



GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA	
SECRETARÍA DE SALUD	
PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS	
PLAN DE ACCIÓN EN SALUD	
Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUIAS DE SOACHA
Código de habilitación de la IPS	2575400391
Nombre del Gerente	Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2018	Valor Ejecutado Año 2018	% Cumplimiento Meta	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	III Trimestre	Ejecutado III Trimestre	Descripción cumplimiento de la actividad	Evidencias III Trimestre	IV trimestre	Ejecutado IV Trimestre	Descripción Cumplimiento de la Actividad	Evidencia IV Trimestre	Total de la Ejecución	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales	E mail Responsable	
			Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base																			
						Valor																			Año
TEJIDO SOCIAL CUNDINAMARCA 2016. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA. COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE.	10. Mejorar la imagen corporativa fundamentada en nuestros valores institucionales y enfocada a los usuarios, la comunidad y el medio ambiente. (Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento)	1. Diseñar y ejecutar el plan de acción en un 40% de la estrategia hospital verde	Plan de acción diseñado y ejecutado	# actividades desarrolladas/# actividades programadas.	Porcentaje	6/30= 19%	2017	40%	14 / 18 = 77%	100%	50%	50%	Según los consumos registrados, la estrategia en carteleras digitales, en los fondos de pantalla y cambio de iluminación fluorescente a LED, han contribuido a la disminución de energía en algunos meses, sin embargo los consumos siguen siendo muy variables.	Implementación líneas de acción formuladas en el documento actualmente codificado GA-PU-11 "PLAN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL – PGA. BAJO EL CONCEPTO "HOSPITALES VERDES" DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUIAS"		50%	con respecto al ahorro de energía en los puestos de trabajo, generando una disminución del servicio de energía en los centros, puestos de salud, se ha realizado el cambio de luminarias por paneles led ahorradores, para un porcentaje total del 80% con el fin de disminuir los consumos y que se vean reflejados en los recibos.	Registro fotográfico de mensajes afusivos al ahorro y uso eficiente de agua y energía. Instalados en puntos de agua y energía, con el fin de generar conciencia en el personal administrativo y asistencial. Registro fotográfico del cambio de luminarias de la sede asistencial. Registro fotográfico luminarias entregadas. Base de datos de consumos de agua, energía, Vigencia 2018. Registro fotográfico Recipientes de PILAS.	100%	Después de realizar las brigadas de mantenimiento se tomaron medidas correctivas inmediatas. Se cambiaron las llaves jardinería de las pocetas por unas llaves hechas en PVC, las cuales evitan los constantes goteos en las mismas. Durante el transcurso del año 2018. Se ha venido realizado lo estipulado el programa de saneamiento básico y agua potable, con respecto a lavados de tanques de almacenamiento de agua.	La ejecución de actividades depende en gran medida de la programación de actividades del personal asistencial y administrativo, para poder contar con la participación del 100 % del personal.	Ingeniera Ambiental Paula Sánchez	<a href="mailto:medambiente@hmg.gov.co">medambiente@hmg.gov.co</a>		
		2. Implementar en 50% el programa de reciclaje en la sede Hospital Mario Gaitán yanguias de Soacha.	% de implementación del plan de acción de reciclaje	No. Acciones implementadas /Total de acciones programadas	Porcentaje	40% En el 2017 no se manejan estos indicadores	2017	50%	7 / 8 = 87%	100%	Realizar Plan de capacitación a funcionarios del Hospital MGY sobre reciclaje	50%	50%	50%	*Actualización documento "PROGRAMA DE APROVECHAMIENTO DE RESIDUOS NO PELIGROSOS". *Diagnostico y caracterización de residuos.	*Documento actualizado y codificado	planteadas en el programa de reciclaje, las cuales se fortalecen por medio de capacitación al personal. *Se instalan contenedores plásticos	Registro fotográfico	*Documento "PROGRAMA DE APROVECHAMIENTO DE RESIDUOS NO PELIGROSOS" actualizado, teniendo en cuenta el diagnóstico - caracterización de residuos aprovechables realizado.	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.	Ingeniera Ambiental Paula Sánchez	<a href="mailto:medambiente@hmg.gov.co">medambiente@hmg.gov.co</a>			
TEJIDO SOCIAL CUNDINAMARCA 2016. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA. COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE.	10. Mejorar la imagen corporativa fundamentada en nuestros valores institucionales y enfocada a los usuarios, la comunidad y el medio ambiente. (Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento)	3. Ejecutar en un 30 % el plan de acción definido en la línea de ahorro de energía, agua, papel según estrategia de hospital verde	% implementación del plan de acción línea ahorro energía, agua, papel	No. Acciones implementadas según estrategia ahorro de energía, agua, papel /Total de acciones programadas.	Porcentaje	25% En el 2017 no se manejan estos indicadores	2017	30%	7 / 7 = 100%	100%	50%	50%	Realizar mediciones del consumo de agua, energía y papel	Medición de consumos de agua, energía y papel, con el fin de llevar un registro y control de las mismas.	*Base de datos de consumos de agua, energía y papel consolidados por cada sede, puesto y centro de salud	50%	50%	Medición de consumos de agua, energía y papel, con el fin de llevar un registro y control de las mismas, obteniendo todo el consolidado del año 2018, y evidenciando las disminuciones de cada consumo.	*Base de datos de consumos de agua, energía y papel consolidado total 2018, por cada sede, puesto y centro de salud.	100%	Disminución de los consumos de energía, agua y control de entrega de papel a las áreas.	*Mensajes afusivos a la disminución ahorro de energía y agua, en todos los puntos donde se generan dichos consumos.	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.	Ingeniera Ambiental Paula Sánchez	<a href="mailto:medambiente@hmg.gov.co">medambiente@hmg.gov.co</a>
		Definir el plan de acción de ahorro de energía, agua y papel					50%	50%	50%	*Se realiza la concientización tanto al personal administrativo y asistencial con mensajes afusivos al ahorro de agua y energía, por medio de fondos de pantalla, correos electrónicos, redes social. *Se inicia un nuevo manejo y control de la cantidad de papel entregado a cada área.	* Actas de capacitación * Imágenes de los mensajes afusivos al reciclaje por medio de fondos de pantalla, correos electrónicos, redes social. *Base de datos de consumos de agua, energía y papel consolidados por cada sede, puesto y centro de salud.	*Registro fotográfico de ruta en intranet ( Acceso a información)	*Incremento en el % de reciclaje con respecto a la cantidad de papel y cartón siendo este el material más representativo, demostrando que las estrategias manejadas han funcionado	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.	Ingeniera Ambiental Paula Sánchez	<a href="mailto:medambiente@hmg.gov.co">medambiente@hmg.gov.co</a>									





Número de la IPS		ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	
Código de habilitación de la IPS		207440000	
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva		31 de julio de 2018	
Nombre del Gerente		Dr. LUIS EFRAN FERNANDEZ OTALORA	

PLAN DE ACCIÓN EN SALUD

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Departamental de Salud Pública	Meta de producto anual	Indicador de producto				Valor Esperado Año 2018	Valor Esperado Año 2019	% Cumplimiento Meta	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	El trimestre	Ejecutado al Trimestre	Descripción de Cumplimiento de la Actividad	evidencia	El trimestre	Ejecutado al Trimestre	Descripción de Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	Total de la Ejecución	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales	E-mail Responsable	
				Nombre del Indicador	Descripción de la Fórmula	Unidad de medida	Línea base																			
							Valor																			Año
TEJIDO SOCIAL	1. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	13-Incrementar el control de diabéticos en un 2% anual respecto a la línea de base establecida en entidad para la vigencia 2017	Captación de Diabéticos Mellitus de personas de 18 a 69 años	Número de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus reportado / Número total operado de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus.	porcentaje	252/938 7%	2017	76%	896 / 1100 = 81.45%	100%	Realizar promoción a los servicios de Pd en los centros y puesto de salud para la captación de Diabéticos Mellitus.	50%	50%	50%	La realización de talleres en las 9 salas de la subgerencia comunitaria facilitan el acercamiento al usuario y comunidad, fortaleciendo así todos los hábitos de vida saludable con sesiones educativas que abordan todos los temas de interés para el buen manejo de la patología crónica no transmisible y su condición clínica en general.	Soporte de asistencia al taller de corrientes y registro fotográfico.	50%	50%	La realización de talleres en las 9 salas de la subgerencia comunitaria facilitan el acercamiento al usuario y comunidad, fortaleciendo así todos los hábitos de vida saludable con sesiones educativas que abordan todos los temas de interés para el buen manejo de la patología crónica no transmisible y su condición clínica en general.	Soporte de asistencia al taller de corrientes y registro fotográfico.	100%	La implementación de estrategias como formulación para folletos, talleres de crónicas mensuales y la capacitación de profesionales en la GPC de DM han permitido que los usuarios alcancen el cumplimiento de su patología crónica y así mismo esto contribuye a la adherencia a tratamientos e indicaciones del personal de salud.	La rotación del personal médico hace que haya un retroceso en cuanto a adherencia de la GPC de DM, así mismo como la inoportunidad en la entrega de medicamentos e insumos a pacientes con Dx DM hacen que el paciente no pueda tener una adecuada adherencia a tratamientos farmacológicos.	Lic. Yudi Melina Bocanegra	referenciacion@hrmg.gov.pe
TEJIDO SOCIAL	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	14-Incrementar en un 1% el control de Hemoglobina Glic a pacientes con diabetes a partir de la base 2017	Control diabetes mellitus	Número de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus con hemoglobina glicosilada menor a 7% en los últimos 6 meses / Total de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus reportados *100	Porcentaje	197/252 78%	2017	80%	896 / 1100 = 81.45%	100%	Realizar seguimiento a los pacientes diagnosticados con diabetes	50%	50%	50%	Se realiza seguimiento telefónico de manera mensual a pacientes inasistentes a taller de crónicas como a su cita de control de la patología precursora, garantizando su adherencia a tratamientos e indicaciones dadas desde estas actividades.	Base de datos de seguimiento a pacientes inasistentes	50%	50%	Se realiza seguimiento telefónico de manera mensual a pacientes inasistentes a taller de crónicas como a su cita de control de la patología precursora, garantizando su adherencia a tratamientos e indicaciones dadas desde estas actividades.	Base de datos de seguimiento a pacientes inasistentes	100%	La autorización de parámetros y entrega oportuna de medicamentos e insumos por parte de la farmacia de las EAPB hacen que la adherencia a tratamientos no sea la esperada.	Lic. Yudi Melina Bocanegra	referenciacion@hrmg.gov.pe	
																										Realizar seguimiento a los pacientes inasistentes y sucesos
TEJIDO SOCIAL	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	15-Mantener en 85% las coberturas de canalización, para detección temprana para cáncer de próstata, para el 2do semestre de 2018	No. Exámenes de próstata	No. Exámenes de próstata ordenados/Total de exámenes programados	porcentaje de Exámenes de próstata	443/520 85%	2017	85%	89 / 89 = 100%	100%	Realizar seguimiento a todos los Resultados de PSA alterados Reportados por el laboratorio clínico	100%	50%	50%	Realizar seguimiento telefónico a todos los usuarios con Resultado de Serigrama Prostático Positivo, buscando sensibilizar al usuario en la importancia de recluir resultados y dar continuidad a los tratamientos ordenados por el personal de salud.	Base de datos seguimientos.	50%	50%	Realizar seguimiento telefónico a todos los usuarios con Resultado de Serigrama Prostático Positivo, buscando sensibilizar al usuario en la importancia de recluir resultados y dar continuidad a los tratamientos ordenados por el personal de salud.	Base de datos seguimientos.	100%	La articulación entre las áreas de laboratorio clínico y la referencia de crónicas no transmisibles permite que se tenga un seguimiento permanente y estricto a todos los usuarios con Reporte de Antígeno Prostático 4-nig	Lic. Yudi Melina Bocanegra	referenciacion@hrmg.gov.pe	



GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

SECRETARÍA DE SALUD

PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS

PLAN DE ACCIÓN EN SALUD

Nombre de la IPS: ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA  
 Código de habilitación de la IPS: 2575400380  
 Fecha de actualización: 31 de julio de 2018  
 Nombre del Gerente: Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto						Valor esperado Año 2018	Valor Ejecutado Año 2018	% Cumplimiento Meta	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	III trimestre	Ejecutado III Trimestre	Descripción de Cumplimiento de la Actividad	Evidencias	IV trimestre	Ejecución IV Trimestre	Descripción de cumplimiento de la Actividad	Evidencia	Total de la Ejecución	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales	E mail Responsable
			Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base																				
						Valor	Año																			
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	3. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	16-Realizar el reporte del 100% de los eventos en salud mental (diferentes tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastornos mentales) identificados.	Eventos reportados	# eventos reportados/#total de eventos identificados.	Porcentaje	62/62 casos reportados	100%	2017	100%	64 / 64 = 100%	100%	Identificar a la población con riesgo de trastornos de salud mental (violencia, consumo de SPA, implementación de la ruta de atención)	100%	50%	50%	eventos notificados por vigilancia y subidos al aplicativo en el trimestre relacionados a salud mental	base de descargue de la base con filtro para el evento en salud mental	50%	50%	Numero de eventos identificados y reportados en el aplicativo SINGULA con relacion a salud mental: SE IDENTIFICARON 30 CASOS	descrague de datos basicos en la aplicación por trimestre	100%	ACERCAMIENTO CON EL CENTRO DE SPA DEL MUNICIPIO DE SIBATE PARA REALIZAR CRUCE CON LA BASE DE DATOS DEL 2018	BUSQUEDA ACTIVA NO ES EFECTIVA POR DIAGNOSTICO CIE 10, POR NO SER TOMADO COMO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Referente de epidemiologa Lic. Paola Gutierrez	<a href="mailto:epidemiologa@hmg.gov.co">epidemiologa@hmg.gov.co</a>
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	3. Implementar soluciones de tecnología de la salud, información y comunicación como apoyo a la toma de decisiones y la innovación. (Perspectiva del proceso interno)	17-Lograr una oportunidad del servicio de atención en psiquiatría a 15 días	numero de días transcurridos par la atención de consulta de Psiquiatra	oportunidad en la asignacion de consulta de psiquiatra	días	28	2017	15	8536 / 1792 = 5.4	100%	Aumentar la capacidad ofertada de los servicios de Psiquiatría y Psicología en horas ofertadas.	100%	50%	50%	Asignación de citas de 1 vez y de Control por el servicio de Psiquiatría	Se reporta el indicador a través de la plataforma de Dinámica por el área de Sistemas, en el cual se calcula el total de consultas, por la Sumatoria de Días entre la solicitud de la cita y el	50%	50%	Asignación de citas de 1 vez y de Control por el servicio de Psiquiatría	Se reporta el indicador a través de la plataforma de Dinámica por el área de Sistemas, en el cual se calcula el total de consultas, por la diferencia de la Sumatoria de Días entre la solicitud de la cita y el día en que tiene la cita el paciente, y se obtiene por medio del descargue de la base	100%	En el último trimestre de 2018 se evidenció una disminución importante en la oportunidad, así cumpliendo con los tiempos propuestos por el indicador	Bajo flujo de pacientes debido a fechas festivas, lo que conlleva a realizar la demanda de oferta	referente de consulta externa Lic. Liliana Parrado	<a href="mailto:referenteconsultaxterna@hmg.gov.co">referenteconsultaxterna@hmg.gov.co</a>	



GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

SECRETARÍA DE SALUD

PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS

PLAN DE ACCIÓN EN SALUD

Nombre de la EPS: ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA  
 Código de habilitación de la EPS: 2575400380  
 Fecha de inicio: 31 de julio de 2018  
 Nombre del Gerente: DR. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto				valor esperado año 2018	valor ejecutado año 2018	% cumplimiento meta	Actividades	Paso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	Ejecutado III trimestre	Descripción cumplimiento de actividad	Evidencia	N° TRIMESTRE	EJECUTADO IV TRIMESTRE	Descripción cumplimiento de actividad	Evidencia	TOTAL DE LA EJECUCION	LOGROS	DIFICULTADES	Responsables Institucionales	E mail Responsable	
			Nombre del Indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base																			
						Valor																			Año
TEJIDO SOCIAL	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente).	18-Mantener el 77% de niños menores de 5 años con valoración nutricional	Porcentaje de niños menores de 5 años con valoración nutricional	#de niños menores de 5 años con valoración nutricional / # de niños menores de 5 años con diagnóstico de malnutrición a cargo de la Hospital	Porcentaje	193 / 248	2017	60%	8 / 9 = 89%	100%	Realizar seguimiento al programa de Crecimiento y desarrollo trimestralmente, donde se verifique la valoración nutricional.	100%	50%	50%	e realiza la valoración de todos los niños que son remitidos a el servicio de nutrición y articula con facturación para radicación de autorizaciones de los niños no remitidos	RIPS DE CONSULTA EXTERNA Y/O CARPETA DE CADA SEGUIMIENTO DE PAIETES CON DESNUTRICION	25%	25%	Se realiza la valoración de todos los niños que son remitidos a el servicio de nutrición y articula con facturación para radicación de autorizaciones de los niños no remitidos	RIPS DE CONSULTA EXTERNA Y/O CARPETA DE CADA SEGUIMIENTO DE PAIETES CON DESNUTRICION	100%	Segun rips en JULIO se valoraron por nutrición 192 consultas e nutrición de los cuales 18 niños fueron de 0-4 años 11 meses de edad, AGOSTO se valoraron por nutrición 215 consultas de nutrición de los cuales 31 niños fueron de 0-4 años 11 meses de edad, SEPTIEMBRE se valoraron por nutrición 215 consultas de nutrición de los cuales 31 niños fueron de 0-4 años 11 meses de edad. Se ha venido trabajando con los médicos para que remitan adecuadamente a los niños la población restante debe reintegrarse a la vida laboral prontamente lo que influye en el inicio temprano de formulas lacteas u otros alimentos en el menor de 6 meses.	Referente de Nutrición Dra Noris del Pilar Espeleta	<a href="mailto:nutricion@hmg.gov.co">nutricion@hmg.gov.co</a>	
TEJIDO SOCIAL	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente).	19-Mantener en cuatro (4) meses la duración media de la lactancia materna en el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha exclusiva en menores de 6 meses.	Duración media lactancia materna	Duración en meses de la lactancia materna exclusiva	meses	4	2017	4	4	100%	Realizar seguimiento mensual al registro de los datos de la mediana de la lactancia para obtener datos confiables. Y determinar estrategias para tener lactancia materna exclusiva	100%	50%	50%	Realizar seguimiento a la lactancia exclusiva desde la consulta de crecimiento y desarrollo y control prenatal en búsqueda de lograr la implementación de la LM exclusiva hasta los 6 meses de vida	ase de datos Crecimiento y Desarrollo	50%	50%	Realizar seguimiento a la lactancia exclusiva desde la consulta de crecimiento y desarrollo y control prenatal en búsqueda de lograr la implementación de la LM exclusiva hasta los 6 meses de vida	Base de datos Crecimiento y Desarrollo	100%	A nivel institucional se fortalece el vínculo afectivo binomio madre-hijo gracias a la implementación de la Ruta maternidad perinatal donde se describe en el paso N 6 la lactancia materna exclusiva y de la Estrategia IMMI por lo cual se dispone de una auxiliar de enfermería en el servicio de <a href="mailto:atencobuatericia@hmg.gov.co">atencobuatericia@hmg.gov.co</a>	Lic. Yudi Milena Bocanegra	<a href="mailto:referentecronicos@hmg.gov.co">referentecronicos@hmg.gov.co</a>	
TEJIDO SOCIAL	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente).	20-Realizar al 100% el reporte y seguimiento de la información de personas atendidas al sistema de vigilancia alimentario y nutricional para la Gobernación de Cundinamarca - MANGÓ.	Reportes realizados	No. de reportes realizados/No. de casos identificados	numero	1/1	2017	6/6	6/6	100%	Realizar seguimiento mensual al registro de los datos al sistema de vigilancia alimentario y nutricional para la gobernación de cundinamarca -Mango	100%	25%	25%	El reporte de realizo oportunamente dentro de las fechas establecidas por la Secretaria de Salud de Cundinamarca	Pantallazo de reporte	50%	50%	El reporte de realizo oportunamente dentro de las fechas establecidas por la Secretaria de Salud de Cundinamarca	Pantallazo de reporte	100%	Se presentan errores en peso, talla, circunferencia de cintura, diametro de brazo	referente de sistemas Ing. Edgar Rico administrador del sistema Dinamica	<a href="mailto:sistemas@hmg.gov.co">sistemas@hmg.gov.co</a>	
TEJIDO SOCIAL	3. Implementar soluciones de tecnología de la salud, información y comunicación como apoyo a la toma de decisiones y la innovación. (Perspectiva del proceso interno)	21-Mantener con el 5% la proporción de nacidos con bajo peso al nacer (según línea base 2017)	Bajo peso al nacer	No de nacidos vivos con peso menor a 2500 gr al nacer/No. Total de nacidos vivos con la variable identificada en el certificado de nacido vivo.	%	99 / 1839	2017	5%	45 / 1081	4.2%	Realizar seguimiento mensual al nacido vivos bajo de peso para establecer acciones de salud pública	100%	50%	50%	registro de nacidos vivos de acuerdo a los certificados generados y la aplicación de RUAF IV	descargue de la base del aplicativo, a la cual se cruza con semanas de gestacion y pesos	50%	50%	registro de nacidos vivos y cruce con fichas de notificación de evento SIVIGILA	base de datos excel descargada por aplicativos RUAF ND - SIVIGILA	100%	concientización del personal medico de las criterios para notificación (peso y semanas de gestacion) para realizar un reporte efectivo y con calidad del dato	la calidad del dato en el momento de realizar el cruce con las bases de SIVIGILA y Ruaf ND, por las correcciones que se dan posterior a la generacion d e la base semanal	epidemiologia	<a href="mailto:epidemiologia@hmg.gov.co">epidemiologia@hmg.gov.co</a>



**GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA**  
**SECRETARÍA DE SALUD**  
**PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS**  
**PLAN DE ACCIÓN EN SALUD**

Nombre de la IPS: **ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA**  
 Código de habilitación de la IPS: **267540395**  
 Nombre del Sistema: **31 de Julio de 2018**  
 Director: **Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA**

Eje del Plan Departamento de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea Base		% cumplimiento meta	Actividades	Pese % de la actividad frente a la meta	IV trimestre	Ejemplar II trimestre	Descripción de cumplimiento de la actividad	Evidencias	IV trimestre	Ejemplar IV trimestre	Descripción de cumplimiento de la actividad	Evidencia	Total de Ejecución	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales	E mail Responsable
						Valor	Año																
						Valor Ejemplar Año 2016	Valor Ejemplar Año 2016																
TEJIDO SOCIAL	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	22-Mantener en 85% la proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	Mantener en 85% la captación de las gestantes antes de la semana 12 de gestación.	No. De gestantes captadas antes de la semana 12 / No. De gestantes captadas * 100	Porcentaje	2066 / 2430	2017	85%	Captar a las madres antes de la semana 12 de gestación.	30%	50%	50%	La captación de las madres antes de la semana 12 de gestación, se realiza mediante seguimiento telefónico a la base de grandes positivos que reporta el laboratorio. En donde se asina cita a las gestantes captadas y a las no captadas se	Base de datos de Gravidex positivos de Laboratorio Clínico	50%	50%	La captación de las madres antes de la semana 12 de gestación, se realiza mediante seguimiento telefónico a la base de grandes positivos de usuarios con gravidez positivos	Base de datos de Gravidex positivos de Laboratorio Clínico	100%	Durante el III trimestre del presente año se ha logrado mantener el 85% de cumplimiento de la captación a mujeres con embarazo menor de 12 semanas estan relaciones en primer lugar con el no aseguramiento al sistema de salud lo que impide que las gestantes ingresen de manera	Lic. Catalina marentes	referentestsr@hmgny.gov.co	
						154 / 177 = 87%	100%	Realizar Seguimiento Telefónico a las pruebas de gravidez positivo					40%	50%			50%	Base de datos de Gravidex positivos de Laboratorio Clínico		Base de datos de Gravidex positivos de Laboratorio Clínico			100%
TEJIDO SOCIAL	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	23-Aumentar en el 4% de porcentaje de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales	Proporción de mujeres con mas de 4 controles prenatales	# gestantes con más de 4 controles/# total gestantes identificadas *100.	Porcentaje	1522/2120	2017	75%	Realizar captación y búsqueda activa a mujeres embarazadas para incluirlos en controles prenatales.	40%	50%	50%	Se realiza captación y búsqueda activa a gestantes mediante seguimiento telefónico y demanda inducida a al control prenatal. Por otra parte se realiza seguimiento	Base de datos Kardex de gestantes Historia Clínica (RIPS)	50%	50%	Se realiza captación y búsqueda activa a gestantes mediante seguimiento telefónico y demanda inducida a al control prenatal. Por otra parte se realiza seguimiento	Base de datos Kardex de gestantes Historia Clínica (RIPS)	100%	Durante el III trimestre se logro el cumplimiento de la meta establecida, esto mediante el seguimiento telefónico a las gestantes inasistentes al control prenatal	Lic. Catalina marentes	referentestsr@hmgny.gov.co	
						1445 / 1911 = 75%	100%	Realizar seguimiento telefónico a las gestantes inasistentes.					30%	50%			50%	Base de datos de gestantes Historia Clínica (RIPS)		Base de datos de gestantes Historia Clínica (RIPS)			100%
TEJIDO SOCIAL	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	4-Aumentar a 2% el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (15-49 años)	Proporción de mujeres de 15 a 49 que utilizan métodos modernos de anticoncepción	No Mujeres de 15 a 49 años que utilizan métodos modernos de anticoncepción / No. Total de mujeres de 15 a 49 años a cargo de la ESE	Porcentaje	942/4810	2017	21%	Realizar consulta de planificación familiar en donde se brinda educación y se direcciona al usuario a consulta de planificación familiar	50%	50%	50%	Se realiza consulta de planificación familiar a libre demanda en os diferentes centros y puntos de salud en donde se realiza la formula del metodo anticonceptivo de elección de los usuarios según los criterios de elegibilidad de la oms.	Base de datos de planificación familiar. Historia Clínica	50%	50%	Se realiza consulta de planificación familiar a libre demanda en os diferentes centros y puntos de salud en donde se realiza la formula del metodo anticonceptivo de elección de los usuarios según los criterios de elegibilidad de la oms.	Base de datos de planificación familiar. Historia Clínica	100%	Durante el III trimestre se logro superar la meta en un 32% debido a la demanda inducida y canalización de mujeres que desean hacer uso de los metodos modernos de planificación, en los 3 centros y puntos de salud se ofrece consulta de planificación familiar y consulta del joven en donde se captan mujeres con deseos de planificar, de	Lic. Catalina marentes	referentestsr@hmgny.gov.co	
						1206 / 3876 = 31%	100%	Realizar consulta de planificación familiar en donde se brinda educación y se direcciona al usuario a consulta de planificación familiar					50%	50%			50%	Base de datos de planificación familiar. Historia Clínica		Base de datos de planificación familiar. Historia Clínica			100%
TEJIDO SOCIAL	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	25-Disminuir en el 3% la proporción de adolescentes embarazadas	% de mujeres embarazadas de 10 a 19 años	No. De mujeres embarazadas de 10 a 19 años/No. Total de mujeres embarazadas a cargo de la ESE	Porcentaje	2868/6552	2017	44%	Realizar consulta de planificación familiar a libre demanda en los diferentes centros y puntos de salud en donde se realiza la formula del metodo anticonceptivo de elección de los usuarios según los criterios de elegibilidad de la oms.	50%	50%	50%	Se realiza consulta de planificación familiar a libre demanda en los diferentes centros y puntos de salud en donde se realiza la formula del metodo anticonceptivo de elección de los usuarios según los criterios de elegibilidad de la oms.	Base de datos de planificación familiar. Historia Clínica	50%	50%	Se realiza consulta de planificación familiar a libre demanda en los diferentes centros y puntos de salud en donde se realiza la formula del metodo anticonceptivo de elección de los usuarios según los criterios de elegibilidad de la oms.	Base de datos de planificación familiar. Historia Clínica	100%	Durante el III trimestre se ha mantenido la meta establecida a la demanda inducida por parte de la ESE, esto ha permitido que las mujeres accedan a metodos de planificación de largo duracion, lo que impacta el aumento	Lic. Catalina marentes	referentestsr@hmgny.gov.co	
						830 / 2708 = 31%	50%	Identificar mujeres embarazadas de 10 a 19 años y vincularlas a control prenatal					50%	50%			50%	Base de datos de planificación familiar. Historia Clínica		Base de datos de planificación familiar. Historia Clínica			100%
TEJIDO SOCIAL	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	26-Avanzar en la implementación al 25% de la Ruta de Materno Perinatal	Ruta implementada	Avanzar en la implementación % de la ruta de Maternidad Segura	Porcentaje	25%	2017	25%	Verificar el cumplimiento efectivo de los pasos establecidos de la ruta de Maternidad segura según la normatividad vigente	50%	50%	50%	La Ruta Materno Perinatal a nivel institucional se inició desarrollando a finales del año 2017, y continuando su implementación y socialización en el transcurso del 2018, de donde involucrar a todas las áreas que prestan atención a nuestra población materno perinatal.	Soportes de las actividades implementadas o realizadas como parte del Plan de trabajo para el desarrollo de la ruta de maternidad segura	50%	50%	La Ruta Materno Perinatal a nivel institucional se inició desarrollando a finales del año 2017, y continuando su implementación y socialización en el transcurso del 2018, de donde involucrar a todas las áreas que prestan atención a nuestra población materno perinatal.	Soportes de las actividades implementadas o realizadas como parte del Plan de trabajo para el desarrollo de la ruta de maternidad segura	100%	Para el III trimestre se logro superar la meta en un 33.3 % se que la Ruta Materno Perinatal está fundamentada en las actividades que se desarrolló a diario en los diferentes servicios en los que se presta atención a dicha población, por esta razón la	Lic. Catalina marentes	referentestsr@hmgny.gov.co	
						7 / 8 = 88%	100%	Implementar y socializar la ruta materno perinatal en todos los procesos del Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha.					50%	50%			50%	Actas de socialización Registro fotografico		Actas de socialización Registro fotografico			100%
TEJIDO SOCIAL	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	27-Implementar en un 100% los 10 pasos de la estrategia IAMM.	porcentaje de implementación de estrategia IAMM	No. De pasos implementados Estrategia IAMM / No total de Pasos estrategia IAMM	Porcentaje	8,2/10=	2017	85%	Realizar capacitación en todos los procesos del Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha.	40%	50%	50%	La estrategia IAMM es una política institucional que se implemento desde el año 2014, por tal motivo se realiza inducción, capacitación y capacitación en dicha estrategia realizando la inclusión de todos los servicios de la institución	Actas de socialización Registro fotografico Matriz de AAMI	50%	50%	La estrategia IAMM es una política institucional que se implemento desde el año 2014, por tal motivo se realiza inducción, capacitación y capacitación en dicha estrategia realizando la inclusión de todos los servicios de la institución	Actas de socialización Registro fotografico Matriz de AAMI	100%	La institución fue certificada en la estrategia IAMM en el año 2014 por el cumplimiento de los 10 pasos que comprende la estrategia, estos pasos se han venido desarrollando en las diferentes áreas de la institución en donde se presta atención al binomio madre e hijo. La	Lic. Catalina marentes	referentestsr@hmgny.gov.co	
						9 / 10 = 90%	80%	Realizar recepción de datos estadísticos en la matriz que la gobernación entrego al Hospital.					60%	50%			50%	Actas de socialización Registro fotografico Matriz de AAMI		Actas de socialización Registro fotografico Matriz de AAMI			100%
TEJIDO SOCIAL	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	28-Reestablecer los derechos de los adolescentes embarazadas menores de 15 años en un 100%	% de adolescentes embarazadas canalizadas	# adolescentes embarazadas canalizadas # total de adolescentes menores de 15 (100)	Porcentaje	112 / 112	2017	100%	Remitir a pacientes al servicio de Trabajo Social (SAU) del Hospital y verificar el seguimiento de la canalización efectiva para la restitución de derechos.	50%	50%	50%	Las gestantes menores de 15 años, son remitidas al servicio de trabajo social en donde se realiza restitución de derechos, ya que estos casosos considerados abuso sexual o violencia de genero según la normatividad	Base de datos restitución de derechos Historias clínicas (RIPS)	50%	50%	Las gestantes menores de 15 años, son remitidas al servicio de trabajo social en donde se realiza restitución de derechos, ya que estos casosos considerados abuso sexual o violencia de genero según la normatividad	Base de datos restitución de derechos Historias clínicas (RIPS)	100%	Para el III trimestre no se han presentado dificultades ya que el cumplimiento es del 100%	Lic. Catalina marentes	referentestsr@hmgny.gov.co	
						47 / 46 = 100%	100%	En coordinación con el Proceso de Atención al Usuario se realiza notificación de los casos a las entidades competentes (ICBF y CAVA)					50%	50%			50%	Base de datos restitución de derechos Historias clínicas (RIPS)		Base de datos restitución de derechos Historias clínicas (RIPS)			100%



GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA																			
SECRETARÍA DE SALUD																			
PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS																			
PLAN DE ACCIÓN EN SALUD																			
Número de la IPS		ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA																	
Código de institución de la IPS		2575400360																	
Nombre del Gerente		Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA																	
Fecha de actualización		31 de Julio de 2018																	

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto						Valor esperado Año 2018	Valor ejecutado Año 2018	% cumplimiento	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	III trimestre	Ejecutado III Trimestre	Descripción de cumplimiento de la Actividad	Evidencia	IV trimestre	Ejecutado IV trimestre	Descripción de cumplimiento de la Actividad	Evidencia	total ejecución	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales	E mail Responsable
			Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base																				
						Valor	Año																			
<b>PROCESO:</b>	<b>VACUNACION - EPIDEMIOLOGIA Y CRONICOS</b>																									
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	29. Identificar y realizar el tratamiento oportuno al 100% de los pacientes con Diagnóstico de TB	Inicio Oportuno del Tto para TB	# pacientes que iniciaron tratamiento tuberculosis / # pacientes diagnosticados con TB	%	5/5	2017	100%	4 / 4 = 100 %	100%	Realizar búsqueda activa de síntomas respiratorios	30%	50%	50%	Se captarán en el III Trimestre 248 usuarios Sintomáticos Respiratorios de los cuales se examinarán 175 pacientes, alcanzando un cumplimiento a la meta	Libro de Sintomáticos Respiratorios	50%	50%	Se captarán en el IV Trimestre 265 usuarios Sintomáticos Respiratorios de los cuales se examinarán 184 pacientes.	Libro de Sintomáticos Respiratorios	100%	Se gestionó la logística para el transporte oportuno de las muestras de baciloscopia de los pacientes captados, en los Puestos de Salud que no tienen el servicio de toma de muestras.	El cierre temporal del Puesto de Salud la Isla en el mes de Abril por problemas de seguridad, disminuyó la asistencia de usuarios para la	Lic. Diana Garcia	<a href="mailto:sefrentecronicos@hmgp.gov.co">sefrentecronicos@hmgp.gov.co</a>	
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	30. Vacunar al 95 % de nacidos vivos en el HBVGY	Mantener la cobertura de vacunación del 95% con esquema PAI según nacidos vivos con Hepatitis B y BCG según aplique	# de nacidos vivos vacunados / Total de nacidos vivos institucionales	%	95%	2017	95%	1059 / 1079 = 98%	100%	Realizar seguimiento a nacidos vivos institucionales de acuerdo a registros	100%	50%	50%	En el Tercer trimestre del año nacieron 526 niños en la E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas el 100% fueron vacunados con Hepatitis B y BCG ya que por lineamiento nacional los menores de 2,000 gramos no se vacunaron con BCG.	Base de datos Nacidos Vivos, Registro Diario de nacidos vivos vacunados, Aplicativo PAI Web	50%	50%	En el Cuarto trimestre del año nacieron 553 niños en la E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas el 100% fueron vacunados con Hepatitis B y BCG ya que por lineamiento nacional los menores de 2,000 gramos no se vacunaron con BCG.	Base de datos Nacidos Vivos, Registro Diario de nacidos vivos vacunados, Aplicativo PAI Web	100%	Se mantuvo las brigadas de toma de baciloscopias en los Puestos de salud en donde no se cuenta con el servicio de toma de muestras de laboratorio, al igual que el compromiso de cumplimiento de la captación	La baja adherencia de los usuarios captados a la toma del examen reduce el porcentaje de cumplimiento de la captación	Lic. Diana Garcia	<a href="mailto:sefrentecronicos@hmgp.gov.co">sefrentecronicos@hmgp.gov.co</a>	
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	31. Mantener el seguimiento al 97% de menores de cinco años con diagnóstico de IRA atendidos en el servicio de Sala ERA	Seguimiento a < de 5 años diagnosticados con IRA en el servicio de urgencias	Total de seguimiento a < de 5 años con DX de IRA / total de pacientes < de 5 años atendidos en el servicio de Sala ERA con Dx IRA = 100	%	1310/1340	2017	98%	471 / 471 = 100%	100%	Realizar seguimiento telefónico a los pacientes menores de 5 años atendidos en los servicios de urgencias. Educación en signos de alarma y de inminencia de muerte.	100%	50%	50%	En el Tercer trimestre del año nacieron 526 niños en la E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas el 100% fueron vacunados con Hepatitis B y BCG ya que por lineamiento nacional los menores de 2,000 gramos no se vacunaron con BCG.	Base de datos realizada por Sala ERA de los niños menores de 5 años con DX IRA	50%	50%	En el Cuarto trimestre del año nacieron 553 niños en la E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas el 100% fueron vacunados con Hepatitis B y BCG ya que por lineamiento nacional los menores de 2,000 gramos no se vacunaron con BCG.	Base de datos realizada por Sala ERA de los niños menores de 5 años con DX IRA	100%	Se fortaleció la capacitación al personal médico del servicio de urgencia y hospitalización en la captación y diagnóstico temprano de pacientes con tuberculosis, trabajando articuladamente con el área de epidemiología y la referencia del Compromiso en general del servicio de sala de partos en la atención brindada al Recien Nacido en el programa.	No contar con una persona específica responsable del reporte del informe mensual de los biológicos aplicados en los servicios de sala de partos y cirugía, llevando a no tener un reporte real de los resultados de laboratorio de pacientes.	Lic. Diana Garcia	<a href="mailto:sefrentepai@hmgp.gov.co">sefrentepai@hmgp.gov.co</a>	
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	32. Notificar oportunamente el 100% de los procesos institucionales para la vigilancia epidemiológica	Oportunidad en la notificación de los eventos de interés y calidad en la información y los registros del SVIGILA (13DC) (14DC)	# de estrategias utilizadas para mejorar la oportunidad y calidad de los datos / # de acciones establecidas en el Plan de Trabajo * 100	%	12 / 12 = 100%	2017	100%	6 / 6 = 100%	100%	Establecer y ejecutar un Plan de trabajo para la vigencia con cronograma en cada una de las dependencias del hospital	100%	50%	50%	Realizar seguimiento telefónico de todos los menores atendidos por Sala ERA en la institución, en búsqueda de signos de alarma y signos de peligro de muerte reducir al padre y/o cuidador en busca de disminuir la mortalidad infantil a causa de la IRA.	Base de datos realizada por Sala ERA de los niños menores de 5 años con DX IRA	50%	50%	Realizar seguimiento telefónico de todos los menores atendidos por Sala ERA en la institución, en búsqueda de signos de alarma y signos de peligro de muerte reducir al padre y/o cuidador en busca de disminuir la mortalidad infantil a causa de la IRA.	Base de datos realizada por Sala ERA de los niños menores de 5 años con DX IRA	100%	La articulación con el área de terapia Respiratoria ha permitido el seguimiento a todos los menores de 5 años con Dx IRA que ingresan al servicio para manejo por SALA ERA, la cual se realiza en 4 momentos importantes para la verificación de complicaciones o deterioro del cuadro clínico (24 horas, 48 horas, 72 horas y a la semana.)	No se presentaron	Lic. Yudi Melena Bocanegra	<a href="mailto:sefrentecronicos@hmgp.gov.co">sefrentecronicos@hmgp.gov.co</a>	
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	33. Notificar oportunamente el 100% de los procesos institucionales para la vigilancia epidemiológica	Oportunidad en la notificación de los eventos de interés y calidad en la información y los registros del SVIGILA (13DC) (14DC)	# de estrategias utilizadas para mejorar la oportunidad y calidad de los datos / # de acciones establecidas en el Plan de Trabajo * 100	%	12 / 12 = 100%	2017	100%	6 / 6 = 100%	100%	Establecer y ejecutar un Plan de trabajo para la vigencia con cronograma en cada una de las dependencias del hospital	100%	50%	50%	Realizar seguimiento telefónico de todos los menores atendidos por Sala ERA en la institución, en búsqueda de signos de alarma y signos de peligro de muerte reducir al padre y/o cuidador en busca de disminuir la mortalidad infantil a causa de la IRA.	descarga de la base de datos de acuerdo a los eventos totales de notificación.	50%	50%	Realizar seguimiento telefónico de todos los menores atendidos por Sala ERA en la institución, en búsqueda de signos de alarma y signos de peligro de muerte reducir al padre y/o cuidador en busca de disminuir la mortalidad infantil a causa de la IRA.	descarga de la base de datos de acuerdo a los eventos totales de notificación.	100%	Se aumenta la notificación identificada en las diferentes acciones de BAI (risp, cie, 10, reporte de laboratorio, ronda uno a uno, revisión de ekadex, revisión de bases RI/AF, NV	calidad de los datos para seguimiento de pacientes con ingreso - seguimiento para confirmación de evento por laboratorio de acuerdo al protocolo.	Vigilancia epidemiológica	<a href="mailto:epidemiologia@hmgp.gov.co">epidemiologia@hmgp.gov.co</a>	



GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA  
SECRETARÍA DE SALUD  
PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS  
PLAN DE ACCIÓN EN SALUD

Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA
Código de habilitación de la IPS	2575402380
Fecha de habilitación de la IPS	31 de Julio de 2018
Nombre del Gerente	Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto						Valor esperado Año 2018	Valor Ejecutado Año 2018	% Cumplimiento de la Meta	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	III trimestre	Ejecutado III trimestre	Descripción Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	IV trimestre	Ejecutado IV trimestre	Descripción Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	Total Ejecutado	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales	E mail Responsable
			Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base																				
						Valor	Año																			
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	1. Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	33-Actualizar el plan de emergencias hospitalario en articulación con el plan de gestión del riesgo municipal en cada vigencia	Plan de emergencias hospitalario actualizado	Documento actualizado y aprobado por el CRUE.	Número	1	2017	1	1	100%	Actualizar el documento Plan de emergencias hospitalario.	50%	50%	50%	Se elabora documento de Plan de Emergencias de Sede Especialistas	Documento publica en la intranet (CODIGO SST-PLI-02)	50%	50%	Se realiza reunión con gestión del riesgo para la participación en el simulacro Nacional	Acta de reunión con UNGR	100%	Se mantiene articulado los Planes de Emergencias con entidades como Unidad de Gestión del Riesgo y Secretaría de salud de Soacha.	Se radica plan para verificación y hacer ajustes en mesa de trabajo	Adriana Giraldo	saludocupacion@hmgv.gov.co	
						Socializar el plan con unidad de gestión del riesgo municipal.	50%	50%	50%	Se realiza acompañamiento a secretaria de Salud de Soacha en Simulación	Acta de asistencia a socialización	50%	50%	Se realiza reunión con gestión del riesgo para la participación en el simulacro Nacional	Acta de reunión con UNGR	100%	participación de centros y Puestos de Salud. Se realiza acompañamiento a la refrente	requeridos para zona de expansión, Equipos de comunicación, identificación de Brigadistas y apoyo de entidades externas	Adriana Giraldo	saludocupacion@hmgv.gov.co						
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	1. Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	34-Implementar al 100% el plan de emergencias de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.	Plan de emergencias implementado	# actividades planeadas/# actividades realizadas * 100	%	5 / 5 =	2017	100%	3 / 3 =	100%	Definir el cronograma de trabajo.	20%	50%	50%	Se elabora documento de Plan de Emergencias de Sede Especialistas	Documento publica en la intranet (CODIGO SST-PLI-02)	50%	50%	Se realiza reunión con gestión del riesgo para la participación en el simulacro Nacional	Acta de reunión con UNGR	100%	Se mantiene articulado los Planes de Emergencias con entidades como Unidad de Gestión del Riesgo y Secretaría de salud de Soacha.	Se radica plan para verificación y hacer ajustes en mesa de trabajo	Adriana Giraldo	saludocupacion@hmgv.gov.co	
						Ejecución de actividades incluidas en el Plan	80%	50%	50%	Se realiza acompañamiento a secretaria de Salud de Soacha en Simulación	Acta de asistencia a socialización	50%	50%	Se realiza reunión con gestión del riesgo para la participación en el simulacro Nacional	Acta de reunión con UNGR	100%	Se realiza Simulacro nacional, con la participación de centros y Puestos de Salud	Se evidencia dificultad en los espacios requeridos para zona de expansión, Equipos de comunicación, identificación de	Adriana Giraldo	saludocupacion@hmgv.gov.co						





GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

SECRETARÍA DE SALUD

PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS

PLAN DE ACCIÓN EN SALUD

Nombre de la IPS

ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

Código de institución de la IPS

2679400360

Nombre del Gerente

Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto						Valor esperado Año 2016	Valor Ejecutado Año 2016	% Cumplimiento de la Meta	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	III trimestre	Ejecutado III trimestre	Descripción Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	IV trimestre	Ejecutado IV trimestre	Descripción Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	total ejecutado	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales	E mail Responsable
			Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base																				
						Valor	Año																			
PROCESO:	SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO																									
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	1. Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	35-Reportar mensualmente al Sistema de Vigilancia en Salud Laboral el 100% de los eventos de origen laboral de acuerdo a los Lineamientos.	Reportes al SIVISALA	Número de Reportes entregados / Número de Reportes Programados	%	12 / 12 = 100%	2017	100%	6 / 6 = 100%	100%	Socialización de los Lineamientos SIVISALA a todo el personal.	20%	50%	50%	Se envía información via correo electrónico a líderes.	Acta de reunión, copias con información	50%	50%	Mensualmente se realiza notificación de SIVISALA de Base de datos de accidentes laborales y ausentismo con origen Enfermedad laboral o	Base de datos de accidentes laborales y ausentismo con origen Enfermedad laboral o relacionados, remitidos a Secretaría de Salud de Cundinamarca	100%	Se logro articular el reporte de los accidentes de trabajo que ingresan por el servicio de urgencias con el Área de Epidemiología y Enfermería.		Adriana Giraldo	saludocupacional@hmg.gov.co	
											Seguimiento al Reporte	80%	50%	50%	se coordina con referente de epidemiología	acta de reunion	50%	50%	Mensualmente se realiza notificación de SIVISALA de Base de datos de accidentes laborales y ausentismo con origen Enfermedad laboral o	Base de datos de accidentes laborales y ausentismo con origen Enfermedad laboral o relacionados, remitidos a Secretaría de Salud de Cundinamarca	100%	Se logro articular el reporte de los accidentes de trabajo que ingresan por el servicio de urgencias con el Área de Epidemiología y Enfermería.	La rotación de personal asistencial y el manejo de la información en Dinamica	Adriana Giraldo	saludocupacional@hmg.gov.co	



GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

SECRETARÍA DE SALUD

PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS

PLAN DE ACCIÓN EN SALUD

Nombre del IPS: ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA  
 Código de habilitación de la IPS: 25754003B3  
 Fecha: 31 de Julio de 2018  
 Nombre del Gestor: DR. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto						Valor esperado Año 2018	Valor Ejecutado 2018	% Cumplimiento Meta	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	II trimestre	Ejecutado III trimestre	Descripción de cumplimiento de la Actividad	Evidencias	IV trimestre	Ejecutado IV trimestre	Descripción de cumplimiento de la Actividad	Evidencia	Total de la Ejecución	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales	E mail Responsable
			Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base																				
						Valor	Año																			
<b>PROCESO: SALUD REPRODUCTIVA Y CRONICOS</b>																										
TEJIDO SOCIAL	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	36-Mantener la cobertura para la detección de alteraciones de los niños y niñas menores de 5 años atendidos en la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.	Cobertura de detección de alteraciones.	No. De niños y niñas menores de 5 años con aplicación de la estrategia AEPI / No. Total de niños y niñas menores de 5 años atendidos en la ESE * 100	%	6873/7920	2017	86%	2871 / 3282 = 87%	100%	Realizar reporte de todas las atenciones realizadas a menores de 5 años con la aplicación de la estrategia AEPI	100%	50%	50%	Realizar reporte de todas las atenciones a los menores de 5 años con la implementación de la estrategia AEPI en el registro unico de HC de Crecimiento y Desarrollo en el menor de 5 años.	Base de datos realizada por cada una de las sedes donde se realiza consulta de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 5 años(RIPS) Muestra de HC de atenciones con la aplicación de la estrategia AEPI	50%	50%	Realizar reporte de todas las atenciones a los menores de 5 años con la implementación de la estrategia AEPI en el registro unico de HC de Crecimiento y Desarrollo en el menor de 5 años.	Base de datos realizada por cada una de las sedes donde se realiza consulta de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 5 años(RIPS) Muestra de HC de atenciones con la aplicación de la estrategia AEPI	100%	La valoración de acuerdo a los lineamientos estipulados en la estrategia AEPI garantiza que todos los menores de cinco años que son valorados en la institución en los diferentes servicios de hospitalización, urgencias y PwD sean atendidos integralmente de acuerdo al cuadro de procedimientos contemplado en la estrategia.	No se presentaron Dificultades en el Trimestre.	Lic. Yudi Milena Bocanegra	<a href="mailto:crmoncos@hmgcy.gov.co">crmoncos@hmgcy.gov.co</a>	
TEJIDO SOCIAL, INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	37-Aumentar en 2% la adherencia a la guía de práctica clínica de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 10 años.	% adherencia a GPC crecimiento y desarrollo	Numero de Historias Clínica de niños menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo. / Total de niños	%	185/3470	2017	80%	3266 / 3744 = 87%	100%	Realizar Reporte de las atenciones realizadas en la consulta de Detección temprana de alteraciones del CyD a los menores de 10 años.	100%	50%	50%	se realizaron actividades propuestas	actas de trabajo y base de datos	50%	50%	se realizaron actividades	actas de trabajo y base de datos	100%	La capacitación de GPC Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años a los profesionales de enfermería y medicina que ingresan a la institución permite tener adherencia y continuidad en la institución en la GPC asegurando la adherencia de la GPC del ministerio de salud y protección social de Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años.	La Rotación del personal medico hace que haya un retroceso en cuanto a adherencia de la GPC del ministerio de salud y protección social de Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años.	Lic. Yudi Milena Bocanegra	<a href="mailto:crmoncos@hmgcy.gov.co">crmoncos@hmgcy.gov.co</a>	
TEJIDO SOCIAL	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	38-Aumentar en el 50% base año 2017 la implementación de los servicios amigables para la población adolecentes asignada a la ESE Hospital	Numero de unidades ade los servicios amigables a adolecentes implementados	# unidades amigables implementadas / Total de unidades amigables propuestas * 100 (2 unidades)	%	1 / 2 = 50%	2017	100%	2 / 2 = 100%	100%	Continuar realizando consulta de joven en cada uno de los centros y puestos de salud	70%	50%	50%	La ESE HMGY cuenta con dos unidades amigables en donde se realiza consulta de joven a libre demanda. De igual manera se realiza demanda inducida a	Registro fotografico y actas de asistencia a consulta de joven las unidades amigables.	50%	50%	La ESE HMGY cuenta con dos unidades amigables en donde se realiza consulta de joven a libre demanda. De igual manera se realiza demanda inducida a	Registro fotografico y actas de asistencia a consulta de joven las unidades amigables.	100%	Se Mantiene la consulta diferenciada en las sedes del area. Comunitaria ofertando los servicios para el joven como lo es atencion medica, consulta de planificación familiar, salud sexual y reproductiva en el día de bandes.	En el centro de salud de Sibate se cuenta con un unidad amigable, sin embargo esta no cuenta con espacios que permitan realizar actividades ludicas y pedagogicas	Referente de Salud Sexual y Reproductiva	<a href="mailto:referretrsc@hmgcy.gov.co">referretrsc@hmgcy.gov.co</a>	
											Realizar promocion de los servicios amigables en el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha	30%	50%	50%	La ESE HMGY cuenta con dos unidades amigables en donde se realiza consulta de joven a libre demanda. De igual manera se realiza demanda	Registro fotografico y actas de asistencia a consulta de joven las unidades amigables.	50%	50%	La ESE HMGY cuenta con dos unidades amigables en donde se realiza consulta de joven a libre demanda. De igual manera se realiza demanda	Registro fotografico y actas de asistencia a consulta de joven las unidades amigables.	100%	Para el IV trimestre se ha mantenido la consulta diferenciada en las sedes del area Comunitaria ofertando los servicios para	En el centro de salud de Sibate se cuenta con un unidad amigable, sin embargo esta no cuenta con espacios que permitan	Referente de Salud Sexual y Reproductiva	<a href="mailto:referretrsc@hmgcy.gov.co">referretrsc@hmgcy.gov.co</a>	





GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA  
SECRETARÍA DE SALUD  
PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS  
PLAN DE ACCIÓN EN SALUD

Nombre de la UPS  
ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA  
Código de habilitación de la IPS  
267540380  
SÍ DEBEMOS CREER  
Dr. LUIS ERRAN FERNANDEZ OTALORA

Nombre del Gerente  
Dr. LUIS ERRAN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2018	Valor Ejejecutado Año 2018	% Cumplimen to de la Meta	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	III trimestre	Ejecuto o III trimestre	Descripción de Cumplimiento de la Actividad	Evidencias	IV trimestre	Ejecutado IV trimestre	Descripción de Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	Total de la Ejecuc ión	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales	E mail Responsable			
			Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base																					
						Valor																			Año		
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	8. Ofrecer al usuario y comunidad un talento humano competente que refleje en su labor el compromiso y la vocación de servicio. (Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento)	50 Lograr la efectividad del 90% de los mecanismos de participación social implementados en articulación con el municipio	Efectividad de los mecanismos de participación social	# de reuniones realizadas / # de reuniones programadas	%	80%	2017	90%	17 / 17 = 100%	100%				siu (plan mejora satisfacción, encuesta), comité de ética y asociación usuarios	100%	50%	50%	Actas de soporte	Actas de soporte	100%	* Asesoría técnica por parte de la Oficina de Participación Social de la Secretaría de Salud Departamental. Apoyo de la secretaria de Salud Municipal oficina de Participación Social. * Proceso lento de elección de miembros para diferentes instancias entre los miembros participantes.	Dra Noehmi	tubajsocial@hmg.gov.co				
						91%	2017	90%	6526 / 6993 = 93%	100%	Realizar encuestas de satisfacción, análisis y plan de mejoramiento.	100%	50%	50%	ENCUESTAS APLICADAS INFORMES	ENCUESTAS APLICADAS INFORMES	100%	SE APLICAN 4207 ENCUESTAS EN 15 SERVICIOS DEL HOSPITAL INCLUYENDO SERVICIOS OPERADOS POR EXTERNOS, USUARIOS SATISFECHOS 285.93.	ENCUESTAS APLICADAS INFORMES	100%	* Proceso lento de elección para la aplicación del nuevo instrumento de medición del indicador de satisfacción generado por el área de Participación Social Departamental. * Aplicación de 100 Encuestas por unidades funcionales incluidos los servicios operados por terceros.	Dra Noehmi Orjuela	tubajsocial@hmg.gov.co				
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	9. Generar una cultura organizacional del autocontrol con énfasis en atención centrada en el usuario, seguridad, enfoque a riesgo, gestión de tecnología y humanización. (Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento)	52. cumplir con los tiempos de respuesta 10 días de los PQRSDF en la ESE HMGY de Soacha	numero de días de respuesta	Fecha en la cual se da respuesta efectiva a la PQRSDF - Sumatoria total de los días calendario transcurrido entre la fecha en la cual se recibe la PQRSDF	numero días	10	2017	10	2408 / 386 = 6 días	100%				Se recibieron 207 PQRSDF en el trimestre: Julio: 55 Físico 37 Email 18 Agosto: 75 Físico 49 Email 26 Septiembre: 77 Físico 65 Email 12	100%	50%	50%	TABLA DINAMICA HMGY 2018 CONSOLIDADO DE PQRSDF	TABLA DINAMICA HMGY 2018 CONSOLIDADO DE PQRSDF	100%	* No se realizó procedimiento AL-PRED-08 Versión 2, vigencias 17 de Septiembre de 2018. * No finaliza la apertura de Buzones de Canales y Puntos de Salud en la ESE Mario Gaitan Yanguas. * Participación efectiva de los líderes y	Dra Noehmi Orjuela	tubajsocial@hmg.gov.co				
						48%	2017	70%	908 / 969 = 94%	100%	Para este trimestre se reportaron y gestionaron 121 eventos relacionados con seguridad del paciente, los cuales se analizaron al 100%  En el trimestre se lograron ejecutar 38 socializaciones en temas como programa y política de seguridad del paciente, guía de buenas prácticas, administración de medicamentos, prevención de caídas, IAAS, lavado de manos.  Durante el trimestre se realizaron 97 listas de chequeo de lavado de manos con observación directa, UPE, Medicamentos, venopunción, bioseguridad	30%	50%	50%	Realización evaluación y medición de la adherencia a la estrategia de lavado de manos en el Hospital, Centros y Puestos de Salud	30%	50%	50%	Actas de capacitaciones y/o Socializaciones	Actas de capacitaciones y/o Socializaciones	100%	En el trimestre se lograron ejecutar 25 de 25 capacitaciones y/o socializaciones en temas como programa y política de seguridad del paciente, guía de buenas prácticas, atención a bienestar madre hijo, prevención de caídas, transfusión sanguínea, lavado de manos, etc.	100%	En el trimestre se realizaron 70 listas de chequeo de lavado de manos con observación directa, UPE, venopunción, bioseguridad	100%	* No se evidencia cumplimiento de los compromisos asignados, que están relacionados con la cultura del paciente. * No se evidencia cumplimiento de los compromisos asignados, que están relacionados con la cultura del paciente.	Lic. Lorena Alvarez
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	10. Mejorar la imagen corporativa fundamentada en nuestros valores institucionales y enfocada a los usuarios, la comunidad y el medio ambiente. (Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento)	54 Implementar al 90% el plan de acción de humanización de la ESE	% de cumplimiento del plan de acción de humanización	# acciones implementadas/#total de acciones propuestas *100	%	90%	2017	90%	4 / 4 = 100%	100%				Desarrollar e implementar Estrategia de Punto Humanizado  Desarrollar e implementar Biblioteca dinámica estrategia de humanización  Desarrollar la estrategia del muro de reconocimiento  Desarrollar el equipo de liderazgo	25%	50%	50%	La actividad se encuentra adelantada, por cambios en el referente de inventario  Se realizó escopo de material lúdico y literario para el empoderamiento de la comunidad  Se continúa con la estrategia. Se desarrolló la lista de la memoria	50%	50%	50%	Se avanza en línea de las cinco líneas establecidas en plan de acción, para humanización. De acuerdo a lo establecido en la Secretaría de Salud Departamental.  Se realiza ejecución de las estrategias de mejora educativa. Atenderse se aprovechan los jornadas de entrega de donativos (por amistad con amor). Así mismo se	100%	Falta de continuidad de personal para el programa, razón por la cual el plan de acción se ha venido retrasando. Nuevo profesional no tiene el recurso de mobiliario adecuado para garantizar la correcta ejecución de los donativos (por amistad con amor). Así mismo se	Ing. Xiomara Muñoz	humanizacion@hmg.gov.co	
						25%	50%	50%	Se continúa con la estrategia. Se desarrolló la lista de la memoria	50%	50%	50%	Se continúa con la estrategia. Se desarrolló la lista de la memoria	50%	50%	50%	Manejo de seguimiento PQRSDF	Manejo de seguimiento PQRSDF	100%	Se recibe la respuesta a la encuesta de satisfacción en la Encuesta de Satisfacción de los usuarios en el Hospital Mario Gaitan Yanguas	100%	El reporte del SIS institucional se ha realizado de forma online desde los equipos de control de la institución, el reporte se ha realizado con envío de forma mensual según el cronograma establecido.	100%	El reporte financiero se realiza de forma trimestral, posterior al cierre financiero y reporte del Decreto 2193, según cronograma de reporte.	100%	El reporte financiero se realiza de forma trimestral, posterior al cierre financiero y reporte del Decreto 2193, según cronograma de reporte.	100%
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	11. Implementar soluciones de tecnología de la salud, informática y comunicación como apoyo a la toma de decisiones y la innovación. (Perspectiva del proceso interno)	55 Realizar en un 100% los reportes asistenciales al SIS	Realizar los Reportes asistenciales al SIS	# folios enviados al SIS / Total folios realizados SI	%	100%	2017	100%	103386 / 103386 = 100%	100%				Establecer cronograma de reportes para evitar tempestividad en los mismos	100%	50%	50%	Certificación de reporte de información al SIS enviada por la Secretaría de Salud de Cundinamarca.	Certificación de reporte de información al SIS enviada por la Secretaría de Salud de Cundinamarca.	100%	Se tiene un reporte del 100% de las actividades asistenciales en el SIS desde las sedes que cuentan con un servicio de conectividad estable, con corte al 31 de Diciembre de 2018	100%	Se tiene un reporte del 100% de las actividades asistenciales en el SIS desde las sedes que cuentan con un servicio de conectividad estable, con corte al 31 de Diciembre de 2018	100%	La información financiera en sus 6 componentes fue reportada correctamente en la plataforma SIS.	Fernando Rodríguez	informas@hmg.gov.co
						100%	2017	100%	12 / 12 = 100%	100%	Establecer cronograma de reportes para evitar tempestividad en los mismos	100%	50%	50%	Certificación de Repete emitida por la SNC.	Certificación de Repete emitida por la SNC.	100%	La información financiera en sus 6 componentes fue reportada correctamente en la plataforma SIS.	100%	El reporte financiero se realiza de forma trimestral, posterior al cierre financiero y reporte del Decreto 2193, según cronograma de reporte.	100%	El reporte financiero se realiza de forma trimestral, posterior al cierre financiero y reporte del Decreto 2193, según cronograma de reporte.	100%	La información financiera en sus 6 componentes fue reportada correctamente en la plataforma SIS.	referente TIC	informas@hmg.gov.co	





GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA																					
SECRETARÍA DE SALUD																					
PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS																					
PLAN DE ACCIÓN EN SALUD																					
Nombre de la IPS		E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA																			
Codigo de identificación de la IPS		2776400388																			
Fecha de aprobación de la Junta Directiva		11 de junio de 2018																			
Nombre del Gerente		Dr. LUIS EFRAIM FERNANDEZ OTALORA																			

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base		Valor Ejecutado Año 2018	% Cumplimiento de la Meta	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	Ejecutado I trimestre	Descripción de Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	II trimestre	Ejecutado II trimestre	Descripción de Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	Total de la Ejecución	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales	E mail Responsable
						Valor	Año																	
PROCESO:	MIPIC MODELO INTEGRADO DE PLANIFICACION Y GESTION																							
	Institucional (Perspectiva del proceso interno)	segundo semestre de 2018	Información							Implementar una mesa de servicios para el soporte y atención de incidentes y problemas de los servicios tecnológicos.	45%	50%	50%	La institución cuenta con varios canales de comunicación que permiten la recepción de soporte y atención de incidentes, los que se hacen en una plataforma de forma manual.	Formatos de soporte por tecnico. Cronograma de plan de trabajo del proceso de sistemas.	50%	50%	La institución cuenta con varios canales de comunicación que permiten la recepción de soporte y atención de incidentes, los que se hacen en una plataforma de forma manual.	Formatos de soporte por tecnico. Cronograma de plan de trabajo del proceso de sistemas.	100%	Se ha ejecutado al 100% las actividades programadas en el Plan de Trabajo del Proceso de Sistemas, frente al mantenimiento de equipos de cómputo y comunicaciones.	No se cuenta con una herramienta debidamente diseñada para el registro, sin embargo, el soporte es realizado a través de los canales de comunicación establecidos por la entidad y registrados en los formatos respectivos.	referente TICs	<a href="mailto:itmas@hsos.com.co">itmas@hsos.com.co</a>