

INFORME PLAN OPERATIVO ANUAL POA 2024

**CESAR AUGUSTO ARANGO SERNA
GERENTE
ESE BELLOSALUD**

VIGENCIA 2020-2024

**BELLO ANTIOQUIA
2025**

INTRODUCCIÓN

En concordancia con la Plataforma estratégica de la entidad, se encuentran enmarcadas la misión, visión, principios y valores institucionales, objetivos institucionales, el Plan operativo anual se constituye como un instrumento fundamental para asegurar la real y efectiva ejecución de los pilares de la Entidad, buscando mediante un proceso participativo determinar las acciones necesarias para la consecución de los objetivos institucionales estratégicos; en esencia busca el fortalecimiento de los procesos y su mejoramiento continuo orientado al crecimiento institucional. Así mismo, se constituye en un instrumento que apoya el proceso de planificación de la entidad articulando las acciones de la institución a su misión y objetivos, permitiendo la identificación sistemática de objetivos institucionales, metas, resultados esperados, indicadores, actividades y recursos específicos para el logro de los compromisos institucionales y cumplimiento gradual de los objetivos, a través de las estrategias que se articulan en los pilares y programas estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional 2020 - 2024 de la ESE Bellosalud.

Este informe está diseñado para proporcionar un análisis exhaustivo de la ejecución del POA, con base en los indicadores establecidos y los objetivos definidos en el inicio del año. Asimismo, se incluyen las lecciones aprendidas y las recomendaciones que permitirán mejorar la planificación y gestión en los próximos períodos.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el grado de cumplimiento de las actividades y proyectos planificados en el Plan Operativo Anual (POA) de la ESE durante el año [año], destacando los logros alcanzados, las dificultades encontradas y los resultados obtenidos.

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Presentar un análisis detallado de las actividades ejecutadas, con base en los cronogramas y recursos establecidos en el POA.
- Identificar los indicadores clave de desempeño utilizados para medir los avances y resultados de las acciones previstas.
- Examinar los resultados obtenidos y el impacto generado en la comunidad o usuarios de los servicios, comparando los objetivos planteados con los logros alcanzados.
- Destacar las dificultades o desviaciones presentadas durante la ejecución del POA, analizando las causas y proponiendo soluciones para futuros períodos.
- Proponer recomendaciones y estrategias para optimizar la planificación y ejecución del POA en los próximos años, basándose en las lecciones aprendidas.

2. AREAS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN

Talento Humano, Promoción y Prevención, Hospitalización, Laboratorio, Urgencias, Consulta Externa, Odontología, Farmacia, Control Interno, Sistema de garantía de calidad, Gestión documental, Seguridad y Salud en el Trabajo, informática, Comunicaciones y Gestión financiera.

3. RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN OPERATIVO ANUAL 2023

Se determinó una escala para la valoración de los resultados por cada POA, de acuerdo a los siguientes criterios de calificación:

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN
Rangos de Evaluación. Los rangos establecidos de medición en escala acromática, son los siguientes:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entre 90% y 100% código cromático verde ➤ Entre 60% y menos de 89.9% código cromático amarillo ➤ Menor del 60% código cromático rojo
VALORACIÓN DE LAS FRANJAS CROMÁTICAS:
Rojo: Con rango entre 1% y 59.9% es un cumplimiento crítico en las metas evaluadas con deficiencias que deben ser atendidas en un plan de acciones correctivas para una mejora inmediata de la gestión.
Amarillo: Con rango entre 60% y 89.9% representa una manifestación que los aspectos evaluados están desarrollando un proceso de aplicación con tendencia al fortalecimiento, aunque con algunas debilidades si el porcentaje se ubica en un valor debajo del 70%. Si los resultados se ubican en el límite inferior de 60% se recomienda trabajar con énfasis en un plan de acción correctivo para su mejoramiento.
Verde: Si el rango se encuentra entre el 90% y el 100%, indica una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y se cumple con la meta propuesta.

A continuación, se presentan los resultados de la verificación y evaluación del año 2024 de los planes operativos con el propósito de avanzar en el fortalecimiento de los ejes estratégicos planteados en el plan de desarrollo 2020 - 2024, obteniendo como resultado lo siguiente:

ESTRATEGIA: Mejoramiento de la gestión del Talento Humano

Objetivo: Disponer de un Recurso Humano que garantice el cumplimiento de la misión de la ESE en condiciones de calidad, eficiencia y eficacia

PROYECTOS	INDICADOR Y/O VERIFICADOR	DEFINICIÓN (FORMULA)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE DE SEGUIMIENTO
Planificación, inducción y reinducción del Talento Humano con énfasis en el manual de funciones adoptado y socializado para cada uno de los cargos de la entidad.	% cumplimiento de inducción	Total, de funcionarios que ingresan a la institución en el periodo y se les realiza proceso de inducción/Total de funcionarios que ingresan a la institución en el periodo	100%	documento: plan anual de vacantes - Plan anual de vacaciones - Plan de previsión del recurso humano - Plan estratégico talento humano - Plan institucional de capacitaciones - Plan de Incentivos institucionales
Plan Institucional Anual de Formación, capacitación y evaluación de desempeño	% de cumplimiento de los planes de formación, capacitación y evaluación de desempeño	Nro. de actividades realizadas/Nro. de actividades Programadas	100%	Informe de ejecución del PIC
Plan de Bienestar e incentivos	% de cumplimiento del plan de incentivos	Nro. de actividades realizadas/Nro. de actividades Programadas	100%	actas comité de bienestar social e incentivos
Implementación y mantenimiento del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	% implementación del SG de SST	Nro. de actividades realizadas/Nro. de actividades programadas	85,25	Informe de avance del SSST dado por la ARL

ESTRATEGIA: Fomentar hábitos de vida saludable y propender por una diversificación de la oferta de servicios hospitalarios

OBJETIVO: Fortalecer los hábitos de vida saludables las diferentes entidades y espacios de interacción con la institución

PROYECTOS	INDICADOR Y/O VERIFICADOR	DEFINICIÓN (FORMULA)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE DE SEGUIMIENTO
Realización de actividades de promoción y prevención con enfoque en la salud materno perinatal	Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH en el ingreso al programa prenatal	número de gestantes con resultado de VIH en consulta de ingreso total, de gestantes que ingresaron en el periodo	100%	Informe de PYP soporte de historias clínicas
	Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis en el ingreso	número de gestantes con resultado de prueba treponémica en ingreso prenatal total, de gestantes que ingresaron en el periodo	100%	Informe de PYP soporte de historias clínicas
Realización de actividades de promoción y prevención con enfoque en el cuidado de la primera infancia	Proporción de niños menores de 5 años con diagnóstico de IRA que son hospitalizados	Número de niños menores de 5 años con diagnóstico de IRA que fueron hospitalizados"/ "Número total de niños menores de 5 años con diagnóstico de IRA	1%	Reportes historias clínicas, Comité de vigilancia
	Proporción de mortalidad por deficiencias nutricionales en menores de 5 años	Proporción de mortalidad por deficiencias nutricionales en menores de 5 años	0	Reportes historias clínicas, Comité de vigilancia

Estrategia: Mejoramiento de Infraestructura de la ESE, aprovechando el compromiso y respaldo del Estado a través de la Administración Municipal, DSSA y Ministerio

Objetivo: Optimizar las condiciones de infraestructura de la ESE para brindar un servicio en condiciones de calidad, comodidad y seguridad adecuadas a las necesidades de los usuarios

PROYECTOS	INDICADOR Y/O VERIFICADOR	DEFINICIÓN (FORMULA)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE DE SEGUIMIENTO
Realización de mantenimientos preventivos y correctivos a las diferentes sedes de la institución	Porcentaje de ejecución del plan de mantenimiento	Nro. de actividades realizadas/Nro. de actividades requeridas	83%	

Estrategia: Fortalecer la comunicación con la comunidad

Objetivo: Aumentar la participación y articulación con los usuarios y sus familias

PROYECTOS	INDICADOR Y/O VERIFICADOR	DEFINICIÓN (FORMULA)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE DE SEGUIMIENTO
Liga de usuarios fortalecida y vinculada con el mejoramiento institucional, fortalecimiento de la política de participación social en salud	Proporción de ejecución de la política social en salud	Nro. de actividades realizadas/Nro. de actividades Programadas	100%	Informes del SIAU

ESRTRATEGIA: Fortalecimiento del SOGC, mejoramiento de la calidad de los procesos y excelencia clínica

OBJETIVO: Implementar las normas, mecanismos y procesos del SOGC, para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud de la institución

PROYECTOS	INDICADOR Y/O VERIFICADOR	DEFINICIÓN (FORMULA)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE DE SEGUIMIENTO
Implementar el modelo de auditoría y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en	No de Acciones de mejora ejecutados derivadas de las auditorías realizadas/total de acciones de	100%	Informe de circular 012, aprendizaje organizacional

PROYECTOS	INDICADOR Y/O VERIFICADOR	DEFINICIÓN (FORMULA)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE DE SEGUIMIENTO
reciben los usuarios	salud	mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría		

OBJETIVO: Mantener una cultura enfocada a la gestión del riesgo en la atención de todos nuestros pacientes

Implementar el programa para la seguridad del paciente y estrategias de seguridad	Tasa de caídas en hospitalización	Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo. /"Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo	96,49%	Seguridad del paciente Estrategias protocolos
	Proporción de reingresos en urgencias	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso. /Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido.	0,50%	Seguridad del paciente Estrategias protocolos, análisis de reingresos

PROYECTOS	INDICADOR Y/O VERIFICADOR	DEFINICIÓN (FORMULA)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE DE SEGUIMIENTO
	Proporción de reingresos en hospitalización	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el período. /Número total de egresos vivos en el periodo.	0	Seguridad del paciente Estrategias protocolos, análisis de reingresos
OBJETIVO: Fortalecer la fidelidad de nuestros usuarios para mejorar los resultados de salud en la sociedad				
Diseñar estrategias de comunicación a los usuarios externos y de mejor atención por parte de los usuarios internos	Proporción de satisfacción global	¿Número de usuarios que respondieron? muy buena? o? buena? a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS? /Número de usuarios que respondieron la pregunta.	99,81%	Encuestas de satisfacción

ESTRATEGIA: Mejorar la salud individual y colectiva

OBJETIVO: Contribuir como institución de salud a mejorar las condiciones de salud de la población usuaria

PROYECTOS	INDICADOR Y/O VERIFICADOR	DEFINICIÓN (FORMULA)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE DE SEGUIMIENTO
Mantener la oportunidad de citas en consulta externa ambulatoria a menos de 3 días de acuerdo a los estándares de calidad.	Oportunidad en consulta externa	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que asignó la cita de medicina General de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó / total de citas de primera solicitadas en el periodo	1,30	Informe de oportunidad de consulta externa de primera vez cargado a Supersalud a través del cumplimiento de la Resolución 256 de 2016
Mejorar la producción de las consultas de medicina general	Aumento en la productividad	Sumatoria del total de consultas de medicina general del 2 semestre - consultas de medicina general del primer semestre	98530	Informes de producción RIPS

ESTRATEGIA: Fomentar integralmente la participación ciudadana a través de las herramientas y espacios de participación constituidos como eje de comunicación pública entre el Hospital y la comunidad usuaria

OBJETIVO: Garantizar el ejercicio del control social y de la participación ciudadana a través de la efectiva rendición de cuentas y audiencias públicas por parte del Hospital

PROYECTOS	INDICADOR Y/O VERIFICADOR	DEFINICIÓN (FORMULA)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE DE SEGUIMIENTO
Garantizar los procesos de	% cumplimiento	Total, rendición de cuentas	100%	Informes de rendición de cuentas

PROYECTOS	INDICADOR Y/O VERIFICADOR	DEFINICIÓN (FORMULA)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE DE SEGUIMIENTO
audiencia pública a través de los mecanismos de rendición de cuentas definidos en el plan anticorrupción y atención al ciudadano	proceso rendición de cuentas en la vigencia	realizadas durante la vigencia		
Gestión y respuesta de PQRSD	Tiempo promedio de respuesta	Sumatoria de los días de respuesta a las expresiones de los usuarios PQRSD Total, de quejas o sugerencias presentadas en un periodo	4	Informes SIAU
Velar por la correcta ejecución de los comités de ética institucional acorde a normatividad vigente	% reuniones realizadas en la vigencia según cronograma	total, reuniones realizadas hasta la fecha de corte/total reuniones para la vigencia	83%	Actas de comité

ESTRATEGIA: Implementar las diferentes estrategias y medios que permitan una mejor comunicación entre la ciudadanía y el Hospital a partir de la oficina del SIAU

OBJETIVO: Documentar, difundir, implementar y evaluar de manera integral los diferentes canales de comunicación con que cuenta el Hospital para mejorar la comunicación con la ciudadanía con un enfoque de mejoramiento continuo a través del despliegue de las PQRSF de la oficina del SIAU

PROYECTOS	INDICADOR Y/O VERIFICADOR	DEFINICIÓN (FORMULA)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE DE SEGUIMIENTO
Definir e implementar la Política institucional que incentive la participación de los usuarios en la Asociación	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	Número de usuarios que respondieron "definitivamente sí" o "probablemente sí" a la pregunta ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS? Número de	99,81%	Informes SIAU

PROYECTOS	INDICADOR Y/O VERIFICADOR	DEFINICIÓN (FORMULA)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE DE SEGUIMIENTO
		usuarios que respondieron la pregunta		

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

ESTRATEGIA: Mejoramiento de la dotación de tecnología, muebles y enceres de la ESE, aprovechando el compromiso y respaldo del Estado a través de la Administración Municipal, DSSA Ministerio y la estabilidad económica y financiera de la institución

OBJETIVO: Disponer de equipos biomédicos muebles y enceres, en la cantidad y calidad requerida, para garantizar la calidad de atención y seguridad del paciente y su familia.

PROYECTOS	INDICADOR Y/O VERIFICADOR	DEFINICIÓN (FORMULA)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE DE SEGUIMIENTO
Mejoramiento del laboratorio clínico	Equipos adquiridos para el laboratorio propios o en comodato como parte de la renovación	Equipos adquiridos para el laboratorio clínico	100%	Equipos de laboratorio contratos y facturas con proveedores

ESTRATEGIA: Mejorar la liquidez de la ESE a través del fortalecimiento del área de facturación y cartera

OBJETIVO: Mejorar la gestión de las áreas de Facturación y Cartera

PROYECTOS	INDICADOR Y/O VERIFICADOR	DEFINICIÓN (FORMULA)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE DE SEGUIMIENTO
Mejoramiento de la gestión de la cartera	Disminución de la cartera	Total, de cartera semestre 1 - Total de cartera semestre 2	3.468.088.806	Informes de cartera SIHO
Gestión del Pasivo	Disminución del pasivo	Total, de pasivo 1 - Total de pasivo semestre 2	-11.098.132.799	Informes de PASIVO SIHO

ESTRATEGIA: Mejorar la rentabilidad de la ESE a través de la eficiencia en los procesos de alianza con proveedores

OBJETIVO: Diseño del programa de Saneamiento fiscal y financiero con estrategias de alianzas

PROYECTOS	INDICADOR Y/O VERIFICADOR	DEFINICIÓN (FORMULA)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE DE SEGUIMIENTO
Diseño del programa de Saneamiento fiscal y financiero	Programa de Saneamiento fiscal diseñado	Programa de Saneamiento fiscal diseñado	100%	Documento Programa de saneamiento fiscal y financiero

ESTRATEGIA: Fortalecer el plan de mantenimiento de infraestructura y tecnología biomédica

OBJETIVO: Mantener las condiciones de infraestructura y tecnología biomédica dentro de los estándares adecuados de funcionamiento.

PROYECTOS	INDICADOR Y/O VERIFICADOR	DEFINICIÓN (FORMULA)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE DE SEGUIMIENTO
Plan de mantenimiento que incluya infraestructura y dotación.	Ejecución Plan de Mantenimiento	Nro. de actividades de mantenimiento realizadas / Nro. de actividades de mantenimiento programadas	84%	Informe dirección administrativa de ejecución del plan de mantenimiento hospitalario

PROYECTOS		META	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
SUBGERENCIA DE TALENTO HUMANO				
Planificación, inducción y reinducción del Talento Humano con énfasis en el manual de funciones adoptado y socializado para cada uno de los cargos de la entidad.		90%	100%	
Plan Institucional Anual de Formación, capacitación y evaluación de desempeño		>90%	100%	
Plan de Bienestar e incentivos		>90%	100%	
Implementación y mantenimiento del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo		>85%	100%	
SUBGERENCIA ADMINSITRATIVA Y FINANCIERA				
Mejoramiento del laboratorio clínico		100%	100%	
Mejoramiento de la gestión de la cartera		A la baja con respecto al semestre anterior	-\$ 1.643.185.274	
Gestión del pasivo		180	\$ 11.098.132.799	
Programa de Saneamiento fiscal diseñado		100%	100%	
Ejecución Plan de Mantenimiento		>90%	84%	
SUBGERENCIA CIENTIFICA				
Realización de actividades de promoción y prevención con enfoque en la salud materno perinatal	Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH en el ingreso al programa prenatal	Mayor o igual al 90%	100%	
	Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis en el ingreso	Mayor o igual al 90%	100%	
Realización de actividades de promoción y prevención con enfoque en el cuidado de la primera infancia	Proporción de niños menores de 5 años con diagnóstico de IRA que son hospitalizados	Menor al 3%	1%	
	Proporción de mortalidad por deficiencias nutricionales en menores de 5 años	0	0	
Realización de mantenimientos preventivos y correctivos a las diferentes sedes de la institución	Porcentaje de ejecución del plan de mantenimiento	85%	80%	
	Liga de usuarios fortalecida y vinculada con el mejoramiento institucional, fortalecimiento de la política de participación social en salud	95%	100%	
Fortalecimiento del SOGC, mejoramiento de la calidad de los procesos y excelencia clínica	Implementar el modelo de auditoria y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios	>90%	100%	
	Implementar el programa para la seguridad del paciente y estrategias de seguridad	Tasa de caídas en hospitalización	Menor o igual al 3%	0%
		Proporción de reingresos en urgencias	Menor o igual al 3%	0,50%
		Proporción de reingresos en hospitalización	Menor o igual al 3%	0%
	Fortalecer la fidelidad de nuestros usuarios para mejorar los resultados de salud en la sociedad	Diseñar estrategias de comunicación a los usuarios externos y de mejor atención por parte de los usuarios internos	>85%	100%
	Contribuir como institución de salud a mejorar las condiciones de salud de la población usuaria	Mantener la oportunidad de citas en consulta externa ambulatoria a menos de 3 días de acuerdo a los estándares de calidad.	Menor 3	1,3
Mejorar la producción de las consultas de medicina		Valor Positivo	98530	
Fomentar integralmente la participación ciudadana a través de las herramientas y espacios de participación constituidos como eje de comunicación pública entre el Hospital y la comunidad usuaria	Garantizar el ejercicio del control social y de la participación ciudadana a través de la efectiva rendición de cuentas y audiencias públicas por parte del Hospital	Garantizar los procesos de audiencia pública a través de los mecanismos de rendición de cuentas definidos en el plan anticorrupción y atención al ciudadano	100%	100%
		Gestión y respuesta de PQRSD	Menor a 15 días	3
	Velar por la correcta ejecución de los comités de ética institucional acorde a normatividad vigente	Mayor o igual 80%	83%	
	Definir e implementar la Política institucional que incentive la participación de los usuarios en la Asociación	Mayor o igual al 80%	99,81%	

Después de hacer una revisión de cada uno de los indicadores, y de las actividades programadas encontramos que para la vigencia 2024 se logró cumplir con las metas planeadas inclusive en el tema de pago de pasivos, ya que con la entrega por parte de la Gobernación de Antioquia de Cinco mil Millones de pesos (\$5000.000.000) y los cien Millones entregados por la Alcaldía de Bello (\$100.000.000) logró bajar estos compromisos; es decir que para la vigencia 2024 la ESE Bellosalud logro tener unos pasivos de vigencias anteriores al día.

Número de metas programadas para la vigencia	29
Numero de metas cumplidas	27
Numero de metas no cumplidas	2

El cálculo del indicador: $\text{Numero de metas cumplidas} / \text{Numero de metas programadas} * 100$

Cumplimiento del Plan Operativo Anual	$(27/29) * 100$	93%
---------------------------------------	-----------------	-----

De las 29 actividades programadas se cumplió con 26 de ellas quedando un cumplimiento del POA del 93%.

CONCLUSIÓN

En conclusión, el cumplimiento del Plan Operativo Anual (POA) ha sido altamente satisfactorio, con un 93% de ejecución de las actividades previstas. Este resultado refleja un esfuerzo conjunto y una gestión eficiente por parte de todos los involucrados, quienes han trabajado de manera comprometida para alcanzar los objetivos planteados. A pesar de los desafíos que pudieron haber surgido a lo largo del período, se logró avanzar de manera significativa en la consecución de las metas establecidas. El 7% restante representa áreas de oportunidad para continuar mejorando en los próximos ciclos, asegurando que las lecciones aprendidas contribuyan a optimizar la planificación y ejecución futura. En general, se evidencia un alto nivel de eficacia en la implementación del POA, lo cual fortalece el camino hacia el cumplimiento total de los objetivos organizacionales a mediano y largo plazo.

RECOMENDACIONES

Análisis detallado de las actividades no cumplidas: Realizar un análisis profundo sobre las actividades que no se alcanzaron al 100%. Identificar las causas raíz de los retrasos o fallos y proponer soluciones específicas para cada caso. Esto permitirá priorizar y corregir áreas críticas que necesitan atención.

Fortalecer la planificación inicial: Asegurar que el POA esté basado en una planificación más detallada y realista. Esto incluye considerar recursos disponibles, tiempos y posibles imprevistos. Una mejor planificación inicial ayudará a evitar contratiempos durante la ejecución.

Monitoreo y seguimiento más frecuentes: Incrementar la frecuencia de las evaluaciones de avance del POA, estableciendo controles mensuales o bimensuales en lugar de solo trimestrales o anuales. Esto permitirá identificar desviaciones a tiempo y hacer ajustes rápidos para garantizar que se cumplan los objetivos.

Capacitación continua del personal: Proporcionar formación constante a los equipos responsables de ejecutar las actividades del POA. Asegurarse de que el personal esté actualizado en las mejores prácticas de gestión, planificación y ejecución, lo cual mejorará la eficiencia y efectividad en el cumplimiento de metas.

Asignación adecuada de recursos: Revisar y ajustar la asignación de recursos humanos, financieros y materiales, asegurando que estén alineados con las prioridades del POA. Es fundamental que los recursos sean suficientes y estén bien distribuidos para evitar cuellos de botella que frenen el progreso.

Mejorar la comunicación interna: Fomentar una comunicación más fluida y constante entre los diferentes departamentos y equipos involucrados en la ejecución del POA. La falta de coordinación puede generar retrasos y malentendidos, por lo que es clave establecer canales de comunicación claros y eficaces.

Establecimiento de metas más alcanzables: A veces, las metas del POA pueden ser demasiado ambiciosas o no estar adecuadamente alineadas con la capacidad real de la organización. Revisar los indicadores de desempeño y ajustarlos de manera que sean desafiantes pero alcanzables.

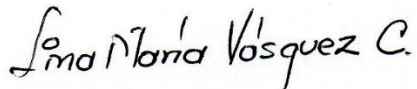
Evaluación de la eficiencia en los procesos: Realizar una revisión de los procesos internos para identificar oportunidades de mejora. La simplificación o optimización

de los procedimientos puede ayudar a reducir tiempos de ejecución y mejorar el rendimiento en la implementación de proyectos.

Fomentar la cultura de mejora continua: Promover un ambiente de trabajo donde los errores sean vistos como oportunidades de mejora. Incentivar la retroalimentación y las propuestas innovadoras por parte de los equipos contribuirá a una cultura organizacional más dinámica y adaptable, clave para alcanzar un cumplimiento total del POA en el futuro.

Implementar estas recomendaciones permitirá optimizar la gestión del POA, aumentar la eficiencia en el uso de los recursos y, en última instancia, lograr un cumplimiento más cercano al 100%.

Cordialmente,



LINA MARIA VASQUEZ CASTAÑEDA

Profesional Universitaria MIPG

ESE Bellosalud