

|  |
| --- |
| **INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL** |
| **EVALUACION DEL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL** |
| **SEMESTRE I DEL AÑO 2021** |

|  |
| --- |
| PRESENTACIÓN |

El Proceso de Evaluación del Primer Semestre del Plan Operativo Institucional del año 2021, proporciona una valiosa oportunidad, para realizar los ajustes necesarios al Nuevo Plan Estratégico Institucional = PEI 2019 – 2024, obligados por la Nueva realidad que nos ha provocado la Pandemia del Coronavirus.

Las Nuevas Autoridades del ISBM han reorganizado todos sus esfuerzos y recursos para atender una Pandemia que afectó seriamente el alcance de los Ejes, Objetivos y Líneas Estratégicas y con ello los Objetivos Operativos y las Metas Anuales Institucionales y las particulares que están interrelacionadas con las de largo plazo, buscando priorizar las actividades integralmente para evitar la afectación del Coronavirus.

Los resultados del Proceso de Evaluación del Semestre I del Plan Operativo Institucional 2021, incorporan la integralidad de los Objetivos Operativos, Metas Particulares e Indicadores que buscan medir el impacto, el producto o los resultados del trabajo realizado por las 18 Unidades Organizacionales Institucionales -UOI- más representativas.

La Estructura Orgánica Institucional, permite agruparlas en tres grandes áreas de trabajo: I. Subdirección de Salud, integrada por tres gerencias y la Unidad de Epidemiología, Estadística y Datos; II. Subdirección Administrativa con tres gerencias; III. Adicionalmente, hay cinco Unidades de Staff y se han creado cuatro -UOI- por leyes secundarias: la Sección de Gestión Documental y Archivos, la Oficina de Información y Respuesta; la Oficina de Género; y la Oficina Medio Ambiente, que dependen directamente de la Presidencia

EVALUACIONES DEL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL 2021

[PRESENTACIÓN 2](#_Toc88483089)

[SUBDIRECCIÓN DE SALUD UOI 1 4](#_Toc88483090)

[GERENCIA TÉCNICA ADMINISTRATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD UOI 2 9](#_Toc88483091)

[GERENCIA DE GESTIÓN Y ABASTECIMIENTOS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS UOI 3 16](#_Toc88483092)

[GERENCIA DE ESTABLECIMIENTOS INSTITUCIONAL DE SALUD UOI 4 19](#_Toc88483093)

[UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA, ESTADÍSTICA Y DATOS UOI 5 27](#_Toc88483094)

[SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA UOI 6 29](#_Toc88483095)

[GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS UOI 7 31](#_Toc88483096)

[GERENCIA DE PROYECTOS E INFRAESTRUCTURA UOI 8 34](#_Toc88483097)

[GERENCIA DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONALES (GACI) UOI 9 37](#_Toc88483098)

[UNIDAD DE DESARROLLO TECNÓLOGICO 40](#_Toc88483099)

[UOI 10 40](#_Toc88483100)

[UNIDAD DE COMUNICACIONES UOI 11 43](#_Toc88483101)

[UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL UOI 12 45](#_Toc88483102)

[UNIDAD DE ASESORIA LEGAL UOI 13 52](#_Toc88483103)

[UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL Y COOPERACIÓN EXTERNA UOI 14 55](#_Toc88483104)

[SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS UOI 15 60](#_Toc88483105)

[OFICINA DE INFORMACIÓN Y RESPUESTA UOI 16 66](#_Toc88483106)

[OFICINA DE GÉNERO UOI 17 69](#_Toc88483107)

[OFICINA DE MEDIO AMBIENTE UOI 18 71](#_Toc88483108)

[CUADRO ESTADISTICO 73](#_Toc88483109)



# SUBDIRECCIÓN DE SALUD UOI 1

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N°.1. SUBDIRECCIÓN DE SALUD** -. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1, 4,5 y 8 EQ. 1 PLAN SALUD; PNUD ODS 3, 5, 6, 10, 13, 15, 16 y 17 SNS, EJES ESTRATÉGICOS 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 OE 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 POLI 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 LINEA ESTRATÉGICAS y ACCIONES DE TRABAJO: Todas las involucradas al PEI de los EE/OE del 1 AL 8. PROYECTOS ESTRATEGICOS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 1.Administrar integralmente el Programa Especial de Salud. – PES- y cada uno de los Sub-Programas que lo conforman. | 1.1 Actualización del PES, integrándolo a los Compromisos, Proyectos, Metas y Estrategias, Institucionales1.2 Respuestas garantizadas, oportunas, eficientes y eficaces al 100% de las solicitudes que emanen de los Usuarios Institucionales o la Sociedad en general, las Autoridades Institucionales, la SDA y demás UOI. | 1.1 PES Actualizado, Interrelacionado e Integrado1.2 Solicitudes atendidas satisfactoriamente en relación con el total de solicitudes recibidas, por las UOI y/o de los Usuarios o la Sociedad en general, a través de la OIR, respetando los Compromisos, Proyectos, Metas y Estrategias, Institucionales de acuerdo con el PEI 2019 – 2024. | 1. Estado de Pandemia del COVID-19 a nivel nacional.2- Apoyo a las Unidades Solicitantes de Salud, en cuanto a las solicitudes atendidas y recibidas, respaldadas, para dar respuesta oportuna sobre los Compromisos, Proyectos, Metas y Estrategias Institucionales de acuerdo con el PEI 2019-2024.3- Solicitudes atendidas de los usuarios del Programa Especial de Salud del ISBM; debidamente contestadas a través de la OIR | 100% de las Solicitudes de las diferentes Gerencias dependientes de la Subdirección de Salud, recibidas y apoyadas satisfactoriamente para respaldar oportunamente los compromisos, proyectos, metas, estrategias del ISBM, que corresponden al Programa Especial de Salud del ISBM.100% de las solicitudes de los Usuarios del ISBM, atendidas y respondidas a la OIR. | Se desarrollará durante los 6 meses de enero a junio de 2021.A nivel nacional, donde se cuenta con atenciones de salud de los usuarios, tanto en los Establecimientos Institucionales de Salud, con los diferentes Proveedores que brindan servicios al ISBM, estrategias de medicamentos e insumos, relacionadas con el Programa Especial de Salud del ISBM. | Enlaces entre las Gerencia de Establecimientos Institucionales de Salud, la Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud, la Unidad de Epidemiología, Estadística y Datos de forma oportuna para alcanzar los Objetivos Institucionales, mediante actualización de convenios, términos de referencias de contrataciones oportunas, normativas, instructivos, manuales. | Se ha mejorado las atenciones de los usuarios en los Establecimientos de Salud y por parte de los Proveedores, volviéndose más resolutivos.Se va encaminado a la Institucionalización de los Servicios de Salud, donde se ha comenzado a fortalecer los Establecimientos de Salud, en infraestructura propia.Se pretende, para el segundo semestre de 2021 se pueda contar con un apoyo para Sistematizar los Servicios de Salud de forma general. | -Completar la planta del personal en los Establecimientos Institucionales de Salud y en la Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud, para la mejora de la atención de los usuarios del ISBM.Fortalecer los proyectos de Centro de Hemodiálisis, Hospital Magisterial, Botiquines Magisteriales | Subdirección de Salud con sus Gerencias. |

E**VALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N°.1. SUBDIRECCIÓN DE SALUD** -. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1, 4,5 y 8 EQ. 1 PLAN SALUD; PNUD ODS 3,5,6, 10, 13, 15, 16 y 17 SNS, EJES ESTRATÉGICOS 1,2,3,4,5,6,7 y 8 OE 1,2,3,4,5,6, 7 y 8 POLI 1,2,3,4,5,6 y 7 LINEA ESTRATÉGICAS y ACCIONES DE TRABAJO: Todas las involucradas al PEI de los EE/OE del 1 AL 8. PROYECTOS ESTRATEGICOS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 2. Gestionar ante el CD la Autorización de Convenios de Cooperación, Alianzas y Estrategias relacionadas con el PES que permitan al ISBM el alcance de sus Objetivos Estratégicos y Metas Institucionales, acompañado de la SDA en los aspectos administrativos, estructurales y organizacionales. | 2.1 Gestión de 2 Alianzas Estratégicas relacionadas con el PES.2.2 Participación eficiente y eficaz de la SDS que permita la Actualización de los aspectos administrativos, estructurales y organizacionales relacionados con la Autorización de Convenios de Cooperación, Alianzas y Estrategias relacionadas con el PES 2.3 Número de Informes Ejecutivos Trimestrales de la SDS ligados al alcance de los Objetivos Estratégicos y Metas Institucionales. | 2.1 Dos Alianzas Estratégicas relacionadas con el PES Aprobadas por el CD. 2.2 Actualización de todos los aspectos administrativos, estructurales y organizacionales relacionados con la SDS que estén pendientes. 2.3 Informes Ejecutivos relacionadas con el PES que permitan al ISBM el alcance de sus Objetivos. | 1- Estado de Pandemia del COVID.19 a nivel nacional.2-Durante el primer semestre de 2021, se ha realizado oportunamente las contrataciones de personal de salud para las diferentes Gerencias, apoyo de cooperación mediante alianzas y estrategias, conformación de nuevo convenio entre el MINSAL y el ISBM para los Hospitales Nacionales Proveedores del ISBM a partir de abril de 2021 en adelante. Actualización de Normativas, Instructivos, Manuales de Salud. 3- Elaboración de Informes Trimestrales en base a los recibidos de parte de las Gerencias a cargo, con la finalidad de mejorar los Servicios de Salud, mediante el alcance de los Objetivos Institucionales. | 1- Se ha actualizado por parte de las Gerencias de Salud, las Normativas para su respectiva revisión y diferentes instructivos y manuales. Conformación de nuevo Convenio del MINSAL para Hospitales Nacionales Proveedores. ALCANCE DE LA META 1: 50% | Tiempo/Espacio: 6 meses (enero a junio de 2021).Área Geográfica de Influencia: A nivel nacional, donde se cuenta con Proveedores del ISBM y Establecimientos Institucionales de Salud. | Propuesta de las Normativas Actualizadas (3) de los Proveedores del ISBM (Laboratorios, Medicina Especializada y Sub Especializada que incluye a Proveedores de Odontología y Cirugía Maxilofacial y de Atenciones Hospitalarias), documentos físicos, correos enviados, para sus observaciones respectivamente y reenviado en febrero de 2021. Así mismo, los pasos de procedimiento de Unidad de Epidemiología, Estadísticas y Datos y de la Gerencia de Establecimientos de Salud. | Mediante los Convenios Interinstitucionales se pretende mejorar la calidad de servicios de salud, basados en la humanización de los mismos. Así también con la actualización de las Normativas, Manuales e Instructivos, que permitan un mejor desempeño Impacto de ahorro mediante el fortalecimiento de los Botiquines Magisteriales y la no dependencia de farmacias privadas.Uso encaminado de la Institucionalización de los Servicios de salud, con la readecuación de centro de hemodiálisis y el proyecto del Hospital Magisterial. | Completar la planta de empleados en salud, replantear nuevas estrategias, mediante la Sistematización de Servicios de Salud, por parte de los Proveedores y los Establecimientos de Salud, con Normativas Actualizadas, que conlleve a agilizar los procesos de revisión y recepción de bienes y servicios.Contratación de Coordinadores Médicos Hospitalarios para los Hospitales Nacionales Proveedores del ISBM de mayor volumen de pacientes, como apoyo para el monitoreo de los Supervisores de Apoyo Médico Hospitalario.Contratación de Supervisores de Establecimientos Institucionales de Salud por regiones. | Subdirección de Salud. |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N°.1. SUBDIRECCIÓN DE SALUD** -. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1, 4,5 y 8 EQ. 1 PLAN SALUD; PNUD ODS 3,5,6, 10, 13, 15, 16 y 17 SNS, EJES ESTRATÉGICOS 1,2,3,4,5,6,7 y 8 OE 1,2,3,4,5,6, 7 y 8 POLI 1,2,3,4,5,6 y 7 LINEA ESTRATÉGICAS y ACCIONES DE TRABAJO: Todas las involucradas al PEI de los EE/OE

del 1 AL 8. PROYECTOS ESTRATEGICOS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 3. Dirigir a las Gerencias de la SDS para que la Red de Proveedores de Servicios de Salud Públicos y Privados cumplan sus Ofertas Contractuales. | 3.1 Número de Proveedores de Servicios de Salud Públicos y Privados cumpliendo sus Ofertas Contractuales.3.2 Numero de Informes Trimestrales de las Gerencias revisados vinculados con la Red de Proveedores de Servicios de Salud Públicos y Privados3.3 Numero de Informes Ejecutivos Mensuales de la SDS. | Informe de la SDS señalando el cumplimiento de las metas y/o alcance de logros en relación con los Proveedores de Servicios de Salud Públicos y Privados cumpliendo con sus Ofertas Contractuales. | 1-Estado de la Pandemia del COVID-19 a nivel nacional.2- Durante el primer semestre de 2021, se ha logrado concretar los servicios de proveedores nacionales y privados de forma oportuna, respetando los tiempos de la PAAC, actualizando los aranceles, estudios de mercados actualizados, nuevos Convenios entre MINSAL y el ISBM conformados y concretados.Informes mensuales y trimestrales que se han dado el seguimiento oportuno mediante estrategias de mejora de los diferentes servicios de salud. | 1- El 100% de los servicios de proveedores, gestionados oportunamente para la contratación de los servicios. 2- Se tienen el 100% de los Informes mensuales y trimestrales de parte de las Gerencias de Salud, con el respectivo seguimiento por parte de la Subdirección de Salud. | Área Geográfica de Influencia: A nivel nacional, donde se cuenta con Proveedores de Laboratorios, Proveedores de Medicina Especializada y Sub Especializadas, Odontología y Cirugía Maxilofacial, Hospitales Nacionales y Privados. Y Hemodiálisis. | Informes Mensuales y Trimestrales, requerimientos presentados a la GACI de las diferentes contrataciones de los Proveedores del ISBM | Por tanto, es en el primer semestre de 2021, se ha logrado cumplir con la meta que garantice la cobertura de servicios de forma apropiada para el desarrollo del año de 2021. | Completar la planta de empleados del área de salud, replantear nuevas estrategias, mediante la Sistematización de Servicios de Salud, por parte de los Proveedores y los Establecimientos de Salud, con Normativas Actualizadas, que conlleve a agilizar los procesos de revisión y recepción de bienes y servicios | Subdirección de Salud y sus Gerencias. |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N°.1. SUBDIRECCIÓN DE SALUD**-. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1, 4,5 y 8 EQ. 1 PLAN SALUD; PNUD ODS 3,5,6, 10, 13, 15, 16 y 17 SNS, EJES ESTRATÉGICOS 1,2,3,4,5,6,7 y 8 OE 1,2,3,4,5,6, 7 y 8 POLI 1,2,3,4,5,6 y 7 LINEA ESTRATÉGICAS y ACCIONES DE TRABAJO: Todas las involucradas al PEI de los EE/OE del 1 AL 8. PROYECTOS ESTRATEGICOS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 4. Coordinar la elaboración de Protocolos de Salud respetando los lineamientos del Sistema Nacional Integrado de Salud; SNIS. | 4.1 Número de Reuniones de la SDS gestionadas con las UOI para capacitar a los Proveedores de Servicios de Salud y para todos los miembros de la SDS 4.2 Numero de Informes Trimestrales relacionados con el cumplimiento de las Obligaciones Laborales vigentes del Reglamento Interno de Trabajo RIT y del Contrato Colectivo emanados de las Gerencias debidamente revisados, cumpliendo con las Normativas del ISBM. 4.3 Numero de Informes Ejecutivos Trimestrales de la SDS relacionados. | Informe de la SDS señalando el cumplimiento de las Metas Institucionales relacionadas con los Protocolos de Salud respetando los lineamientos del SNIS con énfasis en las. Normativas y obligaciones laborales vigentes. del Contrato Colectivo y el Reglamento Interno de Trabajo –RIT - del ISBM con el personal de la SDS y/o sus delegados. | N/A | El 100% de los Protocolos de Salud implementados en los Establecimientos Institucionales de Salud y los Proveedores. | Tiempo/Espacio: 6 meses (enero a junio de 2021).Área Geográfica de Influencia: A nivel nacional, para fiel cumplimiento en los Establecimientos Institucionales de Salud y los Proveedores. | Reuniones entre el MINSAL y el ISBM para la aplicación de los diferentes Protocolos de Salud en el ISBM, con el apoyo de la Unidad de Epidemiología, Estadísticas y Datos, Gerencia de Recursos Humanos, Gerencia de Establecimientos de Salud y la Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud. | Implementación de protocolos de salud en los establecimientos y proveedores, capacitaciones oportunas, cumplimiento de las obligaciones laborales según RIT y elaboración de informes ejecutivos durante el primer semestre 2021. Lograr una integración entre las atenciones de los Proveedores y los Establecimientos Institucionales de Salud, que garantice la cobertura de ruta del paciente y se vea reflejado en una mejor atención. | Implementación de Informes Ejecutivos Gerenciales, con el apoyo del Sistema de Información Gerencial, con el apoyo de la Unidad de Desarrollo Tecnológico, de cara al segundo semestre del año de 2021. | Subdirección de Salud. |



# GERENCIA TÉCNICA ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE SALUD UOi 2

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N°.2. GERENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE SALUD -** SUB DIRECCION DE SALUD -. EJE ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 3. Policlínicos, consultorios y proveedores al servicio de los usuarios del ISBM, OE3. Fortalecer el esquema de atención en Policlínicos, Consultorios y Proveedores del Programa Especial de Salud del ISBM. LINEA ESTRATÉGICA 1: Brindar atención integral y humanizada. (OE3.1)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 1. Realizar una Supervisión y Monitoreo continuo a los Proveedores del ISBM, con eficiencia y eficacia, que permita una atención integral y humanizada a los usuarios del Programa Especial de Salud del ISBM | 1-Monitoreo de los Proveedores para que se brinde una atención integral y humanizada al 100% de los usuarios, de acuerdo con la demanda que se presente, durante todo el año.2- Verificación de forma oportuna mediante las hojas de control de Supervisión para los Proveedores, completadas de forma física o virtual. | 2-Encuesta de Satisfacción, de forma física, a los Proveedores Hospitalarios a nivel nacional, de acuerdo con los usuarios del ISBM, atendidos.2-Encuesta de Satisfacción a todos los Proveedores de manera DIGITALIZADA, a nivel nacional, destinada a los usuarios del ISBM atendidos.3-Hojas de control de Supervisión, de acuerdo con el tipo de Proveedor que brinda. | 1- Estado de Pandemia del COVID-19 a nivel nacional.2- Todavía se tuvo una Modificativa de Prórroga Trimestral de enero a marzo de 2021 de los Convenios Interinstitucional de los Hospitales Nacionales Proveedores del MINSAL y el ISBM, donde los montos están ajustados no basados en los Montos Ejecutados.3-No hay Encuesta Digital para todos los Proveedores, solamente para Proveedores Hospitalarios del ISBM. Debido a que no se ha sistematizado digitalmente y está en proceso.4- Completar la Planta de Supervisores de Proveedores, para lograr una cobertura en la Supervisión y Monitoreo de las Encuestas en los Proveedores. | 1- La meta solamente está relacionada con el Indicador de Impacto 1 y referida exclusivamente a los Proveedores de Hospitales Públicos y Privados, de enero a junio de 2021, período en el cual se implementó la Encuesta de Satisfacción: 100%(Pero solamente de los Proveedores Hospitalarios)2- La meta 2 tiene un alcance del 0% en el Semestre I / 2021, no obstante, será realizada durante el Semestre II / 2021. Se contará con el apoyo de la Unidad de Epidemiología, Estadísticas y Datos, Unidad de Comunicaciones Institucionales y Unidad de Desarrollo Tecnológico, se implementará una proyección para el 2021, que involucre a todos los Proveedores de Servicios de Salud, de forma digitalizada, mediante una Prueba Piloto, para dejarla firme para el Semestre II del año de 2021. | Se desarrollará durante los 6 meses de enero a junio de 2021.A nivel nacional, donde se cuenta con Proveedores Hospitalarios del ISBM, tanto Nacionales como Privados, de momento. Se planificó y se tiene adjudicados:6 hospitales Proveedores Privados.23 hospitales Nacionales Proveedores.De los cuales, se contó con una Modificativa de Prórroga Trimestral para los Hospitales Nacionales Proveedores del ISBM, de enero a marzo de 2021, luego a partir del 01 de abril de 2021 a la fecha, se cuenta con el Nuevo Convenio Interinstitucional entre el MINSAL y el ISBM para los Hospitales Nacionales Proveedores del ISBM.Así mismo, se ha realizado una prórroga trimestral para los Proveedores del ISBM de enero a marzo de 2021.  Luego se ha realizado la contratación mediante Licitación Pública para los Proveedores de Servicios de Hospitales Proveedores Privados, Servicios de Laboratorios Proveedores, Servicios de Medicina Especializada y Sub Especializada, Servicios de Odontología y Cirugía Maxilofacial, Servicios de Hemodiálisis Privados. | -Encuesta de Satisfacción llenada en los Proveedores de Hospitales Proveedores Nacionales y Privados. (Anexo Formato ENC-HNP-HPP) SEM-I / 2021-Monitoreo de parte de los Supervisores de Apoyo Médico Hospitalario.(Anexo Formato de Hoja de Monitoreo)-Monitoreo de parte de los Trabajadores Sociales en el área hospitalaria, como apoyo a la Supervisión de Hospitales Proveedores.Contratación de junio de 2021 de tres Coordinadores Médico Hospitalarios para los siguientes Hospitales Nacionales Proveedores:-Hospital Nacional Rosales.-Hospital Nacional San Rafael.-Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.Como apoyo para los Supervisores de Apoyo Médico Hospitalarios en el Monitoreo y Supervisión de forma “in situ” en dichos Hospitales Nacionales mencionados. | Se ha mejorado la Supervisión y Monitoreo de los Hospitales durante los meses de enero a junio de 2021, de forma presencial. Por tanto, se ha realizado el monitoreo de las atenciones hospitalarias, que es donde solamente se pasa la Encuesta de Satisfacción.Se pretende, para el segundo semestre de 2021 se pueda contar con una Encuesta de Satisfacción Digitalizada, para todos los demás proveedores del ISBM. (ENCS-PROV= SEM II / 2021) ULTIMO SEMESTRE. | -Completar la planta del equipo de supervisión y replantear nuevas estrategias de supervisión, de manera presencial, uso durante el segundo semestre del 2021 de la herramienta de la Encuesta de Satisfacción Digitalizada en el 100% de los Proveedores del ISBM, que ofertan servicios como parte del Plan Especial de Salud del ISBM. | Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud y la Sección de Supervisores de Proveedores. |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N°.2. GERENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE SALUD** - SUB DIRECCION DE SALUD -. EJE ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 3. Policlínicos, consultorios y proveedores al servicio de los usuarios del ISBM, OE3. Fortalecer el esquema de atención en Policlínicos, Consultorios y Proveedores del Programa Especial de Salud del ISBM. LINEA ESTRATÉGICA 3: Redefinir el esquema de revisión contractual para la recepción de servicios en forma oportuna (OE3.3).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 2. Redefinir el esquema de revisión contractual para la recepción de servicios en forma oportuna | 2.1- Definición de la forma de prestación de los servicios de Proveedores y agilización de procesos de recepción de bienes y servicios al menos cada dos años, mediante Normativas Actualizadas.2.2-Ampliación de una mayor cobertura y mejorar los controles en la revisión de bienes y servicios mediante la Sistematización de los Servicios de Salud de los diferentes Proveedores. | 1.Tener las 4 Normativas de los diferentes Proveedores del ISBM revisadas y actualizadas.2.Número de Proveedores del ISBM Capacitados con las nuevas normativas actualizadas3.Número de Sistemas Actualizados de los Proveedores del ISBM.4.Número de Capacitaciones para los Supervisores de Proveedores por parte de la Unidad de Desarrollo Tecnológico sobre la implementación de los Sistemas de Servicios de Salud.5-Se ha entregado el punto para presentar al Consejo Directivo para que oficialmente se dé a conocer la Normativa de Proveedores de Medicina Especializada y Subespecialidad ya actualizada (Será la primera Normativa oficialmente actualizada del ISBM. | 1- Estado de Pandemia del COVID.19 a nivel nacional.2-Durante el primer semestre de 2021, se ha actualizado las 3 Normativas de los diferentes Proveedores (Laboratorios, Medicina Especializada y Sub Especializada, Odontología y Cirugía Maxilofacial y Hospitales), donde se ha revisado, actualizado y enviado a la Unidad de Asesoría Legal y Unidad de Planificación a su revisión para observaciones.3- La Unidad de Desarrollo Tecnológico está en proceso de realizar las capacitaciones a Supervisores de Proveedores, de integrar todos los Sistemas Informáticos de los Proveedores y está realizando el Sistema de Hospitales. | 1-Se ha actualizado por parte de la Gerencia, las 3 Normativas de Proveedores, para su respectiva revisión a la Unidad de Asesoría Legal, posteriormente se hicieron adecuaciones y entregadas en febrero de 2021.ALCANCE DE LA META 1: 50%2. La Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud, en un 25% ha desarrollado la meta 2, en conjunto con la Unidad de Desarrollo Tecnológico.ALCANCE DE LA META 2: 25% | Tiempo/Espacio: 6 meses (enero a junio de 2021).Área Geográfica de Influencia: A nivel nacional, donde se cuenta con Proveedores de Laboratorios, Proveedores de Medicina Especializada y Sub Especializadas, Odontología y Cirugía Maxilofacial, Hospitales Nacionales Y Privados y Hemodiálisis. | Normativas Actualizadas (3) de los Proveedores del ISBM (Laboratorios, Medicina Especializada y Sub Especializada que incluye a Proveedores de Odontología y Cirugía Maxilofacial y de Atenciones Hospitalarias), documentos físicos, correos enviados, del numeral 1, a la Unidad de Asesoría Legal para sus observaciones respectivamente y reenviado en febrero de 2021. | -La Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud, con el apoyo del Equipo de Supervisores de Proveedores, ha realizado la Actualización de las 3 Normativas de Proveedores, las cuales, durante años, no se había actualizado, donde se ha incluido la implementación de protocolos a cumplir ante pandemias y la sistematización de servicios de salud, las cuales están en proceso respectivo de revisión por parte de la Unidad de Asesoría Legal, para sus valoraciones.Las reuniones con la Unidad de Desarrollo Tecnológico para capacitaciones e implementación de la Sistematización de los Servicios de Salud, primer semestre 2021 para poder implementarse por completo en el segundo semestre de 2021. | Completar la planta del equipo de supervisión y replantear nuevas estrategias de supervisión, mediante la Sistematización de Servicios de Salud, por parte de los Proveedores, con Normativas Actualizadas, que conlleve a agilizar los procesos de revisión y recepción de bienes y servicios.Contratación de Coordinadores Médicos Hospitalarios para los Hospitales Nacionales Proveedores del ISBM de mayor volumen de pacientes, como apoyo para el monitoreo de los Supervisores de Apoyo Médico Hospitalario.Falta la contratación de 1 Supervisor de Apoyo Médico Hospitalario más para la región central.Falta la contratación de 1 Supervisor de Servicios de Laboratorios para la región central y occidental.Falta la contratación de 2 Coordinadores Médico Hospitalarios para los siguientes Hospitales:-Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.-Hospital Nacional Zacamil. | Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud y la Sección de Supervisores de Proveedores.Apoyo de Unidad de Asesoría Legal y de la Unidad de Desarrollo Tecnológico. |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N°.2. GERENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE SALUD -** SUB DIRECCION DE SALUD -. EJE ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 3. Policlínicos, consultorios y proveedores al servicio de los usuarios del ISBM, OE3. Fortalecer el esquema de atención en Policlínicos, Consultorios y Proveedores del Programa Especial de Salud del ISBM. LINEA ESTRATÉGICA 3: Redefinir el esquema de revisión contractual para la recepción de servicios en forma oportuna (OE3.3).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 2. Redefinir el esquema de revisión contractual para la recepción de servicios en forma oportuna. | 2.3 Realizar una revisión oportuna y ágil por parte de los Supervisores de Proveedores, para ponerse al día con dicha revisión de documentos de pagos.2..4 Realizar una revisión oportuna y ágil de los pagos de Proveedores que brindan servicios de salud, mediante la implementación de la “Sistematización de los servicios de salud”, optimizando los tiempos de espera. | 1. El 100% de la revisión oportuna de los Supervisores de Proveedores de la documentación para pago presentada.2. El 100% de los Sistemas de Servicios de Salud digitales ya implementados y funcionando, al término del año 2021.3. El 100% de los Aranceles digitalizados de los Servicios de Salud de los diferentes proveedores, para el segundo semestre de 2021.4. Pagos al día de los proveedores del ISBM, en el segundo semestre de año de 2021, mediante la implementación de la “Sistematización de los Servicios de Salud”. | 1-Estado de la Pandemia del COVID-19 a nivel nacional.2- Durante el primer semestre de 2021, solamente se ha organizado y planificado la Sistematización de Servicios de Salud, con el apoyo de la Unidad de Desarrollo Tecnológico. A pesar de tener mecanismos de control para los proveedores, siempre se presentan deficiencias en el control, con el actual sistema, por tanto, se está trabajando durante el primer semestre del 2021, en la Sistematización de los Servicios de Salud, por parte de los Proveedores, para optimizar los tiempos y recursos institucionales | 1-Durante el primer semestre del 2021, el Equipo de Supervisores de Proveedores, logró al 100%, la revisión oportuna de todos los Proveedores de Servicios de Salud, mediante la revisión de documentos para pagos, mediante la forma de documentación y revisión actual, con el apoyo de los Técnicos de Apoyo de Gestión Administrativa.2- La sistematización de los servicios de salud, se está en proceso de reuniones para implementarla hasta en el segundo semestre del 2021, con el apoyo de la Unidad de Desarrollo Tecnológico. Donde se trabaja los aranceles digitalizados.El nivel de alcance de la meta 2, es 0%. | Área Geográfica de Influencia: A nivel nacional, donde se cuenta con Proveedores de Laboratorios, Proveedores de Medicina Especializada y Sub Especializadas, Odontología y Cirugía Maxilofacial, Hospitales Nacionales y Privados. | Actas de recepción de bienes, firmadas y selladas, por parte de los Administradores de Contratos, correos, emisión de quedan a los diferentes proveedores. | Por tanto, es en el primer semestre de 2021, donde se están realizando las reuniones con el Equipo de Supervisores y la Unidad de Desarrollo Tecnológico, encaminados a la Digitalización de los Aranceles y las Capacitaciones respectivas. | Completar la planta del equipo de supervisión y replantear nuevas estrategias de supervisión, donde se tome en consideración la Sistematización de Servicios de Salud, acompañado de la reestructuración de las Normativas y Manual de Procedimientos Administrativos, que compete a la Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud. | Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud y la Sección de Supervisores de Proveedores.Con Apoyo de Unidad de Desarrollo Tecnológico. |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N°.2. GERENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE SALUD** - SUB DIRECCION DE SALUD -. EJE ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 3. Policlínicos, consultorios y proveedores al servicio de los usuarios del ISBM, OE3. Fortalecer el esquema de atención en Policlínicos, Consultorios y Proveedores del Programa Especial de Salud del ISBM. LINEA ESTRATÉGICA 3: Redefinir el esquema de revisión contractual para la recepción de servicios en forma oportuna (OE3.3).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 2. Redefinir el esquema de revisión contractual para la recepción de servicios en forma oportuna. | 2.5 Realizar diariamente de forma sistemática el Monitoreo de la Ejecución de los Montos de los Proveedores, con la finalidad de toma de decisiones en las reasignaciones. | 6 informes de Análisis Mensuales, por parte de los Supervisores de Proveedores y Administradores de Contratos, a la Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud, en base al Monitoreo de la Ejecución de los Montos de los Proveedores del ISBM.Análisis y realización de forma trimestral por parte de la Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud a la Subdirección de Salud, para toma de decisiones. | N/A | Se ha realizado monitoreo del 100% de los proveedores, de forma diaria, por parte de los Supervisores de Proveedores, su ejecución de montos y la verificación de las atenciones de los servicios brindados.Se ha realizado 6 Informes de análisis mensuales por parte del Equipo de Supervisores de Proveedores, de los meses de enero a junio de 2021.Se ha realizado un informe en marzo y junio de 2021, de parte de la Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud, mediante estrategias de elaboración de requerimientos de servicios de salud, para garantizar en base al presupuesto asignado, lograr garantizar la cobertura de servicios durante el año 2021.100% de alcance. | Tiempo/Espacio: 6 meses (enero a junio de 2021).Área Geográfica de Influencia: A nivel nacional, donde se cuenta con Proveedores de Laboratorios, Proveedores de Medicina Especializada y Sub Especializadas, Odontología y Cirugía Maxilofacial, Hospitales Nacionales Y Privados. | Correos Electrónicos, memorando e informes por parte de los Supervisores de Proveedores, Hojas de monitoreos, documentación digitalizada por Transdoc, requerimientos en SIGPAC, informes elaborados por parte de la Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud, con sello de recibido por parte de la Subdirección de Salud, temas desarrollados en las Comisiones de Servicios de Salud, realizadas durante el primer semestre de 2021, Actas de respaldo de dichas comisiones, Informes de parte de la Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud al Consejo Directivo, para su conocimiento, con copia a la Unidad de Auditoría Interna para su seguimiento respectivo, Actas de reuniones de seguimientos, con firmas y sellos de las personas involucradas. | A pesar de tener mecanismos de control para los proveedores, siempre se presentan deficiencias en el control, por ello es necesario, realizar de manera homogénea, la implementación de la Sistematización de los Servicios de Salud.Lograr una integración entre las atenciones de los Proveedores y los Establecimientos Institucionales de Salud, que garantice la cobertura de ruta del paciente y se vea reflejado en una mejor atención. | Implementación de Informes Ejecutivos Gerenciales, con el apoyo del Sistema de Información Gerencial, que ha solicitado a la Unidad de Desarrollo Tecnológico, de cara al segundo semestre del año de 2021. | Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud y la Sección de Supervisores de Proveedores.Con Apoyo de Unidad de la Unidad de Desarrollo Tecnológico. |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N°.2. GERENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE SALUD** - SUB DIRECCION DE SALUD -. EJE ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 3. Policlínicos, consultorios y proveedores al servicio de los usuarios del ISBM, OE3. Fortalecer el esquema de atención en Policlínicos, Consultorios y Proveedores del Programa Especial de Salud del ISBM. LINEA ESTRATÉGICA 3: Redefinir el esquema de revisión contractual para la recepción de servicios en forma oportuna (OE3.3).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 2. Redefinir el esquema de revisión contractual para la recepción de servicios en forma oportuna. | 2.6 -Realizar la elaboración de los requerimientos para lograr la cobertura de los Servicios de Salud de los Proveedores del ISBM, hasta el 31 de diciembre 2021.2.7 Verificar en la Elaboración de los requerimientos de Bases de Licitación para el 2021 el contenido de los términos de referencia de los mismos. | 1. Números de Requerimientos para lograr la cobertura de los servicios de salud con los Proveedores hasta el 31 de diciembre de 2021, presentados a la GACI.2. Números de Requerimientos de Bases de Licitación para el año 2021, de Hospitales Proveedores, Médicos Especialistas, Odontólogos, Laboratorios, Hemodiálisis, presentados a la GACI. | N/A | Se ha realizado la planificación durante el primer semestre de 2021, que garantice la cobertura de servicios hasta el 31 de diciembre de 2021, en base al presupuesto asignado en este año.Todos los requerimientos se han entregado, en los tiempos establecidos por la GACI, por parte de la Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud.100% de alcance. | Tiempo/Espacio: 6 meses (enero a junio de 2021).Área Geográfica de Influencia: A nivel nacional, donde se cuenta con Proveedores de Laboratorios, Proveedores de Medicina Especializada y Sub Especializadas, Odontología y Cirugía Maxilofacial, Hospitales Nacionales Y Privados. | Requerimientos realizados en el SIGPAC, recibidos por la GACI, con firmas y sellos de recibidos.Elaboración de requerimientos basados en el Presupuesto, durante el año 2021, para lograr cobertura de servicios de salud, hasta el 31 de diciembre de 2021 de:1- Seguimiento a las Modificativas de Prórrogas de 23 Hospitales Nacionales para los meses de enero a marzo de 2021, 6 Hospitales Proveedores Privados, Servicios de Proveedores de Laboratorios, Servicios de Proveedores de Medicina Especializada y Subespecialidad, Servicios de Proveedores de Odontología y Cirugía Maxilofacial.2-Convenio Nuevo Interinstitucional entre el MINSAL y el ISBM para los Hospitales Nacionales Proveedores del 1 de abril de 2021 a la fecha.3- Seguimiento al Requerimiento de Laboratorios proveedores Privados (Clínicos, Radiológicos, Patológicos, Electro diagnóstico y Mamografías Bilaterales.4- Seguimiento al Requerimientos de Proveedores de Odontología y Cirugía Maxilofacial.5- Seguimiento al Requerimiento para 2 ítems de Proveedor Centro de Hemodiálisis.6- Seguimiento al Requerimiento de 6 ítems para Hospitales Proveedores Privados, de marzo a diciembre de 2021, incluido la adenda para realizar a la brevedad posible la resolución de la mora quirúrgica de cirugías electivas pendientes.7- Seguimiento al Requerimiento de 119 ítems de Proveedores de Medicina Especializada y Sub Especializada de marzo a diciembre de 2021 | Con el apoyo del Equipo de Supervisores de Proveedores, la Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud, a pesar de tener pandemia del COVID, se ha respetado las fechas asignadas a los diferentes procesos de presentación de requerimientos de servicios de salud de los proveedores a la GACI, para optimizar los tiempos. | Implementación de Informes Ejecutivos Gerenciales, con el apoyo del Sistema de Información Gerencial, que ha solicitado la Unidad de Desarrollo Tecnológico, de cara al 2021, que mejore la forma de solicitud de requerimientos de servicios de salud y la toma de decisiones. | Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud y la Sección de Supervisores de Proveedores, con apoyo de la GACI. |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N°.2. GERENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE SALUD -** SUB DIRECCION DE SALUD -. EJE ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 3. Policlínicos, consultorios y proveedores al servicio de los usuarios del ISBM, OE3. Fortalecer el esquema de atención en Policlínicos, Consultorios y Proveedores del Programa Especial de Salud del ISBM. LINEA ESTRATÉGICA 4: Garantizar el acceso de los usuarios a los diferentes beneficios, prestaciones y riesgos profesionales.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 3. Garantizar el acceso de los usuarios a los diferentes beneficios, prestaciones y riesgos profesionales. | Garantizar el acceso del 100% de los usuarios a los diferentes beneficios, prestaciones y riesgos profesionales, mediante: 3.1 Mayor cobertura de resolución de la gestión de beneficios, prestaciones y riesgos profesionales.3.2 Realizar el 100% de la revisión y actualización de los Instructivos 3.3 Socialización de instructivos por parte de los Técnicos de Subsidios, reembolsos, riesgos profesionales, a la población en general.3.4 Actualización de base de datos de los Docentes3.5 Desarrollo de la Prestación del beneficio de Anteojos para el Servidor Público Docente.3.6 Afiliar a los Docentes Pensionados que así lo soliciten al Programa Especial de Salud del ISBM, con el apoyo de la Sección de Afiliación de la Sección de Riesgos Profesionales Beneficios y Prestaciones. | 1. Número de beneficios, prestaciones y riesgos profesionales, a los pacientes del ISBM.2.El 100% de los Instructivos revisados y actualizados por parte de la Sección de Riesgos Profesionales, Beneficios y Prestaciones.3.Promoción permanente de las prestaciones y riesgos profesionales vía online, por canales oficiales del ISBM.4.Desarrollo de la Prestación para la dotación de anteojos para el Servidor Público Docente5-Número de servidores públicos docentes pensionados debidamente al ISBM. | 1-Estado de la Pandemia del COVID.19 a nivel nacional.2- Se está a la espera de que se revise la actualización de los Instructivos de Reembolsos, para sus respectivas observaciones y subsanaciones.3- A la espera de que, en el primer semestre, se entregue los documentos observados y subsanados, y procedan a oficializarlos, a pasar al Consejo Directivo, para que, con el Apoyo de la Unidad de Comunicaciones, se socialice a nivel nacional los Instructivos Actualizados.4- Ya se cuenta con la base de Docentes actualizadas a la fecha.5- En el primer trimestre de 2021, se realizó y desarrolló la Prestación de la Dotación de Anteojos, para el Servidor Público Docente.6-Es acto voluntario la afiliación de los Servidores Públicos Docentes al ISBM y sus beneficiarios, con una implementación y apoyo de la Unidad de Desarrollo Tecnológico. | -Se han procesado todas las solicitudes recibidas de prestaciones y riesgos profesionales a los pacientes del ISBM.-Se ha revisado, actualizado, propuesta de reforma a los Instructivos de reembolsos y reintegros, por parte de la Sección de Riesgos Profesionales, Beneficios y Prestaciones, que está en proceso de observación y revisión.Nivel de Alcance: 50%.-Con el apoyo de la Unidad de Comunicaciones Institucionales, mediante los canales de páginas digitales institucionales, la promoción permanente de las prestaciones y riesgos profesionales, al 100% durante el primer semestre del 2021.En el primer trimestre de 2021, se realizó y desarrolló la Prestación de la Dotación de Anteojos, para el Servidor Público Docente.Se ha afiliado durante el primer semestre del 2021 un total de 1,510 Servidores Públicos Docentes y un total de 1953 hijos afiliados y 889 conyugues.100% de Alcance. | Tiempo/Espacio: 6 meses (enero a junio de 2021).Área Geográfica de Influencia: A nivel nacional, para todos los usuarios del Programa Especial de Salud del ISBM. | Solicitudes realizadas durante el primer semestre de 2021, por parte de la Sección de Riesgos Profesionales, Beneficios y Prestaciones.Actualización del Instructivo de Reembolsos en proceso de revisión, realizado durante el primer semestre del 2021.Páginas digitales institucionales, con promoción permanente de prestaciones a los usuarios del ISBM, durante el primer semestre del 2021. | -Se necesita de forma digitalizada, mediante la actualización de los diferentes procesos del Manual de Procedimientos Administrativos, que le compete a la Sección de Riesgos Profesionales, Beneficios y Prestaciones, lograr una mejor cobertura de cara al primer semestre del 2021. | -Fortalecer la Sección de Riesgos Profesionales, Beneficios y Prestaciones y replantear nuevas estrategias, donde se tome en consideración la Sistematización de Servicios de Salud, acompañado de la reestructuración de los Instructivos y Manual de Procedimientos Administrativos, que compete a la Sección de Riesgos Profesionales, Beneficios y Prestaciones, para agilizar los tiempos de resolución a los usuarios del ISBM, que lo solicitan. | Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud y la Sección de Riesgos Profesionales, Beneficios y Prestaciones. |



# gerencia de gestión y abastecimientos de insumos y medicamentos uoi 3

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI No. 3. UNIDAD DE GESTIÓN: GERENCIA DE GESTION Y ABASTECIMIENTOS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS (G.G.A.I.M.)** – SUB DIRECCIÓN DE SALUD (S.D.S.) - EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VÍNCULOS: P.G.C. – E.E.T. 1; E.E. 3/O.E.2; E.E. 6/O.E.6; E.E. 7/O.E.7; Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: L.E.2 (O.E.2.1) A. de T. (a) E.E. 2; L.E. 2 (O.E.2.2) A. de T.(a)(b)E.E.2 ; L.E. 2(O.E.2.3); A. de T. (a)(b) E.E. 2

| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas**  | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia**  | **Congruencias de Informes**  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medios de Verificación**  | **Valoraciones / Análisis: Costo - Beneficios**  | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones**  | **Responsables** |
| 1. Gestionar el proceso de inscripción de botiquines magisteriales     | 1.1 Gestión ante la DNM de 23 botiquines magisteriales  | Botiquín inscrito | No se provisionaron fondos para contratación de Profesionales Químicos Farmacéuticos para las regencias | 0.0% | A nivel nacional | -Reuniones. | N/A | -Se iniciará proceso 2do semestre 2021 | Subdirección de salud, Gerencia de establecimientos institucionales de salud |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI No. 3. UNIDAD DE GESTIÓN: GERENCIA DE GESTION Y ABASTECIMIENTOS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS (G.G.A.I.M.)** – SUB DIRECCIÓN DE SALUD (S.D.S.) - EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VÍNCULOS: P.G.C. – E.E.T. 1; E.E. 3/O.E.2; E.E. 6/O.E.6; E.E. 7/O.E.7; Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: L.E.2 (O.E.2.1) A. de T. (a) E.E. 2; L.E. 2 (O.E.2.2) A. de T.(a)(b)E.E.2 ; L.E. 2(O.E.2.3); A. de T. (a)(b) E.E. 2

| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo - Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 2 planificar oportunamente los procesos de adquisición de medicamentos    | 2.1 Abastecimiento de medicamentos al 100% de LOS códigos CORRESPONDIENTES  | Contar con el 100 % códigos de medicamentos en Botiquines Magisteriales tanto del Grupo A como del Grupo By medicamentos Crónico Restringidos e Indispensables | N/A | 100% | Nivel Nacional | -Sistemas Informáticos . | Usuarios del ISBM | -Completara en el segundo semestre el abastecimiento del 100% de los códigos de medicamentos del cuadro básico | Subdirección De Salud/Subdirección de Operaciones y Logísticas (inicia funciones a partir del 01/06/2021 según organigrama autorizado en enero 2021) |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI No. 3. UNIDAD DE GESTIÓN: GERENCIA DE GESTION Y ABASTECIMIENTOS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS (G.G.A.I.M.)** – SUB DIRECCIÓN DE SALUD (S.D.S.) - EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VÍNCULOS: P.G.C. – E.E.T. 1; E.E. 3/O.E.2; E.E. 6/O.E.6; E.E. 7/O.E.7; Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: L.E.2 (O.E.2.1) A. de T. (a) E.E. 2; L.E. 2 (O.E.2.2) A. de T.(a)(b)E.E.2 ; L.E. 2(O.E.2.3); A. de T. (a)(b) E.E. 2

| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas**  | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia**  | **Congruencias de Informes**  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medios de Verificación**  | **Valoraciones / Análisis: Costo - Beneficios**  | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones**  | **Responsables** |
| 3. Mejorar La Cadena De Suministros Medicamentos Por Medio De La Ampliación De Los Espacios Físicos De Las Bodegas    | 3.1 Cadena de suministro de Medicamentos mejorada por medio de la Ampliación de 3 Bodegas de Medicamentos  | Numero de Bodegas ampliadas  | N/A | 0.0 | N/A | .N/A | N/A | -Completara en el segundo semestre  | Subdirección de Operaciones y Logísticas (inicia funciones a partir del 01/06/2021 según organigrama autorizado en enero 2021) |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI No. 3. UNIDAD DE GESTIÓN: GERENCIA DE GESTION Y ABASTECIMIENTOS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS (G.G.A.I.M.)** – SUB DIRECCIÓN DE SALUD (S.D.S.) - EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VÍNCULOS: P.G.C. – E.E.T. 1; E.E. 3/O.E.2; E.E. 6/O.E.6; E.E. 7/O.E.7; Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: L.E.2 (O.E.2.1) A. de T. (a) E.E. 2; L.E. 2 (O.E.2.2) A. de T.(a)(b) E.E.2; L.E. 2(O.E.2.3); A. de T. (a)(b) E.E. 2

| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas**  | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia**  | **Congruencias de Informes**  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medios de Verificación**  | **Valoraciones / Análisis: Costo - Beneficios**  | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones**  | **Responsables** |
| 4. Planificar oportunamente los procesos de adquisición de insumos  | 4.1 Abastecimiento de insumos al 100% de los ítems solicitados  | Contar con el 100 % de los insumos solicitados por las unidades requirentes  | N/A | 100% | A nivel nacional, en todos los establecimientos del ISBM | Requisiciones del sistema de bienes consumibles (APP SIBICON) | Con la planificación oportuna, se obtuvo un ahorro en insumos de bioseguridad. | N/A | Gerencia de gestión y abastecimiento de insumos médicos. |



# gerencia de establecimientos institucional de salud uoi 4

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UOI No. 4.** UNIDAD DE GESTIÓN 4: GEIS, PGC 7. Desarrollo permanente de la tecnología sanitaria. PNS: investigación y gestión del conocimiento 1, 3 y Fase III Sistema de gestión de calidad. EE 1: Mejorar y fortalecer el primer nivel de atención. OE1: Fortalecer el primer nivel de atención en salud de los docentes cotizantes y su grupo familiar, en Policlínicos y Consultorios. LE OE1.3: Fortalecer técnicamente al personal de Policlínicos y Consultorios.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 1. Desarrollar 1 subprograma de mejora continua de procesos, aplicable en policlínicos y consultorios, en el año 2021 | 1 subprograma de Mejora Continua de procesos elaborado en el año 2021. | Subprograma aprobado por la subdirección de salud | No ha sido posible integrar el equipo en virtud de las medidas decretadas en ocasión de la pandemia, las condiciones laborales del personal se alteraron, la demanda constante en los policlínicos y consultorios hace difícil que el personal en horario normal se dedique a realizar actividades de carácter estratégico. La falta de orientación y acompañamiento metodológico especifico no ha permitido realizarlo. La coyuntura; Cambios en la Gerencia de Establecimientos Institucionales de Salud, Diligencias de Legalización del funcionamiento de establecimientos, la demanda permanente de los servicios, efecto de la reapertura post cuarentena por la pandemia, no permitió concentrar esfuerzos para presentarlo en el tiempo indicado. | 0.00% | Nivel nacional | Correo electrónico enviado por Jefe Médico Responsable | N/A | Retomar el esfuerzo en coordinación con la Unidad de planificación | GEIS / UPICE |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021.** UOI No. 4. UNIDAD DE GESTIÓN 4: GEIS. PGC/EET 1 y 2. PNS, ODS 10 EE 1: Mejorar y Fortalecer el Primer nivel de Atención. OE 1: Fortalecer el Primer nivel de Atención en salud de los docentes y cotizantes y su grupo familiar, en Policlínicos y Consultorios. LE OE1.2: Fortalecer con Mobiliario y Equipo a los Policlínicos y Consultorios.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 2- Gestionar 9 procesos de compras de servicios, insumos, equipo y mobiliario de Policlínicos y Consultorios Magisteriales en las partes que corresponden a la GEIS en el año 2021. | 9 procesos de compra gestionados a través de la PAAC | 4 aprobados. 2 compra de vehículos y capacitaciones en ejecución en conjunta con otras dependencias. 2 procesos iniciados Hemodiálisis. 1 en proceso. | - Efectos de la pandemia COVID-19 - Sobrecarga laboral -no han finalizado la construcción del centro de hemodiálisis a nivel nacional - no se compran los kits para hemodiálisis sin la infraestructura completa. -procesos de adquisición con otras dependencias. - observaciones en procesos de papelería pendiente por indicación a realizar convenio con imprenta. | Cumplimiento del 44% Cumplimiento 33% depende de otras variables(dependencias) Pendiente 23% | Nivel Nacional | Correo electrónico información solicitada a jefes médicos y otras dependencias  | N/A | Realizar gestiones ante la Gerencia responsable del trámite para de compra de vehículos y las capacitaciones del personal finalizando así 2 procesos. Al finalizar la construcción de los centros de hemodiálisis, se concretará la adquisición de los kits.Consultar a las dependencias correspondientes la existencia de convenio con imprenta | GEIS-GACI. |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 4:** GEIS. PGC/EET 1 desarrollo de procesos de acreditación de establecimientos de salud. PNS, ODS 10. EE1: Mejorar y fortalecer el primer nivel de atención OE 1: Fortalecer el primer nivel de atención en salud de los docentes cotizantes y su grupo familiar, en Policlínicos y Consultorios. LE OE1.3: Fortalecer técnicamente al personal de Policlínicos y Consultorios.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 3- Solicitar la acreditación del 100% de locales de los establecimientos institucionales de salud y personal médico y paramédico en el año 2021. | 3.1 Gestión de la acreditación del 100% de los establecimientos institucionales de salud efectuada ante el CSSP y pago de anualidad de funcionamiento de botiquines magisteriales ante la DNM.  | 100% de establecimientos de salud acreditados | Después de una década de falta de gestión en la acreditación de los establecimientos institucionales de salud, iniciamos el proceso el 2021, avanzando significativamente en esta área. | El nivel de cumplimiento es del 75%.Establecimientos acreditados: 3 (5.4%)En proceso de acreditación: 39 (70.9%)En espera de iniciar trámite: 17 (30%) | Nivel nacional  | Diplomas de acreditación.Expedientes presentados al CSSP. | NA | Continuar las gestiones ante el CSSP para obtener las acreditaciones correspondientes | GEIS |
| 3.2 Gestión de pago de la anualidad y acreditaciones del 100% del personal médico y paramédico ante el CSSP | 100% del personal médico y paramédico con anualidad vigente ante el CSSP | La vigencia en el pago de la anualidad del personal médico y paramédico está a cargo de la GEIS, la de botiquinarios por otra gerencia, además el CSSP debido a la pandemia, aún no ha abierto nuevo proceso de acreditación de botiquinarios. | 100% del personal médico y Paramédico con anualidad vigente.Botiquinarios:El 5.81% de los botiquinarios con el pago de anualidad vencida.El 37.2 de los botiquinarios con anualidad vigente.El 56.97% de los botiquinarios no están acreditados | Nivel nacional  | Correos electrónicos,Documentos de acreditación emitidos por CSSP | NA | Realizar gestiones ante la Gerencia responsable del trámite de acreditación de botiquinarios para su regularización | GEIS |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021.** UOI No. 4. UNIDAD DE GESTIÓN 4: GEIS. PGC/EET 1 desarrollo de procesos de acreditación de establecimientos de salud. PNS, ODS 10. EE1: Mejorar y fortalecer el primer nivel de atención OE 1: Fortalecer el primer nivel de atención en salud de los docentes cotizantes y su grupo familiar, en Policlínicos y Consultorios. LE OE1.3: Fortalecer técnicamente al personal de Policlínicos y Consultorios.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 4- Desarrollar 1 subprograma de mejora continua de la telemedicina en el año 2021. | 1 Centro de Orientación Médica Telefónica ejecutando el subprograma de mejora continua de la telemedicina | Subprograma aprobado por la Subdirección de Salud. | Los Problemas ocasionados por la PANDEMIA COVID 19 impidieron cumplir con la presentación y aprobación por parte de la Subdirección de Salud.En cuanto a la Elaboración de plataforma virtual para agilizar el proceso de gestiones administrativas (no hemos recibido respuesta por parte de la Unidad de Desarrollo Tecnológico).  | SISTEMA DE RESPUESTA DE VOZ INTERACTIVA: aún no se cuenta con la tecnología. Nivel de cumplimiento: 0% | Nivel nacional  | Correos electrónicos de solicitud a la Unidad de Desarrollo Tecnológico | N/A | Retomar el desarrollo del subprograma en el segundo semestre del 2021. | GEIS |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021.** UOI No. 4. UNIDAD DE GESTIÓN 4: GEIS PGC/EO 4.3.1.2; PNS, ODS 10: Garantizar equidad en el acceso a los servicios de salud a través de la cobertura universal, basada en el fortalecimiento de la atención primaria. EE 5: Atención Integral Preventiva. OE 3 (OE3): Fortalecer el esquema de atención en Policlínicos, Consultorios y proveedores del PES del ISBM. LE OE3.1: Brindar atención integral y humanizada.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 5- Desarrollar 1 subprograma de Atención al discapacitado aplicable en policlínicos y consultorios, en el año 2021. | Diseño de un subprograma de Atención al discapacitado con la participación de un equipo multidisciplinario integrado por personal institucional (bienestar social, Riesgos Profesionales, UEED, GEIS, GTASS) y gubernamental (Secretaría de Innovación)  | Subprograma de atención al discapacitado aprobado por la Sub-Dirección de Salud.  | Los Problemas ocasionados por la PANDEMIA COVID 19 impidieron cumplir con lo planificado.No se cuenta con el equipo humano completo, Psicóloga con decreto 889, Trabajadora Social durante varios meses se encontró apoyando otras áreas. | a) En el mes de febrero se elabora artículo de discapacidad para revista médica en ISBM b) Se emiten 28 referencias al ISRI de pacientes a nivel nacional para ser beneficiarios de los paquetes de ayuda técnica para la movilidad.c) Diagnóstico de infraestructura y consolidado de las condiciones de los establecimientos de ISBM para dar respuesta a las necesidades de los pacientes con discapacidad. | Nivel nacional | Correos electrónicos.Referencias emitidas al ISRI | N/A | Elaborar un documento consolidado de lo efectuado y de lo planificado para el segundo semestre del 2021 y presentarlo a la Sub-Dirección de Salud.  | GEIS |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021.** UOI No. 4. UNIDAD DE GESTIÓN 4: GEIS. PNS, ODS 10. EE 5: Atención Integral Preventiva. OE 3: Fortalecer el esquema de atención en Policlínicos, Consultorios y proveedores del PES del ISBM. LE OE3.1: Brindar atención integral y humanizada.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 6- Desarrollar 1 subprograma de atención a las patologías crónicas aplicable en policlínicos y consultorios, en el año 2021. | 1 subprograma de atención a las patologías crónicas elaborado en el año 2021. | Subprograma de atención a las patologías crónicas aprobado | Los Problemas ocasionados por la PANDEMIA COVID 19 impidieron cumplir con el 100% de lo planificado para el primer semestre, falta la Presentación del plan de trabajo a la Subdirección de salud  | 80% de la meta semestral para el año 2021,Ejecución hacia los usuarios a través de la implementación de los clubes con pacientes de patologías crónicas.  | Nivel nacional  | Correo electrónico de la Jefe Médico de Policlínicos y Consultorios Magisteriales | N/A | Presentación del subprograma a la subdirección de salud.Socialización con los Supervisores Médicos y Establecimientos Institucionales de salud.Ejecución del plan a nivel nacional el segundo semestre del 2021.  | GEIS |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021.** UOI No. 4. UNIDAD DE GESTIÓN: GEIS. PGC/EO 4.3.1.2; PNS, ODS 10: Garantizar equidad en el acceso a los servicios de salud a través de la cobertura universal, basada en el fortalecimiento de la atención primaria. EE 5: Atención Integral Preventiva. OE 3: Fortalecer el esquema de atención en Policlínicos, Consultorios y proveedores del PES del ISBM. LE OE3.1: Brindar atención integral y humanizada.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 7- Desarrollar 1 subprograma de Humanización de la Salud aplicable en policlínicos y consultorios, en el año 2021. | 1 subprograma de Humanización de la Salud elaborado en el año 2021. | Subprograma de Humanización de la Salud aprobado | Los Problemas ocasionados por la PANDEMIA COVID 19 impidieron cumplir con lo planificado, se realizará ajuste a los tiempos.  | 0.00% | Nivel Nacional  | N/A | NA | Retomar el desarrollo del subprograma para el segundo semestre del año 2021 | GEIS |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021.** UOI No. 4. UNIDAD DE GESTIÓN 4: GEIS. PGC 6.B. Atención integral en salud mental. PNS LE 4.1 EE 5: Atención Integral Preventiva. OE 3: Fortalecer el esquema de atención en Policlínicos, Consultorios y proveedores del PES del ISBM. LE OE3.1: Brindar atención integral y humanizada.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 8- Desarrollar 1 subprograma nacional de salud mental con énfasis en la prevención, aplicable en policlínicos y consultorios, en el año 2021. | 1 subprograma de Salud Mental elaborado en el año 2021. | Subprograma de Salud Mental aprobado | La pandemia por COVID-19 ha trastocado las estructuras de prestación de servicios, debiendo ajustarnos rápidamente a dicho desafío, más sin embargo, el subprograma de Salud Mental es uno de los mejor estructurados de nuestro Programa Especial de Salud. | 90% de lo planificado para el primer semestre 2021, a través de los abordajes de salud mental desarrollados a nivel nacional. | nivel nacional  | Correos electrónicos de la Coordinación de Salud Mental.  | N/A | Ejecutar el plan a nivel nacional, socializándolo con los supervisores médicos y los establecimientos institucionales de salud. | GEIS |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021.** UOI No. 4. UNIDAD DE GESTIÓN 4: GEIS, PGC 7. Desarrollo permanente de la tecnología sanitaria. PNS: investigación y gestión del conocimiento 1, 3 y Fase III Sistema de gestión de calidad. EE 1: Mejorar y fortalecer el primer nivel de atención. OE1: Fortalecer el primer nivel de atención en salud de los docentes cotizantes y su grupo familiar, en Policlínicos y Consultorios. LE OE1.3: Fortalecer técnicamente al personal de Policlínicos y Consultorios.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 9. Desarrollar 1 plan operativo de establecimientos institucionales de salud estandarizado, aplicable en policlínicos y consultorios, para el año 2021. | 1 plan operativo estándar elaborado en el año 2021. | Plan operativo aprobado por la subdirección de salud. | Los Problemas ocasionados por la PANDEMIA COVID 19 impidieron cumplir con lo planificado, se realizarán ajustes a los tiempos estimados.  | 0.00% | Nivel nacional  | N/A | NA | Elaborar el plan operativo, presentarlo a la Sub-Dirección de Salud y Socializarlo con los Jefes Médicos de los Establecimientos Institucionales de Salud.  | GEIS |



# unidad de epidemiologia, estadística y datos uoi 5

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N°.5. UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA, ESTADISTICAS Y DATOS- SUB DIRECCION DE SALUD** -. EJE ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL Y SUS VINCULOS Fortalecer el esquema de atención en Policlínicos, Consultorios y Proveedores del Programa Especial de Salud del ISBM. LINEA ESTRATÉGICA. Fortalecer técnicamente al personal de policlínicos y consultorios. (OE3.1).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 1. Fortalecer la vigilancia epidemiologia.2. Coordinar con el ente rector MINSAL, las medidas preventivas con énfasis en todos los niveles de atención, a nivel nacional, ya sea institucionalmente.3.Adquirir licencia SPSS (sin descuidar la implementación) de un programa estadístico informático, que permitas eficiencia, eficacia en momento. Oportuno. | 1.1. Generar en policlínicos y consultorios, la información actualizada y VIGEPES.2.1 Capacidad para trabajar con grandes bases de datos, análisis, y toma de decisiones. | 1.Una recolección oportuna, procesamiento de datos y evaluación sistematizada2.Tener el 50% de Policlínicos y Consultorios magisteriales con sistema de información actualizados y capacitados3.Conta con el 50% de Policlínicos y Consultorios magisteriales debidamente capacitados sobre las medidas preventivas ante la emergencia sanitaria y COVID-19. | La pandemia COVID-19, es un factor del cual no permiten alcanzar las metas a satisfacción. | 50% Coordinación con la Unidad de Desarrollo Tecnológico para la elaboración del Sistema de Epidemiologia, Estadística y Datos, así obtener un acceso con más rapidez a la información en base las atenciones brindadas en los diferentes establecimientos y proveedores del ISBM. | Primer Semestre 2021 (enero a junio) a nivel Nacional. | Se presentaron perfiles epidemiológicos para análisis, para la Subdirección de la Salud.Se coordinó con el MINSAL las enfermedades de notificación obligatoria, se realizaron capacitaciones desde el inicio de la Pandemia COVID-19, de forma virtual.Se han realizado diferentes reuniones con la Unidad de Desarrollo Tecnológico, para la accesibilidad a los diferentes sistemas y así obtener datos de forma eficiente. | Se mantiene un monitoreo periódico de la información en Salud, de los Establecimientos en forma oportuna y así valorar la prevalencia de enfermedades agudas o crónicas.A pesar de la pandemia COVID-19, se está trabajando en el primer semestre del 2021 en la sistematización de los servicios de Salud, por ejemplo, el Sistema de Epidemiologia, Estadística y Datos, y de esta forma optimizar los tiempos de vigilancia epidemiologia. | Tomar en cuenta el sistema de Epidemiologia, Estadística y Datos, para el fortalecimiento para la vigilancia epidemiológica acompañado por el ente rector MINSAL, y también recopilar información estadística de manera rápida y veraz, para la toma de decisiones. | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA, ESTADISTICAS Y DATOS |



# subdirección administrativa uoi 6

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 6: SUBDIRECCÓN ADMINISTRATIVA EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS:** PGC- EET 1, 4,5 y 8 EQ. 1 PLAN SALUD; PNUD ODS 3,5,6, 10, 13, 15, 16 y 17 SNS, EJES ESTRATÉGICOS 1,2,3,4,5,6,7 y 8 OE 1,2,3,4,5,6, 7 y 8 POLI 1,2,3,4,5,6 y 7 LINEA ESTRATÉGICAS y ACCIONES DE TRABAJO: Todas las involucradas al PEI de los EE/OE del 1 AL 8. PROYECTOS ESTRATEGICOS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 1. Coadyuvar la administración integral del programa especial de salud. PES y cada uno de los subprogramas que lo conforman vinculándolo con el PEI 2019 - 2024 | 1.1 monitoreo trimestral del PES integrándolo a los compromisos, proyectos, metas y estrategias institucionales. | informes trimestrales del PES. | Para la elaboración del informe de enero-abril, se está recabando información de dicho periodo. | 50% informe trimestral comprendido de abril-junio según las necesidades reportadas por la gerencia de establecimientos institucionales. | A nivel nacional | Informes, correos electrónicos. | N/A | N/A | Subdirección Administrativa |
| 1.2 seguimiento al 100% de las solicitudes que emanen de los usuarios y autoridades institucionales y/o sociedad en general. | solicitudes atendidas satisfactoriamente en relación con el total de solicitudes recibidas, respetando el PEI 2019 – 2024. | Demanda grande de necesidades en los establecimientos de Salud y poco personal de Mantenimiento. | 100% de solicitudes atendidas que emanen de los usuarios y autoridades institucionales y/o sociedad en general. | A nivel nacional. | Correos electrónicos a los gerentes de área, correos de Gerente de Establecimientos Institucional. | N/A | N/A | Subdirección Administrativa |
| 1.3 Doce Monitoreos a las gerencias de la SDA. | Informes de los monitoreos relacionados con los compromisos de la SDA dirigidos a Dirección/ Presidencia. | Por los movimientos generados de personal no se ha podido dar seguimiento formal. | Cumplimiento del 50% realizando el monitoreo vía correo electrónico a las gerencias. | Oficinas Centrales San Salvador. | Correos electrónicos | N/A | Con el nombramiento del nuevo personal se realizarán los informes correspondientes para el segundo semestre. | Subdirección Administrativa |
| 2. Administrar integralmente las normativas y políticas institucionales, así como sus manuales administrativos que coadyuven al cumplimiento de lo establecido en el PEI 2019- 2024 | 2.1 Número de Normativas Institucionales actualizadas e identificadas en los POI particulares. | Informe de la subdirección Administrativa señalando el cumplimiento de las metas y/o alcances de logros en relación con las normativas institucionales aplicadas. | Debido a las necesidades de procesos de contratación de la Subdirección de Salud y Subdirección de Operaciones y Logística no se ha podido realizar las actualizaciones de los manuales, por lo que en el segundo semestre se realizará. | 10% corresponde al Manual de Valoración y Selección documental. | San Salvador  | Manual actualizado. | N/A | Se dará seguimiento a las instrucciones dadas a las gerencias que conforman la Subdirección Administrativa. | Subdirección administrativa  |
| 3. Coordinar el diseño de los POI particulares de las Gerencias de la Subdirección Administrativa respetando las guías e instrucciones de la UPI en congruencia con el PEI 2019 – 2024. | 3.1 Efectuar 3 reuniones de coordinación con la UPI y los responsables de elaborar los POI de la Subdirección Administrativa  | Actas de Reuniones  | N/A | 100% se elaboró y entrego POI de la Subdirección Administrativa a Jefe de Planificación Institucional. | A nivel Nacional | Correo y/o POI 2022 elaborado  | N/A | N/A | Subdirección Administrativa  |



# gerencia de recursos humanos uoi 7

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 7: GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS –** GRH EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS PGC- EET 1 y 4 EQ. 1 PLAN SALUD; EE3/OE1/PE1 M4; EE6/OE1/PE3 M1 + M4; EE4/OE4/M1; EE5/OE5/PE5 M1; EE6/OE6/M1; EE8/OE8/PE8 M1 + M6. EE/OE/ Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE1 (OE8) Revisión y Actualización de Manuales Operativos y Normativa Institucional. LE3 (OE8) Fortalecimiento de la imagen institucional. POLI (1+5+7) Revisión y Actualización de Manuales Operativos y Normativa Institucional. LE3 (OE8) Fortalecimiento de la imagen institucional. POLI (1+5+7) (OE8) Fortalecer las capacidades técnicas, administrativas y financieras del Instituto. (oe8.1) Revisión y Actualización de manuales operativos y normativa institucional.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 1.1. Fortalecer técnicamente al personal del ISBM | 1.1Fortalecimiento técnico a través de capacitaciones al 75 % del personal | 1.1.1 450 empleados capacitados | Falta de recurso didáctico para cumplirlos, se espera que para el segundo semestre del año cumplir con el 100% de capacitaciones del personal de salud y administrativo, cabe mencionar que con el apoyo de la Presidencia a través de convenio con laboratorio GSK Glaxo Smith Kline se capacitara al personal médico con especialistas de alto nivel en temas de actualidad en la rama de medicina, enriqueciendo los conocimientos de nuestros médicos; los supervisores de zona de capacitaran al personal de enfermería y botiquines utilizando el aula virtual del ISBM, el personal administrativo está siendo capacitado por medio de INSAFORPINSAFORP y la UNAC. | 25% | A nivel nacional,Oficinas administrativas  | Correo electrónico y comunicación directa con capacitadores. | El beneficio obtenido será el enriquecimiento de conocimiento al personal de salud y personal técnico administrativo. | Avance al cumplimiento del plan de capacitación. | Recursos Humanos y Jefaturas Inmediatas |
| 2. Revisar y Actualizar normativa institucional | 2.1 Revisión y Actualización de 4 normativas institucionales para la Administración de personal | 2.1.1 Número de normativas institucionales para la Administración de personal, revisada, actualizada y aprobada. | Las muchas actividades de la Gerencia y la falta de personal | No se ha tenido ningún avance en la revisión de las normativas por los diversos procesos de contratación que ha tenido la Gerencia de Recursos Humanos, sin embargo, esta gerencia dará cumplimiento en el segundo semestre con la revisión de Normativas institucionales | El nivel de influencia será a nivel nacional  | Revisión y observaciones de mejora de la unidad jurídica institucional. | Consto el tiempo que se invierte en la revisión y actualización es bastante adsorbenteBeneficio obtenido será la actualización y oportunidad de mejora en 4 normativas institucionales. | -Se recomienda trabajar estas normativas de la más pequeña a la más grande con el fin de avanzar de forma rápida con la corrección de estas. |  |
| 3. Garantizar el cumplimiento de los procesos administrativos para la administración del recurso humano | 3.1. Ejecución del 100 % de los requerimientos de contratación de personal 3.2. Elaboración de 53 planillas de remuneraciones | 3.1.1 Número de personal contratado3.2.1 Numero de planillas elaboradas según programación | Falta de compromiso por los empleados en subsanar sus marcaciones en tiempo, lo que ocasionaba retraso en él envió de la planilla a la UFI, la Gerencia de Recursos Humanos, hizo del conocimiento de las subdirecciones y las jefaturas que después de los primeros tres días de cada mes la GRRHH procedería aplicar los descuentos según corresponde. | 100% | A nivel nacional | Correos electrónicos y llamadas a telefónicas con los diferentes jefes del área. | Costo: los empleados sufren descuentos al no cumplir con sus obligaciones.Beneficio: las planillas son entregadas en tiempo a la UFI. | Las jefaturas deben dar seguimiento a las marcaciones de sus subalternos, para alertarlos de subsanar olvidos de marcación y permiso en el sistema de la de Recursos Humanos. | Sección de Compensaciones y Fondo Circulante; jefes médicos |
| 4. Garantizar el funcionamiento óptimo de los fondos circulantes y cajas chicas a nivel nacional | 4.1. Funcionamiento óptimo de los Fondos circulantes y cajas chicas a nivel nacional | 4.1.1 Número de fondos circulantes en funcionamiento optimo4.1.2 Número de cajas chicas en funcionamiento optimo | Las pólizas son enviadas fuera de tiempo  | 75% | A nivel Nacional | -Correos electrónicos y llamadas a telefónicas con los diferentes encargados de caja chica y jefes de Policlínicos y Consultorios. | Costo:Las cajas chicas permanecen con fondos insuficientes.Beneficio: las cajas chicas están solventes de poder proceder con sus pagos o gastos de emergencia. | -Los Jefes tiene que dar más apoyo al encargado de caja chica de sus establecimientos para la movilización y presentación de los documentos, al encargado del Fondo Circulante. | Sección de Compensaciones y Fondo Circulante; jefes médicos  |
| 5.Desarrollar actividades de bienestar social para el personal del ISBM | 5.1 Seguimiento al funcionamiento de los comités de seguridad y salud ocupacional | 5.1.1 CSSO conformados y ejecutando el Plan de emergencia | Está en proceso la contratación del técnico de Bienestar Social, así como la actualización de los miembros que conforman los CSSO. Se procederá en el segundo semestre del año a gestionar dicha contratación.La Gerencia de Recursos Humanos cuenta con buena comunicación con los presidentes de los dos comités de mayor responsabilidad como lo son las oficinas administrativas los cuales en este momento están en capacitación para un mejor funcionamiento y crecimiento de conocimiento en temas de seguridad, | 25% | A nivel nacional  | -Seguimiento directo con cada presidente de CSSO. | Las áreas de trabajo están en vigilancia para crear ambientes seguros de trabajo. | Gestionar la Contratación de Técnico de bienestar Social. | Gerencia de Recursos Humanos/ presidencia del ISBM  |
| 5.2 Gestión de Clínica empresarial | 5.2.1 Clínica empresarial instalada | Espacio físico para instalar clínica e insumos para adecuar la misma y personal que garantice su atención.En el segundo semestre se cuenta con el contacto el cual calificara si el ISBM, oficinas administrativas cuenta con la capacidad para instalar una clínica empresarial dentro de las instalaciones del ISBM. | 10% | San Salvador | Consultas por medio de Correos electrónicos | Beneficio: Consulta inmediata para los empleados del ISBM.Costo: El ISBM tendrá que invertir en equipo y personal médico para cubrir la demanda de la consulta de los empleados de la institución a nivel de oficinas centrales. | Este proyecto quedará sujeto a la inspección que realizará el ISSS, el cual dará el aval para la instalación de la Clínica Institucional. | Gerencia de Recursos Humanos  |



# GERENCIA DE PROYECTOS E INFRAESTRUCTURA UOI 8

E**VALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 8: GERENCIA DE PROYECTOS E INFRAESTRUCTURA. EJE ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL:** Fortalecer las capacidades técnicas y administrativas OBJETIVO ESTRATÉGICO 8: Fortalecer las capacidades técnicas y administrativas del Instituto OE8 Líneas Estratégicas: OE8.1 Revisión y actualización de manuales operativos y normativa institucional

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 1. Gestión de contratación del diseño de Policlínico y Consultorio MagisterialGestión en mejoras en la infraestructura de los consultorios y Policlínicos Magisteriales. | Obtener el diseño para la construcción del Policlínico Magisterial de La Unión, mejoras del Policlínico Magisterial de Santa Tecla y la construcción del Consultorio Magisterial de Santa Elena, departamento de Usulután. | Contar con el diseño de 3 establecimientos de salud, considerando que son inmuebles propios  | En este semestre se realizó un proceso de libre gestión el cual fue declarado desierto, uno de los motivos es que no cumplieron las especificaciones técnicas. | El 50%.se realizó ya que se hizo la debida gestión. | A nivel nacional | Informes, correos electrónicos, requerimientos, memorándums. | Es un costo que tiene un importante beneficio y es el brindarles a los usuarios un establecimiento más digno y con las mejores condiciones y tiempos en consultas. | Gestionar oportunamente los procesos de contratación y planificar los tiempos fijándose metas para cumplir con la finalidad de obtener los diseños definitivos para la construcción de los establecimientos planteados  | Gerencia de Proyectos e Infraestructura y Gerencia de Adquisiciones y Contrataciones Institucional |
| 2.Evaluar los inconvenientes infraestructurales que acontezcan en los diferentes establecimientos del ISBM | Creación de Mejoras en la infraestructura de varios establecimientos de salud Cobertura oportuna de las necesidades infraestructurales que se den en los diferentes establecimientos del ISBM a través del suministro de los bienes, obras y servicios que se requieran. | Seguimiento de la ejecución de las obras para la adecuación eficiente de espacios en inmuebles en varias zonas del país.La cantidad de mejoras y reparaciones que se van a realizar en la infraestructura de los diferentes establecimientos del ISBM | Inadecuada planificación de diseños y presupuestos para las intervenciones en los establecimientos, lo cual requirió un doble esfuerzo por la falta de personal asignado para esas funciones en las mejoras en la infraestructura | 50%Se realizaron intervenciones de mejora en los policlínicos de San Jacinto, San Vicente y Santa Ana, y consultorio de Suchitoto. 40% | Nivel nacionalA nivel nacional. | Informes, correos electrónicos, requerimientos, memorándums | Es un costo que tiene un importante beneficio y es el brindarles a los usuarios un establecimiento más digno y con las mejores condiciones y tiempos en consultas. | Ejecutar un Estudio de Mercado en el cual se pueda identificar la realidad acorde al mercado local y que este contribuya al resultado deseado.Coordinar las intervenciones que se deben hacer en cuanto a las remodelaciones en los inmuebles para ofrecer un mejor servicio a los usuarios y así cumplir con los objetivos operativos estipulados. | Gerencia de Proyectos e infraestructura. |
| 3. Supervisar la actualización e implementación de los conciliados de insumos con contabilidad | 3.1 Los productos consumibles estar conciliados a su totalidad con las entidades correspondientes. | 3.1 Consumibles y materiales al 100% de conciliación. | Se identifico que la administración anterior no ejecuto la actualización de la consolidación dejando vacíos de diferencias contables. | 70% faltaSe han actualizado las conciliaciones de consumo de contabilidad hasta el 2021. | A nivel nacional. | Informes, correos electrónicos, requerimientos, memorándums | Controlar mejor los recursos económicos mediante la comprobación periódica de datos. | N\A. | Sub-Dirección administrativa/Gerencia de Proyectos e infraestructura/Sección de logística/Sección de logística/Guarda Bodega/Unidad de desarrollo Tecnológico/Departamento de Contabilidad. |
| 4. Revisar el marco normativo y técnico del Sistema Institucional de Gestión Documental y Archivos, SIGDA.Peso 100% |  | 4.1. Número de Instrumentos normativos autorizados.4.2. Número de Instrumentos técnicos elaborados y autorizados. | N/A | Se actualizó la propuesta de Manual para la valoración y selección documental del ISBM, el cual se encuentra autorizado mediante acuerdo de Presidencia. Representa un 20%- Se actualizaron instrumentos técnicos:1 Guía de Archivo Institucional 50 inventarios de documentos de archivos especializados. Representa un 30%Nivel de cumplimiento de Meta: 50.00% | A nivel nacionalEnero-Junio2021 | Manual para la valoración y selección documental del ISBM.Guía de archivos del ISBM50 inventarios de documentos activos de archivos especializados (Policlínicos y Consultorios Magisteriales) | N/A | N/A | SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS |



# GERENCIA DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONALES (GACI) UOI 9

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N° 9. UNIDAD DE GESTIÓN: GERENCIA DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL. GACI.** EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1, 4 Y 5 EQ. 1 PLAN SALUD; EE1/OE1; EE2/OE2; EE3/OE3; EE8/OE8; Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE2/OE1. Fortalecer con mobiliario y equipo a los Policlínicos y Consultorios Magisteriales A de T (c); LE2/OE2. Mejorar la Gestión de Abastecimiento de Insumos y Medicamentos para Alcázar la Autonomía A de T (b); L3/OE3 Redefinir el Esquema de Revisión Contractual para la Recepción de los Bienes y Servicios de Forma Oportuna A de T (a y d); LE6/OE8 Mejorar la Cadena de Suministros de Bienes, Obras y Servicios del Área Administrativa A de T (c); EE2/PE2/MI3

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 1. Gestionar oportunamente las Adquisiciones y Contrataciones de obras, bienes y servicios, a través de las 5 modalidades de compra, para la mejor gestión administrativa del Programa Especial de Salud (PES) | Apoyo brindado a las Autoridades Institucionales de acuerdo con los 207 procesos, según lo detallados a continuación:1.1 Licitaciones Públicas (30) tiempo promedio de adjudicación a partir de la recepción de ofertas (40 días hábiles)1.2 Libres gestiones (145) tiempo promedio de adjudicación a partir de la recepción de ofertas (15-20 días hábiles)1.3 Contrataciones Directas (3/2019) o las que sean necesarias de acuerdo con la PAAC y lo establecido en la LACAP art. 72 en el cual se dan las condiciones para una Contratación Directa. tiempo promedio de adjudicación a partir de la recepción de ofertas (12-20 días hábiles)1.4 Compras Bursátiles (3) tiempo promedio de adjudicación a partir de la recepción de ofertas (13-15 días hábiles)1.5 Convenios (26) tiempo promedio de adjudicación (6-10 días hábiles) | 1. Ejecución de 207 procesos de adquisiciones y contrataciones de bienes y servicios y/o los que sean necesarios de acuerdo con lo establecido en la LACAP, según el Art. 40 referente a los Montos para la aplicación de las formas de contratación | 1. Incumplimiento de las áreas solicitantes al no presentar los requerimientos de acuerdo con lo planificado en la PAAC2. Deficiencia en la investigación de mercado. | 1. Requerimientos de Licitaciones Públicas de la Gerencia de Salud 9.2. Requerimiento de Prorrogas de Licitación Pública de la Gerencia de Salud 8.2.1 Requerimiento de Prorrogas de Licitación Pública de la Sub-Dirección Administrativa 2. 3. Requerimientos de Libre Gestión de la Gerencia de Salud 35.3.1 Requerimientos de Libre Gestión la Gerencia de Administrativa 35.4. Requerimientos de Prorroga de Libre Gestión la Sub-Dirección de Salud 2.4.1. Requerimientos de Prorroga de Libre Gestión de la Sub Administrativa 1.4.2. Requerimientos de Prorroga de enero a abril de Libre Gestión la Subdirección Administrativa 4.5. Requerimientos de Contrataciones Directas N/A.6. Requerimientos de Compras Bursátiles 3.7. Prórroga de Convenio de enero a marzo con los Hospitales de la Red Pública 23.7.1. Convenio Correos 1.7.2 Convenio ISRI 1.8. Convenio de abril a diciembre con los Hospitales de la Red Pública 23.Total de procesos elaborados de enero a diciembre 147 correspondiente al 71% de los procesos planificados para el 2021. | A nivel nacionalPrimer semestre de enero a junio 2021. | Requerimientos recibidos, Contratos realizados y Orden de Compra generadas. | A pesar de la falta del recurso humano y de la continuidad de la pandemia por COVID 19 se logró realizar los procesos de compra para cubrir las necesidades de los afiliados al sistema de salud del ISBM. |  Que las Unidades de Gestión envíen a tiempo sus requerimientos de acuerdo con la PAAC, así mismo realizar estudios de mercado apegados a la situación actual. | Unidades Solicitantes/Gerencia de Adquisiciones y Contrataciones Institucional/ Comité de Evaluación de Ofertas (CEO). |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N° 9. UNIDAD DE GESTIÓN: GERENCIA DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL. GACI.** EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1, 4 Y 5 EQ. 1 PLAN SALUD; EE1/OE1; EE2/OE2; EE3/OE3; EE8/OE8; Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE2/OE1. Fortalecer con mobiliario y equipo a los Policlínicos y Consultorios Magisteriales A de T (c); LE2/OE2. Mejorar la Gestión de Abastecimiento de Insumos y Medicamentos para Alcázar la Autonomía A de T (b); L3/OE3 Redefinir el Esquema de Revisión Contractual para la Recepción de los Bienes y Servicios de Forma Oportuna A de T (a y d); LE6/OE8 Mejorar la Cadena de Suministros de Bienes, Obras y Servicios del Área Administrativa A de T (c); EE2/PE2/MI3

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 2. Coordinar las Adquisiciones y Contrataciones de obras, bienes y servicios, con el propósito de un mejor control de seguimiento a los proveedores para que cumplan con los plazos y condiciones establecidos en los documentos contractuales. | 2.1 Realizar un aproximado de 1631 procesos, correspondientes al mismo número de seguimientos contractuales, tales como: Obligaciones de Pago, Contratos Elaborados, Contratos Sancionados por incumplimiento y Multas. | 1. Número deObligaciones de Pago (5)2. Número deContratos (1604) Elaborados3. Número deContratos Sancionados por Incumplimientos (7)4. Número deMultas por Incumplimientos. (15) | 1. Seguimiento por parte de los Administradores de Contrato y para la gestión correspondiente. | Se ha cumplido el 100% de acuerdo con el nivel de ejecución de lo contratado desarrollando los siguientes indicadores:1. Obligaciones de pago: 2 – 40%2. 1. Contratos: 377 2. 2. Prórrogas: 276 – 41%3. Sanciones por incumplimiento: 0 4. Multas por incumplimiento: 0 | A nivel nacionalPrimer semestre de enero a junio 2021. | Informes presentados por los Administradores de Contrato, Unidades Solicitantes, Contratos realizados y Orden de Compra generadas. | N/A. | Indicar a los administradores de contratos al presentar los informes de incumplimientos y demás documentación según corresponda la gestión solicitada, estos sean concretos en relación con la elaboración completa de los Administradores de Contrato | Unidades Solicitantes/Administradores de Contrato,Gerencia de Adquisiciones y Contrataciones Institucional. |
| 3. Elaborar la Programación Anual de Adquisiciones y Compras en coordinación con las UOI y la UFI de acuerdo con los propósitos del POI  | 2. la Programación Anual de Adquisiciones y Compras 2022.elaborada y presentada al 31 de agosto 2021 | 2. Documento elaborado, PAAC.  | Ejecución de la PAAC por parte de las unidades solicitantes. | 0.00% Esta actividad se realiza en el semestre II de 2021 | A nivel nacional,ENERO – JUNIO. | N/A | N/A.Se están realizando las gestiones y coordinación con las unidades solicitantes, convocando reuniones previas para verificar los avances. | Que las Unidades Solicitantes, logren realizar, según el POI, una planificación de compras acorde a las necesidades reales, con base en proyecciones y datos históricos Institucionales. | Unidades Solicitantes/GACI /UFI |



# UNIDAD DE desarrollo TECNÓLOGICO

#  UOI 10

E**VALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N° 10. UNIDAD DE GESTIÓN DESARROLLO TECNOLOGICO UDT EJE ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL.8:** Fortalecer las capacidades Técnicas y Administrativas. OBJETIVO ESTRATÉGICO 8: Fortalecer las capacidades Técnicas y Administrativas del Instituto. LÍNEA ESTRATÉGICA: 5- Fortalecer la Modernización Tecnológica (OE8.5)

| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas**  | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia**  | **Congruencias de Informes**  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medios de Verificación**  | **Valoraciones / Análisis: Costo - Beneficios**  | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones**  | **Responsables** |
| 1. Sistematizar los procesos del Instituto para brindar atención oportuna a los usuarios. | 1.1 Mantenimiento a los módulos del sistema integrado del ISBM en uso. | 1. Número de sistemas en uso con mantenimiento realizado. | N/A | Se han realizado cambios y mejoras a los sistemas a solicitud de las dependencias del Instituto, así como también atenciones a usuarios en el uso de los mismos (1,452 atenciones a 15 sistemas)Representa un 100 %Nivel de cumplimiento de Meta: 50.00% | Enero-Junio2021 | -Correos enviados y recibidos-Sistemas funcionando con cambios. | Se han atendido las solicitudes de los sistemas en funcionamiento, brindando el mantenimiento de acuerdo a nuevas necesidades y a mejoras de acuerdo a prioridades institucionales. | Brindar mantenimiento a los sistemas desarrollados de acuerdo a las prioridades institucionales.Realizar la contratación de la jefatura de la Sección de Sistemas de Información. | Jefe de Unidad de Desarrollo Tecnológico y Programadores de Sección de Sistemas de Información. |

| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas**  | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia**  | **Congruencias de Informes**  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medios de Verificación**  | **Valoraciones / Análisis: Costo - Beneficios**  | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones**  | **Responsables** |
| 2. Administrar la Infraestructura Tecnológica a fin de dar un servicio oportuno a los diferentes usuarios | 1. Disponer de los servicios tecnológicos a nivel institucional en condiciones óptimas. | Número de servicios tecnológicos disponibles. | N/A | Se han administrado y monitoreado 17 equipos de servidores físicos y 17 virtuales, 2 equipos de almacenamiento de información, 2 equipo de respaldos de datos, 151 equipos de comunicación, 66 equipos de seguridad de oficinas centrales, policlínicos y consultorios magisteriales, 5 equipos de bases de datos, 5 servidores de aplicaciones y otros a fin de mantener disponibles los servicios tecnológicos que presta el Instituto a los usuarios (7 tipos de servicios).Representa un 100 %Nivel de cumplimiento de Meta: 50.00% | Enero-Junio2021 |  - Hojas de control de mantenimiento de equipos. - Correos enviados sobre disponibilidad de servicios y/o mantenimientos.- Bitácoras de cambios en configuración de servidores para optimización.- Bitácoras de cambios en configuración de servidores para optimización. | Se ha brindado el mantenimiento preventivo y correctivo adecuado a los equipos a fin de mantener un funcionamiento óptimo. | - Continuar con el monitoreo permanente a fin de mantener activos los servicios tecnológicos institucionales.Realizar la contratación de la jefatura de la Sección de Infraestructura Tecnológica y Administrador de Servidores. | Jefe de Unidad de Desarrollo Tecnológico y Técnicos de Sección de Infraestructura Tecnológica. |

| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas**  | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia**  | **Congruencias de Informes**  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medios de Verificación**  | **Valoraciones / Análisis: Costo - Beneficios**  | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones**  | **Responsables** |
| 2. Administrar la Infraestructura Tecnológica a fin de dar un servicio oportuno a los diferentes usuarios | 1. Gestionar la actualización de equipos de plataforma virtual.2. Gestionar la actualización de equipos de almacenamiento de datos. | 1. Número de equipos actualizados. | N/A | Requerimiento de bienes y Términos de referencia elaborados.Representa un 100 %Nivel de cumplimiento de Meta: 10.00% | Enero-Junio2021 | Equipos de plataforma virtual y almacenamiento de datos implementado.. | El estudio de mercado obtenido sobrepasa el valor del monto presupuestado. | Continuar con el proceso de adquisición de tal manera que se pueda contar con la plataforma actualizada.Realizar la contratación de la jefatura de la Sección de Infraestructura Tecnológica y Administrador de Servidores. | Jefe de Unidad de Desarrollo Tecnológico y Técnicos de Sección de Infraestructura Tecnológica. |

| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo - Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 3. Proporcionar Soporte Informático de acuerdo a necesidades prioritarias del ISBM. | Atender las solicitudes de soporte de acuerdo a prioridades del Instituto. | Número de atenciones realizadas de acuerdo a prioridades. | N/A | Soporte Informático brindado a los usuarios que lo han solicitado y se han registrado los casos más importantes con la solución respectiva, para corregir eventos futuros similares.Se han atendido 2416 casos durante el año 2021.Representa un 100 %Nivel de cumplimiento de Meta: 50.00% | Enero-Junio2021 | - Correos electrónicos recibidos y enviados.- Casos registrados en la mesa de ayuda | Las solicitudes de soporte tanto de hardware como de software se han atendido de acuerdo a prioridades y al orden de llegada.Las atenciones de soporte de la región occidental a veces son más tardadas debido a que aún no se cuenta con un técnico regional, sino que el soporte se da desde oficinas centrales. | Se requiere asignar recursos de transporte a los técnicos para poder atender oportunamente las solicitudes de soporte.Se necesita dotar de un medio de transporte para la Región Paracentral.Realizar la contratación del Técnico de Soporte Regional de Occidente. | Jefe de Unidad de Desarrollo Tecnológico, Jefe y Técnicos deSección de Soporte Técnico. |
| Realizar mantenimiento físico a equipo informático del ISBM. | Numero de Mantenimientos realizados. |



# UNIDAD DE COMUNICACIONES UOI 11

P**ROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UOI No. 11 UNIDAD DE COMUNICACIONES U.C.O.M.:** DIRECCIÓN PRESIDENCIA. EJE ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL Y SUS VÍNCULOS P.G.C. E.E.T.1 – E.Q.1. PLAN DE SALUD: E.E.8/O.E.8; LINEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: L.E.3 (O.E.8); A. de T. (a), (b), (c) y (d).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ObjetivosOperativos | Metas o resultados esperados | IndicadoresDe Impacto | Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas | Nivel cumplimiento de las Metas | Tiempo/Espacio: Área Geográfica de Influencia | Congruencias de Informes |
| Medios de Verificación | Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios | Recomendaciones:Avances – Limitaciones | Responsables |
| 1- Implementar las fases de comunicación institucional que permitan la socialización de iniciativas institucionales. | 1.1 Número de procesos solicitados, desarrollados e implementados por la Unidad de Comunicaciones mensualmente. | Elaboración esquematizada del proceso de comunicación institucional. Ver esquema U.C.O.M.E. 001 | NA | Se han implementado las fases de comunicación institucional por parte de la Unidad de Comunicaciones al 100% durante los primeros 6 meses del año. | A nivel nacional | Datos estadísticos, Reportes Facebook / Twitter | N/A | N/A | Unidad de Comunicaciones  |
| 2-Socializar los procesos del Programa de Entrega de Medicamento Crónico Domiciliar. | 2.1 Cobertura comunicacional de todos los procesos a nivel nacional. | Medición mensual por área geográfica de influencia e impactos de alcance on-line. | N/A | Se ha cumplido con la comunicación al 100% de las acciones de entrega de medicamento crónico domiciliar. | A nivel nacional | Datos estadísticos, Reportes Informáticos Facebook / Twitter | N/A | N/A | Unidad de Comunicaciones / Unidad de Informática / COM |
| 3-Socializar los nuevos Procesos Digitalizados de los Servicios de Salud Institucionales. | 3.1 Desarrollo de 4 encuestas digitales, una por cada trimestre, para establecer un punto de partida del Grado de Satisfacción de los usuarios, | Población usuaria | Aun no se nos ha confirmado la puesta en marcha de los procesos digitalizados.Realizada una encuesta digital, problemas con correos spam | Actualmente solo se ha llevado a cabo una encuesta de satisfacción de local de Policlínico Magisterial de Mejicanos | Mejicanos, San Salvador. | Datos estadísticos, Reportes Informáticos | No se puede realizar una valoración Costo/Beneficio debido a que no se ha puesto en marcha los Procesos Digitalizados de los Servicios de Salud. | En el momento de estar activos los Procesos Digitalizados de los Servicios de Salud Institucionales se podrá dar el seguimiento respectivo al Objetivo Operativo.  | Subdirección de Salud / Unidad Desarrollo Tecnológico/ Unidad de Comunicaciones |
| 4- Socializar las Aperturas estructurales y/o implementación de Nuevas Herramientas Tecnológicas. | 4.1 Socialización de aperturas estructurales que se lleven a cabo, así como nuevas prestaciones en beneficio de los usuarios. | Número de población usuaria y localidades beneficiadas. | Las Herramientas tecnológicas aún no se han dado a conocer debido a que UDT aun no ha confirmado la implementación. | Se han implementado las diferentes estrategias de comunicación para las aperturas de Botiquines, traslados de ubicación y permisos para incrementos de servicios de Salud en los diferentes Centros de Atención Magisteriales al 100% durante los primeros 6 meses del año. | Comunicación digital y tradicional | Redes sociales y sus datos analíticos | No se puede realizar una valoración Costo/Beneficio de las herramientas tecnológicas ya que no se han implementado aún. | Continuar con dicho proceso informativo. Darle seguimiento en le momento que las Herramientas Tecnológicas sean puestas en marcha. | Gerencias y Unidades de Apoyo / Unidad Desarrollo Tecnológico/ Unidad de Comunicaciones |
| 5- Gestionar la adquisición de equipo tecnológico Video/Audio, software y hardware propios de la Unidad de Comunicaciones | 5.1 Adquisición de equipos modernos y actualizados. | Identificación de equipo obsoleto, licencias de software expiradas y equipo que se pueda reparar como back up. | N/A | Se ha gestionado el 100% del equipo solicitado para la modernización de las herramientas de trabajo en beneficio de las Comunicaciones Institucionales. | A nivel nacional | Equipo a la vista | N/A |  | Unidad de Comunicaciones |
| 6- Socializar logros, comunicados institucionales y encomiendas GOES. | 6.1 Comunicación de forma clara, oportuna y sencilla de cada uno de los logros, comunicados y encomiendas. | Alcances on-line y off-line de acuerdo con los medios de comunicación utilizados | NA | Se han gestionado al 100% cada uno de los mensajes de comunicación referentes a logros, comunicados, y encomiendas GOES | NA | Redes Sociales y Publicaciones online y offline | NA | continuar con dicho proceso informativo | Unidad de Comunicaciones |



# UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL UOI 12

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 12: UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL** – UFI. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1; EQ. 1 PLAN SALUD; EE3/OE3/PE4; EE6/OE6/PE1; EE7/OE7/PE1; EE8/OE8/PE6 Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE4 (OE3) Garantizar el Acceso de los Usuarios a los diferentes Beneficios, Prestaciones y Riesgos Profesionales. LE1 (OE6) Planificación y Gestión de Infraestructura Hospitalaria de Segundo Nivel; LE1 (OE7) Elaborar un nuevo Estudio Actuarial; LE8 (OE6) Fortalecer la Sostenibilidad Financiera

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 1. Garantizar el acceso de los usuarios a los diferentes beneficios, prestaciones, y riesgos profesionales mediante el pago oportuno, para que los usuarios reciban buen trato por parte de los proveedores y personal de Policlínicos y Consultorios al brindar las prestaciones de salud |  1.1. Efectuar en el término de 8 días hábiles, después de emitido el Quedan, el pago a un promedio de 470 proveedores de servicios de salud1.2. Efectuar en el término de 24 horas el pago de 30 hospitales públicos y privados. | Número de pagos.  | 1-Que el proveedor no presente en tiempo el documento de cobro.2.- Que la revisión contractual sea tardada3.- Que la reasignación de montos no sea oportuna4- Falta de personal5- Deficiencias en los procesos administrativos previos al pago. Especialmente reembolsos |  1,786 pagos efectuados a los distintos proveedores de salud, entre Droguerías, Laboratorios, Hospitales, Médicos Especialistas, Hospitales. La proyección fue haber efectuado un total de 2,820, la meta no fue alcanzada, debido a la tardanza que algunos proveedores presentan para facturar los bienes y servicios.  | Todo el país, debido a que los proveedores prestan sus servicios en los 14 departamentos. | Notas de abono a cuenta, cheques emitidos,Reportes de control del sistema informático SAP. |  | -Desde el año 2020 se identificó retraso en la gestión de reasignación de montos de hospitales, tanto públicos como privados. Dicha situación aún persiste para este semestre. Se recomienda cambiar el proceso de Reasignación.  | UFI |
| 1.2 Efectuar el pago oportuno de los servicios de apoyo a la prestación de los servicios de salud, como son Fondos Circulantes, Servicios Básicos, Arrendamientos y otros proveedores administrativos  | Falta de personalCarga de trabajoDeficiencias en los procesos administrativos previos al pago. |  226 Reintegros de Pólizas de Fondo Circulantes 184 pagos por servicios básicos264 pagos por arrendamiento | Notas de abono a cuenta, cheques emitidos | El total de pagos efectuados en bienes y servicios de apoyo para la prestación de servicios fue de 700 | En el caso de Pólizas de Fondos Circulantes, especialmente, se recomienda que previo al envío a UFI sean revisadas para evitar observaciones y el reintegro sea oportuno. Así también otros documentos como los recibos o facturas de arrendamientos. |
| 1.3. Efectuar un total de 100 pagos mensuales a docentes por subsidios, Pensiones, Reembolsos y Gastos Funerales | Falta de personalCarga de trabajoDeficiencias en los procesos administrativos previos al pago. | -6 Subsidios Temporales-150 Subsidios Fijos-198 pagos de Pensiones-605 Pagos por Reembolsos-69 Pagos por Gastos Funerales-235 pagos de reembolso por anteojos. | Cheques, notas de abono | Se ha sobrepasado la meta en 110%; la proyección fue realizar 600 pagos en el semestre, sin embargo, se han realizado 1,260 A los docentes se gestiona el pago, el mismo día en que el Consejo Directivo aprueba los beneficios.  | Se contrate a técnico faltante en el Departamento de Contabilidad; por el momento se está saliendo con tiempo extraordinario de 4 técnicos. |
|  | 1.4 Realizar un total de 14,250 pagos a un promedio de 750 empleados | Número de pagos. | -Falta de personal-Carga de trabajo-Deficiencias en los procesos administrativos previos al pago. | 6,776 son los pagos efectuados entre: a) salarios, b) bonificación, c) Horas Extraordinarias, d) Gastos funerales, e) lentes, y f) indemnizaciones. | Territorio nacional | Planillas, Notas de abono y cheques. | No se logró cumplir la meta de pagos que fue de 7,125 debido a que las proyecciones fueron con 750 empleados, y al mes de junio 2021, el total fue de 682. | o ejecutado en el Rubro de Remuneraciones asciende a $4,660,835.68; siendo lo programado para el semestre de $6,12,536.56, quedando un saldo no ejecutado de $1,651,696.88; estos saldos se ajustan para que las Subdirecciones dispongan de mayor recursos para cubrir obligaciones. | UFI |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 12: UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL** – UFI. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1; EQ. 1 PLAN SALUD; EE3/OE3/PE4; EE6/OE6/PE1; EE7/OE7/PE1; EE8/OE8/PE6 Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE4 (OE3) Garantizar el Acceso de los Usuarios a los diferentes Beneficios, Prestaciones y Riesgos Profesionales. LE1 (OE6) Planificación y Gestión de Infraestructura Hospitalaria de Segundo Nivel; LE1 (OE7) Elaborar un nuevo Estudio Actuarial; LE8 (OE6) Fortalecer la Sostenibilidad Financiera.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 2. Lograr la elaboración del Presupuesto para el año 2022 | 2.1. Al mes de marzo 2021 haber coordinado la elaboración del presupuesto de ingresos, de egresos y la Ley de Salarios para el ejercicio fiscal 2022 | Presupuesto elaborado y aprobado por el C.D. | No se han identificado |  Se cumplió con lo establecido; el Presupuesto Institucional fue aprobado por monto de $68,085,310.00 durante el mes de junio.Punto: 7 Subpunto 7.1 Acta: 116Fecha: 25 de junio 2021 | Departamento de San Salvador |  Punto: 7 Subpunto 7.1 Acta: 116Fecha: 25 de junio 2021 | Por ser una gestión del primer semestre se considera un cumplimiento del 100% |  Se da cumplimiento a los artículos 20 literal f) y 22 literal j) de la Ley del ISBM y 33 de la Ley AFI | UFI |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 12: UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL** – UFI. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1; EQ. 1 PLAN SALUD; EE3/OE3/PE4; EE6/OE6/PE1; EE7/OE7/PE1; EE8/OE8/PE6 Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE4 (OE3) Garantizar el Acceso de los Usuarios a los diferentes Beneficios, Prestaciones y Riesgos Profesionales. LE1 (OE6) Planificación y Gestión de Infraestructura Hospitalaria de Segundo Nivel; LE1 (OE7) Elaborar un nuevo Estudio Actuarial; LE8 (OE6) Fortalecer la Sostenibilidad Financiera.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 3.Elaborar la Liquidación Presupuestaria del Ejercicio fiscal 2020, Art. 64 Ley del ISBM | 3.1. Al 28 de febrero del 2021, haber realizado la Liquidación Presupuestaria del ejercicio fiscal 2020 | Documento elaborado | N/A |  Cumplido al 100%, ya que la meta corresponde al primer semestre.La liquidación presupuestaria tuvo resultados positivos por un monto de $16,746,202.79 | San Salvador | Certificación de Punto de aprobación del Consejo DirectivoPunto: 5 Sub-punto 5.1 Acta: 93Fecha: 4 de febrero 2021 | Por ser una gestión del primer semestre se considera un cumplimiento del 100% | La derivación de muchos fondos en la Liquidación, denota que no ha habido eficiencia en la ejecución, no obstante el año 2020 fue atípico por la Pandemia, el resultado fue de $16,746,202.79 | UFI |
| 3.2. al 28 de febrero de 2021; haber realizado la incorporación de los excedentes generados de la Liquidación Presupuestaria al Presupuesto Corriente 2020. | Presupuesto modificado | No se identificaron |  Cumplido al 100%, ya que la meta corresponde al primer semestre. | San Salvador. | Certificación de Punto de aprobación del Consejo DirectivoPunto: 5 Sub-punto 5.2Acta: 93Fecha: 4 de febrero 2021 | Por ser una gestión del primer semestre se considera un cumplimiento del 100%. Con el monto incorporado en el presupuesto vigente, el nuevo monto asciende a $75,846,117.79 |  N/A |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 12: UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL** – UFI. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1; EQ. 1 PLAN SALUD; EE3/OE3/PE4; EE6/OE6/PE1; EE7/OE7/PE1; EE8/OE8/PE6 Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE4 (OE3) Garantizar el Acceso de los Usuarios a los diferentes Beneficios, Prestaciones y Riesgos Profesionales. LE1 (OE6) Planificación y Gestión de Infraestructura Hospitalaria de Segundo Nivel; LE1 (OE7) Elaborar un nuevo Estudio Actuarial; LE8 (OE6) Fortalecer la Sostenibilidad Financiera.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 4.Contribuir con la Mejora Institucional coordinando las Comisiones Técnicas de trabajo. | 4.1.-Mejorar los procesos y controles administrativos, con las recomendaciones de las mismas.  | Nro. de recomendaciones atendidas | Poco personal para el cumplimiento de metas, pues el número de pagos ha incrementado como ejemplo anteojos, reembolsos, gastos funerales, Fondos circulantes. Cambios de procesos como revisión de documentos de Droguerías que son más complejos  |  Se han atendido al 100% las recomendaciones y encomiendas del Consejo DirectivoSe han atendido las recomendaciones emanadas de la Comisión Administrativa FinancieraSe han atendido las recomendaciones del Comité de Inversiones y del Comité Técnico Presupuestario.Se han presentado Informes semanales al C.D. (hospitales) | San Salvador | Actas de reuniones.Puntos de Consejo Directivo-Informes | Se ha mejorado mucho en los resultados de las comisiones al analizar problemáticas institucionales, como el cambio en la cuota de cotización de salud para el grupo familiar; administración eficiente de asignación de recursos con los ajustes y ampliaciones, etc. Tema de Pensionados, Hospital, entre otros. | AVANCE: En el presente año se ha mejorado, pues las encomiendas de Consejo Directivo, han dinamizado el pago de reembolsos, gastos funerales, subsidios. Etc.RECOMENDACIÓN:Derivado del incremento de actividades y pagos adicionales el personal no alcanza a procesar todo el trabajo y se siente presionado por lo que se necesita un técnico más en el Departamento de Contabilidad | UFI |
| 4.2. Efectuar hasta un máximo de 5 reuniones mensuales, que incluyen Comité de Inversiones, Comisión Administrativa Financiera, Comité Técnico de Gestión del Presupuesto y otras Comisiones que se designen. (Comisión de Hospital Magisterial y CPAIS) | Nro. de Reuniones |  | Se atendió:- 9 reuniones de Comisión Administrativa Financiera, - 7 reuniones de Comité Técnico de Gestión del Presupuesto.- 7 reuniones del Comité de Inversiones- 5 reuniones con Consultor y Comisión de Hospital Magisterial. | San Salvador | Listas de asistencia.Actas de reunión |  | Que todas las áreas cumplan con las recomendaciones que se emanan de las Comisiones y Comités |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 12: UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL** – UFI. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1; EQ. 1 PLAN SALUD; EE3/OE3/PE4; EE6/OE6/PE1; EE7/OE7/PE1; EE8/OE8/PE6 Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE4 (OE3) Garantizar el Acceso de los Usuarios a los diferentes Beneficios, Prestaciones y Riesgos Profesionales. LE1 (OE6) Planificación y Gestión de Infraestructura Hospitalaria de Segundo Nivel; LE1 (OE7) Elaborar un nuevo Estudio Actuarial; LE8 (OE6) Fortalecer la Sostenibilidad Financiera.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 5.-Contribuir a la gestión de Transparencia Institucional y Rendición de Cuentas | 5.1.-Atender al 100% las solicitudes de información y consultas de la OIR del ISBM. | SolicitudesRequerimientos |  N/A | -Se atendió 1 requerimiento de información efectuado por TEG. 2 Requerimientos de MINSAL, 6 reportes de Casa Presidencial-Presentaciones Trimestrales requeridos por OIR.-Se atendió Auditoría de Corte de Cuentas del año 2017. Y Cámara 4ta. De la Corte de Cuentas por Auditoría 2016. | San Salvador | Correos electrónicosNotas de correspondencia | No hubo solicitud de información ciudadana, sólo la actualización del Portal con información oficiosa | Que se busque mejorar los procesos para evitar documentos observados y observaciones de auditorías | UFI |
| 5.2.-Atender las Auditorías y sus requerimientos de información. |
| 5.3-Cumplir con las Leyes y demás normativas en el quehacer administrativo financiero. | Incumplimientos identificados por Auditorías |  Insuficiente control por parte de otras unidades organizativas institucionales como bodegas de existencias administrativas, existencias de medicamentos y Activos Fijos cuya conciliación de cuentas no ha sido posible.Incumplimientos de Cláusulas legales de Convenios, Contratos y Órdenes de Compra por parte de algunos Administradores de Contrato.  |  Ningún incumplimiento de carácter legal que hayan identificado las Auditorías  | San Salvador | Notas de Observaciones. | Atribuciones de Supervisión.Art. 34.- Dentro de las atribuciones de supervisión, la jefatura de la UFI verificará que losfuncionarios de su dependencia y de las Unidades Presupuestarias, cumplan las normas legales,del SAFI y los procedimientos de control interno vigentes; realicen sus actividades en formaeficiente y, efectúen los correctivos sugeridos por las autoridades competentes de supervisión ycontrol. (Reglamento Ley Orgánica AFI) | No se ha tenido incumplimientos de carácter legal, pero sí de carácter técnico el cual no ha sido superado.La observación fue generada por la Dirección General de Contabilidad Gubernamental por saldos negativos de Balance en la cuenta de Existencias Institucionales Nro. 202113 |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 12: UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL** – UFI. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1; EQ. 1 PLAN SALUD; EE3/OE3/PE4; EE6/OE6/PE1; EE7/OE7/PE1; EE8/OE8/PE6 Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE4 (OE3) Garantizar el Acceso de los Usuarios a los diferentes Beneficios, Prestaciones y Riesgos Profesionales. LE1 (OE6) Planificación y Gestión de Infraestructura Hospitalaria de Segundo Nivel; LE1 (OE7) Elaborar un nuevo Estudio Actuarial; LE8 (OE6) Fortalecer la Sostenibilidad Financiera.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 6.Apoyar con las Gestiones de Planificación y elaboración de Proyecto de Hospital de Segundo Nivel | 1.1. Aportar información para planificar y gestionar financiamiento | 1- información | Recolección de información Técnica-médica |  Se ha cumplido la meta hasta en 100% al haber elaborado y entregado a consultor perfil de Proyecto a nivel financiero para obtener código de proyecto. | Zona Central y Paracentral | Listas de reuniones.Correos electrónicos | Se está en la etapa de recolección de información médica para finalizar el perfil financiero presentado por la Unidad Financiera Institucional  | A las áreas técnicas redoblar esfuerzos para finalizar el perfil de proyecto y presentarlo ante la Dirección General de Inversión y Crédito Público para la obtención del Código de Proyecto. | UFI |
| 7. Elaborar mecanismos de control sobre cotizaciones de población pensionada | Elaborar al 31 de enero de 2021, los mecanismos Y controles de captación de las cotizaciones de los docentes pensionados | ingresos |  |  Se establecieron fechas mensuales de envíos de documentación a Instituciones previsionales y fechas remisión de cotizaciones al ISBM. Para ello se trabajó con el BCR y se definieron procedimientos Elaboración de controles de los números de pensionados por institución previsional, se están depurando las cifras remitidas por el Exjefe de Sección responsable. | Territorio nacional | Correos electrónicos por gestiones efectuadas |  | Se deben mejorar los controles administrativos por parte de la sección correspondiente en la remisión de listados de docentes pensionados a las instituciones previsionales |
| 8.-Lograr la obtención de rendimientos a través de las inversiones financieras. | 1.1 Buscar la obtención de $2,826,945.00 en intereses, entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2021  | ingresos | Baja en la tasa de interés |  Se ha sobrepasado la meta en 4.73% | San Salvador | Registros contables | Se esperaba obtener al 30 de junio de 2021, la cantidad de $1,413,472.50; sin embargo se ha obtenido $1,480,261.50; lo anterior con mejores estrategias de inversión, debido a que los interese de los Depósitos a Plazo se han comportado a la baja  | Que el Comité de Inversiones mantenga su esquema de trabajo para lograr los mejores ingresos por rentabilidad |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 12: UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL** – UFI. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1; EQ. 1 PLAN SALUD; EE3/OE3/PE4; EE6/OE6/PE1; EE7/OE7/PE1; EE8/OE8/PE6 Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE4 (OE3) Garantizar el Acceso de los Usuarios a los diferentes Beneficios, Prestaciones y Riesgos Profesionales. LE1 (OE6) Planificación y Gestión de Infraestructura Hospitalaria de Segundo Nivel; LE1 (OE7) Elaborar un nuevo Estudio Actuarial; LE8 (OE6) Fortalecer la Sostenibilidad Financiera.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 9.Gestionar la modificación de la Cotización para la cobertura del grupo familiar de los servidores públicos Docentes. | 9.1.-Elaborar propuestas de modificación de cuotas dentro de los límites del estudio actuarial al 31 de enero de 2021Apoyar con las gestiones de modificación ante las instancias correspondientes al 31 de marzo Efectuar las modificaciones presupuestarias derivadas del cambio de la cuota familiar | Propuestas presentadassolicitudes | El impacto económico en las finanzas de los docentes |  Se ha alcanzado el más alto nivel de cumplimiento de la meta, al haber presentado ante el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, el documento que contiene la propuesta para que sea gestionado ante las instancias del poder ejecutivo que corresponde | San Salvador | Actas de Comisión Administrativa FinancieraPresentaciones elaboradas para las gestiones ante las instancias correspondientes. | La Unidad Financiera Institucional, elaboró distintos modelos y propuestas de cambios de cuota de cotización las cuales fueron valoradas en distintas Comisiones Administrativas. |  | UFI |
| 10.-Gestionar la aprobación de la modificación de la Ley del ISBM, en el uso de las Reservas. | 10.1. Al primer semestre del ejercicio fiscal efectuar 3 gestiones internas para seguimiento del cambio del artículo.  | Gestiones | La priorización de actividades no ha permitido avanzar en este proceso. |  Los avances logrados han sido pocos; se ha realizado una gestión a la Unidad Asesoría Jurídica | San Salvador  | Correo electrónico | Se espera gestionar con mayor fluidez durante el segundo semestre del presente año. |  |
| 10.2.-Al segundo semestre del ejercicio fiscal haber logrado la modificación de la Ley en lo atinente al uso de las Reservas. |



# UNIDAD DE ASESORIA LEGAL UOI 13

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N°.13. UNIDAD DE GESTIÓN: PRESIDENCIA / UNIDAD DE ASESORÍA LEGAL**

EJE ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 7: Incorporar a docentes pensionados, personal administrativo del MINEDUCYT, en el Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. OBJETIVO ESTRATÉGICO 7: Incorporar a docentes pensionados, personal administrativo del MINEDUCYT, en el Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. LINEA ESTRATÉGICA: 2- Gestión de Reformas de Leyes. (OE7.2). EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VÍNCULOS: P.G.C. – E.E.T. 1, 4, 6. – E.Q. 1 PLAN SALUD; E.E. 3/O.E.3; E.E. 6/O.E.6; E.E. 7/O.E.7; Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: L.E.1 (O.E. 3); L.E. 3 (O.E.3); L.E. 3 (O.E.3); L.E.1 (O.E.6); A. de T. (C); E.E.7 / O.E.7; L.E.3 (O.E.7); A. de T. (c); E.E.8 / O.E.8; L.E.1; O.E.8.; A. de T. (b)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 1.Recomendar ante las instancias pertinentes, las reformas a las normas jurídicas vinculadas con la Incorporación de los Servidores Públicos Docentes Pensionados y personal administrativo del MINEDUCYT, en el Programa Especial de Salud del ISBM. | 1.1 Elaboración de un Estudio de Impacto Regulatorio, que permita la identificación de Leyes vinculadas con la incorporación de los Servidores Docentes Pensionados y personal administrativo del MINEDUCYT, al Programa Especial de Salud del ISBM. | Estudio de Impacto Regulatorio | Aprobación del Decreto Legislativo 754, por iniciativa de Diputados, sin un adecuado estudio de impacto regulatorio y sin estudio actuarial. Entró en vigencia pese a vetó Presidencial, el 16 de abril de 2021, según resolución de Controversia 12-2020. Ante lo cual se ha realizado gestiones para apoyar a la Unidad Financiera para desarrollar modificación al artículo 54 de la Ley de ISBM, para la sostenibilidad del Programa. | La reforma al artículo 54, se encuentra en proceso de presentación al Ramo de Educación, por lo cual se habría alcanzado un 60%El objetivo de la reforma para la incorporación de pensionados esta cumplido, también se avanzó con las reformas a las Normas Técnicas del BCR, para la implementación de la incorporación de los pensionados y el marco previsional. | Tiempo/Espacio: 6 meses (enero a junio de 2021).Área Geográfica de Influencia: A nivel nacional. | Correos Electrónicos, memorando, cartas de invitación y soporte electrónico de mesas de trabajo. | La inclusión del personal Administrativo del MINEDUCYT, fue una variante no recomendada en el estudio actuarial, motivo por el cual no se dará gestión. | El proceso de reforma depende de instancias externas al instituto, actualmente se está coordinando con estas instancias para continuar con el seguimiento del proceso. | Unidad de Asesoría Legal, Unidad Financiera Institucional, Sub-Dirección de Salud, Sub Dirección Administrativa, Presidencia y Consejo Directivo. |
| 1.2 Solicitud de Aprobación de Reforma a Ley del ISBM, presentada al Consejo Directivo | Discusión en Comisión Técnica |
| 1.3 Proyecto de iniciativa de Ley, presentado a través de Ministerio de Educación Ciencia y Tecnológica a la Presidencia de República y ante la Asamblea Legislativa | Correspondencia con Proyecto de iniciativa de reforma y seguimiento a la misma hasta su presentación ante Asamblea Legislativa, en apoyo a la Presidencia de ISBM. |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N°.13. UNIDAD DE GESTIÓN: PRESIDENCIA / UNIDAD DE ASESORÍA LEGAL**

EJE ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 7: Incorporar a docentes pensionados, personal administrativo del MINEDUCYT, en el Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. OBJETIVO ESTRATÉGICO 7: Incorporar a docentes pensionados, personal administrativo del MINEDUCYT, en el Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. LINEA ESTRATÉGICA: 2- Gestión de Reformas de Leyes. (OE7.2). EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VÍNCULOS: P.G.C. – E.E.T. 1, 4, 6. – E.Q. 1 PLAN SALUD; E.E. 3/O.E.3; E.E. 6/O.E.6; E.E. 7/O.E.7; Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: L.E.1 (O.E. 3); L.E. 3 (O.E.3); L.E. 3 (O.E.3); L.E.1 (O.E.6); A. de T. (C); E.E.7 / O.E.7; L.E.3 (O.E.7); A. de T. (c); E.E.8 / O.E.8; L.E.1; O.E.8.; A. de T. (b)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 2.Revisión de aspectos legales de propuestas de actualización normativa generadas por la Unidades Organizativas | 2.1 100% de verificación de aspectos legales propuestas normativas generadas por las Unidades Organizativas  | Visto Bueno normativas actualizadas por Unidades Organizativas. | Actividades de apoyo de la Unidad se han visto incrementadas en el primer semestre del año particularmente por las contrataciones bienes, servicios y recursos humanos, lo cual ha generado un retraso en los procesos de verificación, aunado a lo anterior, hay normas o instructivos que requieren la participación de diversas áreas para su verificación final.  | Se ha avanzado en un 20% de la actualización normativa se espera incrementar procesos en los meses de julio y agosto. | Tiempo/Espacio: 6 meses (enero a junio de 2021).Área Geográfica de Influencia: A nivel nacional. | Correos Electrónicos, memorando, y soporte electrónico de mesas de trabajo. | La mayor parte de la normativa institucional tiene más de 8 años sin revisión y requiere actualizarse e integrarse con la nueva realidad normativa y los objetivos estratégicos institucionales. | A partir de 2021, entra en vigencia para ISBM y otras autónomas la Ley de Mejora Regulatoria, lo cual implica trabajar una planificación y en coordinación con el Organismo de Mejora Regulatoria, lo cual asegurará que los procesos de actualización de realicen al menos cada dos años. | Unidad de Asesoría Legal, unidades de staff y, Subdirección de Salud, Subdirección administrativa, y sus gerencias |



# UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAl UOI 14

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 14: UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL – UPI-. EJES ESTRATÉGICOS** INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1 y 4 EQ. 1 PLAN SALUD; EE1/OE1/PE1 M2; EE3/OE3/PE3 M1 + M4; EE4/OE4/M1; EE5/OE5/PE5 M1; EE6/OE6/M1; EE8/OE8/PE8 M1 + M6. EE/OE/ Y LÍNEAS **ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE1 (OE8)** Revisión y Actualización de Manuales Operativos y Normativa Institucional. **LE3 (OE8)** Fortalecimiento de la imagen institucional**. POLI (1+5+7)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 1. Apoyar la Mejora Continua en el ámbito de la Administración del **Programa Especial de Salud =PES** | **1**.1 Apoyo brindado a las Autoridades Institucionales: CD, a la SDa y la SDS en la revisión y/o actualización del **PES**.  | **PES y PEI articulados al PGC** e integrándolo con la Arquitectura Organizacional.  | N/A | N/A (La anterior jefatura no inicio la actualización de los manuales, en el periodo comprendido de enero-junio 2021) | N/A | N/A | N/A | Se inicia el proceso a partir del segundo semestre. | UPI |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 14: UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL – UPI-. EJES ESTRATÉGICOS** INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1 y 4 EQ. 1 PLAN SALUD; EE1/OE1/PE1 M2; EE3/OE3/PE3 M1 + M4; EE4/OE4/M1; EE5/OE5/PE5 M1; EE6/OE6/M1; EE8/OE8/PE8 M1 + M6. EE/OE/ Y LÍNEAS **ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE1 (OE8)** Revisión y Actualización de Manuales Operativos y Normativa Institucional. **LE3 (OE8)** Fortalecimiento de la imagen institucional**. POLI (1+5+7)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 1. Apoyar la Mejora Continua en el ámbito de la Administración del **Programa Especial de Salud =PES** | 1.2 Articulación del PEI **2019 – 2024 del ISBM al PGC**, integrándolo con la Arquitectura Organizacional. | Actualización de **5 Manuales Administrativos** articulándolos con sus correspondientes **Procesos de Administración** | N/A | N/A (La anterior jefatura no inicio la actualización de los manuales, en el periodo comprendido de enero-junio 2021) | N/A | N/A | N/A | Se inicia el proceso de actualización de Manuales Administrativos, el próximo semestre comprendido de junio a diciembre del 2021. | UPI |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 14: UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL – UPI-. EJES ESTRATÉGICOS** INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1 y 4 EQ. 1 PLAN SALUD; EE1/OE1/PE1 M2; EE3/OE3/PE3 M1 + M4; EE4/OE4/M1; EE5/OE5/PE5 M1; EE6/OE6/M1; EE8/OE8/PE8 M1 + M6. EE/OE/ Y LÍNEAS **ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE1 (OE8)** Revisión y Actualización de Manuales Operativos y Normativa Institucional. **LE3 (OE8)** Fortalecimiento de la imagen institucional**. POLI (1+5+7**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 1. Apoyar la Mejora Continua en el ámbito de la Administración del **Programa Especial de Salud =PES** | 1.4 Gestión de la Actualización de **5 Manuales Administrativos principales** todo ello interconectado a los 5 Mapeos y Procesos de Administración fundamentales. | Construcción de **2 Nuevas Políticas Institucionales.** Para que sean aprobadas por el CD.  | N/A | N/A (La anterior jefatura no inicio la actualización de los manuales, en el periodo comprendido de enero-junio 2021) | N/A | N/A | N/A | Se inicia el proceso de creación de dos políticas Institucionales, el próximo semestre comprendido de junio a diciembre del 2021. |  UPI |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 14: UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL – UPI-. EJES ESTRATÉGICOS** INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1 y 4 EQ. 1 PLAN SALUD; EE1/OE1/PE1 M2; EE3/OE3/PE3 M1 + M4; EE4/OE4/M1; EE5/OE5/PE5 M1; EE6/OE6/M1; EE8/OE8/PE8 M1 + M6. EE/OE/ Y LÍNEAS **ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE1 (OE8)** Revisión y Actualización de Manuales Operativos y Normativa Institucional. **LE3 (OE8)** Fortalecimiento de la imagen institucional**. POLI (1+5+7)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 1. Apoyar la Mejora Continua en el ámbito de la Administración del **Programa Especial de Salud =PES** | 1.5 Apoyo efectivo en la actualización de los **Protocolos de Salud institucionales.**  **Todo planificado a lograrlo en 2021.** | Actualización y/o mejora de los **Protocolos de Salud institucionales.** | El estado de la pandemia del COVID-19 a nivel nacional.Falta de contratación de Técnico Normalizador en Salud. | Se ha realizado un avance en el área de salud, pues de parte de la Subdirección de Salud, la Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud y la Unidad de Epidemiología, Estadística y Datos, se ha recibido las propuestas de actualizaciones de Normativas, Manuales, Instructivos y de pasos del Manual de Procedimiento Administrativo que les competen. | Enero a junio de 2021A nivel nacional, donde hay establecimientos y proveedores del ISBM como parte del Programa Especial de Salud del ISBM. | Correos electrónicos institucionales, recibidos por parte de las Unidades Operativas de Salud, a la Unidad de Planificación Institucional, con sus respectivos adjuntos.Reuniones entre las Unidades Operativas de Salud y la Unidad de Planificación Institucional durante el primer semestre del 2021. | N/A | Contratación del Técnico Normalizador InstitucionalFortalecimiento de la Unidad de Planificación InstitucionalPresentación de la Gerencia de Establecimientos Institucionales, de la actualización de sus Normativas, manuales, procedimientos, instrumentos, instructivos. | Unidad de Planificación Institucional con las Unidades Operativas. |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 14: UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL – UPI- EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1 y 4 EQ. 1 PLAN SALUD; EE1/OE1/PE1 M2; EE3/OE3/PE3 M1 + M4; EE4/OE4/M1; EE5/OE5/PE5 M1; EE6/OE6/M1; EE8/OE8/PE8 M1 + M6. EE/OE/ Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE1 (OE8)** Revisión y Actualización de Manuales Operativos y Normativa Institucional. **LE3 (OE8)** Fortalecimiento de la imagen institucional**. POLI (1+5+7)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 2. Gestionar la **Cooperación Externa ante la Comunidad Internacional** con la finalidad de coadyuvar con los propósitos del PEI 2019 – 2024 | 2.1 Gestión de **2 Alianzas Estratégicas** que permita la atracción de Inversiones y Convenios de Cooperación Externa antes de finalizar el año 2021. | **Programa Especial de Salud**, vinculado con los Sub Programas relacionados con **los Proyectos Institucionales Gestionados con el apoyo y/o Cooperación Externa para el año 2021** y los que deberán proyectarse para los años venideros | N/A | 50% | Tiempo/Espacio: 6 meses (enero a junio de 2021).Área Geográfica de Influencia: A nivel nacional. | Reuniones, correos electrónicos  | Adquisición de medicamentos de mejor calidad y mejores precios. | N/A | S.D.S, S.LG y UPI |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 14: UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL– UPI- EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1 y 4 EQ. 1 PLAN SALUD; EE1/OE1/PE1 M2; EE3/OE3/PE3 M1 + M4; EE4/OE4/M1; EE5/OE5/PE5 M1; EE6/OE6/M1; EE8/OE8/PE8 M1 + M6. EE/OE/ Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE1 (OE8)** Revisión y Actualización de Manuales Operativos y Normativa Institucional. **LE3 (OE8)** Fortalecimiento de la imagen institucional**. POLI (1+5+7)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 3. Asesorar a los responsables institucionales de la integración transversal e integral de los Ejes Estratégicos del ISBM con las Líneas de los Equipos de Trabajo del GOES en relación al Diseño de los POI particulares 2022 y sus correspondientes Procesos de Evaluación del POI 2021 | 3.1 Homogenización de los 18 POI particulares respetando los EE, OE, y LE del PEI 2019 – 2024 del ISBM, lo ideal sería realizarlos de forma paralela al Proceso de Elaboración del Presupuesto Institucional 2022.3.2 Un total de 36 Procesos de Evaluación realizados - (18 por cada semestre uno en julio 2021 y el otro en enero 2022.3.3 Diseño de los 18 POI particulares 2022, idealmente de forma paralela al proceso presupuestario en el primer trimestre de 2021 vinculando sus correspondientes 36 Procesos de Evaluación. Preliminares.  | Integralidad e Integración de los 18 POI de acuerdo con la Estructura Organizacional del ISBM y el Presupuesto del año 2022Estandarización y Sistematización de los Procesos de Evaluación con la Gestión de las Metas Institucionales de forma cuantitativa y cualitativa. Estandarización y Sistematización de los Procesos de Planificación con la Gestión de las Metas Institucionales de forma cuantitativa y cualitativa vinculando los 18 Presupuestos Particulares a los POI y sus correspondientes procesos de Evaluación. Preliminares  | N/A | 50% | Oficinas centrales del ISBM | Evaluación POI 2021 | Llevar en una dirección estratégica a la Institución de manera integrada con sus 18 POI. | N/A | UPI |



# SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS UOI 15

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 15: SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS.** SGDA. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1. EQ. 1 PLAN SALUD; EJE ESTRATÉGICO 8. Fortalecer las capacidades técnicas y administrativas Objetivo Estratégico 8: fortalecer las capacidades técnicas, administrativas y financieras del instituto, LINEA ESTRATÉGICA 1. Revisión y actualización de Manuales Operativos y Normativa Institucional. ACCIÓN DE TRABAJO b. OE 8. Revisión de manuales y normativas institucionales POLI (4+5). ACCIÓN DE TRABAJO e. Puesta en marcha. LINEA ESTRATÉGICA 3. Fortalecimiento de la Imagen Institucional. ACCIÓN DE TRABAJO c. Mejorar los canales de comunicación vertical, horizontal y externa. LINEA ESTRATÉGICA LE7 (OE8) Garantizar el cumplimiento de los procesos administrativos. ACCIÓN DE TRABAJO d. Seguimiento a los comités, comisiones institucionales.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 1. Revisar el marco normativo y técnico del Sistema Institucional de Gestión Documental y Archivos, SIGDA. | 1.1. Actualización de 22 instrumentos normativos (2) y técnicos (20) de gestión documental y archivos | 1. Número de Instrumentos normativos autorizados. | N/A | - Se actualizó la propuesta de Manual para la valoración y selección documental del ISBM, el cual se encuentra autorizado mediante acuerdo de Presidencia. Representa un 20 % | Enero-Junio2021 | Manual para la valoración y selección documental del ISBM.Guía de archivos del ISBM50 Inventarios de documentos activos de archivos especializados (Policlínicos y Consultorios Magisteriales)5 actas de entrega de documentos por cese de funciones. | N/A | N/A | SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS |
| 2. Número de Instrumentos técnicos elaborados y autorizados. | - Se actualizaron 56 instrumentos técnicos:1 Guía de Archivo Institucional 50 inventarios de documentos de archivos especializados. 5 Actas de entrega de documentos por cese de funciones. Representa un 55%Nivel de cumplimiento de Meta: 75.00% |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 15: SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS. SGDA.** EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1. EQ. 1 PLAN SALUD; EJE ESTRATÉGICO 8. Fortalecer las capacidades técnicas y administrativas Objetivo Estratégico 8: fortalecer las capacidades técnicas, administrativas y financieras del instituto, LINEA ESTRATÉGICA 1. Revisión y actualización de Manuales Operativos y Normativa Institucional. ACCIÓN DE TRABAJO b. OE 8. Revisión de manuales y normativas institucionales POLI (4+5). ACCIÓN DE TRABAJO e. Puesta en marcha. LINEA ESTRATÉGICA 3. Fortalecimiento de la Imagen Institucional. ACCIÓN DE TRABAJO c. Mejorar los canales de comunicación vertical, horizontal y externa. LINEA ESTRATÉGICA LE7 (OE8) Garantizar el cumplimiento de los procesos administrativos. ACCIÓN DE TRABAJO d. Seguimiento a los comités, comisiones institucionales.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 2. Supervisar el cumplimiento de disposiciones normativas establecidas para el Sistema Institucional de Archivos | 2.1 Supervisión Del cumplimiento de los lineamientos normativos en 77 archivos de gestión, archivos especializados y archivo central. | 1.Número de archivos de gestión supervisados.2. Numero de archivos especializados supervisados.3. Número de procedimientos implementados en el Archivo Central4. Número de capacitaciones sobre gestión documental realizadas | N/A | - 7 archivos de gestión supervisados y/ asesorados en la organización de sus documentos. Representa 7 %- 58 archivos especializados supervisados y asesorados en la organización de documentos. Corresponde a un 30%.- Archivo central realizó procedimientos normados: 58 préstamos documentales; 1 Control anual de préstamos documentales actualizado; 73 transferencias documentales realizadas equivalentes a 1,082 cajas trasladadas; 1 Inventario de documentos semi activos actualizado; 77 tomos de documentos semi activos digitalizados (acta y agendas de sesiones de Consejo Directivo) y reordenación de fondo acumulado.Equivale a un 15%;-2 capacitaciones realizadas. Equivale a un 8%Nivel de cumplimiento de Meta: 60% | Enero-Diciembre2021 | - Expediente de supervisión de archivos de gestión, 2021.- Expediente de supervisión de archivos especializados 2021-Expediente de préstamos documental- Control anual de préstamos documentales, 2021-Expediente de transferencias documentales.-Inventario de documentos semi activos del archivo central, 2021-Control de documentos digitalizados, 2021 | N/A | N/A | SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 15: SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS. SGDA. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS:** PGC- EET 1. EQ. 1 PLAN SALUD; EJE ESTRATÉGICO 8. Fortalecer las capacidades técnicas y administrativas Objetivo Estratégico 8: fortalecer las capacidades técnicas, administrativas y financieras del instituto, LINEA ESTRATÉGICA 1. Revisión y actualización de Manuales Operativos y Normativa Institucional. ACCIÓN DE TRABAJO b. OE 8. Revisión de manuales y normativas institucionales POLI (4+5). ACCIÓN DE TRABAJO e. Puesta en marcha. LINEA ESTRATÉGICA 3. Fortalecimiento de la Imagen Institucional. ACCIÓN DE TRABAJO c. Mejorar los canales de comunicación vertical, horizontal y externa. LINEA ESTRATÉGICA LE7 (OE8) Garantizar el cumplimiento de los procesos administrativos. ACCIÓN DE TRABAJO d. Seguimiento a los comités, comisiones institucionales.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 3. Lograr el registro sistemático, digitalización, transferencia, entrega física de la Correspondencia Externa y Saliente | 3.1. Registro, digitalización, transferencia y entrega física de la Correspondencia Externa (20,000) y Saliente (100). | 1. Número de correspondencia externa recibida, digitalizada y transferida a través de Mesa de Entrada del Sistema TRANSDOC y entregada física.2. Número de correspondencia saliente recibida, entregada al remitente e incorporada en el Módulo de Mesa de Salida del sistema TRANSDOC. | N/A | 1. Se recibieron 12,698 correspondencias externas, las cuales, fueron digitalizadas y transferidas a través del Módulo de Mesa de Entrada del sistema TRANSDOC y entregadas de forma física. En oficinas centrales se recibieron 6,077 correspondencias externas, equivalentes a la digitalización de 165,807 folios. Corresponde al 49.50%5. Se recibieron 22 correspondencias salientes, las cuales, se incorporaron y transfirieron mediante el Módulo de Mesa de Salida del sistema TRANSDOC. Equivale a 0.3%Nivel de cumplimiento de Meta: 49.8% | Enero-Junio2021 | -Registros del módulo de Mesa de Entrada- Memorándums y correos electrónicos.-Informes semanales de correspondencia recibida por dependencia.- Registro Anual de Correspondencia Externa.-Expedientes de comprobantes de entrega de correspondencia externa.-Expedientes de comprobantes de entrega de correspondencia saliente. | N/A | Se recomienda lo siguiente:1.Se debe proporcionar equipo informático debido al deterioro por el uso que posee el actual equipo de Mesa de Entrada de Oficinas Administrativas.2. Se debe realizar un proceso de actualización del Sistema TransDoc que permita ampliar las características del servicio de recepción de correspondencia externa.3. Las unidades deben dar cumplimiento a la normativa a fin de remitir correspondencia saliente para su entrega a través del módulo de Mesa de Salida del sistema TRANSDOC | SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 15: SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS. SGDA.** EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1. EQ. 1 PLAN SALUD; EJE ESTRATÉGICO 8. Fortalecer las capacidades técnicas y administrativas Objetivo Estratégico 8: fortalecer las capacidades técnicas, administrativas y financieras del instituto, LINEA ESTRATÉGICA 1. Revisión y actualización de Manuales Operativos y Normativa Institucional. ACCIÓN DE TRABAJO b. OE 8. Revisión de manuales y normativas institucionales POLI (4+5). ACCIÓN DE TRABAJO e. Puesta en marcha. LINEA ESTRATÉGICA 3. Fortalecimiento de la Imagen Institucional. ACCIÓN DE TRABAJO c. Mejorar los canales de comunicación vertical, horizontal y externa. LINEA ESTRATÉGICA LE7 (OE8) Garantizar el cumplimiento de los procesos administrativos. ACCIÓN DE TRABAJO d. Seguimiento a los comités, comisiones institucionales.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 4. Coordinar las reuniones de los Comités de Identificación Documental y Comité Institucional de Selección y Eliminación de Documentos | 4.1. Realización de 30 reuniones de los Comités de Identificación Documental (6); Comité Institucional de Selección y Eliminación de Documentos (12) y Comité de Seguridad y Salud Ocupacional del edificio de Oficinas Centrales Administrativas del ISBM (12).Peso 100% | 1. Número de reuniones del CIDI.2. Número de reuniones del CISED.3. Número de reuniones de CSSO. | N/A | - Se realizó 1 reunión con Integrantes del Comité de Selección y Eliminación de Documentos del ISBM Representa un 6%- Se realizó 7 reuniones con integrantes del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, CSSO del edificio de oficinas centrales administrativas del ISBM. Representa un 20%Nivel de cumplimiento de Meta: 26.00% | Enero- Junio2021 | Convocatorias del CISEDConvocatorias y actas de reunión del CSSO.Expediente del Programa de Gestión de Prevención de Riesgos Ocupacionales del edificio de oficinas administrativas centrales, 2021 | N/A | Se debe convocar a la realización de reuniones del Comité de Selección y eliminación de documento en cumplimiento del Manual para la valoración y selección documental del ISBM a fin de realizar dicho procedimiento a nivel institucional. | SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS  |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 15: SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS. SGDA**. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1. EQ. 1 PLAN SALUD; EJE ESTRATÉGICO 8. Fortalecer las capacidades técnicas y administrativas Objetivo Estratégico 8: fortalecer las capacidades técnicas, administrativas y financieras del instituto, LINEA ESTRATÉGICA 1. Revisión y actualización de Manuales Operativos y Normativa Institucional. ACCIÓN DE TRABAJO b. OE 8. Revisión de manuales y normativas institucionales POLI (4+5). ACCIÓN DE TRABAJO e. Puesta en marcha. LINEA ESTRATÉGICA 3. Fortalecimiento de la Imagen Institucional. ACCIÓN DE TRABAJO c. Mejorar los canales de comunicación vertical, horizontal y externa. LINEA ESTRATÉGICA LE7 (OE8) Garantizar el cumplimiento de los procesos administrativos. ACCIÓN DE TRABAJO d. Seguimiento a los comités, comisiones institucionales.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 5. Gestionar un sistema de la consulta de documentos por medios electrónicos. | 4.1. Gestionar la creación e implementación de un sistema de consulta de documentos electrónicos. | 1. Proyecto de digitalización elaborado e implementado.2. Sistema de consulta de documentos elaborado e implementado.3. Número de documentos digitalizados y enlazados al sistema. | N/A | -Propuesta de Proyecto de digitalización de documentos semi activos resguardados en el archivo central del ISBM, 2021. Equivale a un 15%- Gestión de creación del sistema de consulta de documentos realizada. Equivale a un 15%-67 tomos de documentos digitalizados. Equivale a un 10%Nivel de cumplimiento de Meta: 40.00% | Enero- Junio2021 | Proyecto de digitalización de documentos semi activos resguardados en el archivo central del ISBM, 2021.Memorándums TRANSDOC y correos electrónicos67 tomos de documentos digitalizados. | N/A | Se está en la espera de respuesta de la Unidad de Desarrollo Tecnológico a la solicitud de creación de sistema. | SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS  |



# OFICINA DE INFORMACIÓN Y RESPUESTA UOI 16

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N° 16. UNIDAD DE GESTIÓN: OFICINA INFORMACIÓN Y RESPUESTA. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS:** PGC- EET 1 EQ. 1 PLAN SALUD; EE8/OE8; Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE3/OE8. A de T (c). Fortalecer la Imagen y la Comunicación Institucional/Gubernamental.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 1.Gestionar la entrega de información institucional de acuerdo a solicitudes presentadas por la ciudadanía y/o subir al Portal la información siguiendo los lineamientos de la Ley de Acceso a la Información Pública. Nota aclaratoria: El ISBM no produce Información Reservada, no obstante maneja Información Oficiosa, Pública y Confidencial. | 1.1 Elaboración y trámite del 100% de resoluciones de las solicitudes de acuerdo con información actualizada y suficiente entregada por las UOI. Ingresarlas al registro de la OIR y notificar al ciudadano solicitante. | 1.1 Archivo físico y digital de las solicitudes resueltas, registradas en archivo digital y físico enviadas a solicitantes de forma presencial y electrónica. | -Después de reiteradas solicitudes y recordatorios no se recibió respuesta a 2 solicitudes. | Elaboración de 28 Resoluciones de Solicitudes de 30 recibidas. Nivel de cumplimiento de Meta: 93.33% | Diario | Archivo de la OIR | N/A | Áreas administrativas deben entregar información solicitada o enviar comunicado que no existe. | Oficial de Información/ Técnico de Acceso a la Información Pública. |
| 1.2 100 % de publicación en el Portal de la Información Oficiosa del ISBM de acuerdo a los lineamientos del IAIP. | 1.2 Publicaciones en el Portal de Transparencia. | Después de reiteradas solicitudes y recordatorios no se recibió:- No se recibió el POI 2021.- No se recibieron las evaluaciones del segundo semestre 2019, primer y segundo semestre 2020.- No se recibieron las estadísticas de afiliados | Actualización de 48 ítems de Información Oficiosa en el Portal de Transparencia, de 51 disponibles. Nivel de cumplimiento de Meta: 94.11% | -Anual- Semestral- Mensual | -Archivo de la OIR-Portal de Transparencia | N/A | -Elaborar las actas, normativas, reglamentos, POI y sus procesos de evaluación, memoria de labores en los tiempos establecidos.- La información de las UOI que generen mayor volumen deben ser enviadas preferiblemente cada mes |

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI N° 16. UNIDAD DE GESTIÓN: OFICINA INFORMACIÓN Y RESPUESTA. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS:** PGC- EET 1 EQ. 1 PLAN SALUD; EE8/OE8; Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRINCIPALES: LE3/OE8. A de T (c). Fortalecer la Imagen y la Comunicación Institucional/Gubernamental.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores****De Impacto** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas** | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia** | **Congruencias de Informes** |
| **Medios de Verificación** | **Valoraciones / Análisis: Costo – Beneficios** | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones** | **Responsables** |
| 2. Establecer una comunicación fluida con el Instituto de Acceso a la información Pública para un pleno cumplimiento de la LAIP |  2.1 Envío del Informe Anual de Solicitudes del ISBM al Instituto Acceso a la Información Pública (IAIP). | 2.1 Correo electrónico y publicación del Informe Anual en el Portal de Transparencia. | N/A | Elaboración y envío de Informe anual al IAIP.Nivel de cumplimiento de Meta: 100.00% | -Anual | -Archivo de la OIR-Portal de Transparencia | N/A | N/A | Oficial de Información/ Técnico de Acceso a la Información Pública. |
| 2.2 Elaboración y remisión al IAIP del Acta de Inexistencia del índice de la información reservada del ISBM. | 2.2 Acta de inexistencia. | N/A | Elaboración y envío de acta al IAIP.Nivel de cumplimiento de Meta: 100.00% | -Semestral | -Archivo de la OIR-Portal de Transparencia | N/A | N/A |
| 2.3 Asistencia a reuniones convocadas por el IAIP u otras instituciones relacionadas con el que hacer de la LAIP. | 2.3 Registro de Participación en convocatorias. | N/A | Asistencia a 3 reuniones virtuales.Nivel de cumplimiento de Meta: 100.00% | -Diario | -Archivo de la OIR | N/A | N/A |



# OFICINA DE GÉNERO uoi 17

**EVALUACIÓN SEMESTRE I POI 2021. UOI No. 17. OFICINA DE GENERO. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS:** PGC- EET 1. EQ. 1 PLAN SALUD; PNUD ODS 5 Lograr la igualdad entre géneros y empoderar a las mujeres y niñas. EJE ESTRATÉGICO 8. Fortalecer las capacidades técnicas y administrativas Objetivo Estratégico 8: Fortalecer las capacidades técnicas, administrativas y financieras del instituto, LE 3. Fortalecimiento de la imagen Institucional.

| **Objetivos****Operativos** | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas**  | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia**  | **Congruencias de Informes**  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.2Medios de Verificación**  | **Valoraciones / Análisis: Costo - Beneficios**  | **Recomendaciones:****Avances – Limitaciones**  | **Responsables** |
| 1. Promover actividades que potencializarían la funcionabilidad de la Oficina de Genero Institucional para los servidores públicos docentes y su grupo familiar, así como los servidores públicos del ISBM. | 1.1 Fortalecimiento de la Oficina de Genero Institucional, para brindar una atención de calidad | Número de actividades desarrollas | 1. Existencia de la pandemia causada por COVID-19.
2. Falta de herramientas digitales.
 | Se tiene un porcentaje del 30% del cumplimiento de las metas, desarrollando 3 actividades  | Tiempo/Espacio: 6 meses (enero a junio de 2021).Área Geográfica de Influencia: A nivel nacional. | Correos Electrónicos, cartas de invitación, informes de genero emitidos. | Que actualmente la Oficina de Género, es representada por una persona, quien debe planificar, desarrollar y ejecutar las actividades relacionadas a Género, siendo indispensable contar con el personal idóneo y suficiente para la funcionalidad optima de la Oficina de Género. Beneficios:-Se capacito para lograr el proceso de transversalización en materia de género en la Oficina con acompañamiento del ISDEMU, así como se ha asistido a reuniones a fin de conocer los lineamientos a tomar en cuenta para potencializar la Oficina de Género. Y además se logró impartir charlas a los usuarios por los Médicos Magisteriales en materia de importancia de la mujer y su salud mental y física. | Avances:-Se encuentra en revisión la normativa elaborada en materia de Género por la Unidad de Asesoría Legal para su posterior revisión.-Se realiza en el marco de la conmemoración del Día de la Mujer, actividades en los distintos Policlínicos y Consultorios en beneficio del personal del ISBM y usuarios, en el cual se impartieron charlas a los usuarios sobre la importancia de cuidarse como mujeres además de brindarles listones para seguir en la lucha por la dignificación de la mujer.-Se ha participado en reuniones a fin de poder reforzar la normativa que se encuentra en revisión sobre procesos de transversalidad del enfoque de género de las instituciones del SNIS.Limitaciones:La aprobación y divulgación depende de las revisiones a la normativa creada, considerando que el ISDEMU también apoya en la revisión de las mismas. | Representante de la Oficina de Genero/ Asesoría Legal/ Comité de Genero, Gerencia de Recursos Humanos. |



# OFICINA DE MEDIO AMBIENTE UOI 18

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UOI No. 17. OFICINA DE GENERO. EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VINCULOS: PGC- EET 1. EQ. 1 PLAN SALUD; PNUD ODS 5 Lograr la igualdad entre géneros y empoderar a las mujeres y niñas. EJE ESTRATÉGICO 8.** Fortalecer las capacidades técnicas y administrativas **Objetivo Estratégico 8:** Fortalecer las capacidades técnicas, administrativas y financieras del instituto**, LE 3. Fortalecimiento de la imagen Institucional.**

| ObjetivosOperativos | **Metas o resultados esperados** | **Indicadores** | **Identificación de variables que impiden alcanzar las Metas** | **Nivel cumplimiento de las Metas**  | **Tiempo/****Espacio: Área Geográfica de Influencia**  | **Congruencias de Informes**  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.2Medios de Verificación**  | **Valoraciones / Análisis: Costo - Beneficios**  | **Recomendaciones: Avances – Limitaciones**  | **Responsables** |
| 1. Promover actividades que potencializarían la funcionabilidad de la Oficina de Genero Institucional para los servidores públicos docentes y su grupo familiar, así como los servidores públicos del ISBM. | 1.1 Fortalecimiento de la Oficina de Genero Institucional, para brindar una atención de calidad | Número de actividades desarrollas | 1. Existencia de la pandemia causada por COVID-19.
2. Falta de herramientas digitales.
 | Se tiene un porcentaje del 30% del cumplimiento de las metas, desarrollando 3 actividades  | Tiempo/Espacio: 6 meses (enero a junio de 2021).Área Geográfica de Influencia: A nivel nacional. | Correos Electrónicos, cartas de invitación, informes de genero emitidos. | Que actualmente la Oficina de Género, es representada por una persona, quien debe planificar, desarrollar y ejecutar las actividades relacionadas a Género, siendo indispensable contar con el personal idóneo y suficiente para la funcionalidad optima de la Oficina de Género. Beneficios:-Se capacito para lograr el proceso de transversalización en materia de género en la Oficina con acompañamiento del ISDEMU, así como se ha asistido a reuniones a fin de conocer los lineamientos a tomar en cuenta para potencializar la Oficina de Género. Y además se logró impartir charlas a los usuarios por los Médicos Magisteriales en materia de importancia de la mujer y su salud mental y física. | Avances:-Se encuentra en revisión la normativa elaborada en materia de Género por la Unidad de Asesoría Legal para su posterior revisión.-Se realiza en el marco de la conmemoración del Día de la Mujer, actividades en los distintos Policlínicos y Consultorios en beneficio del personal del ISBM y usuarios, en el cual se impartieron charlas a los usuarios sobre la importancia de cuidarse como mujeres además de brindarles listones para seguir en la lucha por la dignificación de la mujer.-Se ha participado en reuniones a fin de poder reforzar la normativa que se encuentra en revisión sobre procesos de transversalidad del enfoque de género de las instituciones del SNIS.Limitaciones:La aprobación y divulgación depende de las revisiones a la normativa creada, considerando que el ISDEMU también apoya en la revisión de las mismas. | Representante de la Oficina de Genero/ Asesoría Legal/ Comité de Genero, Gerencia de Recursos Humanos. |



# CUADRO ESTADíSTICO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° UOI** | **CUADRO CONSOLIDADO POR UNIDADES ORGANIZACIONALES INSTITUCIONALES PARTICULARES**  | **SPII\*1 % MARGEN DE ALCANCE/**  |
| UOI 1 | Subdirección de Salud |  50% |
| UOI 2 | Gerencia Técnica Administrativa de los Servicios de Salud |  38% |
| UOI 3 | Gerencia de Gestión y Abastecimiento de Insumos y Medicamentos |  25% |
| UOI 4 | Gerencia de Establecimientos Institucionales de Salud |  24% |
| UOI 5 | Unidad de Epidemiologia, Estadística y Datos |  50% |
| UOI 6 | Subdirección Administrativa |  37% |
| UOI 7 | Gerencia de Recursos Humanos |  25% |
| UOI 8 | Gerencia de Proyectos e Infraestructura |  42.5% |
| UOI 9 | Gerencia de Adquisiciones y Contrataciones Institucional |  23% |
| UOI 10 | Unidad de Desarrollo Tecnológico |  40% |
| UOI 11 | Unidad de Comunicaciones |  41% |
| UOI 12 | Unidad Financiera Institucional |  45% |
| UOI 13 | Unidad de Asesoría Legal |  40% |
| UOI 14 | Unidad de Planificación Institucional y Cooperación Externa |  36% |
| UOI 15 | Sección de Gestión Documental y Archivos |  40.7% |
| UOI 16 | Oficina de Información y Respuesta |  47% |
| UOI 17 | Oficina de Género |  30% |
| UOI 18 | Oficina de Medio Ambiente |  30% |

En la evaluación del Cuadro Estadístico, se toma en cuenta el 50% (para cada semestre) del 100% anual, reflejando el nivel de cumplimiento por cada UOI.

PROMEDIO CONSOLIDADO DE LAS UNIDADES ORGANIZACIONALES EVALUADAS: 36.9%.

El consolidado global institucional ejecutado fue en promedio de **36.9%,** de un parámetro porcentual del **50.00 %** programado para el Primer Semestre 2021, quedando pendiente el **13.1 %.**