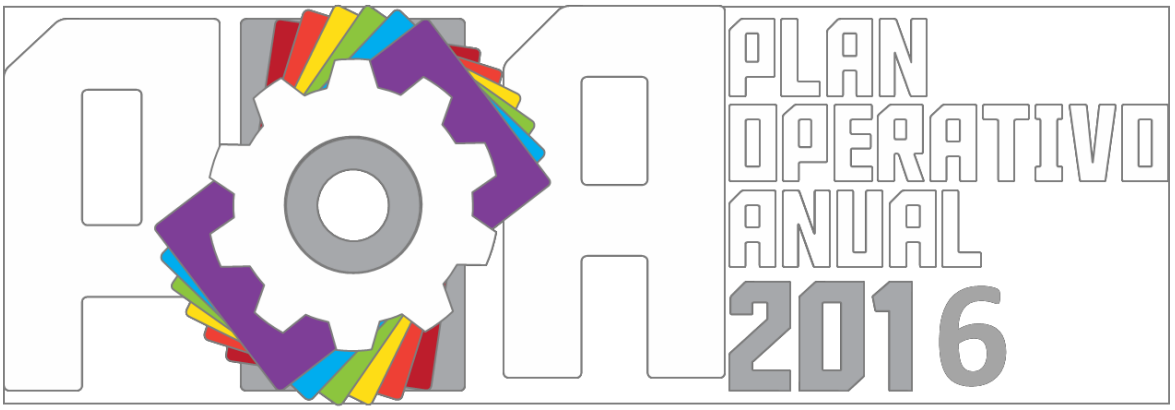
Gerencia de Planificación y Calidad

Unidad de Planificación y Presupuesto

"AÑO DEL DESARROLLO AGROFORESTAL"



INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL (POA)

ENERO – DICIEMBRE 2016

Dirección General:
Chanel Rosa

Coordinación General:
Diana Pérez Rubiera

Coordinación Técnica:
Gennys Azael Lorenzo

Elaboración:
Gennys Azael Lorenzo
Argenis Pérez
Regil Pérez

Fecha elaboración:
Febrero, 2016

Fecha aprobación:
Febrero, 2016

Fecha de publicación:
Febrero, 2016

[Informe de evaluación]

Enero – Diciembre 2016

[GERENCIA DE AFILIACION]

I. Información general

Gerencia u Oficina	Gerencia de Afiliación (GAFI)
Responsable de Gerencia u Oficina	Nicolás Peña
Período monitoreado	Enero – Diciembre 2016
Monitor (a)	Gennys Azael Lorenzo

II. Información Operativa

Actividades	Total
Cantidad actividades POA en el período	330
Actividades completadas	283
Actividades iniciadas no completadas	36
Actividades no iniciadas	11
% ejecución de actividades completadas	85.7%
% ejecución de actividades	94%
Productos	
% de logro de metas de indicadores	78.6%
Calidad de las evidencias (%)	99%

III. Valoraciones de criterios

Criterios	Valoración
1. Pertinencia de la planificación	A
2. Eficacia de la ejecución	A
3. Resultados alcanzados	C
4. Impacto potencial	B
A= Excelente; B= Bueno; C=Regular; D= Insuficiente	

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

Desarrollo de Criterios

1. Pertinencia de la planificación de la Gerencia de Afiliación (GAFI)

Los datos cualitativos de este informe fueron levantados en visita de evaluación realizada el día 17 de enero de 2017. Los resultados obtenidos por la Gerencia de Afiliación durante el periodo enero– diciembre 2016, se alinean las actividades programadas.

Un proyecto no programado que involucró grandes esfuerzos por la gerencia y la institución en general, fue el de la entrada de la Policía Nacional, donde más de 60,000 afiliados se traspasaron a SeNaSa por una decisión administrativa.

2. Eficacia de la ejecución

Para el 2016, esta gerencia planificó la implementación de un total de 330 actividades, de las cuales 283 fueron completadas. El nivel de ejecución general de las actividades fue de 94%. La descomposición de actividades por resultados operativos, se presenta a continuación:

Cuadro No. 1
Resultados de la Gerencia de Afiliación

Resultados	Cantidad de actividades	Porcentaje de ejecución
Fortalecida la gestión de afiliación de los diferentes regímenes y planes de salud	60	98
Fortalecida la gestión institucional	40	97
Incrementada en 18,000 la cartera de los Planes Alternativos de Salud	20	88
Incrementada en 250,000 la cartera de afiliados del Régimen Subsidiado	115	94
Incrementada en 40,000 la cartera de afiliados al Régimen Contributivo	70	91
Mantenida en 10,567 afiliados del Plan Especial para pensionados y jubilados	25	99
Total	330	94

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

Cuadro No. 2
Resultados de la Gerencia de Afiliación

Resultado	1T	2T	3T	4T	Total
Fortalecida la gestión de afiliación de los diferentes regímenes y planes de salud	100	94	99	99	98
Fortalecida la gestión institucional	100	100	99	90	97
Incrementada en 18,000 la cartera de los Planes Alternativos de Salud	88	100	77	82	88
Incrementada en 250,000 la cartera de afiliados del Régimen Subsidiado	95	96	100	88	94
Incrementada en 40,000 la cartera de afiliados al Régimen Contributivo	82	95	87	98	91
Mantenida en 10,567 afiliados del Plan Especial para pensionados y jubilados	100	100	100	97	99
Total	94	96	95	92	94

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

3. Resultados

El desempeño de los indicadores del POA alcanzaron una ejecución de 78.6%, los cuales fueron impactado por los siguientes motivos:

- Rezago en el alcance de la meta de afiliación en los Planes Alternativos de Salud;
- La caída de la cartera del Régimen Subsidiado por baja por mayoría de edad, cambio de régimen, reducción del potencial de captación de potenciales afiliados y agotamiento de algunos nichos de captación.
- Limitaciones en la implementación de las acciones correctivas en los tiempos establecidos.

DESEMPEÑO OPERATIVO GERENCIA DE AFILIACION
EVALUACION ENERO – DICIEMBRE, 2016

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Incremento de la Cartera de Afiliado	Fortalecida la gestión de afiliación de los diferentes regímenes y planes de salud	% De carnets de Planes Complementarios entregados antes del inicio de la vigencia de la cobertura	0	95%	92%	97%	1
Incremento de la Cartera de Afiliado	Fortalecida la gestión de afiliación de los diferentes regímenes y planes de salud	% De efectividad en la gestión de procesamiento de la novedades de captación de afiliados	0	98%	99%	101%	1
Incremento de la Cartera de Afiliado	Fortalecida la gestión de afiliación de los diferentes regímenes y planes de salud	% De expedientes de afiliados del Régimen Contributivo completos	0	32%	30%	94%	1
Incremento de la Cartera de Afiliado	Fortalecida la gestión de afiliación de los diferentes regímenes y planes de salud	% de las facturas de los Planes Complementarios entregadas a más tardar el día 20 de cada mes.	0	90%	85%	105%	1

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Incremento de la Cartera de Afiliado	Fortalecida la gestión institucional	% De No Conformidades del Sistema de Gestión de Calidad solucionados en el tiempo establecido	0	1	N/A	N/A	N/A
Incremento de la Cartera de Afiliado	Fortalecida la gestión de afiliación de los diferentes regímenes y planes de salud	% De registros actualizados	0	95%	85%	90%	1
Incremento de la Cartera de Afiliado	Fortalecida la gestión de afiliación de los diferentes regímenes y planes de salud	Cantidad de días laborables para la entrega de los carnet del Régimen Contributivo	0	5	3.96	126%	1
Incremento de la Cartera de Afiliado	Incrementada en 18,000 la cartera de los Planes Alternativos de Salud	Cantidad de nuevos afiliados a los Planes Alternativos de Salud	0	18,000	5,416	30%	0
Incremento de la Cartera de Afiliado	Incrementada en 40,000 la cartera de afiliados al Régimen Contributivo	Cantidad de nuevos afiliados al Régimen Contributivo	0	40,000	73,467	184%	1
Incremento de la Cartera de Afiliado	Incrementada en 250,000 la cartera de afiliados del Régimen Subsidiado	Cantidad de nuevos afiliados en el Régimen Subsidiado	0	250,000	29,693	12%	0
Incremento de la Cartera de Afiliado	Mantenida en 10,567 afiliados del Plan Especial para pensionados y jubilados	Cantidad de Pensionados y Jubilados afiliados	0	10,567	9,495	90%	1
Incremento de la Cartera de Afiliado	Incrementada en 40,000 la cartera de afiliados al Régimen Contributivo	Relación de dependencia en el Régimen Contributivo	0	1.11	1.04	93%	1
Incremento de la Cartera de Afiliado	Fortalecida la gestión de afiliación de los diferentes regímenes y planes de salud	Tasa de rechazo del Régimen Contributivo	0	9%	9%	97%	1
Incremento de la Cartera de Afiliado	Fortalecida la gestión de afiliación de los diferentes regímenes y planes de salud	Tasa de rechazo del Régimen Subsidiado	0	16%	18%	89%	1
Incremento de la Cartera de Afiliado	Fortalecida la gestión institucional	% De acciones correctivas implementadas en el tiempo establecido	0	90%	64%	71%	0
Porcentaje de cumplimiento de metas de indicadores del POA							78.6%

Impacto potencial

De acuerdo a los resultados de la evaluación del año 2016, los indicadores del POA de la Gerencia de Afiliación y logros exhibidos de gestión, presentan un buen impacto en la población.

- Haber superado los 600 mil afiliados del Régimen Contributivo, derivado de la captación de 73,467 nuevos afiliados, excluyendo la Policía Nacional.
- Logrado amortiguar la salida masiva por mayoría de edad y cambio de régimen y adicional, incorporar 29,693 nuevos afiliados en el Régimen Subsidiado.
- Aumento de la cartera de los Planes Complementarios en 5,416 nuevos afiliados.

No obstante, se requiere de una reingeniería en la definición e implementación de las estrategias de afiliación del Régimen Subsidiado, a fin de alcanzar los resultados esperados, ya que el mismo está en una etapa de agotamiento residual y limitaciones en la definición y la actualización de perfiles de pobreza impacta desfavorablemente en la fluidez de la afiliación.

Por un lado, el abordaje de penetración a los nichos del Régimen Contributivo y los Planes Complementarios demanda alianzas con el sector público para aprovechar el mercado.

[Informe de Evaluación]

Enero – Diciembre 2016

[GERENCIA DE ATENCION AL USUARIO]

I. Información general

Gerencia u Oficina	Gerencia de Atención al Usuario
Responsable de Gerencia u Oficina	Ilia E. Vásquez Cabrera
Período monitoreado	Enero – Diciembre 2016
Monitor (a)	Argenis Pérez

II. Información Operativa

Actividades	Total
Cantidad actividades POA en el período	138
Actividades completadas	124
Actividades iniciadas no completadas	2
Actividades no iniciadas	12
% ejecución de actividades completadas	89.8%
% ejecución de actividades	91.2%
Productos	
% de logro de metas de indicadores	75.0%
Calidad de las evidencias (%)	99%

III. Valoraciones de criterios

Criterios	Valoración
1. Pertinencia de la planificación	A
2. Eficacia de la ejecución	A
3. Resultados alcanzados	C
4. Impacto potencial	B
A= Excelente; B= Bueno; C=Regular; D= Insuficiente	

Fuente: Elaborado por G-Plan, Enero 2017.

Desarrollo de Criterios

IV. Pertinencia de la planificación

Esta evaluación fue realizada el día 20 de enero de 2017. Los resultados de la evaluación de la Gerencia de Atención al Usuario durante el periodo enero – diciembre del presente año 2016, guardan coherencia con las actividades programadas.

V. Eficacia de la ejecución

Durante el periodo, la Gerencia de Atención al Usuario, de un total de 138 actividades, alcanzó cerrar 124 actividades con evidencias, 2 actividades no completadas y 12 no iniciadas. La GSAU obtuvo un nivel de ejecución de 91.2% en el año.

Cuadro No. 1
Resultados de la Gerencia de Atención al Usuario

Resultados	Cantidad de actividades	Porcentaje de ejecución
Aumentar la satisfacción de los usuarios con los servicios de atención al usuario	126	92
Desplegado un modelo de excelencia en la gestión	12	83
Total	138	91

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

Cuadro No. 2
Resultados de la Gerencia de Atención al Usuario

RESULTADO	1T	2T	3T	4T	Total
Aumentar la satisfacción de los usuarios con los servicios de atención al usuario	100	97	90	81	92
Desplegado un modelo de excelencia en la gestión	100	100	100	33	83
Total general	100	97	91	76	91

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

VI. Resultados

En cuanto a la medición de los 8 indicadores durante el periodo, se obtuvo el 75.0%, debido a que 2 indicadores no alcanzaron las metas establecidas durante el periodo:

- Tiempo promedio en minutos que los usuarios permanecen en los centros de contacto directo.
- % de requerimientos de los prestadores respondidos en los tiempos establecidos

DESEMPEÑO OPERATIVO EVALUACION ENERO - DICIEMBRE 2016

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Gestión de atención al usuario	Aumentar la satisfacción de los usuarios con los servicios de atención al usuario	% de cumplimiento de los indicadores del Sistema de Monitoreo y Evaluación de Requerimientos	0	93%	92%	101%	1
Gestión de atención al usuario	Aumentar la satisfacción de los usuarios con los servicios de atención al usuario	% de llamadas respondidas en el Centro de Llamadas	25	95%	99%	104%	1
Gestión de atención al usuario	Aumentar la satisfacción de los usuarios con los servicios de atención al usuario	% de llamadas respondidas en el Centro de Llamadas Atención al Prestador	0	88%	85%	96%	1
Gestión de atención al usuario	Aumentar la satisfacción de los usuarios con los servicios de atención al usuario	% de No conformidades del SGC solucionados en el tiempo establecido.	0	100%	0%	N/A	N/A
Gestión de atención al usuario	Aumentar la satisfacción de los usuarios con los servicios de atención al usuario	% de satisfacción de los afiliados con los servicios de atención al usuario	0	95%	0%	N/A	N/A
Gestión de atención al usuario	Aumentar la satisfacción de los usuarios con los servicios de atención al usuario	% requerimientos de los prestadores respondidos en los tiempos establecidos	95	90%	68%	76%	0
Gestión de atención al usuario	Desplegado un modelo de excelencia en la gestión	% requerimientos de los usuarios respondidos en los tiempos establecidos	100	92%	86%	94%	1
Gestión de atención al usuario	Aumentar la satisfacción de los usuarios con los servicios de atención al usuario	% satisfacción de los prestadores con los servicios recibidos en el área de atención	93	95%	0%	N/A	N/A
Gestión de atención al usuario	Desplegado un modelo de excelencia en la gestión	Cantidad de documentos revisados y actualizados	78	1.00	1.00	100%	1
Gestión de atención al usuario	Desplegado un modelo de excelencia en la gestión	Cantidad de planes de acción para el tratamiento de los riesgos	0	90%	90%	100%	1
Gestión de atención al usuario	Desplegado un modelo de excelencia en la gestión	Tiempo promedio en minutos que los usuarios permanecen en los Centros de Contacto Directo	0	19.00	23.92	79%	0
Porcentaje de cumplimiento de metas de indicadores del POA							75.0%

Impacto potencial

En los resultados obtenidos producto de la evaluación de las actividades e indicadores del POA de la Gerencia de Atención al Usuario, se observa un nivel de ejecución del 75.0% en los indicadores; mientras que en las actividades un 91.2%. Con estos resultados, dicha gerencia tendrá que dirigir acciones a fortalecer los resultados que se encuentran rezagados como: *Tiempo promedio en minutos que los usuarios permanecen en los Centros de Contacto Directo, % requerimientos de los prestadores respondidos en los tiempos establecidos.*

[Informe de Evaluación]

Enero – Diciembre 2016

[GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD]

I. Información general

Gerencia u Oficina	Gerencia de Servicios de Salud
Responsable de Gerencia u Oficina	Bernardo Matías
Período monitoreado	Enero – Diciembre 2016
Monitor (a)	Gennys Azael Lorenzo

II. Información Operativa

Actividades	Total
Cantidad actividades POA en el período	788
Actividades completadas	748
Actividades iniciadas no completadas	20
Actividades no iniciadas	20
% ejecución de actividades completadas	94.9%
% ejecución de actividades	97%
Productos	
% de logro de metas de indicadores	42.1%
Calidad de las evidencias (%)	97%

III. Valoraciones de criterios

Criterios	Valoración
1. Pertinencia de la planificación	B
2. Eficacia de la ejecución	A
3. Resultados alcanzados	D
4. Impacto potencial	C
A= Excelente; B= Bueno; C=Regular; D= Insuficiente	

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

IV. Desarrollo de Criterios

1. Pertinencia de la planificación

Los datos cualitativos fueron levantados en visita de la GPLA el día 13 de enero de 2017. En los mismos se observa un buen nivel de ejecución de las actividades programadas. Sin embargo, los resultados alcanzados no se corresponden con el esfuerzo realizado. Se observa una brecha significativa entre ejecución de actividades y logro de resultados.

2. Eficacia de la ejecución

Para el 2016 la GSS formuló 788 actividades, de las cuales 748 actividades fueron completadas, 20 que no fueron completadas e igual número no se realizaron. Esto representa un nivel de ejecución de las actividades de 97%.

Cuadro No. 1

Nivel de Ejecución de Actividades según Resultados Operativos

Resultados	Cantidad de actividades	Porcentaje de ejecución
Afiliados del Régimen Contributivo y Planes integrados en programas de seguimiento según grupos de riesgos y rutas de atención.	109	97
Afiliados del Régimen Subsidiado integrados en programas de seguimiento según grupos de riesgos y rutas de atención.	68	92
Alineados los procesos de salud en relación con la mejora continua y la excelencia	107	95
El Gasto en Salud se disminuye en los Regímenes Contributivo y Subsidiado	106	96
Fortalecido el Sistema de Autorizaciones médicas orientado a un modelo de gestión de riesgos y salud preventiva	112	98
Garantizado el acceso a los servicios odontológicos de los afiliados del Régimen Subsidiado	19	100
Implementado el Modelo de Auditoría orientado a la mejora de la calidad de los servicios y la gestión del riesgo en salud	152	97
La Red de Prestadores de SeNaSa se reorganiza y reclasifica en base a criterios de administración de riesgos y competitividad	115	98
Total	788	97%

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

Nivel de Ejecución de Actividades según Resultados Operativos y Trimestre

Resultados	1T	2T	3T	4T	Total general
Afiliados del Régimen Contributivo y Planes integrados en programas de seguimiento según grupos de riesgos y rutas de atención.	93	100	99	95	97
Afiliados del Régimen Subsidiado integrados en programas de seguimiento según grupos de riesgos y rutas de atención.	76	95	94	100	92
Alineados los procesos de salud en relación con la mejora continua y la excelencia	79	97	97	100	95
El Gasto en Salud se disminuye en los Regímenes Contributivo y Subsidiado	87	99	99	95	96
Fortalecido el Sistema de Autorizaciones médicas orientado a un modelo de gestión de riesgos y salud preventiva	100	100	96	93	98
Garantizado el acceso a los servicios odontológicos de los afiliados del Régimen Subsidiado	100	100	100		100
Implementado el Modelo de Auditoría orientado a la mejora de la calidad de los servicios y la gestión del riesgo en salud	94	100	100	98	97
La Red de Prestadores de SeNaSa se reorganiza y reclasifica en base a criterios de administración de riesgos y competitividad	96	100	96	100	98
Total general	92	99	97	97	97

3. Resultados

Los 17 indicadores que aplicaban para medirse en el año, alcanzaron un nivel de ejecución de 42.1%. El detalle de los resultados de los indicadores del POA, se presentan en la siguiente tabla:

GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD EVALUACION ENERO - DICIEMBRE 2016

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Fortalecido el Sistema de Autorizaciones médicas orientado a un modelo de gestión de riesgos y salud preventiva	% autorizaciones emitidas a través de las vías alternas al Centro de Llamadas.	0	70%	64%	91%	1
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Fortalecido el Sistema de Autorizaciones médicas orientado a un modelo de gestión de riesgos y salud preventiva	% de afiliados con patología de Alto Costo identificados vía autorizaciones insertados en grupos de riesgos.	0	20%	1%	5.8%	0
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Fortalecido el Sistema de Autorizaciones médicas orientado a un modelo de gestión de riesgos y salud preventiva	% de llamadas atendidas en el Centro de Autorizaciones.	0	90%	76%	84.3%	0
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Fortalecido el Sistema de Autorizaciones médicas orientado a un modelo de gestión de riesgos y salud preventiva	% de servicios parametrizados conforme a política definida.	0	90%	100%	111.1%	1
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Afiliados del Régimen Contributivo y Planes integrados en programas de seguimiento según grupos de riesgos y rutas de atención.	% de afiliados crónicos del Régimen Contributivo integrados en programas de seguimiento.	0	100,000	687	0.7%	0
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Afiliados del Régimen Contributivo y Planes integrados en programas de seguimiento según grupos de riesgos y rutas de atención.	% de afiliados sanos del Régimen Contributivo integrados en programas de salud familiar.	0	17%	0%	0.0%	0

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Afiliados del Régimen Subsidiado integrados en programas de seguimiento según grupos de riesgos y rutas de atención.	% de afiliados crónicos del Régimen Subsidiado integrados en programas de seguimiento	0	17%	11%	64.0%	0
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Garantizado el acceso a los servicios odontológicos de los afiliados del Régimen Subsidiado	% de afiliados del Régimen Subsidiado que recibieron servicios odontológicos por primera vez	0	50%	0%	N/A	N/A
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Afiliados del Régimen Subsidiado integrados en programas de seguimiento según grupos de riesgos y rutas de atención.	% de afiliados identificados con patologías crónicas (hipertensión y diabetes) recibiendo regularmente los medicamentos prescritos Contributivo.	0	17%	2%	12.0%	0
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Afiliados del Régimen Contributivo y Planes integrados en programas de seguimiento según grupos de riesgos y rutas de atención.	% de afiliados del Régimen Contributivo identificados con patologías crónicas (hipertensión y diabetes) recibiendo los medicamentos Prescritos.	0	17%	0%	0.0%	0
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Afiliados del Régimen Subsidiado integrados en programas de seguimiento según grupos de riesgos y rutas de atención.	% de afiliados sanos integrados en programas de salud familiar.	0	17%	0%	0.5%	0
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Implementado el Modelo de Auditoría orientado a la mejora de la calidad de los servicios y la gestión del riesgo en salud	% de cumplimiento del Plan de Implementación del Nuevo Modelo de Auditoría de los servicios de salud.	0	85%	92%	107.8%	1

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	La Red de Prestadores de SeNaSa se reorganiza y reclasifica en base a criterios de administración de riesgos y competitividad	% de Prestadoras de Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención y Modelo Empaquetado, que cumple con los criterios establecidos en el Nuevo Modelo de Contrato	0	95%	48%	50.0%	0
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	La Red de Prestadores de SeNaSa se reorganiza y reclasifica en base a criterios de administración de riesgos y competitividad	% de prestadores de servicios de salud clasificados en base a criterios de grupos de riesgos y ruta de atención	0	60%	60%	100.0%	1
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	La Red de Prestadores de SeNaSa se reorganiza y reclasifica en base a criterios de administración de riesgos y competitividad	% de PSS condicionados, que han implementado sus planes de mejora.	0	100%	100%	100.0%	1
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	La Red de Prestadores de SeNaSa se reorganiza y reclasifica en base a criterios de administración de riesgos y competitividad	% de PSS implementando acciones o planes de mejora a partir de hallazgos de auditorías	0	90%	64%	N/A	N/A
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	El Gasto en Salud se disminuye en los Regímenes Contributivo y Subsidiado	% del gasto en salud por regímenes y planes	0	88%	95%	92.6%	1
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Alineados los procesos de salud en relación con la mejora continua y la excelencia	% implementación del Plan de Mejora para la Excelencia.	0	85%	77%	90.7%	1
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Afiliados del Régimen Subsidiado integrados en programas de seguimiento según	Cantidad de afiliados del Régimen Contributivo mayores de 18	0	26,833	9,657	36.0%	0

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
	grupos de riesgos y rutas de atención.	años de edad con su ficha epidemiológica elaborada.					
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Afiliados del Régimen Subsidiado integrados en programas de seguimiento según grupos de riesgos y rutas de atención.	Cantidad de afiliados del Régimen Subsidiado mayores de 18 años de edad con su ficha epidemiológica elaborada.	0	135,500	61,946	45.7%	0
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	La Red de Prestadores de SeNaSa se reorganiza y reclasifica en base a criterios de administración de riesgos y competitividad	Índice de brechas de la Red de Prestadores de SeNaSa respecto a la competencia en el Régimen Contributivo.	0	11%	11%	102.0%	1
Porcentaje de cumplimiento de metas de indicadores del POA							42.1%

4. Impacto potencial

De acuerdo a los resultados de la evaluación del 2016, la Gerencia de Servicios de Salud, estuvo rezagada en los objetivos de mayor impacto social, los cuales constituyen el centro de la estrategia institucional para el 2016. Por decir algo: Ninguno de los indicadores relacionados con Prevención y Promoción alcanzaron sus metas. Asimismo, la siniestralidad presenta resultados superiores a los esperados y a los niveles propicios para la sostenibilidad financiera.

[Informe de Evaluación]

Enero – Diciembre 2016

[GERENCIA DE TECNOLOGIA E INFORMATICA]

I. Información general

Gerencia u Oficina	Gerencia de Tecnología e Informática
Responsable de Gerencia u Oficina	Carmen Cesarina Rosell García
Período monitoreado	Enero – Diciembre 2016
Monitor (a)	Gennys Azael Lorenzo

II. Información Operativa

Actividades	Total
Cantidad actividades POA en el período	437
Actividades completadas	416
Actividades iniciadas no completadas	4
Actividades no iniciadas	17
% ejecución de actividades completadas	95.1%
% ejecución de actividades	96%
Productos	
% de logro de metas de indicadores	72.2%
Calidad de las evidencias (%)	90%

III. Valoraciones de criterios

Criterios	Valoración
1. Pertinencia de la planificación	A
2. Eficacia de la ejecución	A
3. Resultados alcanzados	C
4. Impacto potencial	B
A= Excelente; B= Bueno; C=Regular; D= Insuficiente	

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

IV. Desarrollo de Criterios

1. Pertinencia de la planificación

Esta evaluación fue realizada el día 13 de enero de 2017. Los resultados obtenidos por la Gerencia de Tecnología e Informática durante el periodo enero – diciembre 2016, tienen correspondencias con las actividades planificadas en el POA.

2. Eficacia de la ejecución

Durante el periodo esta Gerencia, planificó la implementación de un total de 437 actividades, de las cuales 416 actividades fueron completadas, para una ejecución del 95.1%. Se observa que 17 actividades no iniciadas y 4 no concluidas. El nivel de ejecución global de las actividades fue de 96%. Las actividades están agrupadas en 10 resultados operativos, distribuidos como sigue a continuación:

Cuadro No. 1
Resultados de la Gerencia de Tecnología e Informática

Resultados	Cantidad de actividades	Porcentaje de ejecución
Determinadas las bases para asegurar la disponibilidad de los servicios de IT	3	33
Implementada la calidad del servicio de IT	14	100
Implementadas las medidas y determinadas la bases para garantizar la seguridad de la información	24	81
Implementadas las mejoras a la infraestructura	32	95
Implementados los proyectos de innovación tecnológica de la institución	4	25
Implementados los sistemas de información y establecidas las bases para garantizar la integridad, confidencialidad y confiabilidad de la información	7	100
Mejorada la calidad de los sistemas de información	165	100
Realizado el backup a la información institucional	5	100
Realizados los mantenimientos preventivo a la infraestructura de IT	64	100
Requerimientos respondidos en el tiempo establecido	119	94
Total	437	96

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

3. Resultados

El resultado de medición de los indicadores fue de un 72.2%, los cuales se afectaron por el bajo desempeño de 5 de sus indicadores, los cuales están relacionados con:

- *Implementación de Data Center;*
- *% Implementación Nuevo Modelo de Seguridad de Sistemas;*
- *Cumplimiento a la ejecución de la implementación del nuevo ERP;*
- *Cumplimiento a la ejecución de los proyectos.*
- *% Implementación Herramientas de Seguridad de la Información.*

GERENCIA DE TECNOLOGIA INFORMATICA EVALUACION ENERO – DICIEMBRE 2016

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Consolidación de tecnología de la información	Mejorada la calidad de los sistemas de información	% Cumplimiento de Requerimientos de Implementación de Nuevas	0	90%	97%	108%	1

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
		Funcionalidades para los sistemas de información					
Consolidación de tecnología de la información	Mejorada la calidad de los sistemas de información	% Cumplimiento de Requerimientos de Implementación de Nuevos Servicios para los sistemas de información	0	92%	96%	105%	1
Consolidación de tecnología de la información	Mejorada la calidad de los sistemas de información	% Cumplimiento de Requerimientos de Mejoras de Funcionalidades de los Sistemas de información	0	90%	97%	108%	1
Consolidación de tecnología de la información	Requerimientos respondidos en el tiempo establecido	% Cumplimiento de Requerimientos No Programados	0	83%	97%	117%	1
Consolidación de tecnología de la información	Fortalecida la gestión institucional	% de cumplimiento a la ejecución de la implementación del nuevo ERP	0	47%	34%	73%	0
Consolidación de tecnología de la información	Implementados los sistemas de información y establecidas las bases para garantizar la integridad, confidencialidad y confiabilidad de la información	% de cumplimiento de las Implementaciones de Mejoras Programadas	0	98%	98%	100%	1
Consolidación de tecnología de la información	Implementadas las mejoras a la infraestructura	% de cumplimiento de los backup de la información institucional	0	100%	100%	100%	1
Consolidación de tecnología de la información	Realizado el backup a la información institucional	% de cumplimiento de los planes de mantenimiento de la plataforma tecnológica	0	95%	98%	103%	1
Consolidación de tecnología de la información	Realizados los mantenimientos preventivo a la infraestructura de IT	% de cumplimiento de los procesos de prueba de recuperación de respaldo de información programados para el año.	0	N/A	N/A	N/A	n/A
Consolidación de tecnología de la información	Realizado el backup a la información institucional	% de cumplimiento del Plan de Migración	0	N/A	N/A	N/A	n/A
Consolidación de tecnología de la información	Disminuido el riesgo operacional de la Base de Datos por	% de disponibilidad de los sistemas de información	0	98%	98%	100%	1

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
	obsolescencia						
Consolidación de tecnología de la información	Determinadas las bases para asegurar la disponibilidad de los servicios de IT	% de implementación de Data Center	0	100%	82%	82%	0
Consolidación de tecnología de la información	La infraestructura de IT cuenta con las políticas, estándares y buenas prácticas implementados para garantizar la continuidad del servicio.	% de implementación de la gestión de los servicios de IT	0	100%	100%	100%	1
Consolidación de tecnología de la información	Implementada la calidad del servicio de IT	% de implementación de las Áreas de Servicio IT y Gestión de Proyectos	0	100%	100%	100%	1
Consolidación de tecnología de la información	Implementada la calidad del servicio de IT	% de incidencias resueltas según tiempo en mesa de ayuda	0	95%	90%	94%	1
Consolidación de tecnología de la información	Requerimientos respondidos en el tiempo establecido	% de Incidentes Producidos por Cambios en los sistemas de información	0	5%	2%	228%	1
Consolidación de tecnología de la información	Implementadas las medidas y determinadas la bases para garantizar la seguridad de la información	% Implementación Herramientas de Seguridad de la Información	0	61%	7%	12%	0
Consolidación de tecnología de la información	Implementadas las medidas y determinadas la bases para garantizar la seguridad de la información	% Implementación Nuevo Modelo de Seguridad de Sistemas	0	39%	24%	60%	0
Consolidación de tecnología de la información	Mejorada la calidad de los sistemas de información	% No Conformidades del Sistema de Gestión de Calidad Solucionadas en el tiempo establecido	0	1	1	100%	1
Consolidación de tecnología de la información	Implementados los proyectos de innovación tecnológica de la institución	% de cumplimiento a la ejecución de los proyectos programados para el año	0	90%	73%	81%	0
Porcentaje de cumplimiento de metas de indicadores del POA							72.2%

Impacto potencial

De acuerdo a los resultados producto de la evaluación del año 2016 respecto a los indicadores del POA de la Gerencia de Tecnología e Información, y logros exhibidos de gestión presentan un gran potencial para la gestión institucional. No obstante, es necesario el refortalecimiento de las estrategias a fin de alcanzar niveles apropiados en las metas de los indicadores asociados al cierre de los proyectos iniciados en el 2017 de alto impacto para la institución.

[Informe de Evaluación]

Enero – Diciembre 2016

[GERENCIA DE PLANIFICACION Y CALIDAD]

I. Información general

Gerencia u Oficina	Gerencia de Planificación y Calidad
Responsable de Gerencia u Oficina	Diana Pérez R.
Período monitoreado	Enero – Diciembre 2016
Monitor (a)	Gennys Azael Lorenzo

II. Información Operativa

Actividades	Total
Cantidad actividades POA en el período	362
Actividades completadas	286
Actividades iniciadas no completadas	23
Actividades no iniciadas	53
% ejecución de actividades completadas	79.1%
% ejecución de actividades	84%
Productos	
% de logro de metas de indicadores	94.1%
Calidad de las evidencias (%)	98%

III. Valoraciones de criterios

Criterios	Valoración
1. Pertinencia de la planificación	A
2. Eficiencia de la ejecución	A
3. Eficacia de la ejecución	A
4. Resultados alcanzados	C
5. Impacto potencial	B
A= Excelente; B= Bueno; C=Regular; D= Insuficiente	

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

IV. Desarrollo de Criterios

1. Pertinencia de la planificación de la Gerencia de Afiliación (GAFI)

   Esta evaluación fue realizada el día 18 de enero de 2017. Los resultados obtenidos por la Gerencia de Planificación y Calidad durante el periodo enero – diciembre, tienen correspondencias con las actividades planificadas en el POA.

2. Eficacia de la ejecución

   Durante el periodo esta Gerencia, planificó la implementación de un total de 362 actividades, de las cuales 286 actividades fueron completadas, para una ejecución del 79.1%. El nivel general de ejecución fue de 84%.

Cuadro No. 1
Resultados de la Gerencia de Planificación y Calidad

Resultados	Cantidad de actividades	Porcentaje de ejecución
Desplegado un modelo de excelencia en la gestión	93	79
Fortalecidas las capacidades tecnológicas, técnicas y humanas del Sistema Integral de Estadística (SIE)	49	79
Implantada una cultura de proyectos basada en metodologías afianzadas en las mejores prácticas de gestiones públicas y privadas internacionales	24	100
Implementado el Sistema de Monitoreo a la Calidad del Servicio (SIMOCASER)	32	83
Instalado e implementado un Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación de la Planificación (SIFOMEP), basado en el diseño ampliado, seguimiento estandarizado y una evaluación minuciosa del desempeño institucional.	93	95
Mejorada la gestión de costos operativos mediante la instalación del Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación Presupuestaria Institucional (SIFOMEPI).	37	70
Piloteado el Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación del Plan de Compras (SIFOME- PACC).	19	64
Piloteado el Sistema de Monitoreo de Entorno Institucional (SIMOEI) que revele el comportamiento de los ámbitos y actores de interés de SENASA y de los sectores salud y seguridad social.	15	100
Total	362	84

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

Cuadro No.2
Resultados de la Gerencia de Planificación y Calidad

Resultados	1T	2T	3T	4T	Total
Desplegado un modelo de excelencia en la gestión	98	98	51	73	79
Fortalecidas las capacidades tecnológicas, técnicas y humanas del Sistema Integral de Estadística (SIE)	100	78	71	74	79
Implantada una cultura de proyectos basada en metodologías afianzadas en las mejores prácticas de gestiones públicas y privadas internacionales	100	100	100	100	100
Implementado el Sistema de Monitoreo a la Calidad del Servicio (SIMOCASER)	100	99	98	55	83
Instalado e implementado un Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación de la Planificación (SIFOMEP), basado en el diseño ampliado, seguimiento estandarizado y una evaluación minuciosa del desempeño institucional.	100	92	99	93	95
Mejorada la gestión de costos operativos mediante la instalación del Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación Presupuestaria Institucional (SIFOMEPI).	100	100	91	0	70
Piloteado el Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación del Plan de Compras (SIFOME- PACC).		96	90	0	64
Piloteado el Sistema de Monitoreo de Entorno Institucional (SIMOEI) que revele el comportamiento de los ámbitos y actores de interés de SENASA y de los sectores salud y seguridad social.		100	100	100	100
Total general	99	95	80	73	84

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

3. Resultados

El resultado de los indicadores fue de 94.1%, siendo afectado por:

% de colaboradores que se ha capacitado y entrenado en nuevas herramientas de calidad implementadas.

El resultado de los indicadores del POA, se presentan en la siguiente tabla:

GERENCIA DE PLANIFICACION Y CALIDAD EVALUACION ENERO – DICIEMBRE 2016

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Instalado e implementado un Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación de la Planificación (SIFOMEP), basado en el diseño ampliado, seguimiento estandarizado y una evaluación minuciosa del desempeño institucional.	% de cumplimiento de las metas del POA	0	85%	88%	103%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Instalado e implementado un Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación de la Planificación (SIFOMEP), basado en el diseño ampliado, seguimiento estandarizado y una evaluación minuciosa del Desempeño institucional.	% de gerencias que realizan su seguimiento, monitoreo y evaluación en los tiempos establecidos	0	95%	98%	103%	1

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	jecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Instalado e implementado un Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación de la Planificación (SIFOMEP), basado en el diseño ampliado, seguimiento estandarizado y una evaluación minuciosa del desempeño institucional.	Índice de Planificación	0	8%	8%	94%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Instalado e implementado un Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación de la Planificación (SIFOMEP), basado en el diseño ampliado, seguimiento estandarizado y una evaluación minuciosa del desempeño institucional.	% de cumplimiento Plan de Trabajo diseño del Plan Estratégico	0	83%	97%	117%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Mejorada la gestión de costos operativos mediante la instalación del Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación Presupuestaria Institucional (SIFOMEPI).	% de ejecución presupuestaria	0	100%	90%	90%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Mejorada la gestión de costos operativos mediante la instalación del Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación Presupuestaria Institucional (SIFOMEPI).	% de reportes e informes de ejecución presupuestaria realizados a tiempo	0	96%	100%	104%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Mejorada la gestión de costos operativos mediante la instalación del Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación Presupuestaria Institucional (SIFOMEPI).	% de implementación del Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación Presupuestaria Institucional	0	8%	11%	133%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Piloteado el Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación del Plan de Compras (SIFOME- PACC).	% de ejecución del PACC	0	80%	80%	100%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Piloteado el Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación del Plan de Compras (SIFOME- PACC).	% de reportes e informes de ejecución del PACC realizados a tiempo	0	100%	100%	100%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Piloteado el Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación del Plan de Compras (SIFOME- PACC).	Tiempo de ciclo de compras/1	0	48%	0%	N/A	N/A
Consolidado del Sistema de Gestión de	Piloteado el Sistema de Formulación, Monitoreo y Evaluación del Plan de	Tiempo de despacho las compras/2	0	30%	27%	N/A	N/A

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	jecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Calidad	Compras (SIFOME- PACC).						
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Piloteado el Sistema de Monitoreo de Entorno Institucional (SIMOEI) que revele el comportamiento de los ámbitos y actores de interés de SENASA y de los sectores salud y seguridad social.	Cantidad de reportes de monitoreo de entorno elaborados	0	100%	12	12	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Fortalecidas las capacidades tecnológicas, técnicas y humanas del Sistema Integral de Estadística (SIE)	Cantidad de documentos estadísticos elaborados en los tiempos establecidos	0	87	81	93%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Fortalecidas las capacidades tecnológicas, técnicas y humanas del Sistema Integral de Estadística (SIE)	% de requerimientos de informaciones estadísticas entregada en los 5 días o menos	0	95%	100%	105%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Implantada una cultura de proyectos basada en metodologías afianzadas en las mejores prácticas de gestiones públicas y privadas internacionales	Cantidad de proyectos diseñados	0	4	10	257%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Implantada una cultura de proyectos basada en metodologías afianzadas en las mejores prácticas de gestiones públicas y privadas internacionales	Porciento de proyectos priorizados con seguimiento	0	63%	83%	133%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Desplegado un modelo de excelencia en la gestión	% de acciones correctivas implementadas en el tiempo establecido	0	90%	85%	94%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Desplegado un modelo de excelencia en la gestión	% de colaboradores que se ha capacitado y entrenado en nuevas herramientas de calidad implementadas	0	13%	11%	81%	0
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Desplegado un modelo de excelencia en la gestión	% de acciones de mejora implementados en el tiempo establecido	0	80%	80%	100%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Desplegado un modelo de excelencia en la gestión	% de ideas innovadoras implementadas		n/a	n/a	¡VALO R!	N/A
Porcentaje de cumplimiento de metas de indicadores del POA							94.1%

Impacto potencial

- De acuerdo a los resultados producto de la evaluación del año 2016, los indicadores del POA de la Gerencia de Planificación y Calidad, y los logros de gestión presentados, impulsados por acciones innovadoras han generado un gran potencial en la institución. No obstante, es necesario revisar y definir sus estrategias a fin de poder lograr un alcance de ejecución sobre todo en resultados de alto impacto en la organización, como:
- Acciones de mejora implementados en el tiempo establecido, que abarca la identificación de acciones en el informe de retorno de FUNDIBEQ, auditorias (internas y externas), informes de evaluaciones del POA, auditorias de la SISALRIL, auditorias de la Cámara de Cuentas, entre otras fuentes.
- Mapas de riesgos, que vienen presentando rezagos desde el 2014.
- La revisión y actualización de las funciones y estructuras organizacionales, cuyo estancamiento ha estado incidentado. Por un lado, se creó un área de desarrollo organizacional; por el otro, al poco tiempo quedó se disolvió, quedando las funciones en stand by.

[Informe de Evaluación]

Enero – Diciembre 2016

[GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS]

I. Información general

Gerencia u Oficina	Gerencia de Recursos Humanos
Responsable de Gerencia u Oficina	Manuel Cueto
Período monitoreado	Enero – Diciembre 2016
Monitor (a)	Gennys Azael Lorenzo

II. Información Operativa

Actividades	Total
Cantidad actividades POA en el período	129
Actividades completadas	106
Actividades iniciadas no completadas	8
Actividades no iniciadas	15
% ejecución de actividades completadas	82.1%
% ejecución de actividades	87.0%
Productos	
% de logro de metas de indicadores	90.9%
Calidad de las evidencias (%)	98%

III. Valoraciones de criterios

Criterios	Valoración
1. Pertinencia de la planificación	A
2. Eficacia de la ejecución	B
3. Resultados alcanzados	A
4. Impacto potencial	A
A= Excelente; B= Bueno; C=Regular; D= Insuficiente	

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

IV. Desarrollo de Criterios

1. Pertinencia de la planificación

La evaluación fue realizada el día 19 de enero de 2017. Las actividades de la Gerencia de Recursos Humanos durante el periodo enero – diciembre 2016, presentan coherencia en la planificación, sin embargo se evidencian rezagos en 15 actividades.

2. Eficacia de la ejecución

Durante el periodo la Gerencia de Recursos Humano, planificó la implementación de 129 actividades, de las cuales 106 actividades fueron completadas y alcanzaron un nivel de ejecución de las mismas de 87%. Las actividades rezagadas quedaron dentro del resultado: *Instaurada una cultura de servicio en toda la Institución,* que solo obtuvo un 67% de ejecución.

Cuadro No. 1
Resultados de la Gerencia de Recursos Humanos

Resultados	Cantidad de actividades	Porcentaje de ejecución
Elevada las competencias e idoneidad de los colaboradores	43	98%
Elevados los niveles satisfacción y motivación de los colaboradores	63	88%
Instaurada una cultura de servicio en toda la Institución	23	67%
Total	129	87%

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

Cuadro No. 2
Resultados de la Gerencia de Recursos Humanos por trimestre

Resultados	1T	2T	3T	4T	Total
Elevada las competencias e idoneidad de los colaboradores	100	100	100	89	98
Elevados los niveles satisfacción y motivación de los colaboradores	100	100	99	66	88
Instaurada una cultura de servicio en toda la Institución	100	97	91	43	67
Total general	**100**	**99.6**	**99**	**64**	**87**

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

3. Resultados

Los indicadores del POA tuvieron una ejecución de 90.9%, siendo afectado por el bajo desempeño del indicador *porcentaje de colaboradores capacitados en salud ocupacional,* influenciado por la limitada participación de los convocados (65%).

GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS EVALUACION ENERO - DICIEMBRE 2016

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento : ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Gestión de Desarrollo del Capital Humano	Instaurada una cultura de servicio en toda la Institución	% de colaboradores evaluados para identificar su perfil de puesto	0	0	N/A	N/A	N/A
Gestión de Desarrollo del Capital Humano	Instaurada una cultura de servicio en toda la Institución	% colaboradores clasificados según su perfil servicio	243	100	100	100%	1
Gestión de Desarrollo del Capital Humano	Instaurada una cultura de servicio en toda la Institución	% de ejecución del cronograma de capacitaciones en servicio	0	100	100	100%	1
Gestión de Desarrollo del Capital Humano	Elevada las competencias e idoneidad de los colaboradores	% colaboradores con calificación satisfactoria e insuficiente con planes de mejora	28	4	4	100%	1

Gestión de Desarrollo del Capital Humano	Elevada las competencias e idoneidad de los colaboradores	% de ejecución plan de capacitación	71	90	78	87%	1
Gestión de Desarrollo del Capital Humano	Elevada las competencias e idoneidad de los colaboradores	% de ejecución plan de desarrollo individual priorizado	0	85%	80%	94%	1
Gestión de Desarrollo del Capital Humano	Elevada las competencias e idoneidad de los colaboradores	% de coloboradores competentes en la Evaluación de Desempeño	97	97	97	100%	1
Gestión de Desarrollo del Capital Humano	Elevada las competencias e idoneidad de los colaboradores	Número de capacitaciones internas permanentes diseñadas e implementadas	0	3	3	100%	1
Gestión de Desarrollo del Capital Humano	Elevados los niveles satisfacción y motivación de los colaboradores	% incremento en reevaluación clima organizacional en áreas con baja puntuación en encuesta	0	0	0	N/A	N/A
Gestión de Desarrollo del Capital Humano	Elevados los niveles satisfacción y motivación de los colaboradores	Cantidad de actividades de integración realizadas según cronograma de actividades de Integración	0	19	18	95%	1
Gestión de Desarrollo del Capital Humano	Elevados los niveles satisfacción y motivación de los colaboradores	Cantidad de oficinas evaluadas, según de elaboración de los planes de riesgos SSO de Riesgos SSO en las oficinas	0	12	12	100%	1
Gestión de Desarrollo del Capital Humano	Elevados los niveles satisfacción y motivación de los colaboradores	Cantidad colaboradores capacitados en salud ocupacional	0	330	234	71%	0
Gestión de Desarrollo del Capital Humano	Elevada las competencias e idoneidad de los colaboradores	Cantidad de días promedio para contratación de personal para posiciones vacantes	0	25	15	167%	1

Impacto potencial

Con los resultados arrojados de la evaluación de los indicadores del POA de la Gerencia de Recursos Humanos, se observa un nivel de alcance de 90.9%; y un porcentaje de ejecución de las actividades de un 87%, logrando los objetivos de su planificación, tomando en cuenta que deben revisar las actividades sin ejecutar para evitar sobre planificar o la viabilidad de realizarlas en los periodos hábiles.

[Informe de Evaluación]

Enero – Diciembre 2016

[GERENCIA FINANCIERA]

I. Información general

Gerencia u Oficina	Gerencia Financiera
Responsable de Gerencia u Oficina	Jeffrey Lizardo Ortiz
Período monitoreado	Enero – Diciembre 2016
Monitor (a)	Gennys Azael Lorenzo

II. Información Operativa

Actividades	Total
Cantidad actividades POA en el período	128
Actividades completadas	93
Actividades iniciadas no completadas	2
Actividades no iniciadas	33
% ejecución de actividades completadas	72.6%
% ejecución de actividades	74%
Productos	
% de logro de metas de indicadores	94.1%
Calidad de las evidencias (%)	88%

III. Valoraciones de criterios

Criterios	Valoración
1. Pertinencia de la planificación	A
2. Eficacia de la ejecución	C
3. Resultados alcanzados	A
4. Impacto potencial	A
A= Excelente; B= Bueno; C=Regular; D= Insuficiente	

Fuente: Elaborado por G-Plan, Enero 2017

IV. Desarrollo de Criterios

1. Pertinencia de la planificación

La evaluación se llevó a cabo el día 16 de enero del año 2017. Los resultados de la Gerencia Financiera, demuestran que los mismos tienen correspondencia con las actividades e indicadores planificados para el periodo enero – diciembre del año 2016.

2. Eficacia de la ejecución

La GFIN implementó 93 actividades de 128 programadas para el periodo, para un 72.6% de ejecución. El nivel de ejecución general de las actividades fue de 74%. En el cuadro siguiente se presenta un resumen de las actividades por resultado operativo:

Cuadro No. 1
Resultados de la Gerencia Financiera

Resultados	Cantidad de actividades	%
Fortalecida la gestión institucional	52	63
Garantizada la estabilidad financiera de la Institución	10	70
Mejorada la Eficiencia y eficacia de la gestión financiera	66	82
Total	128	74%

Fuente: Elaborado por G-Plan, Enero 2017

Cuadro No. 2
Resultados de la Gerencia Financiera por trimestre

RESULTADO	1T	2T	3T	4T	Total
Fortalecida la gestión institucional	100	82	50	10	63
Garantizada la estabilidad financiera de la Institución	100	100	100	0	70
Mejorada la Eficiencia y eficacia de la gestión financiera	100	98	88	44	82
Total general	100	90	75	28	74

Fuente: Elaborado por G-Plan, Enero 2017

3. Resultados

En cuanto a la Gerencia Financiera, los 16 indicadores alcanzaron un resultado global de 94.1%, siendo el:

- % De pagos realizados vía transferencia la única métrica (3% de ejecución) que quedó por debajo de la meta (10%).

Los indicadores del POA Gerencia Financiera, alcanzaron los siguientes resultados:

DESEMPEÑO FINANCIERO EVALUACION ENERO – DICIEMBRE 2016

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Mejorada la Eficiencia y eficacia de la gestión financiera	% Cumplimiento ejecución presupuestaria	6	100%	100%	100.0%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Mejorada la Eficiencia y eficacia de la gestión financiera	% de antigüedad de saldo por pagar a PSS a 30 días o menos	100	100%	100%	100.0%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Fortalecida la gestión institucional	% de devolución de facturas a PSS	7.53	5%	2%	210.8%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Fortalecida la gestión institucional	% de prestadores que reciben pago por transferencia	0	30%	3%	10.4%	0

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Mejorada la Eficiencia y eficacia de la gestión financiera	% de rendimiento de las Inversiones	20	9%	10%	115%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Fortalecida la gestión institucional	%Gasto Administrativo	90.63	10%	9%	112%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Garantizada la estabilidad financiera de la Institución	Cantidad de Manuales, Políticas y productos prog Sgc	0	4	4	100.0%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Fortalecida la gestión institucional	% de cobros realizados por pólizas de los Planes Complementarios	9.26	100%	88%	88.3%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Mejorada la Eficiencia y eficacia de la gestión financiera	Días promedio de pago a Prestadores de Servicios de Salud	93	30	23	130.9%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Fortalecida la gestión institucional	Índice de inversión sobre las reservas técnicas	1.38	1.10	1.26	114.6%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Fortalecida la gestión institucional	Índice de Siniestralidad Global	1.34	88.00%	95.38%	108.4%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Fortalecida la gestión institucional	Siniestralidad Régimen Contributivo	0	88.00%	91.17%	103.6%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Garantizada la estabilidad financiera de la Institución	Siniestralidad Régimen Subsidiado	100	88.00%	96.18%	91.5%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Garantizada la estabilidad financiera de la Institución	Índice de siniestralidad Plan especial Pensionados Y Jubilados	0	90.00%	104.53%	86.1%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Garantizada la estabilidad financiera de la Institución	Relación patrimonio / pasivo	0	1.25	1.29	103.5%	1

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Mejorada la Eficiencia y eficacia de la gestión financiera	Cantidad de Días promedio de pago a Proveedores	0	30.00	34.75	86.3%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Fortalecida la gestión institucional	% de cobros realizados por pólizas de los Planes Complementarios	0	100%	88%	88.3%	1
Porcentaje de cumplimiento de metas de indicadores del POA							94.1%

4. Impacto potencial

De acuerdo a los resultados, la Gerencia Financiera alcanzó el logro de sus indicadores propuesto dejando solo en rezago el proyecto de pagos por transferencias.

Se verifica que las actividades realizadas por la GFIN permitieron alcanzar el resultado planificado, lo que quiere decir que las mismas impactaban favorablemente, pese a solo ejecutar un 74% de las mismas.

[Informe de Evaluación]

Enero – Diciembre 2016

[OFICINA DE FISCALIZACION Y CONTROL INTERNO]

I. Información general

Gerencia u Oficina	Oficina de Fiscalización y Control Interno
Responsable de Gerencia u Oficina	Joaquín Amílcar Reyes
Período monitoreado	Enero – Diciembre 2016
Monitor (a)	Argenis Pérez

II. Información Operativa

Actividades	Total
Cantidad actividades POA en el período	125
Actividades completadas	116
Actividades iniciadas no completadas	2
Actividades no iniciadas	7
% ejecución de actividades completadas	92.8%
% ejecución de actividades	93.9%
Productos	
% de logro de metas de indicadores	100%
Calidad de las evidencias (%)	100%

III. Valoraciones de criterios

Criterios	Valoración
1. Pertinencia de la planificación	B
2. Eficacia de la ejecución	A
3. Resultados alcanzados	A
4. Impacto potencial	B
A= Excelente; B= Bueno; C=Regular; D= Insuficiente	

Fuente: Elaborado por G-Plan, Enero 2017.

IV. Desarrollo de Criterios

1. Pertinencia de la planificación

La evaluación la Oficina de Fiscalización y Control Interno, fue realizada el día 20 de enero de 2016. Los resultados obtenidos durante el periodo Enero – Diciembre, tienen correspondencias con las actividades planificadas en el POA.

Sin embargo, en su planificación operativa no se evidencia el establecimiento de controles tecnológicos ni verificaciones realizadas en ese tema. Tampoco se dispone de información sobre las iniciativas que se han trabajado la prevención de fraudes. Además, no se demuestra el impacto de los procesos de fiscalización y de control interno en los demás procesos institucionales.

2. Eficacia de la ejecución

Esta oficina planificó la implementación de un total de 125 actividades, de las cuales 116 actividades fueron completadas, lo que representa una ejecución del 94%, las cuales están relacionadas con los siguientes resultados del POA:

Cuadro No. 1
Resultados de la Oficina de Fiscalización y Control Interno

Resultados	Cantidad de actividades	Porcentaje de ejecución
Fortalecida la fiscalización, investigación y control interno	112	94
Fortalecida la gestión institucional	13	92
Total	125	94

Fuente: Elaborado por G-Plan, Enero 2017.

Cuadro No. 2
Ejecución por resultados por trimestre – Actividades

Resultados	1t	2t	3t	4t	Total
Fortalecida la fiscalización, investigación y control interno	100	100	97	83	94
Fortalecida la gestión institucional	100	75	100	100	92
Total general	**100**	**96**	**97**	**85**	**94**

3. Resultados

Los indicadores del POA tuvieron una ejecución de 100%, en relación con la Implementación de 2 componentes las NCI, se logró implementar 1, y estar listos de cara a la Contraloría General de la República para la no. 2. El organismo mencionado, tiene pendiente otorgar el paso a la implementación del 2do. Componente de la Normas de Control Interno (NCI).

DESEMPEÑO OPERATIVO EVALUACION ENERO – DICIEMBRE 2016

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Fortalecida la fiscalización, investigación y control interno	% de cumplimiento de las metas del POA	0	85%	85%	100%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Fortalecida la fiscalización, investigación y control interno	% de No conformidades del Sistema de Gestión de Calidad solucionados en el tiempo establecido.	0	50%	50%	100%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Fortalecida la fiscalización, investigación y control interno	% de recomendaciones de fiscalizaciones e investigaciones implementadas por los involucrados.	0	95%	89%	93%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Fortalecida la gestión institucional	Cantidad de fiscalizaciones y verificaciones realizadas	0	206	211	102%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Fortalecida la gestión institucional	Cantidades de documentos de fiscalización y control interno elaborados y actualizados	0	3	4	133%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Fortalecida la gestión institucional	Índice de normas de control interno	0	9.8	9.0	100%	1
Porcentaje de cumplimiento de metas de indicadores del POA							100.0%

4. Impacto potencial

De acuerdo a los resultados de la evaluación del año 2016 respecto a los indicadores del POA de la Oficina de Fiscalización y Control Interno, presentan cumplimiento de las actividades programadas.

[Informe de Evaluación]

Enero – Diciembre 2016

[GERENCIA DE COMUNICACION]

I. Información general

Gerencia u Oficina	Gerencia de Comunicación
Responsable de Gerencia u Oficina	Mariel Ledesma
Período monitoreado	Enero – Diciembre 2016
Monitor (a)	Gennys Azael Lorenzo

II. Información Operativa

Actividades	Total
Cantidad actividades POA en el período	162
Actividades completadas	115
Actividades iniciadas no completadas	9
Actividades no iniciadas	38
% ejecución de actividades completadas	70.9%
% ejecución de actividades	74.3%
Productos	
% de logro de metas de indicadores	92.3%
Calidad de las evidencias (%)	95%

III. Valoraciones de criterios

Criterios	Valoración
1. Pertinencia de la planificación	A
2. Eficacia de la ejecución	C
3. Resultados alcanzados	A
4. Impacto potencial	B
A= Excelente; B= Bueno; C=Regular; D= Insuficiente	

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

IV. Desarrollo de Criterios

1. Pertinencia de la planificación

La evaluación se llevó a cabo el día 13 de enero del presente año 2017. Los resultados de la Gerencia de Comunicación, expresan que hubo correspondencia con las actividades e indicadores planificados para el periodo enero – diciembre 2016.

2. Eficacia de la ejecución

Durante el periodo esta gerencia planificó realizar 162 actividades, de las cuales completaron 115 para un nivel de ejecución del 70.96% de actividades cerradas con sus evidencias. El nivel de ejecución general fue de 74%. Estas actividades están relacionadas con los siguientes resultados:

Cuadro No. 1
Resultados de la Gerencia de Comunicación

Resultados	Cantidad de actividades	Porcentaje de ejecución
Aumentadas las visitas en el portal institucional	6	100
Fortalecida la comunidad de seguidores y capacidad de respuesta a requerimientos por Redes Sociales	6	100
Fortalecida la gestión Institucional	8	33
Fortalecida la identidad visual institucional	5	10
Fortalecida la imagen del Régimen Subsidiado	22	61
Fortalecida la relación con los medios de comunicación	26	77
Fortalecido el posicionamiento del producto Régimen Contributivo	14	54
Fortalecimiento de la imagen de la marca en los públicos estratégicos	60	87
Mejorada la Comunicacion Interna	15	80
Total	162	74

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

Cuadro No. 2
Resultados de ejecución de actividades de la Gerencia de Comunicación por trimestres

Resultados	1T	2T	3T	4T	Total
Aumentadas las visitas en el portal institucional	100	100	100	100	100
Fortalecida la comunidad de seguidores y capacidad de respuesta a requerimientos por Redes Sociales	100	100	100	100	100
Fortalecida la gestión institucional	56	0	0	100	33
Fortalecida la identidad visual institucional	0	25			10
Fortalecida la imagen del Régimen Subsidiado	100	69	100	33	61
Fortalecida la relación con los medios de comunicación	100	78	100	43	77
Fortalecido el posicionamiento del producto Régimen Contributivo	100	50	100	29	54
Fortalecimiento de la imagen de la marca en los públicos estratégicos	100	96	100	55	87
Mejorada la Comunicación Interna	100	100	100	40	80
Total general	89	77	96	46	74

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

3. Resultados

Durante el semestre enero – diciembre 2016, los 13 indicadores medidos, presentaron un promedio de ejecución de 92.3%. Estos resultados fueron afectados al no lograr la meta del siguiente indicador:

- % incremento de visitas al portal institucional.

A continuación se presenta el desglose de las metas y los indicadores, según resultados:

GERENCIA DE COMUNICACION EVALUACION ENERO – DICIEMBRE, 2016

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Imagen y Posicionamiento	Fortalecimiento de la imagen de la marca en los públicos estratégicos	Cantidad de comunicados de prensa	0	552	1,867	338.2%	1
Imagen y Posicionamiento	Mejorada la Comunicación Interna	% de cumplimiento del plan de Comunicación Interna	0	95%	100%	105%	1
Imagen y Posicionamiento	Fortalecida la imagen del Régimen Subsidiado	% de cumplimiento del plan de posicionamiento del Régimen Subsidiado	0	95%	100%	105%	1
Imagen y Posicionamiento	Fortalecida la comunidad de seguidores y capacidad de respuesta a requerimientos por Redes Sociales	% de incremento de seguidores en las redes sociales	0	70%	73%	105%	1
Imagen y Posicionamiento	Aumentadas las visitas en el portal institucional	% de incremento de visitas al portal institucional	0	60%	-2452%	-4087%	0
Imagen y Posicionamiento	Fortalecimiento de la imagen de la marca en los públicos estratégicos	% de informaciones positivas independientes publicadas	0	90%	88%	98%	1
Imagen y Posicionamiento	Fortalecida la comunidad de seguidores y capacidad de respuesta a requerimientos por Redes Sociales	%de requerimientos canalizados por redes sociales	0	90%	95%	105%	1
Imagen y Posicionamiento	Fortalecida la relación con los medios de comunicación	Cantidad de acciones de relacionamiento con los públicos	0	36	32	89%	1

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
		objetivos					
Imagen y Posicionamiento	Fortalecimiento de la imagen de la marca en los públicos estratégicos	Cantidad de alianzas estratégicas firmadas con empresas e instituciones	0	3	3	100%	1
Imagen y Posicionamiento	Fortalecimiento de la imagen de la marca en los públicos estratégicos	Cantidad de documentos revisados y actualizados	83	1	1	100%	1
Imagen y Posicionamiento	Fortalecida la relación con los medios de comunicación	Cantidad de encuentros coordinados con medios y Periodistas.	0	9	8	89%	1
Imagen y Posicionamiento	Fortalecimiento de la imagen de la marca en los públicos estratégicos	Cantidad de presencia de la marca SeNaSa	0	51.06	111.22	218%	1
Imagen y Posicionamiento	Fortalecida la identidad visual institucional	Nivel de conocimiento de la existencia del manual de Marca	40	95%	95%	100%	1
Porcentaje de cumplimiento de metas de indicadores del POA							92.3%

Impacto potencial

De acuerdo a los resultados de la evaluación del año 2016 de los indicadores del POA, la Gerencia de Comunicación logró alcanzar un Nivel Alto de ejecución, logrando el 92.3%, mientras que las actividades implementadas tuvieron 74%, considerado como resultado regular en sus ejecutorias.

En virtud de las últimas disposiciones del Gobierno con la entrada de los miembros de la PN y FFAA al SeNaSa, adicionando el crecimiento que ha tenido el régimen contributivo, la gerencia de Comunicación presenta alta potencialidad de crecimiento en la gestión del posicionamiento de la institución.

[Informe de Evaluación]

Enero –Diciembre 2016

[GERENCIA ADMINISTRATIVA]

I. Información general

Gerencia u Oficina	Gerencia Administrativa
Responsable de Gerencia u Oficina	Giselle Feliz García
Período monitoreado	Enero – Diciembre 2016
Monitor (a)	Gennys Azael Lorenzo

II. Información Operativa

Actividades	Total
Cantidad actividades POA en el período	87
Actividades completadas	78
Actividades iniciadas no completadas	3
Actividades no iniciadas	6
% ejecución de actividades completadas	89.6%
% ejecución de actividades	93%
Productos	
% de logro de metas de indicadores	80%
Calidad de las evidencias (%)	100%

III. Valoraciones de criterios

Criterios	Valoración
1. Pertinencia de la planificación	B
2. Eficacia de la ejecución	A
3. Resultados alcanzados	B
4. Impacto potencial	B
A= Excelente; B= Bueno; C=Regular; D= Insuficiente	

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017

IV. Desarrollo de Criterios

1. Pertinencia de la planificación

   La evaluación se llevó a cabo el día 16 de enero 2017. Los resultados de la Gerencia Administrativa, demuestran que los mismos tienen correspondencia con las actividades e indicadores planificados para el periodo enero – diciembre del año 2016.

2. Eficacia de la ejecución

   Durante el periodo, la Gerencia Administrativa planificó implementar 87 actividades, de las cuales completaron 78 actividades, lo que representa el 89.6%. El nivel de ejecución fue de 93%. En el cuadro siguiente se presenta un resumen de las actividades por resultado operativo:

Cuadro No. 1
Resultados de la Gerencia Administrativa

Resultados	Cantidad de actividades	%
Garantizado el soporte logístico necesario para el logro de los objetivos institucionales con eficiencia, oportunidad y transparencia	50	96
Implementado el Sistema Institucional de Archivo	5	60
Mejorada la imagen, eficiencia y condiciones ambientales de la infraestructura física	32	92
Total	87	93

Fuente: Elaborado por G-Plan, Enero 2017

Cuadro No. 2
Ejecución de actividades de la Gerencia Administrativa por trimestre

Resultados	1T	2T	3T	4T	Total
Garantizado el soporte logístico necesario para el logro de los objetivos institucionales con eficiencia, oportunidad y transparencia	100	100	89	90	96
Implementado el Sistema Institucional de Archivos		100	33		60
Mejorada la imagen, eficiencia y condiciones ambientales de la infraestructura física	100	93	100	72	92
Total general	100	97	82	84	93

Fuente: Elaborado por G-Plan, Enero 2017

Cuadro No. 2
Actividades no ejecutadas de la Gerencia Administrativa

Resultados	Cantidad
Garantizado el soporte logístico necesario para el logro de los objetivos institucionales con eficiencia, oportunidad y transparencia	2
Instalación de paneles solares	1
Sustitución de luminarias convencionales por tipo LED en oficinas	1
Implementado el Sistema Institucional de Archivos	2
Capacitación del personal de la institución sobre manejo de archivos	1
Realizar reportes sobre el cumplimiento de las políticas del Archivo Central	1
Mejorada la imagen, eficiencia y condiciones ambientales de la infraestructura fisica	2
Elaborar informe semestral sobre satisfacción de los usuarios de servicio y socializar con prestadores internos y externos	1
Realizar 1 encuentro semestral con proveedores estratégicos para retroalimentación mutua sobre experiencias de la relación y expectativas	1
Total general	6

Fuente: Elaborado por G-Plan, Enero 2017

3. Resultados

El logro de las metas de los indicadores de la Gerencia Administrativa fue de 80.0%, debido a la baja ejecución del indicador de cantidad de iniciativas de sustentabilidad y optimización de recursos implementadas. Los indicadores del POA Gerencia Administrativa, alcanzaron los siguientes resultados:

GERENCIA ADMINISTRATIVA EVALUACION ENERO – DICIEMBRE 2016

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	ecuta do	% de Ejecución	Cumplimiento : ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Garantizado el soporte logístico necesario para el logro de los objetivos institucionales con eficiencia, oportunidad y transparencia	% de requerimientos solucionados en tiempo oportuno	0	N/A	N/A	N/A	N/A
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Garantizado el soporte logístico necesario para el logro de los objetivos institucionales con eficiencia, oportunidad y transparencia	Nivel de satisfacción de los usuarios internos	0	80%	80%	100%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Garantizado el soporte logístico necesario para el logro de los objetivos institucionales con eficiencia, oportunidad y transparencia	% de ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo de Infraestructura Física y Maquinaria	0	95%	100%	105%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Mejorada la imagen, eficiencia y condiciones ambientales de la infraestructura fisica	Nivel de ejecución del proyecto de mejoramiento y ampliación de la infraestructura fisica	0	95%	100%	105%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Implementado el Sistema Institucional de Archivos	Nivel de cumplimiento de normativas que regulan el Sistema Institucional de Archivos (SIA)	0	2	2	100%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Garantizado el soporte logístico necesario para el logro de los objetivos institucionales con eficiencia, oportunidad y transparencia	Cantidad de iniciativas de sustentabilidad y optimización del uso de los recursos implementadas	0	3	2	67%	0
Porcentaje de cumplimiento de metas de indicadores del POA							80.0%

4. Impacto potencial

De acuerdo a los resultados, la Gerencia Administrativa, solo presentó un rezago al finalizar el año, asociado a las iniciativas de sustentabilidad, la cual se detuvo por un factor presupuestario. Por lo demás se observa alta ejecución del plan de mantenimiento preventivo y del desarrollo y modernización de la infraestructura física.

[Informe de Evaluación Anual]

Enero – Diciembre 2016

[UNIDAD DE ANALISIS ACTUARIAL]

I. Información general

Gerencia u Oficina	Unidad Análisis Actuarial
Responsable de Gerencia u Oficina	Jhon Alcántara
Período evaluado	Enero – diciembre 2016
Monitor (a)	Gennys Azael Lorenzo

II. Información Operativa

Actividades	Total
Cantidad actividades POA en el período	125
Actividades completadas	118
Actividades iniciadas no completadas	7
Actividades no iniciadas	0
% ejecución de actividades completadas	94.4%
% ejecución de actividades	99%
Productos	
% de logro de metas de indicadores	100%
Calidad de las evidencias (%)	99%

III. Valoraciones de criterios

Criterios	Valoración
1. Pertinencia de la planificación	A
2. Eficacia de la ejecución	A
3. Resultados alcanzados	A
4. Impacto potencial	A
A= Excelente; B= Bueno; C=Regular; D= Insuficiente	

Fuente: Elaborado por G-Plan, junio 2016.

IV. Desarrollo de Criterios

1. Pertinencia de la planificación

Esta evaluación fue realizada el día 19 de enero de 2017. Los resultados obtenidos de la Unidad de Análisis Actuarial durante el periodo enero – diciembre del 2016, tienen correspondencia con las actividades planificadas en el POA.

2. Eficacia de la ejecución

Durante el periodo la Unidad de Análisis Actuarial, planificó la implementación de un total de 125 actividades, de las cuales 118 actividades fueron completadas, para una ejecución del 94.4%. El nivel de ejecución general fue de 99%. A continuación las actividades ejecutadas por resultado:

Cuadro No. 1 Resultados de la Unidad Actuarial

Resultados	Cantidad de actividades	Porcentaje de ejecución
Fortalecida la gestión del riesgo en salud para la garantía de la sostenibilidad financiera	22	94
Implementado un Sistema Actuarial y de Gestión del Riesgo en SeNaSa	103	99
Total general	**125**	**99**

Fuente: Elaborado por G-Plan, julio 2016.

Resultados de la Unidad Actuarial según trimestre

Resultados	1T	2T	3T	4T	Total general
Fortalecida la gestión del riesgo en salud para la garantía de la sostenibilidad financiera	100	100	92	91	94
Implementado un Sistema Actuarial y de Gestión del Riesgo en SeNaSa	100	100	99	99	99
Total general	**100**	**100**	**97**	**97**	**99**

3. Resultados

Durante el periodo fueron medidos 5 indicadores, logrando un 100% de cumplimiento de sus metas. El resultado de los indicadores del POA, se presentan en la siguiente tabla:

DESEMPEÑO OPERATIVO EVALUACION ENERO - DICIEMBRE 2016

Eje estratégico	Resultado	Indicador	Prog	Ejec	% de Ejecución	Nivel de Ejecución
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Fortalecida la gestión del riesgo en salud para la garantía de la sostenibilidad financiera	% de esquemas de información cargados al simón/sisalril en tiempo	95%	97%	102%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Fortalecida la gestión del riesgo en salud para la garantía de la sostenibilidad financiera	Cantidad de primas revisadas y/o actualizadas en los tiempos establecidos	24	22	92%	1
Garantía de la Sostenibilidad Financiera	Implementado un Sistema Actuarial y de Gestión del Riesgo en SeNaSa	Cantidad de productos actuariales y de riesgo	91	94	103%	1
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Implementado un Sistema Actuarial y de Gestión del Riesgo en SeNaSa	Cantidad de propuestas para la mejora de la estructura y los sistemas de información	12	17	143%	1
Fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud	Implementado un Sistema Actuarial y de Gestión del Riesgo en SeNaSa	Siniestralidad por Grupo de riesgo	161%	170%	95%	1
Total general						**100.0%**

4. Impacto potencial

De acuerdo a los resultados de la evaluación del 2016 respecto a los indicadores del POA de la Unidad Actuarial, y de los logros presentados producto de su gestión presentan un gran potencial en las ejecutorias. Como se observa en este impacto potencial, las actividades implementadas tuvieron un buen resultado en sus ejecuciones.

[Informe de Evaluación]

Enero – Diciembre 2016

[OFICINA DE ACCESO A LA INFORMACION]

I. Información general

Gerencia u Oficina	Oficina de Acceso a la Información
Responsable de Gerencia u Oficina	Tania De León
Período monitoreado	Enero – Diciembre 2016
Monitor (a)	Argenis Pérez

II. Información Operativa

Actividades	Total
Cantidad actividades POA en el período	50
Actividades completadas	49
Actividades iniciadas no completadas	1
Actividades no iniciadas	0
% ejecución de actividades completadas	98%
% ejecución de actividades	99%
Productos	
% de logro de metas de indicadores	87.5%
Calidad de las evidencias (%)	99%

III. Valoraciones de criterios

Criterios	Valoración
1. Pertinencia de la planificación	A
2. Eficacia de la ejecución	A
3. Resultados alcanzados	B
4. Impacto potencial	A
A= Excelente; B= Bueno; C=Regular; D= Insuficiente	

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017

IV. Desarrollo de Criterios

1. Pertinencia de la planificación de la Oficina de Acceso a la Información

   Esta evaluación fue realizada el día 20 de enero de 2016. Los resultados obtenidos por la Oficina de Libre Acceso a la Información durante el periodo enero – diciembre 2016, tienen coherencia con las actividades planificadas en el POA.

2. Eficacia de la ejecución

   Durante el periodo, la OAI planificó un total de 50 actividades, las cuales fueron completadas en un 99% durante el periodo. Las mismas se distribuyen en 4 resultados operativos:

Cuadro No. 1
Resultados de la Oficina de Libre Acceso de la Información

Resultados	Cantidad de actividades	Porcentaje de ejecución
Consolidada la Transparencia y oportunidad de la información pública de SeNaSa	19	100%
Fortalecido el Gobierno Abierto en SeNaSa	5	100%
Promovida la Transparencia Institucional	22	100%
Protegida la Información Reservada de la Institución	4	93%
Total	50	99%

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

Cuadro No. 2
Resultados de la Oficina de Libre Acceso de la Información por trimestre

Resultados	1T	2T	3T	4T	Total
Consolidada la Transparencia y oportunidad de la información pública de SeNaSa	100	100	100	100	100
Fortalecido el Gobierno Abierto en SeNaSa	100	100	100	100	100
Promovida la Transparencia Institucional	100	100	100	100	100
Protegida la Información Reservada de la Institución	100			70	93
Total general	100	100	100	98	99

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

3. Resultados

Los indicadores del POA tuvieron una ejecución de un 87.5%. A continuación los detalles de los indicadores:

DESEMPEÑO DE INDICADORES ENERO – DICIEMBRE 2016

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	ɔlimien to: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Imagen y Posicionamiento	Consolidada la Transparencia y oportunidad de la información pública de SeNaSa	% de cumplimiento de la Matriz de Responsabilidades	100	100%	96%	96%	1
Imagen y Posicionamiento	Consolidada la Transparencia y oportunidad de la información pública de SeNaSa	% de informaciones publicadas y actualizadas en la sección de transparencia según exige la Ley 200-04	100	100%	100%	100%	1
Imagen y Posicionamiento	Consolidada la Transparencia y oportunidad de la información pública de SeNaSa	% de informaciones reutilizables actualizadas en el portal de Datos Abiertos de la	100	100%	100%	100%	1

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	ɔlimien to: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
		República Dominicana al día 20 del mes subsiguiente					
Imagen y Posicionamiento	Consolidada la Transparencia y oportunidad de la información pública de SeNaSa	% de solicitudes de información respondidas dentro del plazo legal	10	100%	100%	100%	1
Imagen y Posicionamiento	Consolidada la Transparencia y oportunidad de la información pública de SeNaSa	% de solicitudes de quejas, denuncias reclamaciones y sugerencias registradas en el Sistema 311 respondidas oportunamente	100	100%	100%	100%	1
Imagen y Posicionamiento	Promovida la Transparencia Institucional	Cantidad de actividades de Promoción Externa de una Cultura de Transparencia en SeNaSa	11	13	16	123%	1
Imagen y Posicionamiento	Promovida la Transparencia Institucional	Cantidad de actividades de promoción Interna de una Cultura de Transparencia institucional	1	10	10	100%	1
Imagen y Posicionamiento	Promovida la Transparencia Institucional	Cantidad de monitoreo sobre Información Reservadas de la Institución realizados semestralmente	100	1%	0%	0%	0
Porcentaje de cumplimiento de metas de indicadores del POA							87.5%

Impacto potencial

De acuerdo a los resultados de la evaluación del año 2016 respecto a los indicadores del POA de la OAI, y el logro de gestión presentan un gran potencial de avances, sobre todo en la transparencia de los procesos de SeNaSa.

[Informe de Evaluación]

Enero – Diciembre 2016

[CONSULTORIA JURÍDICA]

I. Información general

Gerencia u Oficina	Consultoría Jurídica
Responsable de Gerencia u Oficina	Mayra del Villar
Período monitoreado	Enero – Diciembre 2016
Monitor (a)	Argenis Pérez

II. Información Operativa

Actividades	Total
Cantidad actividades POA en el período	53
Actividades completadas	53
Actividades iniciadas no completadas	0
Actividades no iniciadas	0
% ejecución de actividades completadas	100%
% ejecución de actividades	100%
Productos	
% de logro de metas de indicadores	100%
Calidad de las evidencias (%)	99%

III. Valoraciones de criterios

Criterios	Valoración
1. Pertinencia de la planificación	A
2. Eficacia de la ejecución	A
3. Resultados alcanzados	A
4. Impacto potencial	A
A= Excelente; B= Bueno; C=Regular; D= Insuficiente	

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

IV. Desarrollo de Criterios

1. Pertinencia de la planificación

La evaluación fue realizada el día 19 de enero de 2017. Los resultados obtenidos por la Consultoría Jurídica durante el periodo enero – diciembre, cumpliendo en un 100% las actividades programadas para el 2016.

2. Eficacia de la ejecución

Durante el periodo la Consultoría Jurídica, se planificó la implementación de 53 actividades, las cuales fueron completadas y cargadas sus evidencias, lo que representó una ejecución del 100%.

Cuadro No. 1
Resultados de la Consultoría Jurídica

Resultados	Cantidad de actividades	Porcentaje de ejecución
Respondidas las demandas recibidas en SeNaSa.	29	100%
Respondidos los requerimientos de las diferentes gerencias de SeNaSa	4	100%
Respondidos los requerimientos externos recibidos en SeNaSa	20	100%
Total	53	100%

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

Cuadro No. 2
Resultados de la Consultoría Jurídica por trimestre

Actividades por Resultados	1T	2T	3T	4T	Total
Respondidos los requerimientos de las diferentes gerencias de SeNaSa	100	100	100	100	100
Respondidas las demandas recibidas en SeNaSa.	100	100	100	100	100
Respondidos los requerimientos externos recibidos en SeNaSa	100	100	100	100	100
Total general	100	100	100	100	100

Fuente: Elaborado por G-Plan, enero 2017.

3. Resultados

Los indicadores medidos durante el periodo alcanzaron el 100% de ejecución. El resultado de los indicadores del POA, tuvieron el siguiente resultado:

DESEMPEÑO OPERATIVO EVALUACION ENERO - DICIEMBRE 2016

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Respondidas las demandas recibidas en SeNaSa.	% de expedientes debidamente organizados en archivo	0	95%	96%	101%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Respondidos los requerimientos de las diferentes gerencias de SeNaSa	% de opiniones y consultas emitidas en 5 días hábiles	0	95%	92%	96%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Respondidos los requerimientos de las diferentes gerencias de SeNaSa	de expedientes de reembolsos debidamente validados en el sistema	0	95%	91%	95%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Respondidos los requerimientos de las diferentes	% de casos conocidos ante los tribunales de la República	0	95%	101%	107%	1

Eje Estratégico	Resultado	Indicador	Línea Basal	Programado	Ejecutado	% de Ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
	gerencias de SeNaSa						
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Respondidos los requerimientos de las diferentes gerencias de SeNaSa	% de Cesiones de Crédito debidamente recibidas en SeNaSa	0	95%	101%	106%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Respondidos los requerimientos de las diferentes gerencias de SeNaSa	% de contratos y/o documentos elaborados en el tiempo establecido	0	90%	100%	111%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Respondidos los requerimientos de las diferentes gerencias de SeNaSa	% de contratos, convenios, acuerdos y otros documentos notarizados en tiempo oportuno	0	95%	101%	107%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Respondidos los requerimientos externos recibidos en SeNaSa	% de informes realizados a las normativas jurídicas emitidas por entidades del SDSS	0	N/A	N/A	N/A	N/A
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Respondidos los requerimientos externos recibidos en SeNaSa	% de notificaciones de Embargos Retentivos u Oposición recibidos en SeNaSa	0	95%	93%	98%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Respondidos los requerimientos externos recibidos en SeNaSa	% de participación de la Consultoría Jurídica en los diferentes Comités de la institución	0	95%	100%	105%	1
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Respondidos los requerimientos externos recibidos en SeNaSa	% Notificación por insatisfacción en los servicios presentadas por usuarios recibidas en SeNaSa	0	95%	30%	N/A	N/A
Consolidado del Sistema de Gestión de Calidad	Respondidos los requerimientos externos recibidos en SeNaSa	% Notificaciones de demandas recibidas en SeNaSa	0	0%	0%	N/A	N/A
Porcentaje de cumplimiento de metas de indicadores del POA							100.0%

Impacto potencial

Los resultados arrojados en la evaluación de los indicadores del POA, la Consultoría Jurídica presentó un nivel de cumplimiento del 100% en sus indicadores y un porcentaje de ejecución de las actividades de un 100%. Con estos resultados la Consultoría Jurídica, cumple su programación y planificación 2016.

Es importante resaltar que, tomando en cuenta, que es el primer año de experiencia en el sistema de planificación, presentan un manejo adecuado para el tiempo, el cual irá mejorando en la medida en que se vayan empoderando del funcionamiento, las técnicas y las herramientas.