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

|  |
| --- |
| PRESENTACIÓN |

El Proceso de Evaluación del segundo 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 propagación del Coronavirus.

Los resultados del Proceso de Evaluación del Semestre II 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 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, Integrando la recién creada Subdirección de Operaciones y Logística con sus dos gerencias; Gerencia de Planificación de Bienes y Servicios Institucionales y la Gerencia de Logística y Abastecimiento

Contenido

[PRESENTACIÓN 2](#_Toc102079213)

 [5](#_Toc102079214)

[SUBDIRECCIÓN DE SALUD UOI 1 5](#_Toc102079215)

 [10](#_Toc102079216)

[GERENCIA TÉCNICA ADMINISTRATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD UOI 2 10](#_Toc102079217)

 [17](#_Toc102079218)

[GERENCIA DE ESTABLECIMIENTOS INSTITUCIONALES DE SALUD UOI 3 17](#_Toc102079219)

 [26](#_Toc102079220)

[UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA, ESTADÍSTICA Y DATOS UOI 4 26](#_Toc102079221)

[SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA UOI 5 28](#_Toc102079222)

[GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS UOI 6 31](#_Toc102079223)

 [35](#_Toc102079224)

[GERENCIA DE PROYECTOS E INFRAESTRUCTURA 35](#_Toc102079225)

[UOI 7 35](#_Toc102079226)

 [38](#_Toc102079227)

[GERENCIA DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL UOI 8 38](#_Toc102079228)

[UNIDAD DE DESARROLLO TECNOLÓGICO 41](#_Toc102079229)

[UOI 9 41](#_Toc102079230)

 [44](#_Toc102079231)

[UNIDAD DE COMUNICACIONES UOI 10 44](#_Toc102079232)

 [47](#_Toc102079233)

[UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL UOI 11 47](#_Toc102079234)

 [63](#_Toc102079235)

[UNIDAD DE ASESORÍA LEGAL UOI 12 63](#_Toc102079236)

 [66](#_Toc102079237)

[UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL UOI 13 66](#_Toc102079238)

 [70](#_Toc102079239)

[SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS 70](#_Toc102079240)

[UOI 14 70](#_Toc102079241)

 [76](#_Toc102079242)

[OFICINA DE INFORMACIÓN Y RESPUESTA 76](#_Toc102079243)

[UOI 15 76](#_Toc102079244)

 [78](#_Toc102079245)

[OFICINA DE GÉNERO UOI 16 78](#_Toc102079246)

 [80](#_Toc102079247)

[OFICINA DE MEDIO AMBIENTE UOI 17 80](#_Toc102079248)

 [82](#_Toc102079249)

[SUBDIRECCIÓN DE OPERACIONES Y LOGÍSTICA UOI 18 82](#_Toc102079250)

[GERENCIA DE PLANIFICACIÓN DE PROVISIÓN DE BIENES Y SERVICIOS UOI 19 87](#_Toc102079251)

[GERENCIA DE LOGÍSTICA Y ABASTECIMIENTO UOI 20 90](#_Toc102079252)

[CUADRO ESTADÍSTICO 92](#_Toc102079253)

#

# SUBDIRECCIÓN DE SALUD UOI 1

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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.

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 Integrado. 1.2 Solicitudes atendidas satisfactoriamente en relación al 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 al PEI 2019 – 2024.  | 1- Estado de Pandemia del COVID-19 a nivel nacional y brote por nuevas cepas.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 al PEI 2019-2024.3- Solicitudes atendidas de los usuarios del Programa Especial de Salud del ISBM; debidamente contestadas a través de la O.I.R. | 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, durante los meses de julio a diciembre de 2021. 100% de las solicitudes de los Usuarios del ISBM, atendidas y respondidas a la OIR, durante los meses de julio a diciembre de 2021. | Se desarrollará durante los 6 meses de julio a diciembre 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, contratos, 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 ha planificado con la Unidad de Desarrollo Tecnológico, el poder Sistematizar los Servicios de Salud de forma general e implementarlo durante el primer semestre del 2022. | -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 Hemodíálisis, Hospital Magisterial, Botiquines Magisteriales, Centro de Prevención y Atención Integral en Salud.Se logró dar por finalizado el Centro de Hemodiálisis de Occidente, para aperturarlo la primera semana de 2022.Proyecto de Hospital Magisterial y C.P.A.I.S. se ha logrado importantes avances.Se ha adjudicado el número de código para el proyecto por parte de Ministerio de Hacienda, referente al Hospital Magisterial. | Subdirección de Salud con sus Gerencias. |

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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 8.8. 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, con el alza por brotes de cepas nuevas.2-Durante los meses de julio a diciembre de 2021, se ha realizado oportunamente las contrataciones de personal de salud para las diferentes Gerencias, apoyo de cooperación mediante alianzas y estrategias, ejecución y seguimiento del nuevo convenio entre el MINSAL y el ISBM para los 23 Hospitales Nacionales Proveedores del ISBM. Actualización de Normativas, Instructivos, Manuales de Salud. Seguimiento a la ampliación de aranceles y modificativa de convenio entre el ISRI y el ISBM.3- Elaboración de Informes Trimestrales en base a los recibidos de parte de las Gerencias a cargo, Unidad de Epidemiologia, Estadística y Datos, con la finalidad de mejorar los Servicios de Salud, mediante el alcance de los Objetivos Institucionales. | 1-Se ha actualizado por instrucciones de la Subdirección de Salud, a las Gerencias de Salud, Unidad de Epidemiología, Estadística y Datos, las Normativas para su respectiva revisión y diferentes instructivos y manuales. ALCANCE DE LA META 1: 50%2- Se ha logrado la contratación de la Técnico Normalizadora a partir del mes de octubre de 2021, para que de fiel cumplimiento en la actualización de todos los manuales, instructivos, normativas con el apoyo de la Unidad de Planificación. | Tiempo/Espacio: 6 meses (Julio a diciembre de 2021).Area Geográfica de Influencia: A nivel nacional, donde se cuenta con Proveedores del ISBM y Establecimientos Institucionales de Salud. | Normativa de Proveedores de Medicina Especializada y Subespecializada ya autorizada por el Consejo Directivo en el segundo semestre de 2021.Propuesta de las Normativas Actualizadas (2) de los Proveedores del ISBM (Laboratorios, y Servicios Hospitalarios), documentos físicos, correos enviados, para sus observaciones respectivamente y reenviado en julio y octubre de 2021. Así mismo, los pasos de procedimiento de Unidad de Epidemiología, Estadísticas y Datos y de la Gerencia de Establecimientos de Salud (Actualización de Normativa de Botiquines y Normativa de Establecimientos de Salud).Elaboración de Norma Técnica Administrativa de Servicio de Centros de Terapia Dialítica y Pre – Diálisis para la Población Usuaria del Programa Especial del ISBM.Elaboración de Norma del Plan de Residencias de Médicos y Odontólogos del ISBM. | 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, para lograr el objetivo de alcanzar la autonomía de medicamentos en los botiquines magisteriales.Uso encaminado de la Institucionalización de los Servicios de salud, con la readecuación de centro de hemodiálisis de occidente y el proyecto del Hospital Magisterial, Centro de Prevención y Atención Integral en Salud. | 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.Completar la Contratación de dos Coordinadores Médicos Hospitalarios para los Hospitales Nacionales Proveedores del ISBM de mayor volumen de pacientes (Zacamil y San Juan de Dios de Santa Ana), como enlace para el monitoreo de los Supervisores de Apoyo Mëdico Hospitalario y el Proveedor.Seguimiento al trabajo realizado de la Contratación de Supervisores de Establecimientos Institucionales de Salud por regiones.Contratación de Jefe de Enfermería a nivel nacional en octubre de 2021.Se realizó gestión con el Instituto Nacional de Salud y el MINSAL, con el ISBM, la UES; para gestionar por primera vez, la educación continua para empleados del ISBM, en la formación de Médicos Internistas (5 Plazas), para los Hospitales siguientes: Hospital Nacional San Juan de Dios San Miguel, Santa Ana, Zacamil, San Rafael, Rosales.Así mismo, la gestión de formación continua, de empleados del ISBM, para 2 plazas de Cirugía Maxilofacial (Hospital Rosales). | Subdirección de Salud, con el apoyo de las Gerencias, Unidad de Asesoría Legal, Gerencia de Recursos Humanos, Unidad Financiera Institucional, Técnico Normalizador. |

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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, con alza de casos por brotes de nuevas cepas.2- Durante los meses de julio a diciembre de 2021, se ha logrado concretar los servicios de proveedores nacionales y privados de forma oportuna, respetando los tiempos de la P.A.A.C., actualizando los aranceles, estudios de mercados actualizados, nuevos Convenios entre MINSAL y el ISBM conformados y concretados, dando seguimiento a los mismos.Informes mensuales y trimestrales que se han dado el seguimiento oportuno mediante estrategias de mejora de los diferentes servicios de salud, hasta diciembre de 2021. | 1-El 100% de los servicios de proveedores, gestionados oportunamente para la contratación de los mismos. 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. | Tiempo/Espacio: 6 meses (Julio a diciembre 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.Servicios de Contratación de Insumos de Laboratorios Institucionales, de Insumos Odontológicos, Servicios de Vigilancia, Limpieza, Mantenimiento de Unidades Odontológicas, Papelería, Equipos Médicos, Capacitaciones al personal, desechos bioinfecciosos, para los Establecimientos de Salud. | Informes Mensuales y Trimestrales, requerimientos presentados a la GACI de las diferentes contrataciones de los Proveedores del ISBM, a través del filtro de la Subdirección de Operaciones y Logística, con el apoyo de la Unidad de Asesoría Legal. | Por tanto, durante los meses de julio a diciembre 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, hasta su finalización y la preparación de requerimientos para el año de 2022, basados en el Presupuesto aprobado por el Consejo Directivo. | 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 II 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.

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 (julio a diciembre 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 los meses de julio a diciembre de 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 primer semestre del año de 2022. | Subdirección de Salud y sus Gerencias. |

#

#

# GERENCIA TÉCNICA ADMINISTRATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD UOI 2

 **EVALUACIÓN SEMESTRE II POI 2021. UOI N°.2. GERENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE SALUD** - SUBDIRECCION 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 a 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. | 1-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 el servicio ofertado. |  1- Estado de Pandemia del COVID-19 a nivel nacional.2- 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.3- 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 julio a octubre 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 II / 2021, no obstante, será realizada durante el Semestre I / 2022. 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 2022, que involucre a todos los Proveedores de Servicios de Salud, de forma digitalizada, mediante una Prueba Piloto, para dejarla firme para el Semestre I del año de 2022. | Se desarrollará durante los 6 meses de julio a diciembre 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 para los Hospitales Nacionales Proveedores del ISBM, desde el 1 de abril de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021, mediante un Nuevo Convenio Interinstitucional entre el MINSAL y el ISBM para los Hospitales Nacionales Proveedores del ISBM.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, de los segundos procesos, que se ejecutaron en el segundo semestre de 2021. | -Encuesta de Satisfacción llenada en los Proveedores de Hospitales Proveedores Nacionales y Privados. **(Anexo Formato ENC-HNP-HPP) SEM-II / 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 en septiembre de 2021 de dos Coordinadores Médico Hospitalarios para los siguientes Hospitales Nacionales Proveedores:-Hospital Nacional Zacamil.-Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.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 julio a diciembre 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 primer semestre de 2022 se pueda contar con una Encuesta de Satisfacción Digitalizada, para todos los demás proveedores del ISBM. **(ENCS-PROV= SEM I / 2022)** | -Completar la planta del equipo de supervisión y replantear nuevas estrategias de supervisión, de manera presencial, uso durante el segundo semestre del 2022 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, con apoyo de la Unidad de Desarrollo Tecnológico. |

| **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- La Normativa de Proveedores de Medicina Especializada y Subeespecializada ya actualizada ha sido aprobada por el Consejo Directivo durante el segundo semestre de 2021.  | 1-Estado de Pandemia del COVID.19 a nivel nacional.2-Durante el segundo 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 Planificación, Técnico de Normalización y a la Unidad de Asesoría Legal, a su revisión para observaciones y subsanarlas.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, durante el segundo semestre de 2021. | 1-Se ha actualizado por parte de la Gerencia, las 3 Normativas de Proveedores, para su respectiva revisión a la Unidad de Planificación, Técnico de Normalización, Unidad de Asesoría Legal, posteriormente se hicieron adecuaciones y entregadas en julio y octubre 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 (Julio a diciembre 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. | Normativa 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 Planificación, Técnico Normalizador y a la Unidad de Asesoría Legal para sus observaciones respectivamente y reenviado en fechas de julio y de octubre 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 Planificación, Técnico Normalizador, 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, durante el segundo semestre 2021 para poder implementarse por completo en el primer semestre de 2022. | 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 Mëdico Hospitalario, del cual, se logró contratar 2 más, para los Hospitales Zacamil y Hospital Santa Ana.Falta la contratación de 2 Supervisores de Apoyo Médico Hospitalario más para la región central.Se ha realizado la contratación a partir de octubre de 2021, de un Supervisor de Servicios de Laboratorios para la región central y occidental. | Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud y la Sección de Supervisores de Proveedores.Apoyo de Unidad de Desarrollo Tecnológico, Unidad de Planificación y Técnico Normalizador. |

**EVALUACIÓN SEMESTRE II POI 2021. UOI N°.2. GERENCIA TECNICA ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE SALUD -** SUBDIRECCION 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)

EVALUACIÓN SEMESTRE II 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, teniendo los pagos al día. | 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, para el primer semestre de 2022.3. El 100% de los Aranceles digitalizados de los Servicios de Salud de los diferentes proveedores, para el primer semestre de 2022.4. 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 segundo 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 segundo 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 segundo 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 y Colaboradores de Revisión de Documentos, de julio a diciembre de 2021.2- La sistematización de los servicios de salud, se está en proceso de reuniones para implementarla hasta en el primer semestre del 2022, 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, Hemodiálisis. | 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 segundo semestre de 2021, donde se realizó 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 II 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 3 Informes de análisis mensuales por parte del Equipo de Supervisores de Proveedores, de los meses de julio, octubre y diciembre de 2021.Se ha realizado un informe en septiembre 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 y los procesos para el año de 2022.**100% de alcance.**  | Tiempo/Espacio: 6 meses (julio a diciembre 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, Hemodiálisis. | 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 segundo semestre de 2021, de julio a diciembre 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 primer semestre del año de 2022. | Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud y la Sección de Supervisores de Proveedores.Con Apoyo de Unidad de la Unidad de Desarrollo Tecnológico. |

| **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, verificados por la Subdirección de Operaciones y Logística y recibidos por la G.A.C.I., 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 al Nuevo Convenio entre ISBM y MINSAL para los 23 Hospitales Nacionales, durante los meses de julio a octubre de 2021, al Convenio entre el ISBM y el ISRI, los 6 Hospitales Proveedores Privados, Servicios de Proveedores de Laboratorios, Servicios de Proveedores de Medicina Especializada y Subespecializada, Servicios de Proveedores de Odontología y Cirugía Maxilofacial, Hemodiálisis, del primer proceso.2- Seguimiento al Requerimiento de Laboratorios proveedores Privados (Clínicos, Radiológicos, Patológicos, Electrodiagnóstico y Mamografías Bilaterales, segundos procesos.3- Seguimiento al Requerimientos de Proveedores de Odontología y Cirugía Maxilofacial, segundos procesos.4- Seguimiento al Requerimiento para 2 items de Proveedor Centro de Hemodiálisis, segundos procesos.5- Seguimiento al Requerimiento para Hospitales Proveedores Privados, desde la orden de inicio a diciembre de 2021, segundos procesos.6- Seguimiento al Requerimiento de Proveedores de Medicina Especializada y Sub Especializada desde orden de inicio a diciembre de 2021, segundos procesos. | 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, verificados por la Subdirección de Operaciones y Logística y entregados formalmente a la G.A.C.I., 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 2022, 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 Subdirección de Operaciones y Logística y la G.A.C.I. |

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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** |
| 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  | 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, con el apoyo de la Unidad de Planificación y Técnico Normalizador.3- A la espera de que, en el segundo 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 segundo semestre de 2021, se ha realizado y desarrollado la ejecución de 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. Los docentes que así lo han solicitado se han afiliado durante el segundo semestre de 2021. | -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 segundo semestre del 2021.En el segundo semestre de 2021, se ha realizado y desarrollado la ejecución de la Prestación de la Dotación de Anteojos, para el Servidor Público Docentes ha afiliado hasta el segundo semestre del 2021, un total de 2,043 Servidores Públicos Docentes.**100% de Alcance**.  | Tiempo/Espacio: 6 meses (julio a diciembre de 2021).Área Geográfica de Influencia: A nivel nacional, para todos los usuarios del Programa Especial de Salud del ISBM. | Solicitudes realizadas durante el segundo 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 segundo semestre del 2021.Páginas digitales institucionales, con promoción permanente de prestaciones a los usuarios del ISBM, durante el segundo 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 segundo semestre del 2021.-Se dio apoyo a la Sección de Riesgos Profesionales, Beneficios y Prestaciones, para la elaboración e incorporar el POI de su Sección para el año de 2022. | - 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 ESTABLECIMIENTOS INSTITUCIONALES DE SALUD UOI 3

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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 sub dirección de salud. | El Estado de la Pandemia del COVID; debido al alza de casos por cepas nuevas. | Se ha realizado durante los meses de julio a diciembre de 2021, la implementación del Subprograma de mejora continua dentro de los Establecimientos de Salud, mediante las capacitaciones al Personal médico y de enfermería, con el apoyo de la Gerencia de Recursos Humanos.Elaboración de Norma Técnica Administrativa de Servicio de Centros de Terapia Dialítica y Pre – Diálisis para la Población Usuaria del Programa Especial del ISBM.Elaboración de Norma del Plan de Residencias de Médicos y Odontólogos del ISBM.**50.00%** | De Julio a diciembre de 2021.A Nivel nacional, donde existen Establecimientos Institucionales de Salud (Policlínicos y Consultorios Magisteriales). | **Informes, correos electrónicos, listados de asistencias, convocatorias virtuales y presenciales.****Norma de Hemodiálisis en proceso de análisis.****Norma de Plan de Residencias de Médicos finalizado previa implementación.** | **N/A** | Continuar con las capacitaciones de educación continua al Personal médico y paramédico de los Establecimientos de Salud, para el año de 2022. | **GEIS / UPICE****Apoyo con la Gerencia de Recursos Humanos.** |

| **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, con el alza de nuevas cepas.Las otras dependencias realicen los procesos correspondientes..  | Se ha realizado la compra de equipo odontológico, equipo médico, insumos para los Establecimientos de Salud por parte de la Gerencia.50.00Así mismo, se le ha dado seguimiento y apoyo, a las otras dependencias, sobre la realización de compras de mobiliario, vehículos.Se ha apoyado a la Subdirección de Salud, en la readecuación del Centro de Terapia Dialítica en Occidente. | De julio a diciembre de 2021.A Nivel Nacional, donde existen Establecimientos Institucionales de Salud.  | Requerimientos, Estudios de Mercado actualizados, Términos de Referencia, Informes, Filtros de Comisiones, Seguimiento por parte de la Subdirección de Operaciones y Logística, la GACI y la Unidad de Asesoría Legal. |  N/A | Realizar gestiones ante la Gerencia responsable del trámite para de compra de vehículos y las capacitaciones del personal finalizando así 2 procesos. Se ha realizado la contratación de los kits para el Centro de Terapia Dialítica de Occidente. | GEIS-GACI.S.D.A. |

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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** |
| 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 | Completar la planta de contratación de regentes de los Establecimientos de Salud.Los traslados de los Establecimientos de Salud. | El nivel de cumplimiento es del 65.45%.Establecimientos acreditados: 36 / 55En proceso de acreditación: 17 En espera de iniciar trámite: 2  | De Julio a diciembre de 2021A Nivel nacional  | Diplomas de acreditación.Expedientes presentados al CSSP. | N/A | 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.  | 100% del personal médico y Paramédico con anualidad vigente.Botiquinarios: 100% con anualidad vigente.  | Julio a diciembre de 2021.A Nivel nacional, donde existen Establecimientos Institucionales de Salud. | Correos electrónicos,Documentos de acreditación emitidos por CSSP. | N/A | Realizar gestiones ante la Gerencia responsable del trámite de acreditación de botiquinarios para su regularización.  | GEIS |

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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.

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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 | NA | Retomar el desarrollo del subprograma en el primer semestre del 2022. | GEIS, con el apoyo de la Unidad de Desarrollo Tecnológico. |

| **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.Falta de personal para la readecuación de infraestructura en los Establecimientos de Salud. |  a) Se continúan emitiendo las referencias solicitadas en los Establecimientos de Salud, al ISRI, de pacientes a nivel nacional para ser beneficiarios de los paquetes de ayuda técnica para la movilidad y otras atenciones.b) 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 | Fortalecer en los Establecimientos Institucionales de Salud, las atenciones para los pacientes con Discapacidad.Mejoras en la infraestructura y readecuaciones en los Establecimientos de Salud, para personas con discapacidad. | GEIS, con apoyo de la Subdirección Administrativa. |

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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.

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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 segundo semestre. | 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, cuando la pandemia lo permita.  | Nivel nacional  | Correo electrónico institucional. | N/A | Socialización con los Supervisores de Policlínicos y Consultorios Magisteriales, Jefes Médicos, Medicos Magisteriales, Trabajo Social. | GEIS |

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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.  | Capacitaciones durante el semestre II del 2021, al Personal de Enfermería sobre la Humanización de los Servicios de Salud.50.00% | Nivel Nacional  | Acta de reuniones, correos, listado de personal de enfermería. | NA | Retomar el desarrollo del subprograma para el primer semestre del año 2022. | GEIS, con apoyo de la Gerencia de Recursos Humanos. |

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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** | **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** |
| 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 segundo semestre 2021, a través de los abordajes de salud mental desarrollados a nivel nacional, por parte de personal de Psicología y Psiquiatría, Trabajo Social.45% | Nivel Nacional  | Correos electrónicos de la Coordinación de Salud Mental.  | N/A | Ejecutar el plan a nivel nacional, socializándolo con los establecimientos institucionales de salud. | GEIS |

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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** |
| 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 sub dirección de salud. | Los Problemas ocasionados por la PANDEMIA COVID 19 impidieron cumplir con lo planificado, se realizarán ajustes a los tiempos estimados.  | Se realizará en los meses de noviembre y diciembre de 2021, el Plan Operativo Estandarizado de los Establecimientos de Salud, para presentarse a la Subdirección de Salud, e implementarse para el primer semestre de 2022. | 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 4

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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).

| 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. 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.Implementación de un sistema 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 estadísticos, y así realizar análisis para la toma de decisiones. | 1.Una recolección oportuna, procesamiento de datos y evaluación sistematizada2.Tener el 100% de Policlínicos y Consultorios magisteriales con sistema de información actualizados y capacitados3.Contar con el 100 % de Policlínicos y Consultorios Magisteriales debidamente capacitados sobre las medidas preventivas de ante la emergencia sanitaria y COVID-19. Y Comite visión 2020. | La pandemia COVID-19, es un factor del cual no permiten alcanzar las metas a satisfacción. | 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. | Segundo Semestre 2021 (julio a diciembre) 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, en la cual se han presentado avances en el Sistema de Epidemiologia y Estadística, para así obtener información más exacta para la toma de decisiones. | 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 segundo 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.Se ha iniciado con el módulo de psicología y odontología con el sistema de Epidemiologia y Estadística. | 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.Efectuar socialización del Sistema de Epidemiologia, Estadística y Datos, para la carga de información de manera oportuna y actualizada | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA, ESTADISTICAS Y DATOS |



# SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA UOI 5

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL 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. | * + 1. informes trimestrales del PES.
 | Alta demanda de necesidades en los establecimientos de Salud y poco personal de Mantenimiento, de bodegas y activo fijo.Solicitudes de la Subdirección de Salud, de apoyo para infraestructura que no está planificada con antelación. | a) Se ha efectuado monitoreo del PES coordinando y apoyando todas las actividades y acciones para efectuar las remodelaciones a los establecimientos de saludb) se ha apoyado con todas las acciones para proveer locales en arrendamiento y nuevas adquisiciones de inmuebles para el funcionamiento del PES. Se ha gestionado valúos al Ministerio de Haciendac) Se ha apoyado proveyéndoles de todo insumo administrativo necesario para el funcionamiento y el manejo de bodegas de insumos médicos.d) Se ha coordinado y apoyado en levantamiento de Activo Fijo. | A nivel nacional | correos electrónicos. |   | Se gestionará para año 2022, la contratación de personal de Guardalmacén para el manejo adecuado de bodegas Institucionales.Se solicita a los Jefes de Centros de atención que planifiquen sus necesidades para que realicen las solicitudes en forma oportuna, ya que no se cuenta con personal suficiente de mantenimiento para atender en forma adecuada las necesidades. | Subdirección Administrativa |
| 1.2 seguimiento al 100% de las solicitudes que emanen de los usuarios y autoridades institucionales y/o sociedad en general. | * + 1. solicitudes atendidas satisfactoriamente en relación con el total de solicitudes recibidas, respetando el PEI 2019 – 2024.
 | Alta demanda de necesidades en los establecimientos de Salud y poco personal de Mantenimiento. | 100% de solicitudes atendidas, como entradas de excursiones al Centro Recreativo, solicitudes de bodegas, solicitudes de transporte para usuarios como empleados. | A nivel nacional. | Correos electrónicos a los gerentes de área, correos de Gerente de Establecimientos Institucional. | N/A | Se está solicitando creación de plazas de motoristas para cubrir la flota de vehículos que se ha adquirido. | Subdirección Administrativa |
| 1.3 Doce Monitoreos a las gerencias de la SDA. | * + 1. Informes de los monitoreos relacionados con los compromisos de la SDA dirigidos a Dirección/ Presidencia.
 | Cambio continuo de personal. | Se ha monitoreado el cumplimiento de los compromisos de las Gerencias y se ha acompañado brindando apoyo por cada uno de ellos. | Todo el territorio, debido a la infraestructura de funcionamiento. | Correos electrónicos/reuniones de trabajo | N/A | Contratación oportuna de personal. | 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. | N/A. | Se actualizó la política de aplicación de salarios del ISBM, se ha dado inicio a la actualización del manual de procedimientos administrativos | San Salvador  | Acuerdo del CD, acta 133, punto 6 subpunto 6.2. | Beneficio económico para los empleados del ISBM | Se informa que ha habido limitaciones en la continuidad del proceso de actualización de normativas; por lo que será retomado en el POI 2022. | 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 las Gerencias y Secciones de la Subdirección Administrativa para el año 2022 | A nivel Nacional | Correo y/o POI 2022 elaborado  | N/A | N/A | Subdirección Administrativa  |



# GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS UOI 6

**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 | El 10% faltante de capitación durante el segundo semestre es personal administrativo debido a sus múltiples funciones no han manifestado estar interesados en participar, pero sus múltiples funciones no cuentan con tiempo para hacerlo | 100% | A nivel nacional,Oficinas administrativas  | Correo electrónico y comunicación directa con coordinadores y jefaturas inmediatas | 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 |

**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** |
| 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. | 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 año 2022. | El nivel de influencia será a nivel nacional  | Revisión y observaciones de mejora de la unidad jurídica institucional. | Costo 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 las mismas. | Recursos Humanos y Jefaturas Inmediatas |

**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** |
| 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 |

**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** |
| 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  | 100% | 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  |

**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** |
| 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. A pesar de no contar con el recurso se procedió a con la logística de las elecciones de 7 CSSO a nivel nacional las cuales se desarrollarán en enero de 2022. | 75% | A nivel nacional  | -Seguimiento directo con cada presidente de CSSO y jefe médico de los establecimientos. | Las áreas de trabajo están en vigilancia para crear ambientes seguros de trabajo siendo los encargados los coordinadores, jefes médicos en apoyo a los CSSO los cuales en los casos que estén vencidos siguen en funciones con los miembros que están activos. | 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 | Gestión por parte de la Gerencia de infraestructura para adecuar el área identificada por la Gerencia de Recursos Humanos en apoyo con la Gerencia de Establecimientos Institucionales de Salud  | 50% | 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. | Al contar con el área y con la infraestructura adecuada, se solicitara visita del ISSS para aprobación y funcionamiento de clínica empresarial. | Gerencia de Recursos Humanos  |

#

# GERENCIA DE PROYECTOS E INFRAESTRUCTURA

# UOI 7

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 nacionaljulio-diciembre2021 | 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 INSTITUCIONAL UOI 8

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL 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 a 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 a 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 Bursatiles (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 a lo establecido en la LACAP, según el Art. 40 referente a los Montos para la aplicación de las formas de contratación | 1. Retraso de las áreas solicitantes al presentar requerimientos, no apegándose a lo planificado (PAAC) 2. Deficiencia en la investigación de mercado. | 1. Se ejecutaron **19** Licitaciones Públicas alcanzando un 93% de la meta. De éstas licitaciones 9 fueron requeridas por la Gerencia de Salud y 10 por la Subdirección Administrativa. 2. Se tramitaron **78** procesos de Libre Gestión logrando con ello un 102% de la meta. De éstas Libre Gestiones 25 fueron solicitadas por la Gerencia de Salud y 53 por la Gerencia Administrativa.3. Se gestionaron **7** procesos por Contratación Directa 4 fueron solicitadas por la Gerencia de Salud y 3 por la Gerencia Administrativa**.** cumpliendo con el total de procesos requeridos en el período.4. Se gestionaron **8** Compras Bursátiles 3 fueron solicitadas por la Gerencia de Salud y 5 por la Gerencia Administrativa sobrepasando la meta propuesta para este año.No se efectuaron convenios durante este período.El Total de procesos elaborados fueron 112 correspondientes al 2º. Semestre del año 2021. | A nivel nacionalSegundo semestre **(avance de ejecución julio a diciembre 2021.)** | Requerimientos recibidos, Contratos realizados y Orden de Compra generadas. | Se dio cumplimiento a las metas proyectadas en el POI, asimismo se le dio seguimiento a la PAAC verificando que se ha superado en un 104% la meta establecida al mes de diciembre 2021. | Que las unidades solicitantes verifiquen las necesidades institucionales según el área que corresponde, para precisar la planificación acorde a la realidad del instituto y que esta se vea reflejada en la programación de la PAAC. Además, realizar estudios de mercado objetivos de acuerdo a la planificación realizada previamente.  | Unidades Solicitantes/Gerencia de planificación de provisión de bienes y servicios institucionales/ Gerencia de Adquisiciones y Contrataciones Institucional/ Comité/comisión de Evaluación de Ofertas (CEO). |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL 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 han generado los contratos y modificativas contractuales de acuerdo a los procesos adjudicados, según detalle:**1.** Contratos: **202****2.** Modificativas **53****3.** Sanciones por incumplimiento: **2** **4.** Multas ejecutadas incumplimiento**: 30** | A nivel nacionalSegundo semestre (avance de ejecución julio a diciembre 2021.) | Informes presentados por los Administradores de Contrato, Unidades Solicitantes, Contratos realizados y Orden de Compra generadas, Resoluciones modificativas. | No Aplica. | Indicar a los administradores de contratos que al presentar los informes de incumplimientos y demás documentación según corresponda la gestión solicitada, que éstos sean concretos tipificando el incumplimiento. | Administradores de Contrato/ Unidades Solicitantes/Unidad de Asesoría Legal/Gerencia de Adquisiciones y Contrataciones Institucional. |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL 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** |
| 3. Elaborar la Programación Anual de Adquisiciones y Contrataciones en coordinación con la UFI y las Subdirecciones, de acuerdo con los propósitos del POI  | 2. la Programación Anual de Adquisiciones y Contrataciones 2022. elaborada y presentada al 31 de agosto 2021. | 2. Documento elaborado, PAAC.  | Ejecución de la PAAC por parte de las unidades solicitantes. | 100% Se presentó al Consejo Directivo en sesión ordinaria del 28 de octubre 2021, a espera de aprobación del Presupuesto General de la Nación 2022. | A nivel nacional,enero – diciembre. | Presentación al Consejo Directivo, Publicación de PAAC. | Gestión finalizada de elaboración y presentación de la PAAC 2022, de acuerdo a las necesidades presentadas por las Unidades Solicitantes a través de las Subdirecciones. . | 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/Unidad de Asesoría LegalGACI /UFI |



# UNIDAD DE DESARROLLO TECNOLÓGICO

#  UOI 9

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL 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 (798 atenciones a 22 sistemas)**Representa un 100 %****Nivel de cumplimiento de Meta: 100.00%** | Julio-Diciembre2021 | -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. |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL 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** |
| 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 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, 2 equipos de bases de datos, 2 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: 100.00% | Julio-Diciembre2021 |  - 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 Tecnologica y Administrador de Servidores. | Jefe de Unidad de Desarrollo Tecnológico y Técnicos de Sección de Infraestructura Tecnológica. |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL 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** |
| 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 en proceso de compra por medio de convenio PNUD.Se llego hasta la etapa de recepción de ofertas, sin que se recibiera alguna. El proceso quedo desierto en su primera gestión.Requerimiento de bienes y Términos de referencia en proceso de compra por medio de convenio PNUD. En segunda gestión.Representa un 100 %Nivel de cumplimiento de Meta: 40.00% | Julio-Diciembre2021 | Equipos de plataforma virtual y almacenamiento de datos implementado. | La adquisición de los bienes se realizará por medio del convenio con el PNUD. | 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. |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL 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** |
| 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 1,381 casos.Representa un 100 %Nivel de cumplimiento de Meta: 100.00% | Julio-Diciembre2021 | - 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 10

| **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** |
| 1ementar 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** | **100%** | **NA** | **Datos estadisticos, Reportes facebook / Twitter** | **NA** | .**NA** | 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** | **100%** | **N/A** | **Datos estadisticos, Reportes Informaticos facebook / Twitter** | **NA** | **NA** | 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 | Se confirmó la puesta en marcha de Plan Piloto de Sistema de Episodios Médicos en 2 Hospitales Nacionales.Realizada dos encuestas (Mejicanos y PNUD) encuesta digital. | **50%** | **N/A** | **Datos estadisticos, Reportes Informaticos** | A mediados del mes de diciembre se puso en marcha la prueba Piloto del Sistema de Episodios Médicos en los Hospitales Francisco Menéndez de Ahuachapán y Hospital Psiquiátrico Dr. José Molina, el cual continúa en el mes de enero 2022. |  | Servicios de Salud / Unidad de Informática / 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. | **N/A** | **100%** | **Comunicación digital** | **Redes sociales y sus datos analíticos** |  | Continuar con dicho proceso informativo | Presidencia / Gerencias y Unidades de Apoyo / 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** | **100%** | **N/A** | **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 a los medios de comunicación utilizados | **NA** | **100%** | **NA** | **Redes Sociales y Publicaciones** | **NA** | Continuar con dicho proceso informativo | Unidad de Comunicaciones |

**PROCESO 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)..

#

# UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL UOI 11

**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 profesionalesmediante 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. | Nro. 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 | 5,000 pagos efectuados a los distintos proveedores de salud, entre Droguerías, Laboratorios, Hospitales, Médicos Especialistas, Hospitales. La meta fue alcanzada al 100%; debido a que en los últimos meses se ha dinamizado el seguimiento a la revisión de documentos contractuales para el pago | 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. |  Se valora muy importante el seguimiento a la revisión de documentos contractuales de pago, que ha puesto en marcha la Gerencia Técnica Administrativa en Salud. | Se recomienda mantener el mismo ritmo de trabajo, | 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** |
|  1. Garantizar el acceso de los usuarios a los diferentes beneficios, prestaciones, y riesgos profesionalesmediante 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 | 1.2 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  | Nro. de Pagos  | 1.Poco personal para el cumplimiento de metas 2.Incremento en el número de pagos como ejemplo anteojos, reembolsos, gastos funerales, Fondos circulantes. 3.Cambios de procesos como revisión de documentos de Droguerías que son más complejos . |  529 Reintegros de Pólizas de Fondo Circulantes 288 pagos por servicios básicos297 pagos por arrendamiento  | Todo el país, (policlínicos y consultorios, oficinas) | 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 1,114 | 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 | UFI |

| **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 profesionalesmediante 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 | 1.3. Efectuar un total de 100 pagos mensuales a docentes por subsidios, Pensiones, Reembolsos y Gastos Funerales | Nro. de Pagos | Falta de personal en ContabilidadMayor carga de trabajo x incremento en los pagosDeficiencias en los procesos administrativos previos al pago.Se identificó que en la Sección de Riesgos Profes. Beneficios y Prest. la documentación de muchas observaciones | 30 Subsidios Temporales250 Subsidios Fijos313 pagos de Pensiones990 Pagos por Reembolsos155 Pagos por Gastos Funerales2,084 pagos de reembolso por anteojos. | Todo el país, (docentes en los distintos centros escolares del país) | Cheques, notas de abono. | Se ha sobrepasado la meta en 637%; la proyección fué realizar 600 pagos de julio a diciembre, sin embargo, se han realizado 3.822. Por sobre todo en el pago de reembolso por anteojos. - A los docentes se gestiona el pago, el mismo día en que el C.D. aprueba los beneficios.  | Se agilice la contratación del personal de los Departamentos de Contabilidad y de Tesorería; al momento se tiene atraso en la elaboración de archivos contablesSe debe de coordinar por la Sección de Riesgos Profesionales, Beneficios y Prestaciones de mejor forma la revisión de los documentos que presentan a cobro | UFI |

| **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 profesionalesmediante 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  |  1.4 Realizar un total de 14,250 pagos a un promedio de 750 empleados. | pagos  | Carga de trabajo Deficiencias en los procesos administrativos previos al pago. | 14,708 son los pagos efectuados entre: a)salarios, b)bonificación, c)Horas Extraordinarias, d)Gastos funerales, e) lentes, e f) indemnizaciones.  | Territorio nacional (empleados en consultorios, Policlínicos, oficinas) | Planillas, Notas de abono y cheques | Se logró cumplir la meta de pagos que fue de 14,708, las proyecciones de empleados fueron 750 al mes de diciembre 2021 el total fue de 721, también se dio incrementos en pagos de gastos funerarios. |  Lo ejecutado en el Rubro de Remuneraciones asciende a $10,382,231.84 lo programado para 12 meses según el presupuesto fue de $11,168,407.60; por lo que no se ha ejecutado el monto de $786,175.76 | UFI |

| **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 elaborado el presupuesto de ingresos, coordinado la elaboración del presupuesto 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 7.1Acta: 116Fecha: 25 de junio 2021  |  Departamento de San Salvador |  Punto: 7 Subpunto 7.1Acta: 116Fecha: 25 de junio 2021 | Por ser una gestión del primer semestre se considera un cumplimiento del 100% |  Se dá 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 | No se identifican    |  Se cumplió con lo establecido en el artículo de la Ley del ISBMLa liquidación presupuestaria tuvo resultados positivos por un monto de $16,746,202.79 y fue aprobada en el mes de febrero del corriente año. | San Salvador | Certificación de Punto de aprobación del Consejo DirectivoPunto: 5 Subpunto 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 Pandemia, el resultado fue de $16,746,202.79 | Se recomienda a las Unidades Ejecutoras, evaluar mensualmente en sus planes de trabajo que metas o acciones no se han ejecutado y verificar los saldos presupuestarios de que disponen. | UFI |

| **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 | 3.2. 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  |  Se cumplió con lo establecido en el Art. 64 Ley del ISBM, al haber incorporado los excedentes presupuestarios generados del año 2020 en el mes de febrero del corriente año  | San Salvador | Certificación de Punto de aprobación del Consejo DirectivoPunto: 5 Subpunto 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 | UFI |

| **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 | No se han encontrado |  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, especialmente para el archivo y por las auditorías. | 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** |
|  4.Contribuir con la Mejora Institucional coordinando las Comisiones Técnicas de trabajo.  | 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 CEPAIS) | Nro. de Reuniones  |   En el caso de Comisión de Hospital, ésta se ha visto afectada por la falta de información institucional relacionada a los servicios médico-hospitalarios prestados | Se atendió:* 18 reuniones de Comisión Administrativa Financiera,
* 9 reuniones de Comité Técnico de Gestión del Presupuesto.
* 11 reuniones del Comité de Inversiones
* 10 reuniones con Consultor y Comisión de Hospital Magisterial
 | San Salvador | Listas de asistencia.Actas de reunión |  Es importante que se analicen las acciones estratégicas a nivel de comisiones, debido a que se genera un amplio escenario para generar soluciones. | Que todas las áreas cumplan con las recomendaciones que se emanan de las Comisiones y Comités | UFI |

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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 UAIP del ISBM. 5.2.-Atender las Auditorías y sus requerimientos de información. | SolicitudesRequerimientos |  N/AInsuficiente 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  |  No ha habido consultas ciudadanasPresentaciones Trimestrales requeridos por UAIPSe está atendiendo Auditoría Externa para el año 2021. | 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; tal es el caso de Activo Fijo, Existencias de medicamentos y Bienes Consumibles. | UFI |

| **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 | 5.3-Cumplir con las Leyes y demás normativas en el quehacer administrativo financiero.  | Incumplimientos identificados por Auditorías |  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. | Se pone en conocimiento, Artículo 34 del Reglamento de Ley Orgánica AFI) con atribuciones para la UFI: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.  |  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 | UFI |

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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 perfil de Proyecto y obtenido el código de proyecto en la Dirección General de Inversión y Crédito PúblicoSiendo 8125 | Zona Central y Paracentral | Listas de reuniones. Correos electrónicos  | Se está en la etapa de solicitud de Opinión Técnica de Diseño para pasar a elaborar los requerimientos de Licitación  | 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 |

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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** |
| 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 |  Falta de control por parte de la Gerencia Técnica Administrativa de Salud y la Gerencia de Tecnología e Informática.Ya que el Departamento de Tesorería no puede conciliar los datos de pensionados por cada entidad previsional |  Se establecieron fechas mensuales de corte y envíos de documentación a Instituciones previsionales y fechas remisión de cotizaciones al ISBM. Para ello se trabajó con la Gerencia de Desarrollo e Informática  | Territorio nacional | Programas de Corte y envío de documentación elaborada por UFI-Tesorería | Se ha identificado debilidad en los controles y sistemas sobre la población de pensionados y sus beneficiarios; especialmente en la captura de datos. | Se deben mejorar los controles administrativos por parte de la sección correspondiente en la remisión de listados de docentes pensionados a las instituciones previsionales y contar con un sistema interno de control y generación de informes. | UFI |

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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** |
| 8.-Lograr la obtención de rendimientos a través de las inversiones financieras. | 1.1 Buscar la obtención de $2,846,945.00 en intereses, entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2021  | ingresos |   Ninguna |  Se ha sobrepasado la meta en 8% | San Salvador | Registros contables | Los resultados son totalmente positivos ya que se ha logrado sobrepasar la meta proyectada de rentabilidad de: $2,846,945.00 hasta $3,157,445.67 lo que significa 8% igual a $237,547.36 | Que el Comité de Inversiones mantenga su esquema de trabajo para lograr los mejores ingresos por rentabilidad | UFI |

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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 para que sea gestionado ante las instancias del poder ejecutivo que corresponde | Territorio nacional. | 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. | Continuar con los esfuerzos a fin de lograr, sino la modificación de la cuota, otro mecanismo de financiación del PES | UFI |

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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** |
| 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. 10.2.-Al segundo semestre del ejercicio fiscal haber logrado la modificación de la Ley en lo atinente al uso de las Reservas. | Gestiones realizadas |  Se buscó un mecanismo alterno |  50%, de gestiones de la meta planteada y 100% de gestiones en el mecanismo alterno de colocarlo en el Reglamento de la Ley del Instituto | San Salvador  | Borrador del Reglamento de la Ley del ISBM |  N/A | Los avances logrados han sido valiosos, ya que se ha elaborado la propuesta dentro de la revisión del Reglamento de la Ley del ISBM | UFI |

#

# UNIDAD DE ASESORÍA LEGAL UOI 12

**EVALUACIÓN SEMESTRE II POI 2021. UOI N°.2. 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** |
| 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. | 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. | 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.La reforma al artículo 54, se encuentra en proceso de presentación al Ramo de Educación, por lo cual se habría alcanzado un 60%Se creo el marco normativo interno y se coordinó el externo para habilitar la incorporación | Tiempo/Espacio: 6 meses (junio a diciembre 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. |
| Presentación de solicitud a Consejo Directivo de reformas Ley de ISBM que habiliten la incorporación de docentes pensionados, personal administrativo del MINEDUCYT y personal de ISBM, con indicación de otras reformas que vinculadas a la incorporación para gestión ante las instancias pertinentes | Solicitud de Aprobación de Reforma a Ley del ISBM, presentada al Consejo Directivo | 1. Discusión en Comisión Técnica |
| Elaboración de Proyecto de Iniciativa de Ley | 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.* |

**UNIDAD DE ASESORÍA LEGAL -UAL- USTAFF DIRECCION PRESIDENCIA INSTITUCIONAL -DPI- EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES: 8.** Fortalecer las Capacidades Técnicas y Administrativas del Instituto OE 8. Fortalecer las Capacidades Técnicas, Administrativas y Financieras del Instituto LE 1 / OE 8 Revisión y Actualización de Manuales Operativos y Normativa Institucional 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** |
| Revisión de aspectos legales de propuestas de actualización normativa generadas por la Unidades Organizativas | 100% de verificación de aspectos legales propuestas normativas generadas por las Unidades Organizativas  | Visto Bueno normativas actualizadas por Unidades Organizativas.  | Se han revisado la totalidad de normativas presentadas actualizadas, sin embargo, se ha devuelto y se esta a la espera de la subsanación de los elementos por parte de los solicitantes lo cual requiere en la mayoría de caos revisiones y trabajos coordinados con el resto de unidades | Se ha avanzado en un 100% de la de la revisión de actualización normativa presentada sin embargo se requiere la coordinación de un Plan ya que son un numero significativo de documentos que aún no han sido presentados actualizaos.Además como un aspecto importantes es que en este período se logro actualizar y validar el proyecto de Reglamento de la actual Ley de ISBM, que lleva trece años en proceso de elaboración, se finalizó y remitió a MINEDUCYT, para seguimiento correspondiente | Tiempo/Espacio: 6 meses (junio a diciembre 2021).Área Geográfica de Influencia: A nivel nacional. | Correos Electrónicos. | 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 13

**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 | 100% se actualizo la nueva estructura organizacional al POI 2021, integrando la Sub dirección de Operaciones y Logística y sus dos gerencias: Planificación de bienes y servicios Institucionales y Gerencia de Logística y Abastecimiento | Oficinas centrales | POI 2021 (Punto presentado y aprobado por el Consejo Directivo para la inclusión de la subdirección de Operaciones y Logística y sus dos gerencias: Planificación de bienes y servicios Institucionales y Gerencia de Logística y Abastecimiento | N/A | N/A | 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 | 35% se actualizo el manual de procesos administrativos y UPI | Oficinas centrales | Manuales de procedimientos administrativos | N/A | N/A | 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 | 15% se está llevando a cabo la formulación para la modificación de dos políticas institucionales | Oficinas Centrales  | Políticas Institucionales  | N/A |  |  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. | Actualización de las normativas de la Sub Dirección de Salud.De Especialistas, la cual ya se aprobó De Hospitales, ya se pasó a la Comisión de Servicios de Salud.Todos los Instructivos de riesgos profesionales ya están Actualizados40% | Julio a Diciembre 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 | N/A | 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%Convenio PNUD | Tiempo/Espacio: 6 meses (Julio a Diciembre de 2021).Área Geográfica de Influencia: A nivel nacional. | Reuniones, correos electrónicos  | Mayor calidad de Medicamentos a 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%Se modifico el POI 2021 integrando la Sub dirección de Operaciones y Logística y sus dos gerencias | 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 14

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 14: 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.**Peso 100%** | 1.1. Actualización de 22 instrumentos normativos (2) y técnicos (20) de gestión documental y archivos**Peso: 100%** | 1. Número de Instrumentos normativos autorizados. | N/A | - Se actualizó la propuesta de Manual para el funcionamiento del archivo central del ISBM. Representa un 15 % | Julio-Diciembre2021 | Propuesta de Manual para el funcionamiento del archivo central del ISBM.Cuadro de Clasificación Documental7 inventario de archivos especializados (Policlínicos y Consultorios)1 inventario de archivo de gestión12 actas de entrega de documentos15 Tablas de Valoración Documental | Se sobrepasó de 20 a 87 la meta de elaboración y gestión de instrumentos técnicos de gestión documental y archivos. | --. | SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS  |
| 2. Número de Instrumentos técnicos elaborados y autorizados. | N/A | - Se actualizaron 36 instrumentos técnicos:1 cuadro de clasificación Institucional 8 inventarios de documentos12 actas de entrega Representa un 15 Tablas de Valoración DocumentalRepresenta un 30%**Nivel de cumplimiento de Meta: 45.00%** |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 14: 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**Peso: 100 %** | 2.1 Supervisión Del cumplimiento de los lineamientos normativos en 77 archivos de gestión, archivos especializados y archivo central.**Peso: 100 %** | 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 | - 1 Informe de recomendaciones de supervisión de archivos especializados. Representan un 5%.- Archivo central realizó procedimientos normados: * 45 préstamos documentales
* 1 Control anual de préstamos documentales actualizado
* 26 transferencias documentales realizadas equivalentes a 225 cajas trasladadas.
* 1 inventario de documentos semi activos actualizado
* Reordenación de 100 cajas con documentos de fondo acumulado.

Equivale a un 20%;-2 capacitaciones realizadas. Equivale a un 7%**Nivel de cumplimiento de Meta: 32%** | Julio-Diciembre2021 | - 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  | El apoyo en el cumplimiento de funciones por designación administrativa generó retraso en el cumplimiento de algunas de las actividades de la Sección de Gestión Documental y Archivos | Se requiere la contratación de auxiliar de archivo central para avanzar en el proceso de recepción, instalación y ordenación de documentos semi activo del archivo central del ISBM | **SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS**  |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 14: 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 SalientePeso 100% | 3.1. Registro, digitalización, transferencia y entrega física de la Correspondencia Externa (20,000) y Saliente (100). Peso 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 14,096 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 6,750 correspondencias externas, equivalentes a la digitalización de 216,898 folios en Oficinas Centrales. Corresponde al 49.50%5. Se recibieron 16 correspondencias salientes, las cuales, se incorporaron y transfirieron mediante el Módulo de Mesa de Salida del sistema TRANSDOC. Equivale a 0.16%Nivel de cumplimiento de Meta: 49.66% | Julio-Diciembre2021 | -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 |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 14: 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 DocumentosPeso 100 % | 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 5 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: 20.00% | Julio- Diciembre2021 | 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 gestiono nuevamente la conformación del CSSO mediante acuerdo de Presidencia.El apoyo en el cumplimiento de funciones por designación administrativa generó retraso en el cumplimiento de algunas de las actividades de la Sección de Gestión Documental y Archivos | SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS  |

| **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.**Peso 100 %** | 5.1**.** Gestionar la creación e implementación de un sistema de consulta de documentos electrónicos.**Peso 100%** | 1. Proyecto de digitalización elaborado e implementado.2. Sistema de consulta de documentos elaborado e implementado.3. Numero de documentos digitalizados y enlazados al sistema. | N/A | - Implementación de Proyecto de digitalización de documentos semi activos resguardados en el archivo central del ISBM, 2021. Equivale a un 20%-33 tomos de documentos digitalizados. Equivale a un 20%**Nivel de cumplimiento de Meta: 40.00%** | Julio- Diciembre 2021 | Proyecto de digitalización de documentos semi activos resguardados en el archivo central del ISBM, 2021.Control de digitalización de documentos.Correos de gestión enviadosArchivos en PDF de documentos digitalizados | **N/A** | .Falta de sistema de consulta de documentos  por medios electrónicos, así como disco duro externo conllevó a pausar la digitalización de documentos  por sobrecarga de equipo informático. | **SECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS**  |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 14: 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

#

# OFICINA DE INFORMACIÓN Y RESPUESTA

# UOI 15

**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 de cumplimiento de 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. | -No se dio respuesta a 3 solicitudes por los siguientes motivos:-Extensión de Plazo solicitado por dependencia.-Prevención y el solicitante no la ha subsanado-Aún se está dentro del plazo de respuesta | **Elaboración de 35 resoluciones de solicitudes. Nivel de cumplimiento de meta: 92.1%** | Diario | **Archivo de la OIR** | **N/A** | Áreas administrativas deben entregar a tiempo la información solicitada o enviar comunicado que no existe a la OIR. | **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. | -No se recibió actualización de los Policlínicos con sus direcciones, números de teléfono, servicios prestados y botiquines.- Evaluaciones del Plan Operativo Anual Semestre 2 2019, todo 2020 y Semestre 1 2021-No se recibió Memoria de Labores 2020 | **Actualización de Información Oficiosa en el Portal de Transparencia.** **Nivel de cumplimiento de Meta: 94.23%** | -Anual- Semestral- Mensual | **-Archivo de la OIR****-Portal de Transparencia** | -El envío de la información oficiosa se haga en los tiempos establecidos por la OIR. | **Oficial de Información/ Técnico de Acceso a la Información Pública.**  |
| 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** | **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 | **Elaboración y envío de acta al IAIP.****Nivel de cumplimiento de Meta: 100.00%** | -Semestral | **-Archivo de la OIR****-Portal de Transparencia** |
| 2.3 Asistencia a reuniones convocadas por el IAIP  | 2.3 Registro de Participación en convocatorias | **Asistencia a 1 reunión virtual.****Nivel de cumplimiento de Meta: 100.00%** | -Diario | **-Archivo de la OIR** |

#

# OFICINA DE GÉNERO UOI 16

**EVALUACIÓN SEMESTRE II 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. 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 (junio a diciembre 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 impartió charlas a los empleados a fin de concientizar sobre la importancia de la eliminación de la violencia contra la mujer, así como a usuarios de los Policlínicos y Consultorios Magisteriales esto con el fin de dar a conocer porque se conmemora el 25 de noviembre de cada año. | Avances:1-Se encuentra en revisión la normativa elaborada en materia de Género por la Unidad de Asesoría Legal para su posterior revisión.2-Se realizó en el marco de la conmemoración del Día de la eliminación de la violencia contra 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, así como en oficinas centrales a los empleados a fin de concientizar al personal sobre la importancia de lograr una verdadera eliminación de la violencia contra la mujer.3-Con colaboración del ISDEMU, se impartieron talleres virtuales a los empleados que se inscribieron a los mismos.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, el cual ha solicitado una evaluación diagnostica para proseguir a la revisión de la Política, el cual se encuentra en revisión de recursos humanos quien se encuentra recopilando la información solicitada. | Representante de la Oficina de Genero/ Asesoría Legal/ Comité de Genero, Gerencia de Recursos Humanos. |

#

# OFICINA DE MEDIO AMBIENTE UOI 17

**EVALUACION SEMESTRE II POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 18: OFICINA DE MEDIO AMBIENTE -OMA- .** 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, LE 3. Fortalecimiento de la imagen 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. Promover la protección del medio ambiente según los lineamientos del Sistema Nacional de Gestión del Medio Ambiente SINAMA, para el adecuado uso de los recursos naturales.  | 1.1 Fortalecimiento de la Oficina de medio ambiente institucional para contribuir al cuido y la buena administración de los recursos naturales según los lineamientos del SINAMA. | Número de actividades desarrolladas | 1. Falta de continuidad y seguimiento en la ejecución del POI.
2. Falta de retroalimentación e identificación de Procedimientos Administrativos Medio Ambientales de la Oficina de Medio Ambiente.
3. Escasa contextualización de la Gestión Ambiental.
 | Alcance 50%-Se han constatado actividades divulgativas de prevención de los recursos energéticos. -Se elaboraron 03 instrumentos normativos que se encuentran en revisión, previo a ser aprobados en la que se busca la conservación del Medio Ambiente y Protección del mismo.-Se ha dado seguimiento y participación a los eventos convocados por el Ministerio de Medio Ambiente. | Tiempo/Espacio: 6 meses (Julio a diciembre de 2021).Área Geográfica de Influencia: A nivel nacional. | -Actas de reunión desarrolladas por el Comité Técnico de Medio Ambiente.-Acuerdo de Creación del Comité de Gestión Ambiental del ISBM.-Correspondencia y/o convocatoria a eventos virtuales con el Ministerio de Medio Ambiente y otras Instituciones.-Correos internos dirigidos al personal del ISBM, para la promoción, conservación y cuido del Medio Ambiente. -Proyectos de Normativas Internas de la Oficina de Medio Ambiente | La Gestión Medio Ambiental en el ISBM no descansa en un proyecto, diseño o ejecución previamente establecido, requiere de la construcción y reconocimiento integral del que hacer ambiental en la institución a través del diagnóstico y necesidades que se vayan focalizando.Existe disposición de realizar actividades primordiales para contribuir de mejor manera en la Gestión Ambiental del ISBM.  | -Completar los diagnósticos y necesidades Medio Ambientales-Consolidar los indicadores Medio Ambientales de medición. -Regular los procedimientos administrativos de la Oficina de Medio Ambiente.-Socializar las funciones de la Oficina de Medio Ambiente y Comité de Gestión Ambiental-Reestructurar el Comité de Gestión Ambiental | Oficina De Medio Ambiente. |

#

# SUBDIRECCIÓN DE OPERACIONES Y LOGÍSTICA UOI 18

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 19: SUB DIRECCIÓN DE OPERACIONES Y LOGÍSTICA SDOL.** 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 de cumplimiento de metas** | **tiempo/espacio area geografica de influencias** |  **medios de verificación**  | **valoraciones/ analisis: costo- beneficio** | **recomendaciones avance- limitaciones** | **RESPONSABLE** |
| 1. Estructurar la Cadena de Suministros Institucional (CSI) que permita de forma efectiva la ejecución integral del Programa Especial de Salud. – PES- y cada uno de los Sub Programas que lo conforman.  | 1.1 Estructuración de la Cadena de Suministros Institucional CSI, integrándola a los Ejes Estratégicos, Proyectos, Metas y Estrategias Institucionales.1.2 Validar los requerimientos de las subdirecciones para la ejecución de la Planificación y Provisión, las Adquisiciones y Contrataciones, la Logística, Distribución y Abastecimiento de bienes y servicios Institucionales; todo ello Justo a Tiempo.  | 1.1 Cadena de Suministros Institucional CSI estructurada, Interrelacionada e Integrada y ejecutándose a nivel nacional a las necesidades e interés de los usuarios institucionales. 1.2 Coordinación de la Cadena de Suministros Institucional CSI desarrollada Justo a Tiempo a Nivel Nacional de forma satisfactoria, ante las demandas de los Usuarios Institucionales.  | Planta de colaboradores limitada | 100% | Segundo Semestre 2021 (Diseño)ESPACIO, Área Geográfica de Influencia AGIa Nivel Nacional | Estructura organizativa conformadaConformación de PAAC 2022 y presentarla a Consejo Directivo | **N/A** |    | SDOL**Subdirección de operaciones y logísitca** |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 19: SUB DIRECCIÓN DE OPERACIONES Y LOGÍSTICA SDOL.** 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.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOSOPERATIVOS** | **METAS o Resultados esperados** | **INDICADORES de impacto** | **identificación de variables que impiden alcanzar las metas** | **nivel de cumplimiento de metas** | **tiempo/espacio area geografica de influencias** |  **medios de verificación**  | **valoraciones/ analisis: costo- beneficio** | **recomendaciones avance- limitaciones** | **RESPONSABLE** |
| 2. Garantizar la Ejecución eficiente y eficaz (Justo a Tiempo) de la Planificación de Provisión de Bienes y Servicios Institucionales, cuyo propósito fundamental es la Gestión de la Cadena de Suministros Institucional CSI que coadyuve al éxito del Programa Especial de Salud. – PES- y cada uno de los Sub Programas que lo conforman.  | 1.1 Coordinación de la Cadena de Suministros Institucional CSI, integrándola a los Procesos de Provisión de Bienes y Servicios, con las Compras, Adquisiciones y Contrataciones y la Logística y Abastecimientos Institucionales. 1.2 Implantación de Procesos con cada una de las Sub Direcciones y sus Gerencias que coadyuven a la Planificación, Formulación, Seguimiento y Evaluación de la Cadena de Suministros Institucional CSI; todo ello ajustado a los Ejes Estratégicos del PEI 2019 – 2024.  | 1.1 Ejecución de la Cadena de Suministros Institucional a nivel nacional superando las expectativas de los usuarios institucionales las cuales podrán ser monitoreadas una vez al año empleando encuestas de satisfacción dirigidas a los usuarios institucionales a nivel nacional. 1.2 Nivel de cumplimiento de los procesos de adquisiciones de bienes y servicios ante la necesidad de los usuarios institucionales. (PAAC) | Resistencia al cambio de la estructura organizativa | 85% | Segundo Semestre 2021 Área Geográfica de Influencia Nivel Nacional | Implementación de cronogramas de trabajo de las secciones Informe semanal de los requerimientos y procesos activos  | N/A | Actualización de manuales, procesos y procedimientos de ISBM.Creación de instructivos específicos relacionados con las funciones de las gerencias y secciones de SDOL | SDOL**Subdirección de operaciones y logísitca** |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 19: SUB DIRECCIÓN DE OPERACIONES Y LOGÍSTICA SDOL.** 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 de cumplimiento de metas** | **tiempo/espacio area geografica de influencias** |  **medios de verificación**  | **valoraciones/ analisis: costo- beneficio** | **recomendaciones avance- limitaciones** | **RESPONSABLE** |
| 3.Implementar de manera integral estrategias que faciliten la Comunicación entre las subdirecciones y Gerencias para una eficiente y eficaz logística y abastecimiento que responda a la Cadena de Suministro Institucional CSI | 1.1 Ejecutar de manera integral las estrategias que faciliten la comunicación entre las Sub Direcciones y Gerencias permitiendo una eficaz y efectiva Cadena de Suministros Institucional CSI, integrándola a los Ejes Estratégicos, Proyectos y Metas Institucionales | 1.1Número de Reuniones que faciliten la Comunicación entre las Sub Direcciones y Gerencias aprobadas por la SDOL.  | Resistencia al cambio de la estructura organizativa | 85% | Segundo Semestre 2021ESPACIO, Área Geográfica de Influencia AGI:A Nivel Nacional |  | 1. Integración de un Equipo de Trabajo de la SDOL dirigido por la GLA para el diseño de las estrategias que faciliten la comunicación entre las subdirecciones 2. Presentación e implementación de las estrategias que faciliten la comunicación entre las subdirecciones.3.Evaluación de las estrategias que faciliten la Comunicación entre las Sub Direcciones se realizará en julio y diciembre. |   | SDOL Gerencia de Planificación de Provisión de Bienes y Servicios Institucionales GPBSI |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 19: SUB DIRECCIÓN DE OPERACIONES Y LOGÍSTICA SDOL.** 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 de cumplimiento de metas** | **tiempo/espacio area geografica de influencias** |  **medios de verificación**  | **valoraciones/ analisis: costo- beneficio** | **recomendaciones avance- limitaciones** | **RESPONSABLE** |
| 4.Elaboración y actualización de los Procedimientos Administrativos de la Subdirección de Operaciones y Logística y sus gerencias  | 4.1 Incorporar a cada uno de los procedimientos de la Subdirección de Operaciones y Logística y sus gerencias al Manual de Procesos Administrativo. | 4.1 Cumplimiento en la realización de cada uno de los procedimientos de la SDOL y sus gerencias.  | Planta de personal fue completado noviembre 2021 | 30% | Segundo semestre 2021ESPACIO, Área Geográfica de Influencia AGI:A Nivel Nacional | Documentos físicos de manuales y procedimientos de la SDOL | .N/A |  4.1 Desarrollar cada uno de los pasos de los procedimientos de la SDOL y sus gerencias.4.2 Revisión del manual de procedimientos administrativos de la SDOL y sus gerencias | SDOL Gerencia de Planificación de Provisión de Bienes y Servicios Institucionales GPBSI  |



# GERENCIA DE PLANIFICACIÓN DE PROVISIÓN DE BIENES Y SERVICIOS UOI 19

| 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. Administrar la ejecución eficiente y eficaz (Justo a Tiempo) de la Planificación de Provisión de Bienes y Servicios Institucionales  | 1.1 Coordinación de la Cadena de Suministros Institucional CSI, integrando los procesos y procedimientos de provisión de bienes y servicios, con las compras, Adquisiciones y Contrataciones y la Logística y Abastecimiento Institucionales. 1.2 Implantación de Procesos y procedimientos con cada una de las Sub Direcciones y sus Gerencias que coadyuven a la Planificación, Formulación, Seguimiento y Evaluación de la Cadena de Suministros Institucional. | 1.1 Consolidación de Procesos y procedimientos de Mejora Continua de la Calidad relacionados con la Cadena de Suministros Institucional CSI, ante las demandas de los usuarios institucionales. | Falta de actualización del Manual de Procedimientos Administrativos, de acuerdo a la estructura organizativa vigente, para que exista una integración completa con todas las áreas. | 75% | Segundo Semestre | Manuales de procedimientos de la Gerencia de Planificación de Provisión de Bienes y Servicios Institucionales.Integración del equipo de trabajo de la Gerencia de Planificación de Provisión de Bienes y Servicios Institucionales GPBSI. | Debe ser una prioridad actualizar el Manual de procedimientos Administrativos, y una pronta divulgación a toda la institución, ya que permitirá mejorar los procesos internos, reducir tiempos y evitar reprocesos. | Integración de los procedimientos de la Gerencia de Planificación de Provisión de Bienes y Servicios Institucionales al Manual de Procedimientos Administrativos, para su evaluación. | Gerencia de Planificación de Provisión de Bienes y Servicios Institucionales GPBSI |

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021, UNIDAD DE GESTIÓN 20: GERENCIA DE PLANIFICACIÓN DE PROVISIÓN DE BIENES Y SERVICIOS INSTITUCIONALES GPBSI** SUB DIRECCÓN DE OPERACIONES Y LOGÍSTICA SDOL. GERENCIA DE PLANIFICACION DE PROVISION DE BIENES Y SERVICIOS INSTITUCIONALES 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.

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021, UNIDAD DE GESTIÓN 20: GERENCIA DE PLANIFICACIÓN DE PROVISIÓN DE BIENES Y SERVICIOS INSTITUCIONALES GPBSI** SUB DIRECCÓN DE OPERACIONES Y LOGÍSTICA SDOL. GERENCIA DE PLANIFICACION DE PROVISION DE BIENES Y SERVICIOS INSTITUCIONALES 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

| 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 |
| 2. Determinar las actividades para mejorar los procesos de la cadena de suministro institucional | 1.1 Identificar los factores internos y externos que afectan el inicio de la Cadena de suministros Institucional e implementar propuestas de solución  | Reducir los impactos negativos en el proceso del inicio de la CSIImpulsar los impactos positivos en el proceso del inicio de la CSI | Resistencia al cambio de la estructura organizativa, por la falta de colaboración en cuanto a información, que se requiere para llevar a cabo o dar seguimiento a los procesos de la CSI.. | 90% | Segundo Semestre | - Implementación de cronogramas de trabajo de las secciones que pertenecen a la Gerencia de Provisión de Bienes y Servicios institucionales.- Informe semanal de actividades realizadas por el personal de la GPPBSI | N/A | Crear matriz para informes que permitan tomar decisiones gerenciales más acertadas. | Gerencia de Planificación de Provisión de Bienes y Servicios Institucionales GPBSI |



# GERENCIA DE LOGÍSTICA Y ABASTECIMIENTO UOI 20

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA INSTITUCIONAL POI 2021. UNIDAD DE GESTIÓN 21: GERENCIA DE LOGÍSTICA Y ABASTECIMIENTO EJES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES Y SUS VÍNCULOS: 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 LÍNEA ESTRATÉGICAS y ACCIONES DE TRABAJO: Todas las involucradas al PEI de los EE/OE del 1 AL 8. PROYECTOS ESTRATÉGICOS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ObjetivosOperativos | Metas o resultados esperados | Indicadores de Impacto | Identificación de Variables que impiden alcanzar las Metas | Nivel de cumplimiento (%) | Tiempo/Espacio: Área Geográfica de influencia | Congruencias de Informes |
| Medios de verificación | Valoraciones/ Análisis: Costo-Beneficios | Recomendaciones: Avances-Limitaciones | Responsables |
| 1.Ejecutar de manera integral estrategias que faciliten la Distribución de Medicamentos de manera eficiente y eficaz que responda a la cadena de suministros institucional CSI | Ejecución integral de estrategias que faciliten la distribución permitiendo una entrega eficaz y efectiva de los medicamentos hacia los botiquines magisteriales a nivel nacional | Estrategias que faciliten la distribución de medicamentos en los diferentes Consultorios y Policlínicos del país  | Falta de equipo operativo para realizar los traslados entre botiquinesCoordinación de traslados entre botiquines y equipo de transporte Traslado de pacientes, resultados de exámenes son de alta prioridad | 80% | Segundo SemestreA Nivel Nacional | Informe de Medicamentos Prescritos versus despachados que nos permite analizar el abasto de los medicamentos en cada botiquín magisterialSeguimiento en sistema de traslados en tránsito | Medicamentos al ser trasladados en tiempo oportuno reducirá impacto de recetas no despachadas por existencia de medicamento | Contratación de personal y vehículos de transporte exclusivo para traslado de medicamentos entre botiquines.Implementación de modificativa a Norma para Botiquinarios de manejo adecuado para traslados entre botiquines e inventarios internos | Gerencia de Logística y Abastecimiento GLA |
| 2.Contratar Socios Logísticos que brinden la autonomía de distribución de medicamentos a nivel nacional | Contratación de Proveedores Logísticos que aumenten la eficiencia y autonomía para la distribución de medicamentos a novel nacional  | Estrategia de organización del resguardo de medicamentos, dirigidos por la Sección de Abastecimiento y distribución | Espacio en Bodega insuficiente.Falta de equipo para traslado de medicamentos refrigerados y secos. | 100% | Segundo SemestreA Nivel Nacional | Reporte de Traslados Semanales.Informe de recepción de Medicamentos Informe de Inventario y Ocupación asignada a proveedor 3PL RANSA una vez por semana | Manejo, resguardo y traslado de Medicamentos a nivel nacional  | Ampliación de contrato para que proveedor 3PL, pueda realizar picking/preparación de pedidos, asi como recepción/revisión a detalle de los mismos. | Gerencia de Logística y Abastecimiento, Abastecimiento, Distribución e Inventario de Insumos y MedicamentosGLA/SADIIM |



# 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 |  45% |
| UOI 3 | Gerencia de Establecimientos Institucionales de Salud |  40% |
| UOI 4 | Unidad de Epidemiologia, Estadística y Datos |  50% |
| UOI 5 | Subdirección Administrativa |  50% |
| UOI 6 | Gerencia de Recursos Humanos |  35% |
| UOI 7 | Gerencia de Proyectos e Infraestructura |  30% |
| UOI 8 | Gerencia de Adquisiciones y Contrataciones Institucional |  45% |
| UOI 9 | Unidad de Desarrollo Tecnológico |  35% |
| UOI 10 | Unidad de Comunicaciones |  35% |
| UOI 11 | Unidad Financiera Institucional |  45% |
| UOI 12 | Unidad de Asesoría Legal |  45% |
| UOI 13 | Unidad de Planificación Institucional  |  30% |
| UOI 14 | Sección de Gestión Documental y Archivos |  45% |
| UOI 15 | Oficina de Información y Respuesta |  40% |
| UOI 16 | Oficina de Género |  25% |
| UOI 17 | Oficina de Medio Ambiente |  30% |
| UOI 18 | Subdirección de Operaciones y Logística |  40% |
| UOI 19 | Gerencia de Planificación de Bienes y Servicios Institucionales |  45% |
| UOI 20 | Gerencia de Logística y Abastecimiento |  45% |

PROMEDIO CONSOLIDADO DE LAS UNIDADES ORGANIZACIONALES EVALUADAS: 40.25%.

El consolidado global institucional ejecutado fue en promedio de **40.25%,** de un parámetro porcentual del **50.00 %** programado para el Segundo Semestre 2021, quedando pendiente el **9.75 %.**