plan de acción con la realización del comité de control interno y el inicio de su plan de auditorías.

Con el fin de analizar y socializar las causas de las quejas que presentan los usuarios en la ESE, Se direccionaron y gestionaron 224 PQRSDF durante el Primer trimestre de 2024. Se dio respuesta oportuna atendiendo a los términos de ley a todas las PQRSDF recibidas durante el trimestre, en el cual se cumple con el indicador. Este informe se socializó el 18 de Abril de 2024 en el Comité de Atención Centrada en el Usuario.

Desde el proceso de gestión ambiental durante el primer trimestre del año 2024, se aplicaron listas de chequeo de adherencia al PGIRASA en los centros de salud Correa Grillo, Paraíso, Santa Rita, Piloto Uribe y CAA del sur. El resultado de la aplicación de las listas de chequeo de adherencia al PGIRASA fueron socializados en el comité de residuos peligrosos y no peligrosos del mes de marzo de 2024.

Respecto a la ejecución plan anual de adquisiciones, se publicó el 31 de Enero del 2024; y se le realizó seguimiento con la parte presupuestal y de contratación.

En la ejecución del plan de mantenimiento hospitalario durante el primer trimestre se realizaron visitas de inspección, mantenimiento y adecuaciones físicas realizadas en centros de salud: C.S PILOTO URIBE C.S EL CAIMO C.S PARAISO C.S LA CLARITA C.S SANTA RITA C.S CORREA GRILLO C.S FUNDADORES CS LA MILAGROSA C.S CAA DEL SUR UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR.

Desde el área jurídica se realizó la verificación al cumplimiento y aplicación de los requisitos establecidos en el Estatuto de contratación a las órdenes de compra (15), contratos de prestación de servicios (57), de compraventa (1) de arrendamiento (3) de suministro (18) de consultoría (2) y outsourcing (2)

La oficina Asesora de Control Interno realizó la presentación del Plan Anual de Auditoría Vigencia 2024.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO AGENCIA QUINERO RIF: 80181448-8												
Código ES-PL-FC-002 Versión: 3 Fecha de actualización: 03/03/2013 Fecha de revisión: 26/04/2021 Página: 1												
Nombre del Documento:		Plan de Acción		Unidad Administrativa:		Subgerencia de Planificación Institucional						
PLAN DE ACCIÓN 2024												
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Vigencia	Seguimiento	Area Responsable	Persona Responsable	Meta anual		PRIMER	
									Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL
33	Ejecutar el plan de trabajo establecido en cada una de las dimensiones de MIPG	Cumplimiento al plan de trabajo	No. de actividades realizadas en el plan de trabajo de MIPG / Total de actividades programadas*100	100%	2024	Trimestral	Subgerencia de Planificación Institucional	Profesional de apoyo a SPI	Porcentaje	100%	25%	25%
34	Analizar y socializar las causas de las quejas que presentan los usuarios en la ESE	Porcentaje de socializaciones realizadas	No. De socializaciones del análisis de las quejas realizadas / No. De socializaciones programadas*100	100%	2024	Trimestral	Líder SIAU	Líder SIAU	Porcentaje	100%	25%	25%
35	Aplicar las listas de chequeo según el cronograma establecido aprobado por el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria	Porcentaje de listas de chequeo aplicadas en el periodo evaluado	No. de listas de chequeo aplicadas / Total de listas de chequeo programadas a aplicar.*100	100%	2024	Trimestral	Gestión Ambiental	Líder Gestión Ambiental	Porcentaje	100%	25%	25%
36	Socializar los resultados obtenidos de medición de adherencia en el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria	Porcentaje de socializaciones realizadas en el periodo evaluado	Total de socializaciones realizadas / Total de socializaciones programadas por el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria*100	100%	2024	Trimestral	Gestión Ambiental	Líder Gestión Ambiental	Porcentaje	100%	25%	25%
37	Ejecutar el Plan Anual de Adquisiciones	Porcentaje de cumplimiento al Plan Anual de Adquisiciones	No. de compras y/o contratos realizados en la ESE / Total de compras y/o contratos incluidos en el PAA*100 (Según necesidad)	100%	2024	Trimestral	Bienes y Servicios	Líder Bienes y Servicios	Porcentaje	100%	33,3%	33,3%
38	Ejecutar el plan de mantenimiento hospitalario de la ESE.	Porcentaje de cumplimiento al Plan de Mantenimiento Hospitalario	No. de actividades ejecutadas del Plan de Mantenimiento Hospitalario / Total de actividades programadas en el Plan de Mantenimiento Hospitalario*100	100%	2024	Trimestral	Bienes y Servicios	Líder Bienes y Servicios	Porcentaje	100%	25%	25%
39	Verificar el cumplimiento y aplicación de los requisitos establecidos en el Estatuto de contratación.	Porcentaje de cumplimiento de la totalidad de los requisitos legales.	No. de contratos revisados / Total de contratos suscritos*100	100%	2024	Trimestral	Subgerencia de Planificación Institucional y Subgerencia Científica	Líder de Contratación	Porcentaje	100%	25%	25%
40	Presentar los resultados obtenidos al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de las auditorías internas de gestión.	Socialización de resultados obtenidos de la auditoría interna de gestión	No. de socializaciones realizadas de los resultados de auditoría interna de gestión / Total de socializaciones programadas de los resultados de la auditoría interna de gestión *100	100%	2024	Trimestral	Oficina Asesora de Control Interno	Control Interno	Porcentaje	100%	25%	25%
41	Realizar el seguimiento al cumplimiento de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Cumplimiento a los seguimientos de los componentes del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	No. De seguimientos realizados a los componentes del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano/ No. De seguimientos programados a los componentes del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.*100	100%	2024	Cuatrimstral	Oficina Asesora de Control Interno	Control Interno	Porcentaje	100%		
42	Presentar el resultado obtenido del seguimiento al cumplimiento del PINAR en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.	Socialización de resultados obtenidos del seguimiento al cumplimiento del PINAR	No. de socializaciones realizadas del resultado obtenido al seguimiento del PINAR en el Comité Institucional de gestión y desempeño. / Total de socializaciones programadas de seguimiento*100	100%	2024	Trimestral	Subgerencia de Planificación Institucional	Coordinadora de Archivo	Porcentaje	100%		

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2024

LÍNEA	COMPONENTE POA	1ER TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
3. Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua.	Gestión de la calidad y desarrollo Organizacional.	2,50%	2,50%

La línea estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua cumplió con el 100% de lo programado en el trimestre, con un acumulado para la vigencia de 2.5% de un 10% programado para el año.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4

Sistema de Información, potenciando el desarrollo y el cambio institucional

Objetivo: Mejorar el sistema de información y la tecnología de la organización.

El uso de medios tecnológicos para la difusión de la información, la transparencia y el acceso a la información permitirán el logro de los dos (2) componentes definidos:

1. Gestión de la tecnología y la información.

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
4. Sistema de Información, potenciando el desarrollo y el cambio institucional.	Mejorar el sistema de información y la tecnología de la organización.	Gestión de la Tecnología y la Información	Porcentaje de avance en la implementación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI	No de actividades realizadas del PETI/Total de actividades programadas en el PETI*100	92%
			Porcentaje de avance en la implementación del Plan de Seguridad y Privacidad de la información	No. De copias de seguridad realizadas de la base de datos / total De copias de seguridad programadas de la base de datos de acuerdo al Manual de Copias de Seguridad.*100	100%
			Porcentaje de avance en la implementación del Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información	No. De actividades realizadas del plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información / No. De actividades programadas del plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información.*100	92%

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMEÑA QUINDIO NT. 891001440-8		Codigo: ES-PL-PG-002 Versión: 2 Fecha de elaboración: 03/03/2013 Fecha de revisión: 28/04/2021 Página:											
Nombre del Documento:		Plan de Acción		Unidad Administrativa:		Subgerencia de Planificación Institucional							
PLAN DE ACCIÓN 2024										Meta anual		PRIMER	
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Vigencia	Seguimiento	Area Responsable	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%
43	Construir el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI para la vigencia 2024	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI construido	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI construido. (1)	100%	2024	Trimestral	Sistemas	Líder de Sistemas	Porcentaje	100%	100%	100%	
44	Presentar el seguimiento del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI en el Comité Institucional de gestión y desempeño.	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI monitoreado	No. de seguimientos realizados al Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI en el Comité Institucional de Gestión y desempeño/ No. De seguimientos programados al plan Estratégico de la	100%	2024	Trimestral	Sistemas	Líder de Sistemas	Porcentaje	100%	25%	25%	
45	Construir el Plan de Seguridad y Privacidad de la información para la vigencia 2024	Plan de Seguridad y Privacidad de la información construido	Plan de Seguridad y Privacidad de la Información construido (1)	100%	2024	Trimestral	Sistemas	Líder de Sistemas	Porcentaje	100%	100%	100%	
46	Presentar el seguimiento del Plan de Seguridad y Privacidad de la información en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Plan de Seguridad y Privacidad de la información monitoreado	No. de seguimientos realizados al Plan de Seguridad y Privacidad de la información en el Comité Institucional de Gestión y desempeño/ No. De seguimientos programados al Plan de Seguridad y Privacidad de la Información en el Comité Institucional	100%	2024	Trimestral	Sistemas	Líder de Sistemas	Porcentaje	100%	25%	25%	
47	Construir el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información para la vigencia 2024	Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información construido	Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información construido. (1)	100%	2024	Trimestral	Sistemas	Líder de Sistemas	Porcentaje	100%	100%	100%	
48	Presentar el seguimiento del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Plan de tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información monitoreado	No. de seguimientos realizados al Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información en el Comité Institucional de Gestión y desempeño/ No. De seguimientos programados al Plan de Seguridad y Privacidad de la	100%	2024	Trimestral	Sistemas	Líder de Sistemas	Porcentaje	100%	25%	25%	

Para el primer trimestre de 2024 se realizó la construcción de los planes estratégicos del área de sistemas, los cuales fueron actualizados mediante acto administrativo expedido por la gerencia y publicados en la página web institucional, así mismo fueron socializados en el comité institucional de gestión y desempeño.

Cumplió con el 100% de cumplimiento en las actividades programadas en el primer trimestre en el componente POA gestión de la tecnología y la información.

2. Comunicación efectiva.

Líneas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
4. Sistema de Información, potenciando el desarrollo y el cambio institucional.	Mejorar el sistema de información y la tecnología de la organización.	Comunicación Efectiva	Cumplimiento al Plan Estratégico de Comunicaciones	No. de actividades ejecutadas del plan estratégico de comunicaciones / Total de actividades programadas del Plan estratégico de comunicaciones*100	90%

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMEÑA GUINDIO NT. 8910014408		Codigo: ES-PL-PG-002 Versión: 2 Fecha de elaboración: 03/03/2013 Fecha de revisión: 28/04/2021 Página:											
Nombre del Documento:		Plan de Acción		Unidad Administrativa:		Subgerencia de Planificación Institucional							
PLAN DE ACCIÓN 2024										Meta anual		PRIMER	
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Vigencia	Seguimiento	Area Responsable	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%
49	Diseñar el Plan estratégico de Comunicaciones-PECOS - para la ESE	Plan de Comunicaciones diseñado	Documento plan de comunicaciones diseñado. (1)	100%	2024	Trimestral	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones	Porcentaje	100%	100%	100%	
50	Presentar el plan de comunicaciones a la alta dirección para su aprobación.	Plan de Comunicaciones aprobado	Plan de Comunicaciones aprobado (1)	100%	2024	Trimestral	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones	Porcentaje	100%	100%	100%	
51	Ejecutar el plan Estratégico de Comunicaciones	Porcentaje de ejecución del plan estratégico de comunicaciones	No. De actividades realizadas del plan estratégico de comunicaciones / total de actividades programadas del plan estratégico de comunicaciones *100	100%	2024	Trimestral	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones	Porcentaje	100%			

Para el primer trimestre se realizó el diseño del Plan estratégico de comunicaciones PECOS, el cual fue presentado a la alta dirección para su aprobación. Dando así cumplimiento a lo programado en el componente POA comunicación efectiva.

Red Salud Armenia (SA) #CUIDAR DE TODOS		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2024	
LÍNEA	COMPONENTE POA	1ER TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
4. Sistema de Información, potenciando el desarrollo y cambio institucional.	Gestión de la Tecnología y la Información.	2,00%	2,00%
	Comunicación Efectiva.	2,00%	2,00%

La línea Sistema de información, potenciando el desarrollo y cambio institucional cumplió con el 100% de las acciones programadas en el trimestre, con un acumulado para la vigencia de 4% sobre un 20% programado.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

La investigación en salud, como aporte al bienestar de la humanidad

Objetivo: Propender por la sostenibilidad de la certificación de buenas prácticas clínicas de investigación en salud.

Permitirá fortalecernos como una ESE que brinda un espacio para la investigación en salud cumpliendo el componente definido:

1. Gestión de proyectos de investigación clínica.

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
5.La investigación en salud, como aporte al bienestar de la humanidad.	Propender por la sostenibilidad de la certificación de buenas prácticas clínicas de investigación en salud.	Gestión de proyectos de investigación clínica	certificación de Buenas Prácticas Clínicas obtenidas	certificación de buenas prácticas obtenida	1

 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2024		1ER TRIMESTRE	
LÍNEA	COMPONENTE POA	EJECUTADO	PROGRAMADO
		5. La investigación en salud, como aporte al bienestar de la humanidad.	Gestión de proyectos de investigación clínica.

Para el primer trimestre no se tenían programadas actividades en la línea estratégica investigación en salud, como aporte al bienestar de la humanidad

LÍNEA ESTRATÉGICA 6

Red Salud Armenia ESE, impulsando la academia.

Objetivo: Fortalecer la gestión de la organización para alcanzar el reconocimiento como escenario de práctica formativa con altos estándares de calidad.

El reconocimiento a nivel tanto local como departamental y nacional se alcanzará desarrollando efectivamente el componente definido para lograrlo:

1. Responsabilidad social, en la formación del talento humano.

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
6.Red Salud Armenia ESE, impulsando la academia.	Fortalecer la gestión de la organización para alcanzar el reconocimiento como escenario de práctica formativa con altos estándares de calidad.	Responsabilidad social, en la formación del talento humano	avance de la calificación de los centros de prácticas formativas	Promedio de la calificación de los centros de práctica formativa de la vigencia actual /Promedio de la calificación de los centros de práctica formativa de la vigencia inmediatamente anterior.	>1

Para el primer trimestre no se tenían programadas actividades en la línea estratégica Red Salud Armenia ESE impulsando la academia.

 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2024		1ER TRIMESTRE	
LÍNEA	COMPONENTE POA	EJECUTADO	PROGRAMADO
		6. Red Salud Armenia ESE, impulsando la academia.	Responsabilidad social, en la formación del talento humano.

LÍNEA ESTRATÉGICA 7

El capital humano, nuestra prioridad.

Objetivo: Promover la gestión del capital humano en cada una de las etapas de la vida laboral, reflejado en la mejora continua de la cultura y el clima organizacional.

Mantener un clima organizacional favorable que permita el cumplimiento de los objetivos institucionales, así como la capacitación permanente de nuestro talento humano, definiendo así un (1) componente:

1. Gestión del Talento Humano.

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
7.El Capital Humano, nuestra prioridad.	Promover la gestión del capital humano en cada una de las etapas de la vida laboral, reflejado en la mejora continua de la cultura y el clima organizacional.	Gestión del Talento Humano	Porcentaje de ejecución de los Planes Institucionales de la gestión del Talento Humano (Dcto 612 de 2018)	No. de planes institucionales de la gestión del talento humano ejecutados/ No de planes institucionales de la gestión del talento humano programados. (Según Decreto 612 de 2018)*100	100%

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 891091448-8										Meta anual		PRIMER	
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Vigencia	Seguimiento	Area Responsable	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%
55	Ejecutar el Plan Institucional de Capacitaciones (PIC) según su programación establecida	Porcentaje de ejecución del Plan Institucional de capacitaciones (PIC)	No. De actividades realizadas del PIC / Total de actividades programadas del PIC*100	100%	2024	Trimestral	Talento Humano	Coordinadora Talento Humano	Porcentaje	100%	25%	25%	
56	Ejecutar el Plan de Bienestar según su programación establecida	Porcentaje de ejecución del Plan de Bienestar	No. De actividades realizadas del Plan de Bienestar / Total de actividades programadas del Plan de Bienestar*100	100%	2024	Trimestral	Talento Humano	Coordinadora Talento Humano	Porcentaje	100%	25%	25%	
57	Realizar seguimiento a la actualización en la plataforma SIGEP de las historias laborales de los servidores públicos inscritos en la planta de empleo de Red Salud Armenia	Formatos actualizados en la plataforma SIGEP (Declaración de bienes y rentas)	No. De declaraciones de bienes y rentas actualizadas /No. De funcionarios inscritos en la planta de empleo*100	100%	2024	Trimestral	Talento Humano	Coordinadora Talento Humano	Porcentaje	100%			
58	Ejecutar el Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	Porcentaje de ejecución del Plan de Trabajo	No. De actividades ejecutadas del Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo / Total de actividades programadas del Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo*100	100%	2024	Trimestral	Talento Humano	Líder de Salud Ocupacional	Porcentaje	100%	25%	25%	

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2024

LÍNEA	COMPONENTE POA	1ER TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
7. El capital humano nuestra prioridad.	Gestión del Talento Humano	2,00%	2,00%

Para el primer trimestre de 2024 el componente POA Gestión del Talento Humano ejecutó las actividades programadas en el Plan Institucional de Capacitación y en el plan de Bienestar e Incentivos:

1. El Plan de Capacitación está adoptado mediante Resolución N°017 de enero 09 del 2024, la Metodología de multiplicadores es una estrategia adoptada en el plan, el cual consiste en que los colaboradores multiplican sus conocimientos en temas puntuales y los replican a los demás colaboradores.

Se realizaron 27 Capacitaciones de acuerdo a lo programado por los líderes de los procesos, con un cumplimiento del 43.10% de capacitación.

2. El Plan de Bienestar e Incentivos está adoptado mediante Resolución N°017 de enero 09 del 2024, para el primer trimestre de la vigencia del 2024, dentro del plan de bienestar se reconocieron a los funcionarios (23) auxilios educativos, (1) auxilio Odontológico, (7) auxilios de anteojos y (1) Auxilio funerario. Se concedió para el primer semestre del 2024, el día de la familia para todos los servidores públicos y trabajadores en Misión. Se reconocieron y celebraron a (29) funcionarios el día del cumpleaños.

3. En la planta de empleo de la entidad se encuentran 143 cargos, de los cuales (125) cargos se encuentran activos, de acuerdo a la plataforma del SIGEP II, al 30 de marzo del 2024, se han actualizado (99) Historias laborales e incluidas su Declaración de Bienes y Renta vigencia 2023.

Con respecto al plan anual de trabajo de seguridad y salud en el trabajo se dió cumplimiento al 100% de las actividades programadas: revisar matriz legal, actividades de PYP (se realizan capacitaciones en la Unidad Intermedia del Sur y Centros de salud), Se Realizaron las Evaluaciones Médicas Ocupacionales -Peligros- Periodicidad- Comunicación al Trabajador y la custodia de Historias Clínica. En lo relacionado con definir acciones preventivas y correctivas con base en los resultados del SG-SST, se logró certificaciones de seguridad vial.

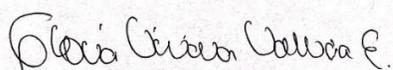
Logrando así que la línea estratégica el capital humano nuestra prioridad cumplió con el 100% de lo programado en el primer trimestre, con un acumulado para la vigencia de 2% sobre un 10% programado.

En conclusión, Para el primer trimestre del año 2024, se obtuvo un cumplimiento de 18,47%, frente a un programado de 18.50%, lo que significa que hubo una diferencia porcentual negativa de -0.03%. Lo anterior dado que no se cumplió con el porcentaje de cumplimiento en la línea estratégica Prestación de servicios de salud basado en el modelo de atención institucional, en su componente Fortalecimiento de la prestación del servicio, en la actividad realizar seguimiento a los cohortes (recién nacido, PAI WEB) de los niños menores de un año con el fin de identificar la población objeto de vacunar.

Con respecto al plan de acción se cumplió con el 99.8% de lo programado en el primer trimestre.

A continuación, se muestra el cuadro comparativo ejecutado VS programado, para el primer trimestre de 2024:

		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2024	
		1ER TRIMESTRE	
LÍNEA	COMPONENTE POA	EJECUTADO	PROGRAMADO
1. Prestación de servicios de salud basado en el modelo de atención institucional.	Fortalecimiento de la prestación del servicio.	2,47%	2,50%
	Análisis de la capacidad instalada que permita operar eficientemente el modelo de atención propuesto.	1,25%	1,25%
	Atención segura para el mejoramiento de la salud.	1,25%	1,25%
2. Red Salud sostenible y eficiente.	Gestión del mercadeo.	2,50%	2,50%
	Gestión financiera y administrativa.	2,50%	2,50%
3. Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua.	Gestión de la calidad y desarrollo Organizacional.	2,50%	2,50%
4. Sistema de Información, potenciando el	Gestión de la Tecnología y la Información.	2,00%	2,00%
	Comunicación Efectiva.	2,00%	2,00%
5. La investigación en salud, como aporte al bienestar de la humanidad.	Gestión de proyectos de investigación clínica.	0,00%	0,00%
6. Red Salud Armenia ESE, impulsando la academia.	Responsabilidad social, en la formación del talento humano.	0,00%	0,00%
7. El capital humano nuestra prioridad.	Gestión del Talento Humano	2,00%	2,00%
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2023		18,47%	18,50%
DIFERENCIA PORCENTUAL		-0,03%	
ACUMULADO		18,47%	



GLORIA VIVIANA VALENCIA E
PU PLANEACIÓN