

**ACUERDO No. 002 DE 2019
(28 de Enero de 2018)**

“POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL SEGUIMIENTO AL PLAN INDICATIVO 2017-2020 CORRESPONDIENTE AL 2018 DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA”

LA JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA
En uso de sus atribuciones y

CONSIDERANDO

Que el Gobierno Nacional mediante la Ley 1753 del 2015 adopto el Plan de Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 “Todos por un nuevo País”.

Que la Gobernación de Cundinamarca a través de la Ordenanza 006 de 2016, de la Asamblea Departamental, adopto el Plan de Desarrollo Departamental 2016 – 2020 “Unidos Podemos más”.

Que el Sistema General de Seguridad Social en salud se ajusta al Decreto 780 de 2016 por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario de Sector Salud y Protección Social.

Que el Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021 busca lograr la equidad en salud y el desarrollo humano mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que buscan intervenir, preservar o mejorar, la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial.

Que la Junta Directiva de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas en concordancia al Plan de Desarrollo Departamental adoptó Plan de Gestión 2017 – 2019 según acuerdo No 023 del 15 de diciembre de 2016.

Que la Gerencia de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha presentó a la Oficina Asesora de Planeación Sectorial en Salud del Departamento de Cundinamarca el Proyecto de Plan Indicativo 2017-2020; exponiéndose las metas de resultado y de producto, en concordancia con los Planes Nacionales y Departamentales, el cual se ajustó según las observaciones realizadas.

Que mediante Acuerdo de Junta Directiva 04 del 13 de febrero de 2017 se aprobó el Plan Indicativo 2017-2020.

Que debido a que se requería dar claridad a algunos indicadores se realizó modificación del Plan Indicativo 2017-2020 mediante Acuerdo 014 del 21 de junio de 2017.

Que la Oficina Asesora Sectorial de Planeación, expidió certificación que el Plan Indicativo cumple con los lineamientos definidos por la secretaria de salud de Cundinamarca.

**ACUERDO No. 002 DE 2019
(28 de Enero de 2018)**

“POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL SEGUIMIENTO AL PLAN INDICATIVO 2017-2020 CORRESPONDIENTE AL 2018 DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA”

Que en mérito de lo expuesto.

ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO: Realizar el seguimiento y aprobar el resultado de los indicadores del Plan Indicativo 2017-2020 con corte al 2018 de acuerdo con la información presentada en la Junta directiva realizada el 28 de Enero de 2019 en las instalaciones del Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

ARTÍCULO SEGUNDO: Una vez realizado el seguimiento de los indicadores al interior de la institución y verificada la matriz por la Oficina Asesora de Planeación Sectorial se obtienen un resultado del 91% de cumplimiento acumulado frente a las metas programadas para el año 2018.

ARTÍCULO TERCERO: La matriz con el consolidado del resultado del seguimiento del 2018 de cada uno de los indicadores y actividades incluidas en el Plan Indicativo hace parte integral del presente Acuerdo, catorce (14) folios.

ARTÍCULO CUARTO: El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Soacha, Cundinamarca a los 28 días del mes de Enero de 2019.



**Dra. ANA LUCIA RESTREPO
PRESIDENTE**



**Dr. LUIS EFRAÍN FERNÁNDEZ OTÁLORA
SECRETARIO EJECUTIVO**

Elaboro: John Henry Sánchez – Referente de Planeación HMGV ©

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD
PLAN INDICATIVO

Nombre de la IPS	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA			
Código de habilitación de la IPS	2575400380			
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	13 DE Febrero 2017			
Nombre del Gerente	DR. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA			

Meta de Resultado	Indicador de resultado					LOGROS	DIFICULTADES	Programado Año 1 2017	Ejecutado Año 1 2017	Programado Año 2 2018	Ejecutado Año 2 2018	Programado Año 3	Programado Año 4	Responsables Institucionales
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base										
				Valor	Año									
Aportar en 100% la implementación de la política integral de salud ambiental PISA para el Departamento	% implementación de la política ambiental PISA	# de Acciones realizadas/total de acciones propuestas *100	Porcentaje	0%	2016	Un hospital verde y saludable es un establecimiento que promueve la salud pública reduciendo continuamente su impacto ambiental y eliminando, en última instancia, su contribución a la carga de morbilidad. agenda global para la salud ambiental.	La programación de actividades depende en gran medida del presupuesto institucional, razón por la cual se tienen limitaciones para la formulación y ejecución de actividades.	10%	19%	20%	20%	30%	40%	Lider gestión ambiental
Mantener la disponibilidad, accesibilidad y calidad al diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de salud bucal en el 100% de los casos.	Fortalecer los programas de salud autocuidado	# de usuarios con odontología preventiva/# de usuarios que solicitan servicios de odontología * 100	Porcentaje	100,0%	2016	resultados obtenidos se aprecia una tendencia positiva en cuanto al resultado final que es la disminución de la caries dental en niños de 0 a 5 años de edad. Las actividades de atención de la atención de pacientes crónicos con una adecuada periodicidad y fortalecimiento de adherencia a tratamientos por intermedio de los talleres de crónicos en cada puesto de salud del hospital han contribuido en la mejora de la condición de salud de los pacientes.	La programación de actividades depende en gran medida del presupuesto institucional, razón por la cual se tienen limitaciones para la formulación y ejecución de actividades.	50%	47,9%	50,0%	43,8%	-2,0%	-2,0%	Coordinación de odontología.
Aumentar la cobertura de la identificación temprana y canalización efectiva del 80% de la población	Pacientes con HTA controlada	Numero de pacientes que después de seis meses de ser diagnosticados con HTA incluidos en el programa de crónicos presentan niveles de tensión arterial controlados.	Porcentaje	80%	2016	La atención de pacientes crónicos con una adecuada periodicidad y fortalecimiento de adherencia a tratamientos por intermedio de los talleres de crónicos en cada puesto de salud del hospital han contribuido en la mejora de la condición de salud de los pacientes.	La programación de actividades depende en gran medida del presupuesto institucional, razón por la cual se tienen limitaciones para la formulación y ejecución de actividades.	82%	84%	83%	83%	84%	85%	Subgerencia comunitaria / Referente Crónicos

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD
PLAN INDICATIVO

Nombre de la IPS	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	
Código de habilitación de la IPS	2575400380	
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	13 DE Febrero 2017	
Nombre del Gerente	Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA	

Meta de Resultado	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Indicador de resultado		LOGROS	DIFICULTADES	Programado Año 1 2017	Ejecutado Año 1 2017	Programado Año 2 2018	Ejecutado Año 2 2018	Programado Año 3	Programado Año 4	Responsables Institucionales
				Linea base	Valor									
				Año										
con H1A y diabetes, a nivel institucional	Pacientes con Diabetes controlada	numero de pacientes que despues de seis meses de ser diagnosticados con diabetes incluidos en el programa de crónicos	Porcentaje	73%	2016	EN EL MES DE ABRIL SE ARTICULA LABORATORIO CLINICO CON LA REFERENTE DEL PROGRAMA ECNT PARA EL REPORTE TEMPRANO DELAS	No se presentaron dificultades	74%	78%	76%	76%	78%	80%	Subgerencia comunitaria /referente crónicos
Implementar tres (3) Modelos de Prevención y Detección Temprana para los cánceres en la ESE.	Porcentaje de seguimiento al tamizaje de próstata a pacientes con resultado positivo	numero de tamizajes de PSA solicitados a pacientes > de 49 años (1 vez)/ numero de pacientes tamizados con	porcentaje	80%	2016	El indicador tiene un cumplimiento optimo ya que se cuenta con el apoyo de auxiliar de enfermeria en el área comunitaria que garantiza el seguimiento a todos los pacientes con	No se han presentado dificultades para el seguimiento de pacientes con PSA positivos.	80%	100%	80%	100%	80%	80%	Subgerencia comunitaria /referente cáncer
				Porcentaje de usuarios con tamizaje de cancer cervico uterino	Numero de usuarios con citologia realizada / Numero de Usuarías que asisten a la consulta de	porcentaje	No se tiene linea base	2016	El cumplimiento de este indicador esta en un promedio del 92,05% del II trimestre del año 2017 superando la meta programada. La actualización de	En ocasiones no es posible ubicar a la paciente para el seguimiento efectivo, sin embargo con apoyo de la	80%	93%	83%	90%

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD
PLAN INDICATIVO

Nombre de la IPS	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA			
Código de habilitación de la IPS	2575400380			
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	13 DE Febrero 2017			
Nombre del Gerente	DR. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA			

Meta de Resultado	Indicador de resultado				LOGROS	DIFICULTADES	Programado Año 1 2017	Ejecutado Año 1 2017	Programado Año 2 2018	Ejecutado Año 2 2018	Programado Año 3	Programado Año 4	Responsables Institucionales	
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Valor										Año
Mantener en cero los casos de mortalidad evitable por y asociada a desnutrición en menores de 5 años	Mortalidad por o asociada a desnutrición	# casos de defunciones asociadas a desnutrición/# total de niños menores de 5 años	Tasa	0	2016	Se avanza en la identificación de los menores de la EPS con vida donde ya se cuenta con la mediana De acuerdo a lo auditado se encontro que el 100% de los niños recibe valoración nutricional durante la gestación. Se encuentra certificada y acreditada como una institución amiga de la mujer y la infancia mediante la certificación de la OMS.	No se cuenta con un parametro dentro de la Historia clínica que permita el seguimiento de la valoración nutricional.	4	4	4	4	4	4	Subgerencia científica-Planificación y Calidad
Mantener en cero el numero de casos de mortalidad materna	Mortalidad materna	(# casos de mortalidades maternas del periodo objeto de medición/ # casos de mortalidad anterior -1	Proporción	0	2016	Al trabajar con los actores externos e internos en una ruta para atención de la gestante se permite enfocar las actividades en pro de la salud de la gestante. La falta de reportes ante el área de trabajo ya que a las gestantes se les brinda atención en el momento de la atención.	Muerta de una madre en el periodo de gestación.	70%	87%	80%	89%	90%	100%	Subgerencia comunitaria / Referente Salud Sexual y reproductiva
Disminuir en 2% la línea base de mortalidad materna	Proporción de mortalidad	(# adolescentes embarazadas (10 a 18 años) en periodo anterior -1	Proporción	0	2016	La falta de reportes ante el área de trabajo ya que a las gestantes se les brinda atención en el momento de la atención.	Muerta de una madre en el periodo de gestación.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Subgerencia comunitaria / Referente Salud Sexual y reproductiva

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLAN INDICATIVO

Nombre de la IPS HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Código de habilitación de la IPS 2575400380

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva 13 DE Febrero 2017

Nombre del Gerente Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Meta de Resultado	Indicador de resultado				LOGROS	DIFICULTADES	Programa				Responsables Institucionales				
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Valor			Año	Programado Año 1	Ejecutado Año 1	Programado Año 2		Ejecutado Año 2	Programado Año 3	Programado Año 4	
2010 DE LAS adolescentes menores de 18 años embarazadas en el cuatrenio.	adolescentes embarazadas	objeto de medición/ # adolescentes embarazadas (10 a 18 años) en periodo anterior)-1	Proporción n	42%	2016	Fortalecer la consulta diferenciada en las 9 sedes con las que cuenta la institución mediante la oferta de un día exclusivo para jóvenes y adolescentes con la realización de acciones continuas de capacitación al personal medico y de enfermería y el fortalecimiento de la de búsqueda activa de sintomaticos respiratorios logrando así mejorar la atención materna e infantil.	Por temas contractuales y fraccionamiento de la atención por parte de las EPS'S no se logra captar y prestar el servicio al paciente.	Programado Año 1 2017	Ejecutado Año 1 2017	Programado Año 2 2018	Ejecutado Año 2 2018	Programado Año 3	Programado Año 4	Subgerencia comunitaria / Referente Salud Sexual y reproductiva	
Mantener en cero mortalidad por tuberculosis	Proporción de mortalidad por tuberculosis	(# de mortalidades por tuberculosis en el periodo/ # de mortalidades por tuberculosis vigencia anterior)-1	porcentaje	ceró	2016	Se ha dado cumplimiento a la norma nacional establecida de vacunación realizando el proceso sin barreras y garantizando la aplicación de vacunas a todo recién nacido en la institución antes de la salida hospitalaria. Se	La rotación del personal de enfermería en los servicios de sala de partos y salas de cirugía	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Subgerencia comunitaria / Referente crónicos
Mantener las coberturas útiles en nacidos vivos con respecto a la vigencia anterior	Cumplimiento de Coberturas en nacidos vivos	Coberturas útiles en nacidos vivos institucionales	porcentaje	97%	2016	Se ha dado cumplimiento a la norma nacional establecida de vacunación realizando el proceso sin barreras y garantizando la aplicación de vacunas a todo recién nacido en la institución antes de la salida hospitalaria. Se	El indicador no tiene un cumplimiento óptimo debido a la falta de veracidad de los	95%	98%	95%	98%	95%	95%	95%	Subgerencia comunitaria / Referente PAL
Mantener en cero la mortalidad por IRA	Mortalidad por IRA	(# de mortalidades por IRA en el periodo/ # de	porcentaje	0%	2016	Se ha dado cumplimiento a la norma nacional establecida de vacunación realizando el proceso sin barreras y garantizando la aplicación de vacunas a todo recién nacido en la institución antes de la salida hospitalaria. Se	El indicador no tiene un cumplimiento óptimo debido a la falta de veracidad de los	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Subgerencia comunitaria / Referente AIEPI

**GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLAN INDICATIVO**

Nombre de la IPS	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
Código de habilitación de la IPS	2675400380
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	13 DE Febrero 2017
Nombre del Gerente	DR. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Meta de Resultado	Indicador de resultado				LOGROS	DIFICULTADES	Linea base								Responsables Institucionales
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Valor			Año	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Programado		
								Año 1 2017	Año 1 2017	Año 2 2018	Año 2 2018	Año 3	Año 4		
Responder al 100% de las emergencias en salud y desastres con oportunidad	Respuesta a Emergencias	(Numero de emergencias atendidas en el servicio de urgencias/ Numero de emergencias que requirieron ser atendidas institucionalmente)	porcentaje	100%	2016	Se realizaron cargas y señalizaciones de extintores. Se realizaron capacitaciones de Brigada de	El numero de Brigadistas no cumple con el numero requerido para el	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Coordinador Seguridad y Salud en el Trabajo
Implementar el sistema de vigilancia en salud laboral - SIVISALA en sus tres componentes (Reporte Mensual / Notificación Inmediata / Acompañamiento)	SIVISALA implementado	% de implementación	Porcentaje	80%	2016	Capacitación para la salud de Cundinamarca adelantó la capacitación con Gerente, personal de Seguridad y salud en el trabajo y temporal del Hospital Mario Gaitan Yanguas, para	No asistencia de referentes y/o Coordinadores de la totalidad de los servicios a capacitación citada por la Gobernación.	12	12	12	12	12	12	12	Coordinador Seguridad y Salud en el Trabajo
Lograr la adherencia del 100% el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud	Seguridad y Salud	% de implementación	Porcentaje	28%	2016	El diagnóstico y cumplimiento de los	El ministerio expide el 27 de marzo de 2017 la Resolución	35%	75%	50%	75%	75%	75%	100%	Coordinador Seguridad y Salud en el Trabajo
Disminuir la mortalidad en menores de 5 años respecto a la vigencia anterior	Mortalidad en menores de cinco años	(# de mortalidades en niños < de 5 años en el periodo/ # de mortalidades)	Porcentaje	(1/3)-1 =66,77	2016	El diligenciamiento de historia clínica a los menores de cinco años bajo la estrategia AIEPI a nivel institucional	No se presentaron dificultades.	85%	96%	90%	96%	95%	100%	Subgerencia comunitaria	

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD
PLAN INDICATIVO

Nombre de la IPS HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Código de habilitación de la IPS 2575400380

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva 13 DE Febrero 2017

Nombre del Gerente DR. LUIS EFFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Meta de Resultado	Indicador de resultado					LOGROS	DIFICULTADES	Programado Año 1 2017	Ejecutado Año 1 2017	Programado Año 2 2018	Ejecutado Año 2 2018	Programado Año 3	Programado Año 4	Responsables Institucionales
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Valor	Año									
Aportar en asistencia, atención, rehabilitación.	Victimas atendidas	# VCA atendida/ Total de PYC/A. que	Porcentaje	No se tiene línea base	2016	En reunion realizada por el subcomite de asistencia y atencion a victimas el dia 9 de SE HA LOGRADO MANTENER EL RESULTADO DE SATISFACCION EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2017 EN UN PROMEDIO	No se presentan dificultades	4	5	4	4	4	4	Atencion al Usuario - Líder del Programa de Humanización del Servicio.
Implementar el programa de humanización en la prestación del servicio de salud en Cundinamarca bajo los lineamientos del Minsalud apoyado en el sistema de gestión de calidad.	Programa de humanización / Numero de acciones a implementar incluidas en el programa) * 100	(Numero de acciones del programa implementado / Numero total de acciones a implementar incluidas en el programa) * 100	Porcentaje	35%	2016	En el mes de Enero se venian realizando el cierre de todas las actividades programadas de acuerdo al cronograma de la vigencia anterior y se	Retiro de la persona líder de humanización	90%	90%	90%	90%	90%	90%	Líder del Programa de Humanización del Servicio.
Implementar la estrategia de atención primaria en salud en 80% sujeto a celebración de convenio	Actividades cumplidas de APS	# de actividades cumplidas según plan programático/ total de actividades programadas	Porcentaje	N.A	2016	Aderencia del talento humano al proceso, Continuidad del proceso y cumplimiento de metas.	Consecucion de algunos perfiles como higienistas orales, tecnicos ambientales durante la ejecucion.	80%	89%	80%	80%	80%	80%	Subgerencia Comunitaria
Cumplir con el componente del Sistema Unico de Habitación en por lo menos el 85% para los servicios ofertados en la ESE.	85% de cumplimiento en el componente SUH del SOGCS	% de avance del componente del SUH - SOGCS	Porcentaje	0,5	2016	Se realizaron las vistas internas de verificación de condiciones de habitación en todos los centros, puestos y servicios del hospital, se aplico la	Cambios de personal, asignacion de otras actividades, estas presentan retrasos en las actividades de	100%	48%	100%	7&%	100%	100%	Oficina de calidad

**GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD
PLAN INDICATIVO**

Nombre de la IPS HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Código de habilitación de la IPS 2575400380

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva 13 DE Febrero 2017

Nombre del Gerente DR. LUIS EFFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Meta de Resultado	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Indicador de resultado		LOGROS	DIFICULTADES	Programado Año 1 2017	Ejecutado Año 1 2017	Programado Año 2 2018	Ejecutado Año 2 2018	Programado Año 3	Programado Año 4	Responsables Institucionales
				Valor	Año									
				Linea base										
Cumplir con el componente del Sistema Único de Acreditación desarrollando completamente un (1) ciclo de preparación para la acreditación en cada vigencia.	Desarrollo de 1 ciclo de acreditación en cada vigencia.	Un ciclo de preparación a la acreditación en cada vigencia Si o no.	Unidad	1,00	2015	Se cumlino con la autoevaluacion de la vigencia de 2016 se retrasaron las oportunidades de mejoramiento y se plasmaron las acciones en los	La autoevaluacion de la vigencia de 2016 se retraso, razon por la cual el tiempo de cierre de ciclo es corto, y a que ha	1	1	1	1	1	1	Oficina de Planeación y calidad
Implementar el programa de humanización institucional en la prestación del servicio de salud institucional bajo los lineamientos	Programa de humanización institucional en la prestación del servicio de salud institucional estandarizado	(Numero de acciones del programa implementado s / Numero total de acciones a implementar)	Porcentaje	35%	2016	En los meses de marzo y mayo se logra disminuir los porcentajes con respecto al mes anterior, sin embargo en el mes de junio se obtuvo el porcentaje	El comportamiento del indicador es bastante variable, por lo que puede ser difícil disminuir el	2%	2%	4%	5%	6%	8%	Atención al Usuario - Líder del Programa de Humanización del Servicio.
	Programa de humanización institucional estandarizado	(Numero de acciones del programa implementado s / Numero total de acciones a implementar)	Porcentaje	65%		Durante el 1 Semestre de 2017 se realizaron: 20 Jornadas de capacitación con personal de diferentes áreas, se socializaron 8 tematicas, logrando	Dentro de las dificultades presentadas es importante mencionar el cambio de Lider del Proceso de Seguridad del	65%	72%	70%	73%	75%	80%	Oficina de Planeación y calidad

Programas (Número de)

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD
PLAN INDICATIVO

Nombre de la IPS HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
Código de habilitación de la IPS 2575400380

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva 13 DE Febrero 2017
Nombre del Gerente DR. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Meta de Resultado	Indicador de resultado				LOGROS	DIFICULTADES	Linea base				Responsables Institucionales			
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Valor			Año	Programado Año 1 2017	Ejecutado Año 1 2017	Programado Año 2 2018		Ejecutado Año 2 2018	Programado Año 3	Programado Año 4
Fortalecer en 90% la Seguridad del Paciente en la Institución	Indicador de seguridad del paciente estandarizado o basado en lineamientos de Ministerio	estrategias implementadas / Numero total de estrategias a implementar) * 100	Porcentaje	80%	2016	Durante el I Semestre de 2017 Se logro realizar Jornadas de Capacitación al personal asistencial en practicas seguras, garantizando el	Dentro de las dificultades presentadas es importante mencionar el cambio de Lider del Proceso de Seguridad del	20%	37%	45%	70%	100%	Oficina de Planeación y calidad	
Fortalecer al 100% los componentes de Sistema de Información y PAMFC frente a la toma de decisiones y oportunidad en la	Informes presentados a la dirección con respecto a los resultados semestrales	# de informes presentados a la alta dirección / # de Informes programados a presentar) * 100	Porcentaje	0	N.A	Mejoramiento, estos El reporte de la Circular 012 de 2016 para el primer semestre de 2017, tiene fecha de publicación al 31 de Agosto, motivo por el cual no se puede	Las fuentes de información para el diligenciamiento de los reportes en ocasiones requieren ser depuradas para	100%	100%	100%	100%	100%	Oficina de Planeación y calidad	
Fortalecer el sistema de control interno a través del 100% de la implementación y mantenimiento del modelo estandar de control interno	Modelo Implementado al cierre del cuatrenio	Promedio del porcentaje de implementación de los elementos del MECI	Porcentaje	74%	2016	Se tiene un avance importante en la implementación del modelo, que para la vigencia 2016 se encuentra en 69,76%, los elementos con menor grado de	La institución cuenta con los elementos de MECI en su mayoría documentados y parcialmente conocidos por el	80%	83%	90%	93%	95%	100%	Oficina de Control Interno

**GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD
PLAN INDICATIVO**

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Nombre de la IPS

Código de habilitación de la IPS

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva

Nombre del Gerente

2575400380

13 DE Febrero 2017

Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Meta de Resultado	Indicador de resultado				LOGROS	DIFICULTADES	Programado Año 1 2017	Ejecutado Año 1 2017	Programado Año 2 2018	Ejecutado Año 2 2018	Programado Año 3	Programado Año 4	Responsables Institucionales	
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base										
				Valor										Año
					Se cuenta con cronograma de actividades para gestión documental, donde la primer semana del mes de junio está dedicada a contratación de la empresa que realizará el acompañamiento en la institución para el fin propuesto. Se cuenta con	A la fecha no ha sido posible realizar la contratación para la implementación del programa de gestión documental.	20%	74%	40%	50%	60%	80%	Lider de Gestion documental	
					Se ha dado cumplimiento a la notificación de los eventos de Salud Pública al 100%, en el I semestre 2017. (Notificación Semana Epidemiologica /Notificación del periodo Epidemiologico). Mediante las	LA NO identificación de los eventos de Salud Pública, oportunamente, permiten incurrir en costos innecesarios que pueden terminar en un caso	95%	100%	95%	97%	95%	95%	Vigilancia epidemiologica	
					Mediante las	Continúan los inconvenientes con la conectividad debido a problemas geograficos en algunas zonas.	77%	77%	80%	81%	82%	85%	sistemas	

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD

PLAN INDICATIVO

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOAGCHA

Nombre de la IPS
Código de habilitación de la IPS

2575400380

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva

13 DE Febrero 2017

Nombre del Gerente

Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Meta de Resultado	Indicador de resultado					LOGROS	DIFICULTADES	Ejecución				Responsable Institucional		
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base				Programado Año 1 2017	Ejecutado Año 1 2017	Programado Año 2 2018	Ejecutado Año 2 2018		Programado Año 3	Programado Año 4
				Valor	Año									
Implementar al 80% una política de Tecnología de la Información y la Comunicación y la TTC's como herramienta de soporte en la toma de decisiones inteligentes e informadas	% de implementación de la Política de TTC's	# de Acciones realizadas/total de acciones propuestas *100	Porcentaje	0	2016	Se ejecuto en un porcentaje mayor al 80% las actividades contempladas en el plan de trabajo del area de sistemas para la vigencia 2017.	No se dispone con automovil permanente para brindar el soporte efectivo en los centros y puestos de salud, lo que	80%	91%	90%	93%	95%	95%	planeación y calidad Sistemas
						La E.S.E. Participo en la capacitación de implementación de la Estrategia de Gobierno en Línea en las instituciones hospitalarias realizada en el mes	El area de sistemas no cumple con lo establecido en la norma frente a estructura física y seguridad. La falta de	20%	33%	30%	30%	40%	50%	sistemas
						Se realizo el reporte de informacion al SIUS en forma oportuna en su componente asistencial, ya que el mismo se reporta en línea	El reporte de informacion financiera esta atado al cierre mensual que realiza contabilidad, proceso que	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Subgerencias científica Coordinación de Sistemas
								100%	100%	100%	100%	100%	100%	Subgerencia Administrativa; Coordinación Sistemas

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD
PLAN INDICATIVO

Nombre de la IPS HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
Código de habilitación de la IPS 2575400380

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva 13 DE Febrero 2017
Nombre del Gerente Dr. LUIS EFFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Meta de Resultado	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Indicador de resultado		LOGROS	DIFICULTADES	Programado Año 1 2017	Ejecutado Año 1 2017	Programado Año 2 2018	Ejecutado Año 2 2018	Programado Año 3	Programado Año 4	Responsables Institucionales
				Valor	Año									
Implementar al 100% los mecanismos de participación social en la ESE.	Implementación de los mecanismos de participación social	# mecanismos implementados / Total de mecanismos de obligatoria implementación *100	Porcentaje	3	2016	Se cuenta con 7 servicios habilitados en modalidad de telemedicina. Durante el mes abril del presente año se realizaron Electrocardiogramas (Lectura de Cardiologo) número 37 y se realizaron 18 Según cronograma de los espacios de participación para el mes de enero se tenía programa 2 reuniones de las cuales se cumplió con reunión de estatutos de la	1. Demora en las autorizaciones por las EPS-S 2. No autorizar los pacientes para atención en nuestra IPS 3. Envió los electrocardiogramas de urgencias debido	4	4	4	1	4	4	Subgerencia Científica
						En el plan de acción este indicador refleja su medición para el cuarto trimestre de la vigencia, no obstante a la fecha se han celebrado negociaciones de	Teniendo en cuenta la imposibilidad de unificar criterios y necesidades entre las ESE, se dificulta unificar procesos de	36%	100%	36	100%	36	36	trabajo social y SIAU
		# de				Con el Estatuto de contratación se ha logrado cumplir con los cometidos esperados, se ha garantizado la efectiva prestación del servicio y el	No se han generado procesos eficaces	1	1	0	0	0	0	Asesoría Jurídica

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLAN INDICATIVO

Nombre de la IPS

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Código de habilitación de la IPS

2575400380

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva

13 DE Febrero 2017

Nombre del Gerente

Dr. LUIS EFFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Meta de Resultado	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Indicador de resultado		LOGROS	DIFICULTADES	Evolución de los indicadores								Responsables Institucionales	
				Valor	Año			Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado		
								Año 1 2017	Año 1 2017	Año 2 2018	Año 2 2018	Año 3	Año 3	Año 4	Año 4		
Controlar el riesgo financiero de la prestación de servicios de salud, mediante la implementación del 90% de las estrategias de control de costos y contratación previstas en el cuatrenio.	Instrumentos y herramientas desarrolladas para facilitar la contratación	herramientas implementadas para facilitar las compras y la contratación # publicadas para promover las mejores practicas de contratación y control de costos	Porcentaje	0	2016	En el segundo trimestre de la vigencia, no se profirieron fallos condenatorios contra el Hospital, en ese orden no se generó la obligación legal de analizar la procedencia de iniciar acciones de repetición,	Se debe garantizar la oportunidad en el analisis de la procedencia del medio de control de repetición una vez proferido un fallo contra el Hospital y frente a la decisión	90%	100%	90%	100%	90%	90%	100%	100%	100%	Assesoria Jurídica
						No se han podido liquidar el 100% de los contratos de vigencias anteriores.	No se han podido liquidar el 100% de los contratos de vigencias anteriores.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Assesoria Jurídica
						Se cumple para el segundo trimestre del año con la formulación de mapas de riesgos para cada uno de los 14 procesos institucionales. Se da	Durante el primer trimestre se tuvieron retrasos por parte de los líderes de algunos procesos quienes	14	14	14	14	14	14	14	14	14	Planeación y calidad Control interno
						Depuración de cartera que ha permitido realizar acuerdos de pago.	En los procesos de depuración se evidencian algunas entidades en el resultado del cruce informan parte de la	80%	80%	80%	76%	80%	80%	80%	80%	80%	Subgerencia administrativa, cartera

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLAN INDICATIVO

Nombre de la IPS

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Código de habilitación de la IPS

2575400380

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva

13 DE Febrero 2017

Nombre del Gerente

DR. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Meta de Resultado	Indicador de resultado				LOGROS	DIFICULTADES	Programas								Responsables institucionales
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Valor			Año 1		Año 2		Año 3		Año 4		
							Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	
Fortalecer los procesos administrativos que promuevan el equilibrio presupuestal de la institución, garantizando un recaudo que cubra el pago de los compromisos adquiridos en una proporción mayor o igual a 1.	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recuento de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo Cuentas Por Pagar de vigencias anteriores.	Proporción	1,36	2015	Fue la gestión realizada al cierre de la vigencia 2016	A pesar de las reiteraciones realizadas en	40%	30%	40%	37%	40%	40%	40%	Subgerencia administrativa, cartera
						SE LOGRA INCREMENTO PROMEDIO DEL 14% EN LAS VENTAS CON RESPECTO AL MISMO PERIODO DEL AÑO INMEDIATAMENTE	DIFICULTAD EN LA AUTORIZACION DE SERVICIOS POR PARTE DE LAS EPS, ENVIO DE PACIENTES	3	3,78	3,5	3,2	3	3	Subgerencia administrativa	
						Con respecto al personal contratado para el mes de mayo El área jurídica siempre esta presto a generar el apoyo necesario para la interposición de acciones judiciales a que hubiere lugar, no obstante se recalca que se han	La distribución de personal de planta es casi 1 a No se han presentado dificultades	3	50%	100%	50%	50%	50%	50%	Asesoría Jurídica, Cartera
						No obstante que este indicador debe evaluarse en el IV trimestre de la vigencia, es necesario señalar que se ha presentado un	Se debe garantizar la gestión con la totalidad de los predios donde funcionan los puestos de salud	1	1	1	1%	1	1	1	Subgerencia administrativa Asesoría Jurídica
						No obstante que este indicador debe evaluarse en el IV trimestre de la	Se debe garantizar la gestión con la totalidad de los predios donde funcionan los puestos de salud	1	1	1	1%	1	1	1	Subgerencia administrativa

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD

PLAN INDICATIVO

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Nombre de la IPS

2575400380

Código de habilitación de la IPS

13 DE Febrero 2017

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva

Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Nombre del Gerente

Meta de Resultado	Indicador de resultado				LOGROS	DIFICULTADES	Programado Año 1 2017	Ejecutado Año 1 2017	Programado Año 2 2018	Ejecutado Año 2 2018	Programado Año 3	Programado Año 4	Responsables Institucionales	
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base										
				Valor										Año
Medir de forma permanente la experiencia de atención, servicio y desempeño de los procesos, obteniendo un desempeño mayor o igual al 90%	PAS EVALUADO (11DG)	# de metas del PAS evaluadas en el periodo/ # de metas incluidas en el PAS * 100	Porcentaje	91%	2016	Se logra capacitar toda la población en diferentes temas. De acuerdo con lo programado se tiene un acumulado de 31 acciones sobre 47 a desarrollar para un 66% cumplido.	Ausencia de profesional del área de Humanización. Falta de asistencia de los funcionarios a algunas actividades programadas.	90%	100%	90%	90%	90%	90%	Talento Humano
Disminuir el impacto de la carga de enfermedad generada por eventos, trastornos mentales y las distintas formas de violencia a través del fortalecimiento y la ampliación de la oferta de servicios de salud	Oportunidad en los servicios de Psicología y Psiquiatría	Sumatoria de los días desde la solicitud de la consulta hasta la atención/ número de consultas dadas en el periodo	Días	Psiquiatría: 15 días Psicología: 7 días	2016	Para el primer semestre se alcanzó la meta al aumentar en cada trimestre 9% y 5% respectivamente.	No se presentaron inconvenientes para alcanzar la meta.	1,03	1,04	1,05	1,06	1,07	1,1	Subgerencia científica