



INFORME SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE

PLAN DE DESARROLLO

2025-2028

¡Sanamos *mentes,*
transformamos *vidas!*

1. PRESENTACIÓN

El presente informe tiene como objetivo dar a conocer los resultados de la evaluación del Plan de Desarrollo "Sanamos mentes, Transformamos vidas" durante su primer semestre de 2025. A través de un análisis detallado del Plan Operativo Anual (POA) y del Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI), se ha evaluado el progreso en el cumplimiento de las metas establecidas para fortalecer el Hospital Mental de Antioquia María Upegui Homo. Los hallazgos de esta evaluación nos permitirán identificar las áreas de éxito, así como las oportunidades de mejora, con el fin de ajustar las estrategias y garantizar el logro de los objetivos institucionales.

2. INTRODUCCIÓN

La evaluación de planes de desarrollo es esencial para medir el progreso y tomar decisiones informadas. Este informe presenta los resultados de la evaluación del Plan de Desarrollo "Sanamos mentes, Transformamos vidas" en su primer semestre de 2025. Se analiza en detalle el cumplimiento de las metas establecidas en el POA y POAI, con el objetivo de evaluar la efectividad de las estrategias implementadas para fortalecer el Hospital Mental de Antioquia María Upegui Homo. Los resultados de esta evaluación servirán como base para ajustar las acciones futuras y garantizar el logro de los objetivos estratégicos de la institución.

3. COMPONENTES DEL PLAN DE DESARROLLO

3.1. Plan de desarrollo cualitativo:

Línea estratégica	Programas	Indicadores de resultado	Proyectos	Indicadores de producto
Línea Estratégica 1: Direccionamiento y mejoramiento institucional	4	1	9	12
Línea estrategia 2: Transformando la Salud Mental	5	1	11	16
Línea estratégica 3: Sostenibilidad Administrativa y Financiera	4	1	7	12

3.2. Plan de desarrollo cuantitativo:

4. RESULTADOS PLAN DE DESARROLLO

4.1. Resumen del resultado Plan de Desarrollo

LINEA ESTRATEGICA 1. Direccionamiento y mejoramiento institucional		50%
PROGRAMAS	1.1 Desarrollo organizacional	23%
	1.2 Cuidado seguro y humanizado	61%
	1.3 Formulación y ejecución de proyectos estratégicos	50%
	1.4 Gestión comunicacional y posición	68%
LINEA ESTRATEGICA 2.Transformando la Salud Mental		60%
PROGRAMAS	2.1. Prestación de servicios de salud mental	41%
	2.2. Transformación y fortalecimiento de la oferta de los servicios	63%
	2.3. Red de gestión y apoyo asistencial	75%
	2.4. Innovación para la gestión del conocimiento	68%
	2.5. Acompañamiento y experiencia del usuario	53%
LINEA ESTRATEGICA 3. Sostenibilidad Administrativa y Financiera		38%
PROGRAMAS	3.1 Gestión legal estratégica	57%
	3.2. Desarrollo y bienestar del talento humano	57%
	3.3. Administración estratégica: optimización de recursos	17%
	3.4. Finanzas sostenibles	24%

4.2. Resumen de resultados

El cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional (PDI) 2025-2028 está directamente relacionado con el cumplimiento del Plan Operativo Anual (POA) de cada vigencia, pues en la ejecución del plan de desarrollo institucional se mide el porcentaje de ejecución de las actividades planteadas en el plan operativo anual.

En el POA se incluyen los indicadores establecidos para medir el avance en el alcance de los objetivos, metas y productos propuestos en el Plan de Desarrollo Institucional. A dichos indicadores se asocian actividades operativas que contribuyen a su cumplimiento.

El seguimiento al Plan de Desarrollo del primer semestre de 2025, con corte a junio, revela avances significativos en la ejecución del Plan Operativo Anual. Se ha alcanzado un 49% de ejecución, lo que indica un buen progreso hacia el cumplimiento de los objetivos planteados. La meta semestral del 50%, se confía en que las acciones restantes se ejecuten de manera efectiva para alcanzar los objetivos finales del Plan de Desarrollo.

4.3. Análisis de resultados cuantitativos y cualitativos

A continuación se presentan los resultados cualitativos y cuantitativos de la ejecución del primer semestre del plan operativo anual 2025. Adicionalmente, se presenta los anexos con las respectivas evidencias, las cuales son validadas por el equipo del área de planeación de su efectividad.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: DIRECCIONAMIENTO Y MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

PROYECTO	%	ACTIVIDADES	ENTREGABLES	I TRIME	II TRIME	ACUMULADO AL AÑO	
1.1.1 Articulación de los sistemas de gestión	42%	1	Ejecución de actividades propuestas en el plan de gestión	Informe de seguimiento a la ejecución del Plan de Gestión	N/A	100%	33%
		2	Implementación del sistema de gestión integral ALMERA	Material de apoyo detallado para el uso de cada módulo implementado.	100%	100%	50%
			Capacitaciones realizadas: Listados de asistentes, materiales educativos, y grabaciones o actas de las sesiones de formación.	100%	100%	50%	
			Informe de adecuaciones de equipos biomédicos: Sistema de programación de mantenimientos preventivos y correctivos en Almera	100%	100%	50%	

1.1.1 Desarrollo de la cultura de la calidad	1.1.1.1 Desarrollo de la cultura de la calidad	1.1.1.1.1 Desarrollo de la cultura de la calidad	Mejor trazabilidad en el mantenimiento de equipos de TI y mesa de ayuda: Registro y seguimiento de incidentes y solicitudes.	N/A	100%	33%	
			PQRS: Registro, seguimiento y respuesta a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias en Almerá.	100%	100%	50%	
		3	Implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud (PAMEC)	Autoevaluación de estándares	100%	100%	100%
			Plan de acción de oportunidades de mejora priorizadas	N/A	N/A	0%	
			Informe de avance PAMEC según fecha de cumplimiento en la ejecución de acciones	100%	100%	50%	
		4	Realización de auditorías internas de calidad	Informes de auditorías internas y seguimiento a planes de mejora	100%	100%	50%
		5	Ejecución del Plan de trabajo anual de seguridad y salud en el trabajo	Cumplimiento de más del 90% del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	N/A	N/A	0%
	17%	6	Ejecución del Plan de acción FURAG	Informe de seguimiento a plan de acción FURAG	N/A	100%	50%
		7	Plan de mejoramiento FURAG	Incremento del resultado del indicador FURAG	N/A	Con resultado FURAG	0%
				Informe del desempeño institucional FURAG	N/A	N/A	0%
1.1.2 Mejoramiento de la gestión institucional	10%	8	Realización de seguimientos a la matriz de riesgos en el	Informes de seguimiento a la matriz de riesgo institucional	100%	100%	50%

1.2.1 Atención segura del paciente	51%		módulo de gestión de riesgos en ALMERA				
		9	Capacitación a todo personal sobre el sistema integrado de gestión de riesgos, de acuerdo a la última actualización del manual y política bajo los lineamientos del DAFF versión 6 y Supersalud	Listados de asistencia y evidencias de capacitación	N/A	N/A	0%
				Medición de adherencia del personal frente a los riesgos institucionales.	N/A	0%	0%
		10	Realización de pruebas de estrés y ejercicios de autocomprobación para los riesgos actuariales	Matriz de riesgos en Almería con seguimientos donde se evidencian pruebas de estrés y ejercicios de autocomprobación	N/A	0%	0%
		11	Realización de plan de continuidad del negocio	Documento de plan de continuidad del negocio con evidencias de reuniones con grupos de interés para la realización del plan de continuidad	N/A	N/A	0%
		12	Socialización de protocolo y medición de adherencias para garantizar el cumplimiento de los mismos	Socialización y registros de asistencias	100%	66%	42%
				Informes de resultados de adherencias	100%	100%	50%
		13	Investigación, análisis y creación de planes de mejora y actividades educativas con	Informe de análisis de los eventos adversos (cinco porqués, o protocolo de Londres) con planes de mejora y actividades realizadas	100%	100%	50%

		el personal para mitigar la ocurrencia de eventos adversos				
		14	Investigación de las primeras causas de infección ocurridas dentro de los servicios de la ESE y realización de auditorías para la formulación de antibióticos	Reportes de investigación de las principales causas de infección en el hospital	N/A	100% 33%
		15	Capacitaciones al personal médico y de enfermería sobre las principales enfermedades de interés en salud pública	Informe del reporte de investigación con análisis de los hallazgos y recomendaciones.	N/A	100% 33%
		16	Plan de capacitaciones, que incluya cronograma y temas	100%	N/A	100%
			Registros de asistencias y material educativo utilizado, con informe de resultados	100%	100%	50%
		17	Implementación de estrategias de monitoreo y vigilancia de eventos adversos trazadores.	Informe de gestión de riesgos y notificación de eventos adversos y seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento del análisis de los eventos.	100%	100% 50%
		18	Documentación del programa de humanización del servicio	Documento de programa de humanización del servicio	100%	N/A 100%
		70%	Realización y ejecución de planes de mejoramiento para las	Elaboración de un plan de mejoramiento de las manifestaciones relacionadas con trato humanizado	100%	100% 50%

		19	manifestaciones relacionadas con trato humanizado	Seguimiento al plan de mejoramiento de las manifestaciones relacionadas al trato humanizado	N/A	100%	50%
		20	Capacitación y socialización de la política de humanización del servicio	Listados de asistencia y evidencias de capacitación	100%	N/A	100%
		21	Planeación y realización de la documentación de proyectos o contratos interadministrativos según necesidad	Sensibilización del personal sobre la importancia de la humanización del servicio.	100%	100%	50%
		22	Ejecución de los proyectos o contratos interadministrativos aprobados	Contratos de proyectos interadministrativos	N/A	100%	50%
	33%	23	Liquidación de los contratos interadministrativos del año 2024	Informes de seguimiento y avances de contratos interadministrativos	100%	100%	50%
		24	Formulación de proyectos de inversión pública para fortalecimiento de procesos	Informes de liquidación de contratos	N/A	N/A	0%
		25	Ejecución de proyectos aprobados	Documentos técnicos y evidencias de proyectos radicados en plataforma MGA	N/A	100%	100%
	67%	26	Liquidación de los proyectos de inversión pública aprobados en el año 2024	Documentos técnico, informes y evidencias de proyectos en ejecución en plataforma MGA	100%	100%	50%
		27	Ejecución de proyectos aprobados	Informes de liquidación de proyectos de inversión pública	100%	N/A	50%

1.4.1 Implementación del plan de mercadeo	61%	26	Presentación del plan de mercadeo institucional	Plan de mercadeo actualizado y presentado en Comité de GyD	100%	N/A	100%
		27	Ejecución del plan de mercadeo institucional	Estrategias de marketing implementadas	100%	100%	50%
			Bases de datos y registros de grupos de interés		N/A	100%	33%
1.4.2 Fortalecimiento de las comunicaciones e imagen corporativa	75%	28	Publicación en redes sociales de las novedades del hospital	Mayor reconocimiento público del hospital y sus servicios.	100%	100%	50%
		29	Creación del programa de promoción y prevención en medios de comunicación	Proyecto radicado en la MGA sobre programa en medios de comunicación	N/A	100%	100%

Con base en la matriz de seguimiento, al corte del mes de junio, se observa un nivel de avance heterogéneo en los diferentes programas y proyectos institucionales. Algunos componentes presentan un desarrollo sostenido y en línea con la planificación.

En el programa 1.1 Desarrollo organizacional, el proyecto 1.1.1 “Articulación de los sistemas de gestión” muestra un avance parcial. Aunque se evidencia cumplimiento en actividades clave como la implementación del sistema ALMERA y sus respectivos módulos, así como en los componentes de PQRS y capacitación, en cuanto al proyecto 1.1.2 “Mejoramiento de la gestión institucional”, se evidencia el cumplimiento del plan de acción FURAG en el mes de mayo. Sin embargo, el plan de mejoramiento y el informe de desempeño institucional aún no han sido desarrollados, porque en el segundo trimestre el DAFF entrega el resultado del FURAG y el plan de mejoramiento de este, está programado para los meses de Octubre y Noviembre.

En el proyecto 1.1.3 “Fomento de la cultura del riesgo”, se observan avances limitados. Las capacitaciones del módulo de gestión del riesgo se encuentran aún en ejecución por lo que la medición de adherencia no ha podido realizarse, además, para la actividad de la realización de pruebas de estrés y auto comprobación se encuentra programada la referenciación para el mes de agosto, por lo que la actividad será realizada en ese mes y el cumplimiento se verá reflejado.

El programa 1.2 Cuidado seguro y humanizado, particularmente el proyecto 1.2.1 “Atención segura del paciente”, muestra avances parciales. Las actividades de socialización de

protocolos, análisis de eventos adversos y estrategias de monitoreo de eventos presentan cumplimiento intermitente.

Por su parte, el proyecto 1.2.2 “Política de humanización del servicio” presenta un avance adecuado. La documentación del programa y la ejecución de planes de mejora muestran cumplimiento durante el primer trimestre.

En el programa 1.3 Formulación y ejecución de proyectos estratégicos, presenta cumplimiento en la ejecución de las actividades propuestas, como formulación, ejecución y liquidación de los contratos interadministrativos y proyectos de inversión pública, sin embargo, cabe resaltar que para la liquidación de los proyectos y contratos se debe esperar la solicitud de las entidades con las cuales se tienen los contratos o con la gobernación de Antioquia.

Respecto al programa 1.4 Gestión comunicacional y posicionamiento, se evidencia un cumplimiento constante en la presentación y ejecución del plan de mercadeo institucional, así como en la publicación de contenidos en redes sociales.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: TRANSFORMANDO LA SALUD MENTAL

PROYECTO	%	ACTIVIDADES	ENTREGABLES	I TRIME	II TRIME	ACUMULADO AL AÑO	
2.1.1 Fortalecimiento del modelo de atención de la red integrada de salud mental	33%	1	Realización del modelo de atención de acuerdo al portafolio de servicios de la ESE	Acta de reunión, socialización y aprobación del modelo de atención	N/A	100%	33%
			Portafolio de servicios Actualizado y alineado al modelo de atención	N/A	N/A	0%	
		2	Brindar atención integral en los diferentes servicios asistenciales, garantizando la correcta ejecución y el cumplimiento de los lineamientos	Número total de atenciones realizadas en los diferentes servicios asistenciales, con un análisis comparativo respecto a periodos	100%	100%	50%

			definidos en el modelo.	anteriores.			
				Desarrollo y medición de indicadores claves para evaluar la eficiencia, calidad y cobertura del modelo de atención.	N/A	100%	50%
2.1.2 Fortalecimiento en la prestación de los servicios de salud	58%	3	Adecuación de los servicios de hospitalización de la institución con los dispositivos médicos y biomédicos y mobiliario adquiridos en los proyectos de inversión pública	Informe técnico de adecuación de los servicios y listado de equipos instalados con las actas de entrega y recibo de los equipos y certificación de funcionamiento de dispositivos	N/A	100%	50%
		4	Ofertar la capacidad instalada a todas las ERP (entidades responsables de pago).	Documento de la oferta de valor a otros pagadores	N/A	100%	100%
		5	Fortalecimiento del proceso de Telesalud ampliando la cobertura y aumentando el número de atenciones, para garantizar accesibilidad a los servicios de	Informe con el número total de atenciones realizadas cada mes por la modalidad de Telesalud, clasificadas por tipo de servicio.	100%	100%	50%

			salud con una atención oportuna, eficiente y de calidad				
			6 Mejoramiento de los resultados, mediante la optimización de estrategias de gestión del riesgo en salud, que permitan aumentar la adherencia clínica y la experiencia del usuario durante el proceso de atención. (Unidad de Manejo Integral para Pacientes con Alta Complejidad en Salud Mental)	Construcción y medición de los indicadores que permitan medir los resultados de la Unidad de Manejo Integral para Pacientes con Alta Complejidad en Salud Mental	N/A	100%	33%
2.1.3 Fortalecimiento del plan de gestión asistencial post egreso	32%	7	Medición de guías de práctica clínica	Formatos y listas de chequeo para realizar las mediciones.	100%	100%	50%
				Informe con los resultados obtenidos de las mediciones de adherencias.	100%	100%	50%
		8	Agendamiento y atención de pacientes postegreso a través del equipo psicosocial	Registros de los agendamiento de las citas asignadas	100%	100%	50%
				Informe de seguimiento del equipo sicosocial	N/A	100%	25%

2.2.1 Implementación de la Unidad de primer episodio psicótico	50%	9	Adaptación de la guía de trastorno de ansiedad para implementación en el hospital	Reducción de recaídas o reingresos gracias al seguimiento postegreso por parte del equipo psicosocial.	N/A	100%	25%
				Guía de trastorno de ansiedad adaptada y aprobada	N/A	100%	25%
		10	Documentación del modelo de atención al paciente de primer episodio psicótico	Cronograma de socialización de la guía Protocolo de atención al paciente de primer episodio psicótico, aprobado por el equipo de subgerencia de prestación de servicios y registros de socialización	N/A	N/A	0%
				N/A 100%	N/A	100%	100%
		11	Realización de prueba piloto de pacientes trazadores del modelo	Listado de pacientes trazadores seleccionados	N/A	100%	50%
				Registro de atención realizadas y seguimiento de estas	N/A	100%	50%
				Informe de resultados con propuestas de mejora	N/A	N/A	0%

2.2.2 Implementación de la Unidad de neuropsicología	75%	12	Documentación del modelo de atención para la unidad de neuropsicología	Documento del Modelo de atención con descripción del modelo, flujos de atención y protocolos específicos.	N/A	100%	100%	
				Acta con validación y aprobación del documento	N/A	100%	100%	
		13	Contratación del recurso humano adicional	Contratos del personal adicional	N/A	100%	100%	
				Listado de personal contratado con perfiles y funciones	N/A	100%	100%	
		14	Estudio de mercado para la adquisición de licencias para la realización de pruebas neuropsicológicas	Informe del estudio de mercado	N/A	100%	100%	
				Acta de revisión y aprobación del estudio	N/A	100%	100%	
		15	Adquisición de software para la realización de pruebas neuropsicológicas	Facturas de compra y contratos con el proveedor.	N/A	0%	0%	
				Certificación de activación y funcionamiento del software	N/A	N/A	0%	
		75%	16	Adelantar procesos de contratación de personal psicosocial para atención en los servicios de hospitalización	Contratos firmados del personal psicosocial	N/A	100%	100%
					Registro de inducción y asignación de funciones	N/A	100%	100%
		2.3.1 Fortalecimiento del procedimiento de apoyo terapéutico y psicosocial	17	Formulación de un plan de trabajo para la	Informe con cronograma, actividades,	N/A	100%	50%

			realización de actividades de terapia ocupacional en los servicios de hospitalización	recursos y responsables			
			realización de actividades de terapia ocupacional en los servicios de hospitalización	registro de reuniones de planeación y seguimiento a la implementación	N/A	100%	50%
2.4.1 Fortalecimiento del centro de investigaciones	42%	18	Realización de seguimiento a las investigaciones que se tiene en el HOMO	informes de seguimiento a investigaciones realizadas	100%	0%	25%
		19	Realización de investigación propia sobre trastornos del desarrollo infantil	Presentar al comité de ética la propuesta de investigación propia diseñada en psiquiatría infantil	0%	100%	100%
				resultado con avances de la investigación	N/A	N/A	0%
2.4.2 Gestión del comité de ética en investigación	75%	20	Socialización y medición de adherencia a la política	Medición de adherencia y evidencias de socialización de la política (semestral)	N/A	100%	50%
		21	Realización del plan anual de trabajo del CEI	Plan anual de trabajo de CEI	100%	N/A	100%
2.4.3 Fortalecimiento a la docencia servicio	88%	22	Realización del plan anual de trabajo de docencia servicio	Plan anual de trabajo de docencia servicio	100%	N/A	100%
		23	Ejecución del plan anual de trabajo	actas de reuniones	100%	100%	50%
		24	Búsqueda de alianzas en los diferentes escenarios educativos para el fortalecimiento	Convenios firmados con universidades y otras instituciones académicas.	N/A	100%	100%

			del proceso según la necesidad				
			25 Revisión y actualización de la política	Política actualizada	100%	N/A	100%
2.5.1 Articulación del usuario y su red de apoyo en el tratamiento	50%	26	Capacitación a nivel institucional y en conjunto con la DLS de Bello en el fortalecimiento de la participación ciudadana	Registro de participantes (listas de asistencia y certificados).	N/A	100%	50%
				Informe de resultados y evaluación del impacto de la capacitación.	N/A	100%	50%
		27	Socialización constante de los derechos y deberes	Evidencias de socialización de derechos y deberes	100%	100%	50%
				Mayor número de pacientes y acompañantes con conocimiento de derechos y deberes	100%	100%	50%
2.5.2 Fortalecimiento de la gestión de las PQRS-F	56%	28	Capacitación al personal en temas de humanización, comunicación asertiva y buen trato a los usuarios en relación a las funciones de la oficina de orientación al usuario	Plan de capacitación con objetivos, contenidos y cronograma.	100%	N/A	100%
				Materiales educativos (presentaciones, guías, talleres).	100%	100%	50%
				Registro de participantes y evaluación de competencias adquiridas.	100%	100%	50%

			Informe de seguimiento al impacto de la capacitación en el servicio.	N/A	100%	50%	
			Incremento en la satisfacción del usuario, reflejado en encuestas o indicadores institucionales.	N/A	100%	50%	
			29 Seguimiento adecuado a todas las manifestaciones realizadas por los pacientes, usuarios o sus familias	Seguimientos en plataforma Almera sobre seguimiento, investigación y respuestas a las manifestaciones	100%	100%	50%
			30 Evaluación del estado actual del Call Center en términos de infraestructura, recursos tecnológicos, personal y procesos.	Documento con el análisis del estado actual del Call Center y las áreas de mejora identificadas.	N/A	N/A	0%
			31 Formación en atención al cliente, manejo de quejas, habilidades de comunicación y manejo de tecnologías específicas del Call Center.	Estructuración de indicadores y encuesta de satisfacción	N/A	100%	100%
				Incremento en la percepción positiva del servicio del Call Center por parte de los usuarios.	100%	100%	50%

En el seguimiento a la ejecución del componente de Prestación de Servicios de Salud Mental, se identifican avances significativos en la atención conforme a lo planeado.

En el proyecto 2.1.1, orientado al fortalecimiento del modelo de atención de la red integrada de salud mental, se ha desarrollado una primera socialización del modelo, así como avances en el seguimiento de indicadores de atención y cobertura en los servicios asistenciales.

En el marco del proyecto 2.1.2, se han realizado acciones importantes como la adecuación de servicios hospitalarios con nuevos dispositivos biomédicos y la ampliación de la cobertura mediante telesalud.

Como avance, es importante mencionar que actualmente se viene adelantando el proceso de socialización y presentación de la oferta institucional a diferentes Entidades Responsables de Pago (ERP), con el fin de ampliar las alianzas estratégicas y garantizar el aprovechamiento de la capacidad instalada. Como parte de esta estrategia, se elaboró un documento de oferta de valor dirigido a otros pagadores, en el cual se destacan los servicios disponibles, los estándares de calidad institucionales y las ventajas competitivas de la atención prestada. Esta acción busca fortalecer la sostenibilidad financiera y aumentar la cobertura de los servicios de salud ofrecidos.

Además, durante el segundo trimestre de 2025, la producción en el servicio de consulta externa alcanzó un total de 39.101 atenciones, incluyendo tanto las consultas presenciales como aquellas realizadas mediante la modalidad de telesalud, evidenciando un fortalecimiento en la capacidad institucional de respuesta, particularmente a través de la implementación de estrategias de descentralización y diversificación de canales de atención. 1. Distribución de la producción por modalidad

Consulta presencial: 28.186 atenciones

Consulta por telesalud: 10.915 atenciones

Total de consulta externa: 39.101 atenciones

Por lo cual se concluye que el 27,9% de las consultas externas se hayan realizado por telesalud durante el segundo trimestre de 2025 evidencia un cambio estructural en la manera en que la institución garantiza el acceso oportuno y equitativo a los servicios de salud. Esta

El proyecto 2.1.3, referente al fortalecimiento del plan de gestión post egreso, muestra un desarrollo más completo durante el primer semestre, en especial en la medición de guías de práctica clínica y la atención a pacientes egresados.

En el programa de Transformación y Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios, particularmente en la implementación de las unidades de primer episodio psicótico y de neuropsicología (proyectos 2.2.1 y 2.2.2), se han logrado avances en la documentación de los modelos de atención, pruebas piloto y contratación de personal.

Actualmente, el proceso de construcción del protocolo continúa en desarrollo. No obstante, debido a situaciones externas relacionadas con la empresa asesora encargada de acompañar esta gestión, no ha sido posible avanzar de manera continua hacia la etapa de certificación. Esta situación ha generado un retraso en la planificación inicial. Sin embargo, se mantienen los compromisos institucionales con la calidad y la mejora continua, por lo cual se espera retomar de manera activa el proceso durante el segundo semestre de 2025. La reactivación de esta gestión permitirá avanzar en el cumplimiento de los requisitos establecidos, con miras a obtener la certificación correspondiente y fortalecer los estándares de atención definidos por la institución y ya se cuenta con la documentación del modelo de atención para la Unidad de Neuropsicología, la cual ha sido finalizada y validada. Esta información se encuentra debidamente cargada en el software institucional ALMERA, lo que garantiza su disponibilidad y consulta por parte de los equipos asistenciales y administrativos, asegurando la articulación con los lineamientos institucionales y el fortalecimiento de la calidad en la atención.

Frente a la actividad 15 referente a la adquisición del software para la realización de pruebas neuropsicológicas se realizó reunión con el equipo de neuropsicología y el gerente de la institución y se llegó a la siguiente conclusión: “se habla acerca de los materiales para el trabajo y el desarrollo de la labor profesional en neuropsicología, en la que se determina que la institución se hará cargo de algunos materiales básicos; sin embargo, cada profesional debe ser responsable de tener su material para el desarrollo profesional dentro de la institución dado que la mayoría expresaron que ya lo tenían en carpetas personalizadas, tanto para evaluación como para rehabilitación neuropsicológica”, por lo cual por el momento no se tiene contemplado la compra de software para la institución. En conclusión, dentro de las obligaciones contractuales los profesionales dispondrán de los recursos necesarios para la realización de las pruebas que se requieren neuropsicológica de los usuarios

El programa Red de Gestión y Apoyo Asistencial, en su proyecto 2.3.1, presenta avances en la contratación de personal psicosocial para hospitalización y en la formulación de un plan de trabajo para terapia ocupacional.

En el programa de Innovación para la Gestión del Conocimiento, el proyecto 2.4.1 sobre fortalecimiento del centro de investigaciones ha iniciado sus actividades con el seguimiento a las investigaciones en curso y la presentación de propuestas al comité de ética. A pesar, de incumplir con la actividad de someter la propuesta de investigación propia al comité de ética en el primer trimestre, se evidenció que se incumple porque se encontraban en proceso de formulación de la propuesta y esta, es presentada al comité en el mes de Mayo.

Por otro lado, los comités de ética y docencia servicio (proyectos 2.4.2 y 2.4.3) muestran un desarrollo adecuado en cuanto a la formulación de planes anuales y reuniones, aunque a partir

de junio se evidencian incumplimientos en la ejecución mensual de actividades, lo cual podría comprometer el cumplimiento de las metas anuales.

En el programa Acompañamiento y Experiencia del Usuario, se destaca un desempeño sostenido en la socialización de derechos y deberes, así como en la gestión de PQRS-F, donde se han mantenido constantes los registros mensuales. Se han cumplido capacitaciones al personal sobre humanización y atención al usuario.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: SOSTENIBILIDAD ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

PROYECTO	%	ACTIVIDADES	ENTREGABLES	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	ACUMULADO AL AÑO
3.1 Gestión legal estratégica	57%	1 Realización de capacitaciones en las diferentes dependencias sobre asuntos legales	Cronograma y plan de capacitación	100%	N/A	100%
			Listas de asistencia a la capacitación y resultados de evaluación post-capacitación	N/A	100%	33%
		2 Socialización de temas jurídicos por los diferentes medios de comunicación	Evidencias de difusión	N/A	100%	50%
		3 Gestión de tutelas en los tiempos establecidos	Matriz de información diligenciada	100%	100%	50%
		4 Inducción a nuevo personal de planta y contratistas	Copia de las listas de asistencia y presentación	100%	100%	50%
3.2.1 Planificación y desarrollo de la gestión del talento humano	58%	5 Diseño del programa de inducción y reincidencia de la ESE	Cronograma y plan de inducción y reincidencia	100%	N/A	100%
			Listas de asistencia a las inducciones y reincidencia	100%	100%	50%
			Cumplimiento de indicadores que miden la eficiencia y eficacia del proceso	N/A	100%	50%

		6	Realización del comité de bienestar	Establecer las actividades para el año en el plan de bienestar e incentivos	100%	N/A	100%
		7	Ejecución del plan de bienestar e incentivos	Informe de seguimiento del plan de bienestar e incentivos	100%	100%	50%
		8	Realización de la encuesta de satisfacción al cliente interno	Informe de satisfacción del cliente interno	N/A	N/A	0%
3.2.2 Fortalecimiento de la cultura y clima organizacional	56%	9	Ejecución del Plan de Capacitación	Diagnóstico inicial de las necesidades de capacitación	100%	N/A	100%
				Ejecución del plan de capacitaciones	100%	100%	50%
		10	Ejecución del procedimiento de evaluación de desempeño laboral	Informes de desempeño laboral.	100%	N/A	100%
			Implementación del programa de cultura y clima organizacional	Capacitación y lista de asistencia para el proceso de evaluación del desempeño laboral	N/A	N/A	0%
		11		Evidencias de capacitaciones de trabajo en equipo, comunicación asertiva y liderazgo	N/A	100%	33%
				Evidencias de implementación del programa de cultura y clima organizacional	N/A	100%	50%
3.3.1 Gestión integral de la información y documentación	17%	12	Seguimiento a la implementación del plan PINAR	Ejecución del plan PINAR	N/A	100%	50%
		13	Reducción del uso de papel garantizando la	Documentación de la política de reducción de papel	N/A	N/A	0%

			seguridad y el control de acceso a la información	Socialización de la política	N/A	N/A	0%
3.3.2 Gestión estratégica de las TICS	17%	14	Elaboración y formalización de la documentación necesaria para la implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) en la ESE	Políticas y protocolos de seguridad y privacidad de la información	N/A	0%	0%
				Actas de socialización y aprobación del MSPI	N/A	0%	0%
				Informes de cumplimiento	N/A	100%	100%
3.4.1 Gestión eficiente de los recursos financieros	35%	15	Actualización del ERP (sistema de software)	Informes de seguimiento y avances de la actualización de la infraestructura tecnológica	N/A	N/A	0%
				Manuales y guías de usuario	N/A	N/A	0%
				Listados de asistencia al personal sobre las capacitaciones para el uso de los equipos	N/A	N/A	0%
				Informe de actualización	0%	100%	25%
		16	Actualización de la información del programa trimestralmente	Validación de información con responsables de área	0%	100%	25%
				Informe de avance de actividades del PSFF	0%	100%	25%
		17	Cumplimiento de las actividades propuestas en el PSFF	Evidencias documentales de cumplimiento	100%	100%	50%
				Informes financieros	33%	66%	25%
		18	Capacitación del personal de facturación y	Plan de capacitación con cronogramas	100%	N/A	100%

		auditoría de cuentas médicas	Registros de asistencia	100%	N/A	50%
			Evaluaciones y/o certificaciones de capacitación	100%	N/A	50%
		19 Conciliación entre las áreas del proceso	Informes de conciliación y hallazgos	100%	100%	50%
			Actas de reuniones entre áreas	100%	66%	42%
		20 Implementación de sistemas tecnológicos	Informe de implementación de nuevos sistemas	N/A	N/A	0%
			Documentación técnica y manuales de uso	N/A	N/A	0%
			Informes de pruebas funcionales	N/A	N/A	0%
			Capacitación al personal sobre los sistemas implementados	N/A	N/A	0%
		21 Realización de una adecuada conciliación con las diferentes EAPB que permita conocer el dato real	Evidencias documentales de conciliación	100%	100%	50%
			Informes de resultados con datos validados	100%	100%	50%
		22 Realización de un adecuado seguimiento de la cartera de acuerdo al vencimiento y/o entidad	Base de datos o matriz actualizada de la cartera con clasificación por fecha de vencimiento	100%	100%	50%
3.4.2 Implementación de la central de costos	13%	23 Definición de un sistema de costos	Documento metodológico del sistema de costos (directos, indirectos, fijos y variables).	N/A	N/A	0%
			Estructura de costos alineada con los procesos y	N/A	N/A	0%

			servicios.			
			Informe técnico con modelos y herramientas de costeo propuestas.	N/A	100%	50%
			Sistema de información parametrizado con la central de costos.	N/A	100%	50%
			Manual y guía de usuario para la central de costos.	N/A	N/A	0%
			Pruebas de funcionamiento del sistema con informe de validación.	N/A	N/A	0%
			Capacitación al personal en el uso del sistema de información.	N/A	N/A	0%
			Informe final de implementación con resultados y ajustes realizados.	N/A	N/A	0%
24	Parametrización e implementación del sistema de información la central de costos					

Durante el primer semestre, el componente de Gestión Legal Estratégica (programa 3.1) ha mostrado avances en actividades clave como la realización de capacitaciones y socialización de temas jurídicos a las diferentes dependencias y ha cumplido en la participación de la inducción institucional.

En el Desarrollo y Bienestar del Talento Humano (programa 3.2), se evidencia un cumplimiento sostenido en actividades de inducción/reinducción, así como en la ejecución del plan de bienestar e incentivos, lo cual demuestra un compromiso institucional con la gestión del recurso humano. No obstante, el componente relacionado con la encuesta de satisfacción interna y la evaluación del desempeño laboral presenta retraso en su aplicación. Asimismo, la implementación del programa de cultura organizacional reporta avances parciales; los indicadores cuatrimestrales fueron cumplidos.

En cuanto a la Administración Estratégica y Optimización de Recursos (programa 3.3), el avance ha sido disímil. La gestión documental avanza con el cumplimiento del seguimiento al plan PINAR. En el proyecto de gestión estratégica de las Tics, se observan retrasos importantes en la implementación del Modelo de Seguridad de la Información (MSPI) y en la actualización del ERP, cuyos avances estaban programados para el primer semestre, en este tema, se encuentra en proceso la realización del acto administrativo y su presentación en el comité de Gestión y Desempeño para continuar con la construcción del Modelo y posteriormente su socialización.

El programa de Finanzas Sostenibles (programa 3.4) refleja una ejecución moderadamente satisfactoria. La gestión eficiente de los recursos financieros presenta cumplimiento mensual en indicadores clave como conciliaciones internas, seguimiento de cartera, facturación, informes financieros y conciliaciones con EAPB. La central de costos, uno de los proyectos estructurales, aún se encuentra en proceso de definición, validación y parametrización del sistema; aunque cabe resaltar, que los avances han sido significativos.

RESULTADOS CUANTITATIVOS Y CULITATIVOS PLAN OPERATIVO ANUAL DE INVERSIONES PRIMER SEMESTRE 2025

LINEA ESTRATEGICA	1. Direccionamiento y mejoramiento institucional	44,8%
PROGRAMAS	1.1 Desarrollo organizacional	45,8%
	1.2 Cuidado seguro y humanizado	46%
	1.3 Formulación y ejecución de proyectos estratégicos	44,4%
	1.4 Gestión comunicacional y posición	40,3%
LINEA ESTRATEGICA	2.Transformando la Salud Mental	53,5%
PROGRAMAS	2.1. Prestación de servicios de salud mental	53,1%
	2.2. Transformación y fortalecimiento de la oferta de los servicios	68,9%
	2.3. Red de gestión y apoyo asistencial	48,6%
	2.4. Innovación para la gestión del conocimiento	47,7%
	2.5. Acompañamiento y experiencia del usuario	60,8%
LINEA ESTRATEGICA	3. Sostenibilidad Administrativa y Financiera	43,8%

Calle 38 No 55-310 Bello-Colombia - Teléfono: (604) 4448330
Línea de atención 018000 417474. Nit: 890.905.166-8. www.homo.gov.co

PROGRAMAS	3.1 Gestión legal estratégica	65,4%
	3.2. Desarrollo y bienestar del talento humano	32,8%
	3.3. Administración estratégica: optimización de recursos	39,2%
	3.4. Finanzas sostenibles	71,5%

La ejecución de los recursos por proyectos se realizó así:

PROGRAMA	PROYECTO	ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL AL 2025	SEGUIMIENTO EJECUCIÓN PRESUPUESTAL 2025		ACUMULADO DE EJECUCIÓN
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	
1.1 Desarrollo organizacional	1.1.1 Articulación de los sistemas de gestión	\$ 13.804.313.591	\$ 1.549.938.403	\$ 4.735.382.846	45.5%
	1.1.2 Mejoramiento de la gestión institucional	\$ 67.793.360	\$ 14.237.687	\$ 33.896.680	71.0%
	1.1.3 Fomento la cultura del riesgo	\$ 67.793.360	\$ 14.237.687	\$ 33.896.680	71.0%
1.2. Cuidado seguro y humanizado	1.2.1 Atención segura del paciente	\$ 178.534.800	\$ 37.211.913	\$ 34.471.200	40.2%
	1.2.2 Implementación de la política de humanización del servicio	\$ 40.695.144	\$ 8.846.770	\$ 20.347.572	71.7%
1.3. Formulación y ejecución de proyectos estratégicos	1.3.1 Gestión de contratos interadministrativos	\$ 27.047.086.812	\$ 4.331.151.028	\$ 7.635.076.728	44.2%
	1.3.2 Gestión de proyectos de inversión pública	\$ 123.555.827	\$ 33.131.494	\$ 61.777.914	76.8%
1.4 Gestión comunicacional y posicionamiento	1.4.1 Implementación del plan de mercadeo	\$ 287.130.360	\$ 14.237.687	\$ 80.671.517	33.1%

ento	1.4.2 Fortalecimiento de las comunicaciones e imagen corporativa	\$ 141.997.639	\$ 14.237.687	\$ 33.896.680	71.0%
------	--	----------------	---------------	---------------	-------

PROGRAMA	PROYECTO	POAI 2025	SEGUIMIENTO EJECUCIÓN PRESUPUESTAL 2025		ACUMULACIÓN DE EJECUCIÓN
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	
2.1. Prestación de servicios de salud mental	2.1.1 Fortalecimiento del modelo de atención de la red integrada de salud mental	\$ 21.176.092.258	\$ 18.454.988.806	\$ 6.137.587.981	48.9%
	2.1.2 Fortalecimiento en la prestación de los servicios de salud	\$ 11.643.592.052	\$ 1.914.136.512	\$ 4.667.205.214	56.5%
	2.1.3 Fortalecimiento del plan de gestión asistencial post egreso	\$ 2.031.804.425	\$ 385.776.212	\$ 1.081.255.832	72.2%
2.2. Transformación y fortalecimiento de la oferta de los servicios	2.2.1 Implementación de la Unidad de primer episodio psicótico	\$ 544.759.888	\$ 127.285.941	\$ 259.879.944	71.1%
	2.2.2 Implementación de la Unidad de neuropsicología	\$ 522.921.600	\$ 130.730.400	\$ 217.884.000	66.7%

2.3. Red de gestión y apoyo asistencial	2.3.1 Fortalecimiento del procedimiento de apoyo terapéutico y psicosocial	\$ 752.216.605	\$ 54.796.200	\$ 310.835.804	48.6%
2.4 Innovación para la gestión del conocimiento	2.4.1 Fortalecimiento del centro de investigaciones	\$ 664.107.368	\$ 133.555.975	\$ 189.067.526	48.6%
	2.4.2 Gestión del comité de ética en investigación	\$ 329.143.192	\$ 63.035.799	\$ 74.375.902	41.7%
	2.4.3 Fortalecimiento a la docencia servicio	\$ 73.942.400	\$ 14.387.478	\$ 34.471.200	66.1%
2.5 Acompañamiento y experiencia del usuario	2.5.1 Articulación del usuario y su red de apoyo en el tratamiento	\$ 122.085.432	\$ 26.540.311	\$ 61.042.716	71.7%
	2.5.2 Fortalecimiento de la gestión de las PQRS-F	\$ 284.866.008	\$ 43.883.915	\$ 115.886.684	56.1%

PROGRAMA	PROYECTO	POAI 2025	SEGUIMIENTO EJECUCIÓN PRESUPUESTAL 2025		ACUMULADO EJECUCIÓN
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	
3.1 Gestión legal estratégica	3.1.1 Fortalecimiento de la asesoría jurídica a los procesos institucionales	\$ 658.979.023	\$ 114.201.570	\$ 316.989.512	65.4%

3.2. Desarrollo y bienestar del talento humano	3.2.1 Planificación y desarrollo de la gestión del talento humano	\$ 11.686.468.560	\$ 1.100.856.671	\$ 2.735.345.742	32.8%
	3.2.2 Fortalecimiento de la cultura y clima organizacional	\$ 198.793.360	\$ 21.472.937	\$ 44.896.680	33.4%
3.3. Administración estratégica: optimización de recursos	3.3.1 Gestión integral de la información y documentación	\$ 219.295.144	\$ 8.846.770	\$ 20.347.572	13.3%
	3.3.2 Gestión estratégica de las TICS	\$ 5.395.388.999	\$ 215.484.150	\$ 1.957.838.075	40.3%
3.4. Finanzas sostenibles	3.4.1 Gestión eficiente de los recursos financieros	\$ 5.068.927.451	\$ 1.326.334.097	\$ 2.299.897.960	71.5%
	3.4.2 Implementación de la central de costos	\$ 68.942.400	\$ 14.387.478	\$ 34.471.200	70.9%

Luego de realizar la verificación y análisis presupuestal, se evidencia que la ejecución del Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) corresponde al **47,6%** del total de los recursos asignados, distribuidos de la siguiente manera:

Línea Estratégica 1

Cumplimiento: 44,8%. Se observa un menor avance en el programa 1.4 “Gestión comunicacional y de posicionamiento”, específicamente en el proyecto 1.4.1 “Implementación del plan de mercadeo”. Los recursos de este proyecto están destinados a la adquisición de materiales requeridos por el área de mercadeo, cuya ejecución se realizará de manera progresiva, conforme a las necesidades que se vayan presentando.

Línea Estratégica 2

Cumplimiento: 53,5%. Presenta un adecuado nivel de ejecución presupuestal en la mayoría de sus programas y proyectos, reflejando un avance equilibrado en la aplicación de los recursos asignados.

Calle 38 No 55-310 Bello-Colombia - Teléfono: (604) 4448330
Línea de atención 018000 417474. Nit: 890.905.166-8. www.homo.gov.co

Línea Estratégica 3

Cumplimiento: 43,8%. Se identifican dos situaciones que explican el bajo nivel de ejecución, en el proyecto 3.3.1 “Gestión integral de la información y documentación”, el cumplimiento es del 13,3%, debido a que no se han ejecutado los recursos destinados para el área de sistemas, ya que la implementación de la nueva infraestructura tecnológica se realizó con equipos adquiridos mediante proyectos de inversión pública. En el proyecto 3.2.1 “Planificación y desarrollo de la gestión del talento humano”, se incluyen recursos correspondientes a bonos pensionales y cuotas partes, los cuales no han sido ejecutados en su totalidad. En el proyecto 3.2.2 “Fortalecimiento de la cultura y clima organizacional”, los recursos están destinados a materiales necesarios para la ejecución de actividades programadas, las cuales se desarrollarán en el segundo semestre del año.



Ramón Emilio Acevedo Cardona
Gerente

Revisó:

Duber Mary Velasquez Alzate



Directora técnica de Planeación y Proyectos

Proyectó:

J. Alejandra Arias L.

Jessica Alejandra Arias Loaiza

Profesional contratista

Calle 38 No 55-310 Bello-Colombia - Teléfono: (604) 4448330
Línea de atención 018000 417474. Nit: 890.905.166-8. www.homo.gov.co

Código: CM-CL-FR-02

Versión: 02

Fecha: 30/04/2025

