



SECCION DE SALUD										DOMINION DE CONSUMIDARIA																																																					
INSTITUCION DE SALUD										PLAN DE ACCION INTEGRAL																																																					
NOMBRE DE LA I/S										HOSPITAL MARIO GALVAN YAGUPAN DE SIACHA																																																					
CODIGO DE INSTITUCION DE LA I/S										207446030																																																					
FECHA DE APROBACION DE LA JUNTA DIRECTIVA										11 de febrero 2019																																																					
NOMBRE DEL GERENTE										DR. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA																																																					
Eje del Plan Departamento de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto			Valor esperado Año	CUMPLIMIENTO DE LA META A FINAL	Valor ejecutado meta I trimestre	% de avance meta I trimestre	Valor ejecutado meta II trimestre	% de avance meta II trimestre	Valor ejecutado meta III trimestre	% de avance meta III trimestre	Valor ejecutado meta IV trimestre	% de avance meta IV trimestre	Actividades	I trimestre	Ejecutado I trimestre	Descripción	Evidencia	II trimestre	Ejecutado II trimestre	Descripción	Evidencia	III trimestre	Ejecutado III trimestre	Descripción	Evidencia	IV trimestre	Ejecutado IV trimestre	Descripción	Evidencia	Responsable Institucional	E mail Responsable	EQUIPO DIRECTIVO																												
			Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida																															Línea base	Año																										
PROCESO:	MIPO MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION																																																														
TEJIDO SOCIAL CUCUMBAZARCA 2016. NECESIDAD Y GOBIERNO SOSTENIBLE.	1. Lograr el 80% el plan de PLANIFICACION DE GESTION AMBIENTAL PARA EL CONCEPTO "HOSPITALES VERDES DE LA ESE HMCI"	Plan de acción de Gestión Ambiental desarrollada y aprobada por el Comité de Gestión Ambiental propuesta	# actividades del Plan de acción de Gestión Ambiental desarrolladas y aprobadas por el Comité de Gestión Ambiental propuesta	14 / 18	70%	2018	80%	100%	30	30	100%	30	100%	30	100%	Dar cumplimiento al plan de acción de la estrategia Hospital Verde.	25.00%	25%	1. Instalación y mejoramiento de cambio de Administración-Investigación por LEE. 2. Construcción de murales del agua. 3. Actividades de sensibilización y talleres. 4. Entrega de kits para el manejo de desechos.	Acta de Capacitación Manejo de Desechos. Acta de Capacitación de los del Agua. Registro Fotográfico. Compendio de Actividades HMCI	25%	30%	1. Seguimiento a los indicadores de manejo y acción de la estrategia Hospital Verde. 2. Registro fotográfico de actividades realizadas. 3. Listado de actividades en el medio ambiente.	25%	35%	2. "Base de datos de consumo de agua, energía y otros recursos del Hospital Verde". 3. "Registro fotográfico de actividades realizadas. 4. Entrega de kits para el manejo de desechos." 4. En el papel leige de cada escritorio se colocaron mensajes afines y kits ambientales relacionados con los otros objetivos establecidos por el E.S.E Hospital Mario Galván Yaguapán en el programa "Hospitales Verdes". Rescando sensibilización y adherencia al mismo. (Se anexa informe de los talleres realizados en los fondos de paratela, de los PC, ubicado en el hospital.)	25%	35%	Sensibilización al personal sobre ahorro y uso eficiente de papel, creando una cultura activa funcionamiento sobre la importancia de reducir y ahorrar papel mediante lo que contribuye a incentivar buenas prácticas ambientales, contribuyendo a que en las oficinas se utilice el papel de manera más eficiente y se eviten los desperdicios de papel (reciclado). (Se anexa informe de actividades y actas de entrega de kits para el manejo de desechos.) Desde el segundo trimestre hasta el cuarto trimestre del año 2019 se han avanzado 34.022 copias (hasta durante noviembre 2018) de 11.281, al realizar la revisión del número de copias generadas por el personal de la institución, correspondiente al año 2018 y 2019, en comparación con el año 2018 se entregaron más copias que durante el año 2019, con una diferencia de 208 copias, lo que indica una cultura ambiental y adherencia a la sostenibilidad y adherencia al compromiso de papel en la que las actividades realizadas se compararon con el presupuesto anual. Como resultado de todas las actividades realizadas se comprobó que el manejo de reciclaje de una oficina y una persona se activaron al proceso del ahorro de papel.	INGENIERA AMBIENTAL	ambiente@hmgp.gov.ec	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA																															
																																	2. Mantener en un 87% el Programa de Aprovechamiento de Residuos NO peligrosos, implementación las actividades del programa.	No Acciones implementadas del Programa de Aprovechamiento de Residuos NO peligrosos. / Total de acciones programadas	7 / 8	87%	2018	87%	100%	30	30	100%	30	89	11	90	Realizar Plan de capacitación a funcionarios del Hospital HMCI sobre reciclaje.	15.0%	13%	"Seguimiento mediante base de datos a la comercialización de residuos reciclados. Implementación actividades del programa de reciclaje."	"Recibo de ingreso a la oficina de Residuos Reciclados. Programa de Reciclaje Base de datos Reciclaje"	12%	12%	1. Cumplimiento de medidas del medio ambiente. 2. Registro Fotográfico de actividades realizadas.	13%	12%	"Básico con la función de paratela manejados, duermes el IT Trimestre." Acta de Capacitación-educación y sensibilización."	12%	12%	"Cooperación recibida al personal de la institución, sensibilizando al personal sobre la importancia de respetar los residuos, autocuidado y promoviendo el aumento de la vida económica que genera la institución por la venta del material aprovechado."	INGENIERA AMBIENTAL	ambiente@hmgp.gov.ec	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA



GOBIERNO DE CUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL

UNIDAD DE GESTIÓN: HOSPITAL MARIO SÁENZ YANQUI DE BOACHA
CÓDIGO DE INSTITUCIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN: 27970000
NOMBRE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN: CLÍNICA EPYANT FERNÁNDEZ OTAZOÑA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto		Valor apuntado Año	CUMPLIMIENTO DE LA META ANUAL	Valor apuntado meta I trimestre	% de avance meta I trimestre	Valor apuntado meta II trimestre	% de avance meta II trimestre	Valor apuntado meta III trimestre	% de avance meta III trimestre	Valor apuntado meta IV trimestre	% de avance meta IV trimestre	Actividades	I trimestre	Ejecutado I trimestre	Descripción	Evidencia	II trimestre	Ejecutado II trimestre	Descripción	Evidencia	III trimestre	Ejecutado III trimestre	Descripción	Evidencia	IV trimestre	Ejecutado IV trimestre	Descripción	Evidencia	Responsables Institucionales	E-mail Responsable	EQUIPO DIRECTIVO						
			Nombre del Indicador	Descripción de la Formación																															Unidad de medida	Línea Base				
			Valor	Año																																				
PROCESO:	MPS MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	11. Solicitar el examen LDJ a Pacientes Diabéticos del programa en un 82%	% de pacientes hipotensionados con diabetes que realizan la solicitud de examen LDJ	Porcentaje	294/357 = 82%	2018	82%	100%	270,66/327,33 = 82,68%	100%	257,20/314,44 = 81,78%	100%	235,44/312,44 = 75,39%	82%	257/314,42 = 82%	100%	25,0%	21%	Realizar seguimiento a los pacientes asintomáticos y reporte de la resolución 2463 alto costo	Base de datos Res 2463 Alto Costo	25,0%	21%	Realizar reporte de todos los pacientes con Dx DM atendidos en el programa de crónicas No Transmisibles institucionales así como el seguimiento a todos aquellos que no tengan custodia o reporte de auto paracético, todo basado en el control médico sobre la estratificación del riesgo y adherencia a tratamiento	Base de datos Res 2463 Alto Costo	25,0%	21%	Realizar reporte de cada una de las atenciones de usuarios con diagnóstico de Diabetes atendidos por el programa, así como el seguimiento telefónico a los usuarios que no se hayan realizado el paracético o ya está vencido su vigencia	Base de datos Res 2463 Alto Costo (En custodia de la referente, se hace entrega de certificación del mismo)	25,0%	21,0%	Realizar el reporte de usuarios con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en los sedes de la subgerencia comunitaria por el programa de enfermedades crónicas no transmisibles	Base de datos Res 2463 Alto Costo (En custodia de la referente, se hace entrega de certificación del mismo.)	REFERENTE DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y SALUD INFANTIL	referente.concyc@hmg.gov.co	SUBGERENCIA COMUNITARIA					
			12. Mantener el control de diabetes en un 82% anual respecto a la línea de base establecida en la institución	Adherencia al control de Diabetes Mellitus que presentan adherencia al tratamiento * 100 / Número total de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus reportados por la institución	porcentaje	291/357 = 82%	2018	82%	100%	269,33/327,33 = 82,28%	100%	255,50/314,44 = 81,27%	100%	239,78/312,44 = 76,75%	83%	261,71/314,42 = 83%	100%	12,0%	12%	Realizar reporte de la resolución 2463 alto costo	Base de datos Res 2463 Alto Costo	12%	12%	Realizar reporte de todos los pacientes con Dx DM atendidos en el programa de crónicas No Transmisibles institucionales, así como el seguimiento a todos aquellos que no tengan custodia o reporte de auto paracético	Base de datos Res 2463 Alto Costo	12%	12%	Realizar reporte en matriz de alto costo donde se plasman datos, relevantes para el seguimiento y planes de mejora para garantizar la adherencia a tratamiento, institucionalizado por el personal de salud a cargo de la prestación de salud a cargo de la institución de estos usuarios	Base de datos Res 2463 Alto Costo (Bajo custodia de la referente)	13%	13%	Realizar reporte en matriz de alto costo Res 2463 donde se plasman el 100% de los atenciones de usuarios diagnosticados con HTA, lo cual se certifica mediante oficio entregado al área de planeación.	Base de datos Res 2463 Alto Costo	13,0%	13,0%	Reportar el 100% de las atenciones de usuarios con diagnóstico de diabetes mellitus en la matriz de Res 2463 en cada una de las sedes de la subgerencia comunitaria.	Base de datos Res 2463 Alto Costo (Bajo custodia de la referente, lo cual se certifica mediante oficio entregado al área de planeación.)	REFERENTE DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y SALUD INFANTIL	referente.concyc@hmg.gov.co	SUBGERENCIA COMUNITARIA
				Realizar seguimiento telefónico a pacientes diagnosticados con DM asintomáticos o con poca adherencia.	porcentaje	13,0%	13%	13,0%	13%	13%	13%	13%	13%	13%	13%	13%	13%	13%	13%	13%	13%	Realizar seguimiento telefónico a pacientes diagnosticados con DM asintomáticos o con poca adherencia.	Base de datos Seguimiento asintomático	13%	13%	Realizar seguimiento telefónico a los pacientes diagnosticados con DM asintomáticos o con poca adherencia.	Base de datos Seguimiento asintomático	13%	13%	Realizar seguimiento telefónico a todo aquellos usuarios asintomáticos o con poca adherencia.	Base de datos Seguimiento asintomático	13,0%	13,0%	Realizar seguimiento telefónico aquellos usuarios diagnosticados con diabetes mellitus que se encuentran asintomáticos o con control de acuerdo a la orden médica del profesional tratante.	Base de datos seguimiento asintomático	REFERENTE DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y SALUD INFANTIL	referente.concyc@hmg.gov.co	SUBGERENCIA COMUNITARIA		
13. Solicitar el control de Hemoglobina Glicosilada a pacientes con diabetes en un 80%	Control Hemoglobina Glicosilada en pacientes con diabetes	Porcentaje	284/357 = 80%	2018	80%	100%	264,66/327,33 = 80,8%	100%	254,83/314,44 = 81,1%	100%	235,44/312,44 = 75,39%	82%	257,08/314,42 = 82%	100%	12,0%	12%	Realizar reporte de la resolución 2463 alto costo	Base de datos Res 2463 Alto Costo	12,0%	12%	Realizar reporte de todos los pacientes con Dx DM atendidos en el programa de crónicas No Transmisibles institucionales, así como el seguimiento a todos aquellos que no tengan custodia o reporte de auto paracético	Base de datos Res 2463 Alto Costo	12,0%	12%	Realizar reporte del 100% de usuarios con diagnóstico de diabetes mellitus con hemoglobina glicosilada menor a 7% en los últimos 6 meses * 100 / Total de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus reportados	Base de datos Res 2463 Alto Costo (Bajo custodia de la referente)	13,0%	13,0%	Reportar el 100% de usuarios diagnosticados con diabetes mellitus atendidos en cada una de las sedes de la subgerencia comunitaria por el programa de crónicas no transmisibles.	Base de datos Res 2463 Alto Costo (Bajo custodia de la referente, se hace entrega de certificación del mismo.)	REFERENTE DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y SALUD INFANTIL	referente.concyc@hmg.gov.co	SUBGERENCIA COMUNITARIA							
	14. Realizar en un porcentaje del 76% el tamizaje a la población susceptible de cáncer de mama de acuerdo a la línea base 1 semestre de 2018	número de seguimientos a tamizaje de cáncer de seno solicitados a mujeres > de 45 años	Porcentaje	326 / 430 = 76%	2018	76%	100%	216/285 = 76%	100%	426/561 = 76%	99,93%	679/894 = 76%	100%	861/1133 = 76%	100%	13,0%	13%	Seguimiento Base de datos de tamizaje a mujeres > de 45 años	Base de datos de seguimiento telefónico	13,0%	13%	Se realiza seguimiento telefónico a todas las mujeres mayores de 45 años con orden médico para toma de mamografía, generadas en consulta de seno.	Base de datos de seguimiento telefónico	13%	13%	Se continúa con el seguimiento telefónico a todas las mujeres mayores de 45 años con orden para toma de mamografía.	Base de datos de seguimiento telefónico	12,0%	12,0%	Para el cuarto trimestre se continúa realizando el seguimiento telefónico a las usuarias mayores de 45 años que asistieron a la consulta de seno y el médico ordeno mamografía	Base de datos de seguimiento telefónico	REFERENTE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	referente.concyc@hmg.gov.co	SUBGERENCIA COMUNITARIA						
		Reporte de seguimientos telefónicos	porcentaje	12,0%	12%	12,0%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	Se realiza seguimiento telefónico a todas las mujeres mayores de 45 años con orden médico para toma de mamografía, generadas en consulta de seno.	Base de datos de seguimiento telefónico	12%	12%	Se diligencia la columna de seguimiento a la base de consulta de seno a todas las usuarias registradas en oficio de fuerza renovada.	Base de datos de seguimiento telefónico	13%	13%	Se registra en la base de consulta de seno, el seguimiento telefónico realizado a las usuarias con orden de mamografía.	Base de datos de seguimiento telefónico	13,0%	13,0%	El seguimiento telefónico es registrado en la base de datos de consulta de seno con el fin de generar una lista de usuarias que se encuentran en lista de seguimiento telefónico.	Base de datos de seguimiento telefónico	REFERENTE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	referente.concyc@hmg.gov.co	SUBGERENCIA COMUNITARIA				
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)	15. Realizar el seguimiento a los resultados de citologías	total de seguimientos efectivos a las citologías positivas	Porcentaje	153 / 180 = 85%	2018	90%	100%	94/105 = 89%	98%	103/107 = 96%	99,80%	250/278 = 90%	90%	340/378 = 90%	100%	25,0%	25%	Seguimiento a resultados positivos	Base de datos de seguimiento telefónico	25,0%	25%	Se realiza seguimiento telefónico a las usuarias con resultado de citología positiva	Base de datos de seguimiento telefónico	25,0%	25%	Se continúa realizando el seguimiento telefónico a las usuarias con resultado de citología positiva	Base de datos de seguimiento telefónico	25,0%	25,0%	Para el cuarto trimestre se continúa realizando el seguimiento telefónico a las usuarias con resultado de citología positiva, los cuales fueron reportados a las EPS respectivas y Secretaría de Salud Municipal. Como oportuna de notificación a las EPS así como los mail e informes entregados.	Base de datos de seguimiento telefónico	REFERENTE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	referente.concyc@hmg.gov.co	SUBGERENCIA COMUNITARIA						
		16. Realizar el 90% seguimiento a usuarios con reporte de PSA (Antígeno Prostático) alterado	No. Exámenes positivos de PSA (Antígeno Prostático) alterado	Porcentaje de positivos	85/95 = 89%	2018	90%	100%	85/95 = 89%	100%	178/178 = 100%	100%	291/291 = 100%	100%	374/374 = 100%	100%	25,0%	25%	Realizar seguimiento a todos los resultados de PSA alterados Reportados por el laboratorio clínico	Base de datos de seguimiento de PSA alterados Reportados por el laboratorio clínico	25,0%	25%	Realizar seguimiento estricto a todos los pacientes cuyo reporte de PSA haya salido alterado	Base de datos de seguimiento de PSA alterados Reportados por el laboratorio clínico	25%	25%	Realizar seguimiento telefónico a los usuarios cuyo resultado de PSA haya salido alterado con un resultado >= 4ng	Base de datos de seguimiento de PSA alterados Reportados por el laboratorio clínico	REFERENTE DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y SALUD INFANTIL	referente.concyc@hmg.gov.co	SUBGERENCIA COMUNITARIA									
		17. Aumentar en 10% la calidad de las muestras para citología cervicouterina	No. de muestras de citología insatisfechas o rechazadas	Porcentaje	0%	2018	10%	100%	16/2089 = 0,7%	100%	122/1263 = 9,6%	100%	118/1316 = 9,0%	2%	141/783 = 18%	100%	25,0%	25%	Mejorar la calidad de la toma de muestras de las citologías cervicouterinas	Reporte de empresa	25,0%	25%	Se recibe y se analiza información de la empresa. Se asigna a la Referente de SER como responsable del indicador	Reporte de empresa	25%	25%	El Laboratorio Clínico del Hospital reporta al Programa de Salud Sexual y Reproductiva quien para el reporte insatisfecho al Centro de Salud responsable de la toma para cambiar la usuaria y realizar nueva toma	Correos de Reportes a los Centros de Salud	25,0%	25,0%	Se continúa la notificación por parte del Laboratorio Clínico del Hospital al Programa de Salud Sexual y Reproductiva quien para el reporte insatisfecho al Centro de Salud responsable de la toma para cambiar la usuaria y realizar nueva toma	Correos de Reportes a los Centros de Salud	REFERENTE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	referente.concyc@hmg.gov.co	SUBGERENCIA COMUNITARIA					



GOBERNACIÓN DE QUINDIÁ MARCA																																								
SECRETARÍA DE SALUD																																								
PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL																																								
Nombre de la IPS		ESM HOSPITAL MARIO CÁRDENO VARGAS DE SALUD																																						
Código de Tabificación de la IPS		297540039																																						
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva		11 de febrero 2018																																						
Nombre del Gerente		Dr. LUIS EFRAIN FERNÁNDEZ OTALORA																																						
Et del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto				Valor esperado Año	CUMPLIMIENTO DE LA META ANUAL	Valor alcanzado meta producto I trimestre	% de avance meta I trimestre	Valor alcanzado meta producto II trimestre	% de avance meta II trimestre	Valor alcanzado meta producto III trimestre	% de avance meta III trimestre	Valor alcanzado meta producto IV trimestre	% de avance meta IV trimestre	Actividades	I trimestre	Ejecutado I trimestre	Descripción	Evidencia	II trimestre	Ejecutado II trimestre	Descripción	Evidencia	III trimestre	Ejecutado III trimestre	Descripción	Evidencia	IV trimestre	Ejecutado IV trimestre	Descripción	Evidencia	Responsable Institucional	E mail Responsable					
			Nombre del Indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base																																		
				Valor	Año																																			
PROCESO:		MIPD MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN																																						
TEJIDO SOCIAL, INTERACCIÓN Y GOBERNANZA	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud mejorando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	18. Realizar el reporte del 100% de los eventos en salud mental (episodios de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, fuente SIVIGILA)	Eventos reportados SIVIGILA	# eventos reportados SIVIGILA >100 / # total de eventos identificados (E= 10, B4 e HC)	Porcentaje	64/64 casos reportados 100%	2018	100%	100%	36/36	100%	79/70	100%	40/40	100%	122/122	100%	40/40	100%	162/162	100%	Realizar Búsqueda Activa Institucional para identificación de casos, realizar reporte (institucional)	25%	25%	LOS EVENTOS SE NOTIFICAN DE ACUERDO A LA FICHA 356 Y LA FICHA DE IDEACIÓN SUICIDA	ESCAMER FICHAS 356 E IDEACION	25%	25%	SE REALIZA BUSQUEDA DE EVENTOS QUE CUMPLEN CRITERIOS PARA IDEACION SUICIDA E INTENTO SUICIDA QUE INGRESAN AL IMASY	ESCAMER FICHAS 356 E IDEACION SUICIDA, BASE DE DATOS SIVIGILA BASE SALUD CUETOSIA DE LA REFERENTE)	25%	25%	Se realiza análisis de los eventos que cumplen criterios para evento relacionado con Salud mental (Intento de suicidio)	Escóner fichas 356 e ideación suicida, base de datos SIVIGILA base bajo custodia de la referente) Informe	25	25	Se realiza auditoría de los registros de ingreso por urgencias de la noche anterior, para verificar diagnósticos y estados en el momento del ingreso para aumentar la captación de los pacientes por enfermedad general que pueden estar relacionados al intento de suicidio	Escóner fichas 356 e ideación suicida, base de datos SIVIGILA base bajo custodia de la referente) Informe	REFERENTE E DE ERDEMCOLOGIA	colombiolog@regg.gov.co
		19. Lograr una oportunidad del servicio de atención en psiquiatría a 15 días	Oportunidad de atención en Psiquiatría	Sumatoria de días de cita y el día de atención de cita de psiquiatría / total de citas solicitadas de psiquiatría	días	8536 / 1792 5.4	2018	100%	100%	793,84/987 1,97	100%	1569,82/893 1,76	100%	4956,15/3549 2,96	100%	7033,10/ 1957 3,58	100%	Realizar presentación del comportamiento del indicador mensual en oportunidad de citas en la especialidad de psiquiatría	25%	25%	VERIFICACION DE CITAS E INTERVENCIÓN EN EL SERVIDOR EN EL MOMENTO DE REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA EN EL ESPORTE EN CITAS PLATAFORMA DE DINAMICA POR EL AREA DE PSICHIATRIA PARA LAS FICHTAS EN EL SISTEMA EN EL CUAL SE CALCULA EL TOTAL DE CITAS SOLICITADAS	REPORTE DEL INDICADOR A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE DINAMICA POR EL AREA DE PSICHIATRIA	25%	25%	ASIGNACION DE CITAS DIARIAS DURANTE LA SEMANA, EDUCACION AL USUARIO EN CUANTO SOLICITA PREVIAMENTE CITAS EN PLATAFORMA VIRTUAL	AGENCIAS DIARIAS EN MANEJO CON FACTURACION Y CUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS	25%	25%	Mensualmente se realiza presentación del comportamiento de la Oportunidad del Psiquiatría en los Microcentros Institucionales al Gerente, los Subgerentes y Padres de familia, en las que se comparan la oportunidad del mes, reflejado en incremento de consultas del año anterior. Con el incremento de una jornada adicional de psiquiatría, y creación de pacientes en consulta general, se da prioridad en asignación de citas para valoración por especialistas, reduciendo en la oportunidad de cumplimiento y asistencia de la misma.	Agendamiento de manera constante al cual se va reflejado en incremento de consultas del año anterior, momento sobre la facilidad de agendar las citas por línea call center y manera presencial.	25	25	Agendamiento diario, disponibilidad de consultorio, los cuales pueden ser agendados en un día o en un tiempo programado, se realizan a los usuarios durante el tiempo de atención y se realiza intervención de modo de atención que no se realiza agendamiento por no disponibilidad de profesionales en la jornada, reportado en el mes de control mensual	Reporte mensual de indicadores, verificación de oportuna en agencias diarias para la oportunidad.	REFERENTE E DE CONSULTA EXTERNA	referenconsultas@esmas@regg.gov.co				



SECRETARÍA DE SALUD		GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA																																																
SECRETARÍA DE SALUD		PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL																																																
NOMBRE DE LA IPS		ESE HOSPITAL WARDI "SANTAN YANZUNAS DE SOACHA"																																																
Código de habilitación de la IPS		375-49030																																																
Fecha de aprobación de la Junta Directiva		17 de Enero 2019																																																
Nombre del Servicio		DR LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA																																																
Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto				Valor esperado Año	CUMPLIMIENTO DE LA META ANUAL	Valor esperado mes producto I trimestre	% de avance meta I trimestre	Valor esperado mes producto II trimestre	% de avance meta II trimestre	Valor esperado mes producto III trimestre	% de avance meta III trimestre	Valor esperado mes producto IV trimestre	% de avance meta IV trimestre	Actividades	I trimestre	Ejecutado I trimestre	Descripción	Evidencia	II trimestre	Ejecutado II trimestre	Descripción	Evidencia	III trimestre	Ejecutado III trimestre	Descripción	Evidencia	IV trimestre	Ejecutado IV trimestre	Evidencia	Evidencia	Responsables Institucionales	E mail Responsable															
			Nombre del indicador	Descripción de la Norma	Unidad de medida	Línea base																																												
PROCESO: NIPO MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION																																																		
TEJIDO SOCIAL	2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud mediante el fortalecimiento de la gestión de personas atendidas en el sistema de Monitoreo de la Información Nacional y Nacional para la Gestión de la Condensación - MANGO.	20. Mantener el 80% de los NIPIs maternos de 5 años mal nutridos con valoración nutricional	Porcentaje de niños mal nutridos con valoración nutricional	# de niños maternos de 5 años mal nutridos con valoración nutricional x 100 / # de niños maternos de 5 años identificados con mal nutridos	Porcentaje	48 / 60 = 80%	2018	80%	100%	100%	3971	100%	100%	4191	100%	100%	5893	100%	100%	7777	100%	100%	100%	Realizar seguimiento a los maternos de 5 años con diagnóstico de malnutrición, remitido al servicio de nutrición por servicios Ambulatorios (Consultas, Examen de Hospital).	25.00%	25%	Si realiza valoración nutricional a todos los maternos de 5 años del acuerdo con diagnóstico según los datos reflejados en el SI-VIGILA con RIPS e Historia Clínica	HISTORIA CLINICA RIPS CONSULTA EXTERNA BASE DE SEGUIMIENTO CASOS REPORTADOS NOTIFICACION DENUTRICION SEGUNDO PRIMER TRIMESTRE	25%	30%	Se realizaron las valoraciones a todos los niños con los maternos de 5 años en el área de Consulta Externa y Urgencias del Hospital y se los realizó según el manual para los niños maternos informado con el PTLG por FPO	HISTORIA CLINICA RIPS CONSULTA EXTERNA BASE DE SEGUIMIENTO CASOS REPORTADOS NOTIFICACION DENUTRICION SEGUNDO TRIMESTRE	25%	25%	Se realizaron las valoraciones a todos los niños con malnutrición maternos de 5 años en el área de Consulta Externa y Urgencias del Hospital y se los realizó según el manual para los niños maternos informado con el PTLG por FPO	HISTORIA CLINICA RIPS CONSULTA EXTERNA BASE DE SEGUIMIENTO CASOS REPORTADOS NOTIFICACION DENUTRICION SEGUNDO TRIMESTRE	25%	25%	Se realizaron las valoraciones a todos los niños con malnutrición maternos de 5 años en el área de Consulta Externa y Urgencias del Hospital y se los realizó según el manual para los niños maternos informado con el PTLG por FPO	HISTORIA CLINICA RIPS CONSULTA EXTERNA BASE DE SEGUIMIENTO CASOS REPORTADOS NOTIFICACION DENUTRICION SEGUNDO TRIMESTRE	25%	25%	Se realizaron las valoraciones a todos los niños con malnutrición maternos de 5 años en el área de Consulta Externa y Urgencias del Hospital y se los realizó según el manual para los niños maternos informado con el PTLG por FPO	HISTORIA CLINICA RIPS CONSULTA EXTERNA BASE DE SEGUIMIENTO CASOS REPORTADOS NOTIFICACION DENUTRICION SEGUNDO TRIMESTRE	25%	25%	Se realizaron las valoraciones a todos los niños con malnutrición maternos de 5 años en el área de Consulta Externa y Urgencias del Hospital y se los realizó según el manual para los niños maternos informado con el PTLG por FPO	HISTORIA CLINICA RIPS CONSULTA EXTERNA BASE DE SEGUIMIENTO CASOS REPORTADOS NOTIFICACION DENUTRICION SEGUNDO TRIMESTRE	REFERENTE DE NUTRICION	nutricion@hmg.gov.co
		21. Mantener en cuatro (4) meses la atención materno infantil en el Hospital María Gaitán Yanzun de Soacha mediante el monitoreo de 6 meses.	Duración media lactancia materna	Duración en meses de lactancia materna exclusiva	meses	4	2018	4	100%	100%	100%	4	100%	100%	4	100%	100%	4	100%	100%	4	100%	100%	100%	generar la educación en la consulta de Cyo y realizar reportes a la EAPS	25.00%	25%	Durante la consulta de crecimiento y desarrollo, se educó a los maternos de 6 meses de lactancia materna exclusiva	Base de datos de crecimiento y desarrollo donde se evidencia el dato del seguimiento de lactancia materna. (Base consultada de la referencia)	25%	25%	Durante la consulta de crecimiento y desarrollo de los maternos de 6 meses de lactancia materna, se entregó la orientación sobre la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	Base de datos de crecimiento y desarrollo donde se evidencia el dato del seguimiento de lactancia materna. (Base consultada de la referencia)	25%	25%	En la consulta de crecimiento y desarrollo de los maternos de 6 meses de lactancia materna, se entregó la orientación sobre la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	Base de datos de crecimiento y desarrollo donde se evidencia el dato del seguimiento de lactancia materna. (Base consultada de la referencia)	25%	25%	En la consulta de crecimiento y desarrollo de los maternos de 6 meses de lactancia materna, se entregó la orientación sobre la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	Base de datos de crecimiento y desarrollo donde se evidencia el dato del seguimiento de lactancia materna. (Base consultada de la referencia)	25%	25%	Durante la atención generalista, se realizó la orientación sobre el seguimiento de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de lactancia materna. (Base consultada de la referencia)	Base de datos de crecimiento y desarrollo donde se evidencia el dato del seguimiento de lactancia materna. (Base consultada de la referencia)	REFERENTE DE EXPERIENCIAS CRONICAS NO TRANSMISIBLES Y SALUD INFANTIL	referenciacion@hmg.gov.co			
		22. Realizar el 100% el registro de la información de personas atendidas en el sistema de Monitoreo de la Información Nacional y Nacional para la Gestión de la Condensación - MANGO.	Reportes diligenciados	No. de reportes diligenciados (%) de personas atendidas en el sistema de Monitoreo de la Información Nacional y Nacional para la Gestión de la Condensación - MANGO.	Porcentaje	52 reportes diligenciados / 52 personas atendidas	100%	2018	100%	100%	100%	18128/18129	100%	100%	33333/33333	100%	100%	44264/44264	100%	100%	100%	58178/58178	100%	100%	100%	Realizar diligenciamiento manual al registro de los datos al sistema de vigilancia alimentaria y nutricional para la Gobernación de Cundinamarca y reportes semestrales de información al sistema de vigilancia MANGO	25.00%	25%	Semanalmente se extrae del Programa de Gestión Clínica los datos diligenciados por los profesionales de la Salud de acuerdo a los variables del programa MANGO	Protocolos de Validación y envío de la semana 1 a la semana 13 de 2019	25%	30%	De acuerdo a la información diligenciada en el Hospital Clínico se genera de forma mensual el reporte de la información de personas atendidas en el sistema de Monitoreo de la Información Nacional y Nacional para la Gestión de la Condensación - MANGO	Paralelos de Validación y envío de la semana 1 a la semana 26 de 2019	25%	25%	De acuerdo a la información diligenciada en el Hospital Clínico se genera de forma mensual el reporte de la información de personas atendidas en el sistema de Monitoreo de la Información Nacional y Nacional para la Gestión de la Condensación - MANGO	Paralelos de Validación y envío de la semana 27 a la semana 39 de 2021	25%	25%	Extracción mensual por medio de consultas en SQL de la base de datos de personas atendidas en el sistema de Monitoreo de la Información Nacional y Nacional para la Gestión de la Condensación - MANGO	Archivos de validación de la semana 41 a 52 de 2019	REFERENTE DE SISTEMAS	sistemas@hmg.gov.co						
		23. Realizar el 100% el seguimiento de los niños malnutridos de cinco años identificados en el sistema de Monitoreo de la Información Nacional y Nacional para la Gestión de la Condensación - MANGO a maternos de cinco años.	Seguimiento de niños malnutridos	No. de Niños con Diagnóstico de malnutrición según el sistema de Monitoreo de la Información Nacional y Nacional para la Gestión de la Condensación - MANGO	Porcentaje	0%	2018	100%	99%	100%	100%	1818	100%	100%	9492	99%	99%	7374	99%	99%	99%	5051	99%	99%	99%	Realizar seguimiento mensual a los maternos de cinco años identificados por MANGO.	25.00%	25%	Se realizó revisión mensual de los datos generados por MANGO a cinco años de niños malnutridos. Basados en la Base de Seguimiento de Niños Malnutridos (SI-VIGILA) se generó el reporte de seguimiento de los 18 niños reportados en el trimestre.	HISTORIA CLINICA RIPS BASE DE DATOS	25%	30%	Se realizó revisión mensual de los datos generados por MANGO a cinco años de niños malnutridos. Basados en la Base de Seguimiento de Niños Malnutridos (SI-VIGILA) se generó el reporte de seguimiento de los 18 niños reportados en el trimestre.	HISTORIA CLINICA RIPS BASE DE DATOS DE NUTRICION	25%	25%	Se realizó revisión mensual de los datos generados por MANGO a cinco años de niños malnutridos. Basados en la Base de Seguimiento de Niños Malnutridos (SI-VIGILA) se generó el reporte de seguimiento de los 18 niños reportados en el trimestre.	HISTORIA CLINICA RIPS BASE DE DATOS DE NUTRICION	25%	25%	Se realizó revisión mensual de los datos generados por MANGO a cinco años de niños malnutridos. Basados en la Base de Seguimiento de Niños Malnutridos (SI-VIGILA) se generó el reporte de seguimiento de los 18 niños reportados en el trimestre.	HISTORIA CLINICA RIPS BASE DE DATOS DE NUTRICION	25%	25%	Se realizó revisión mensual de los datos generados por MANGO a cinco años de niños malnutridos. Basados en la Base de Seguimiento de Niños Malnutridos (SI-VIGILA) se generó el reporte de seguimiento de los 18 niños reportados en el trimestre.	HISTORIA CLINICA RIPS BASE DE DATOS DE NUTRICION	REFERENTE DE NUTRICION	nutricion@hmg.gov.co		
		24. Mantener con el 4% la proporción de nacidos con bajo peso al nacer (según línea base 2018)	Bajo peso al nacer	No. de nacidos vivos con peso menor a 3500 g al nacer	Porcentaje	45 / 1081	4.2%	2018	4%	100%	100%	71110	100%	100%	6597	100%	100%	6808	100%	100%	8875	100%	100%	100%	Identificación de los criterios de bajo peso en los nacidos vivos de la ESE Hospital	25.00%	25%	REPORTE DE ALCERADO AL CUMPLIMIENTO AL ANEXER FICHA EVENTO 110	FICHA EVENTO 110	25%	30%	Validación de criterios para cumplimiento del evento de bajo peso menor a 3500 g y reporte a 37 semanas	FICHA EVENTO 110 Y FICHA CON POBLACION CARTAGENA EN 19 SEMANAS CONTROL PRENATAL	25%	25%	Se realizó verificación de los criterios de los nacidos vivos en nuestra institución	Ficha evento 110 y cruce con la base de población nacida en nivel Control prenatal (Base consultada de referencia con reporte en informe de control)	25%	25%	Se realizó confirmación de los datos reportados en el SI-VIGILA por los que cumple criterios de bajo peso al nacer en nuestra institución	Ficha evento 110 y cruce con la base de población nacida en nivel Control prenatal (Base consultada de referencia con reporte en informe de control)	REFERENTE EPIDEMIOLOGIA	epidemiologia@hmg.gov.co							



GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

SECRETARÍA DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL

EBE HOSPITAL MARCO GUTIERREZ YANGAS DE SOACHA

Código de identificación de la IPS

31 de Enero 2019

Dr. CES EFRAÍN FERNÁNDEZ OT ALDRA

Main table with columns: Eje del Plan, Objetivo Estratégico, Meta de producto anual, Indicador de producto, Valor esperado, Valor ejecutado, Actividades, Ejecutado I trimestre, Descripción, Evidencia, Ejecutado II trimestre, Descripción, Evidencia, Ejecutado III trimestre, Descripción, Evidencia, Ejecutado IV trimestre, Descripción, Evidencia, Responsabilidad institucional, E-mail Responsable.



GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL

Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
Código de habilitación de la IPS	257440380
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	31 de Enero 2019
Nombre del Gerente	Dr. LUIS EFRAN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto				Valor esperado Año	COMPLIACIÓN DE LA META ANUAL	Valor ejecutado meta producto I trimestre	% de avance meta I trimestre	Valor ejecutado meta producto II trimestre	% de avance meta II trimestre	Valor ejecutado meta producto III trimestre	% de avance meta III trimestre	Valor ejecutado meta producto IV trimestre	% de avance meta IV trimestre	Actividades	I trimestre	Ejecutado I trimestre	Descripción	Evidencia	II trimestre	Ejecutado II trimestre	Descripción	Evidencia	III trimestre	Ejecutado III trimestre	Descripción	Evidencia	IV trimestre	Ejecutado IV trimestre	Descripción	Evidencia	Responsable Institucional	Email Responsable							
			Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base																																				
						Valor																														Año						
PROCESO: MIPG MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION																																										
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)	36. Actualizar el plan de emergencias hospitalario por sede centro y punto de salud en articulación con el plan de gestión del riesgo municipal para el 2019.	Plan de emergencias hospitalario actualizado y aprobado por el CRUE.	Documento	Número	1	2018	7	100%	3/7	43%	5/7	71.42%	71%	8/12	66.66%	67%	12/12	100%	100%	Actualizar el documento Plan de emergencias hospitalario.	12%	12%	Se realiza actualización de documento Sede Especialidades Barrios Luis Carlos Galán	Documento actualizado de cada uno de las 3 sedes	12%	12%	Se actualiza documento de Sede Granada Pablo Neruda.	Se actualiza documento de Sede Granada Pablo Neruda.	13%	13%	Se elabora plan de emergencia de las Sedes de Jesús Ochoa, Centro de Rehabilitación y se actualiza el documento de la sede Administrativa	Tres (3) Documentos actualizados	13%	13%	Se actualiza Plan de emergencias de Centro de salud de Sibola, Centro de Rehabilitación, Desempeño y Centro de consulta externa	Cuatro Documentos actualizados	REFERENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	saludocupa@salud.gov.co			
										42.88%	71.42%	71%	66.66%	67%	100%	100%	100%	13%	13%	Se realiza asistencia COVID Municipal en el Mes de Febrero	Acta de Reunión COVID Paratuberculosis con la Oficina	13%	13%	Se recibe visita de secretaria de Salud de Soacha para verificación de planes en sede Ciudad Latina y Sede Especialidades. Se realiza capacitación a la Brigada de emergencias con la colaboración de UNIGM.	Acta de Diagnóstico Plan de Emergencias de Secretaría de Salud de Soacha	12%	12%	Se realiza reunión para seguimiento de planes de emergencia con secretaria de salud de las sedes de consulta externa y hospital, el Municipio deja como evidencia acta y lista de chequeo de Plan de emergencias para seguimiento. Se asiste a reunión con UNIGM para coordinar actividad de simulacro Nacional en el mes de septiembre, con el fin de definir roles y responsabilidades.	Acta de reunión y foto	12%	12%	Se realiza visita por parte de Bomberos a sede Desempeño y Sibola	Certificado de Bomberos de Puesto de salud Desempeño y lista de inspección de bomberos del Municipio de Sibola	REFERENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	saludocupa@salud.gov.co							
										5/5 = 100%	100%	2018	100%	100%	5/5 = 100%	5/19 = 26.32%	7/7 = 100%	12/19 = 63.16%	3/3 = 100%	15/19 = 78.95%	4/4 = 100%	19/19 = 100%	100%	100%	12%	12%	Se realiza actualización de documento Luis Carlos Galán, Sede Barrios y Sede Especialidades	Documentos actualizados de los Planes de Emergencia de las 3 Sedes	12%	12%	Se actualiza documento de Sede Granada, y Pablo Neruda.	Documento actualizado de cada uno de las 2 sedes	13%	13%	Se elabora plan de emergencia de las Sedes de Jesús Ochoa, Centro de Rehabilitación y se actualiza el documento de la sede Administrativa, para lo cual se realiza inspección, verificando listas de evacuación, señalización, extintores y punto de encuentro, dicha información se encuentra reflejada en los documentos.	Tres (3) Documentos actualizados	13%	13%	Se realiza actualización de Plan de emergencias de Centro de Rehabilitación, Centro de Consulta externa y Centro de salud Desempeño	Documentos actualizados	REFERENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	saludocupa@salud.gov.co
										5/5 = 100%	100%	2018	100%	100%	5/5 = 100%	5/19 = 26.32%	7/7 = 100%	12/19 = 63.16%	3/3 = 100%	15/19 = 78.95%	4/4 = 100%	19/19 = 100%	100%	100%	13%	13%	Se realiza actualización de documentos, socialización de Sistema de alarma y entrega de pliers	Presentación de Plan de Emergencias en PDF y Acta de momento y acta de socialización	13%	13%	Se capacita brigada de emergencias con ANL, Unidad de Gestión de Riesgo y Referente de Referencia y monitoreo	Fotos y actas de capacitación Cronograma de Actividades	12%	12%	De acuerdo a cronograma de actividades, se capacita brigada de emergencias, personal de seguridad y se realiza preparativos para simulacro nacional. A la fecha se ha ejecutado el 100% del cronograma previsto para emergencias 2019.	Fotos y actas de capacitación	12%	12%	Se realiza simulacro nacional en articulación con Unidad de gestión del Riesgo del Municipio de Soacha. Se capacita a Brigada de Emergencias.	Fotos y acta de capacitación	REFERENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	saludocupa@salud.gov.co



GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL

Nombre de la IPS		ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA																	
Codigo de habilitación de la IPS		257540030																	
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva		11 de Enero 2019																	
Nombre del Gerente		Dr LUIS EFRAN FERNANDEZ OTALORA																	
Indicador de producto		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Nombre del indicador		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Descripción de la fórmula		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Unidad de medida		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Línea base		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Valor		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Año		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Valor ejecutado Año		Valor ejecutado meta I trimestre																	
CUMPLIMIENTO DE LA META ANUAL		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Valor ejecutado meta producto I trimestre		Valor ejecutado meta I trimestre																	
% de avance meta I trimestre		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Valor ejecutado meta producto II trimestre		Valor ejecutado meta I trimestre																	
% de avance meta II trimestre		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Valor ejecutado meta producto III trimestre		Valor ejecutado meta I trimestre																	
% de avance meta III trimestre		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Valor ejecutado meta producto IV trimestre		Valor ejecutado meta I trimestre																	
% de avance meta IV trimestre		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Actividades		Valor ejecutado meta I trimestre																	
I trimestre		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Ejecutado I trimestre		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Descripción		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Evidencia		Valor ejecutado meta I trimestre																	
II trimestre		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Ejecutado II trimestre		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Descripción		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Evidencia		Valor ejecutado meta I trimestre																	
III trimestre		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Ejecutado III trimestre		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Descripción		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Evidencia		Valor ejecutado meta I trimestre																	
IV trimestre		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Ejecutado IV trimestre		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Descripción		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Evidencia		Valor ejecutado meta I trimestre																	
Responsable Institucional		Valor ejecutado meta I trimestre																	
E-mail Responsable		Valor ejecutado meta I trimestre																	

PROCESO: MIPG MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Eje de Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto				Valor ejecutado Año	CUMPLIMIENTO DE LA META ANUAL	Valor ejecutado meta producto I trimestre	% de avance meta I trimestre	Valor ejecutado meta producto II trimestre	% de avance meta II trimestre	Valor ejecutado meta producto III trimestre	% de avance meta III trimestre	Valor ejecutado meta producto IV trimestre	% de avance meta IV trimestre	Actividades	I trimestre	Ejecutado I trimestre	Descripción	Evidencia	II trimestre	Ejecutado II trimestre	Descripción	Evidencia	III trimestre	Ejecutado III trimestre	Descripción	Evidencia	IV trimestre	Ejecutado IV trimestre	Descripción	Evidencia	Responsable Institucional	E-mail Responsable								
			Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base																																					
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)	39. Aumentar en un 3% la cobertura para la detección de alteraciones de los niños y niñas menores de 10 años definidas en la estrategia AIEPI atendidos en la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.	No. De niños y niñas menores de 5 años con aplicación de la estrategia AIEPI + 100 No. Total de niños y niñas menores de 5 años atendidos en la ESE	Porcentaje	4230/4850	87%	2018	100%	1607/1770	90.79%	3332/3577	93.15%	4825/5184	93%	6112/6543	93%	Realizar reporte de todas las atenciones realizadas a menores de 5 años con la aplicación de la estrategia AIEPI	25.0%	25%	Realizar atención de niños y niñas menores de cinco años en Cyo donde se evidencia una valoración con aplicación de la estrategia AIEPI	Base De Datos atención de niños y niñas menores de cinco años en Cyo donde se evidencia una valoración con aplicación de la estrategia AIEPI	25%	25%	Realizar atención de niños y niñas menores de cinco años en Cyo donde se evidencia una valoración con aplicación de la estrategia AIEPI	Base De Datos atención de niños y niñas menores de cinco años en Cyo donde se evidencia una valoración con aplicación de la estrategia AIEPI	25%	25%	Realizar atención de niños y niñas menores de cinco años en Cyo donde se evidencia una valoración con aplicación de la estrategia AIEPI	Base De Datos atención de niños y niñas menores de cinco años en Cyo donde se evidencia una valoración con aplicación de la estrategia AIEPI	25%	25%	Realizar atención de niños y niñas menores de cinco años en Cyo donde se evidencia una valoración con aplicación de la estrategia AIEPI	Base De Datos atención de niños y niñas menores de cinco años en Cyo donde se evidencia una valoración con aplicación de la estrategia AIEPI	25%	25%	REFERENTE DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y SALUD INFANTIL	cronicos@hmg.gov.co						
			40. Verificar que el 80% de la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo, se aplique a niños entre 0 a 10 años.	% de cumplimiento de la aplicación de la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo / Total de niños menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de Crecimiento y Desarrollo de la E.S.E en la vigencia	Porcentaje	3266/3744	87%	2018	100%	2143/2364	90.65%	4705/4941	95.23%	5917/6407	92%	7334/7992	92%	Realizar Reporte de las atenciones realizadas en la consulta de Detección temprana de alteraciones del Cyo a los menores de 10 años.	25.0%	25%	Realizar atención de detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de 10 años.	Base de datos de atenciones en consulta de crecimiento y desarrollo a los menores de 10 años. (En cartabla de la referencia)	25%	25%	Realizar atención de detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de 10 años.	Base de datos de atenciones en consulta de crecimiento y desarrollo a los menores de 10 años. (En cartabla de la referencia)	25%	25%	Realizar atención de detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de 10 años.	Base de datos de atenciones en consulta de crecimiento y desarrollo a los menores de 10 años. (En cartabla de la referencia)	25%	25%	Realizar atención de detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de 10 años.	Base de datos de atenciones en consulta de crecimiento y desarrollo a los menores de 10 años. (En cartabla de la referencia)	25%	25%	REFERENTE DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y SALUD INFANTIL	cronicos@hmg.gov.co					
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)	41. Mantener en un 100% la implementación de los servicios amigables para la población adolecentes asignada a ESE Hospital	Numero de unidades de servicios amigables implementadas * 100 / Total de unidades amigables propuestas implementadas	Porcentaje	2/2 =	100%	2017	100%	2/2	100%	2/2	100%	2/2	100%	2/2	100%	Continuar realizando consulta de joven en cada uno de los centros y puestos de salud	17.0%	17%	La ESE HMG cuenta con los servicios amigables en todas las unidades amigables de la demanda. De igual manera se realiza demanda inducida a todos los centros y puestos de salud.	Base de consulta de joven. Actas de asistencia registro fotografico	17%	17%	Se continua realizando consulta de joven a libre demanda en las tres unidades amigables de la institución.	Base de consulta de joven (base bajo custodia de la referencia)	18%	18%	Se realiza consulta de joven a libre demanda en las tres unidades amigables de la institución.	Base de consulta de joven (base bajo custodia de la referencia)	18%	18%	Para este periodo se continua realizando consulta de joven a libre demanda en las tres unidades amigables de la institución.	Base de consulta de joven (base bajo custodia de la referencia)	18%	18%	Actas de asistencia a talleres de la institución.	REFERENTE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	referentes@hmg.gov.co					
			42. Aumentar en 5% las consultas de detección temprana de alteraciones en su estado de salud	Porcentaje de jóvenes con al menos una consulta anual para detección temprana de alteraciones en su estado de salud	Porcentaje	0	2018	5%	100%	686/14620	4.69%	1456/30069	4.84%	2175/42782	5%	2561/49365	5%	Realizar consultas de detección temprana a jóvenes	25.0%	25%	Se realiza consulta de detección temprana de alteraciones en la población en el rango de edad de 10 a 20 años.	Base de datos de consultas de joven. Historias Clínicas Actas de Asistencia Registro Fotografico	25%	25%	La consulta de joven esta dirigida a población en el rango de edad de 10 a 20 años de edad. Esta consulta se realiza en todos los centros y puestos de salud.	Base de datos de consulta de joven y Base de datos de Atención (bajo custodia de la referencia)	25%	25%	Se continua realizando consulta de joven en la población en el rango de edad de 10 a 20 años.	Base de datos de joven (base bajo custodia de la referencia)	25%	25%	Para este ultimo trimestre del año se realiza consulta de detección temprana de alteraciones en la población en el rango de edad de 10 a 20 años.	Base de datos de consulta de joven.	25%	25%	REFERENTE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	referentes@hmg.gov.co					
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)	43. Mantener el 100% de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo	No. de recién vivos a quienes se les realiza tamizaje para hipotiroidismo/ No. Total de recién vivos reportados	Porcentaje	50%	2018	100%	100%	523/522	100%	1109/1109	100%	1715/1715	100%	2300/2300	100%	Realizar las pruebas de TSH a los recién nacidos	25.0%	25%	Se realiza la toma de muestra a todos los recién nacidos en parte normal o anormal y así envía la muestra al laboratorio clínico para su respectivo procesamiento	Base de datos del RUMF y Base de datos del sistema ATHS del laboratorio clínico	25%	25%	En el momento del parto normal por cesárea, se realiza la toma de muestra de recién nacido en la muestra umbilical del recién nacido, esta se envía al laboratorio clínico, el cual a su vez se procesa y se debe realizar diligencia antes de dar el resultado.	Base de datos del RUMF y Base de datos del sistema ATHS del laboratorio clínico (base bajo custodia de la referencia)	25%	25%	Se realiza la muestra de sangre de los recién nacidos antes de salir del hospital, para ser enviada al laboratorio clínico para su respectivo procesamiento, análisis y reporte del resultado, el cual debe ser diligenciado.	Base de datos del RUMF y Base de datos del sistema ATHS del laboratorio clínico (base bajo custodia de la referencia)	25%	25%	Se realiza la muestra de sangre de los recién nacidos antes de salir del hospital, para ser enviada al laboratorio clínico para su respectivo procesamiento, análisis y reporte del resultado, el cual debe ser diligenciado.	Base de datos del RUMF y Base de datos del sistema ATHS del laboratorio clínico (base bajo custodia de la referencia)	25%	25%	Base de datos del RUMF y Base de datos del sistema ATHS del laboratorio clínico (base bajo custodia de la referencia)	REFERENTE DE SALUD DE CRUJIA	coordinacion@salud.gov.co					
			44. Aumentar en 1% el tamizaje de agudeza visual en infancia	Porcentaje de niños y niñas con tamizaje de agudeza visual (infancia)	Porcentaje	0%	2018	1%	100%	268/4420	60.63%	367/414	88.64%	474/4712	5%	591/5205	8%	Realizar el tamizaje visual a los niños atendidos en la ESE Hospital	25.0%	25%	Realizar consulta de tamizaje de agudeza visual a niños de primera infancia.	Base de datos con reporte de atenciones de tamizaje de agudeza visual a niños y niñas de primera infancia. (base bajo custodia de la referencia)	25%	25%	Realizar consulta de tamizaje de agudeza visual a niños de primera infancia.	Base de datos con reporte de atenciones de tamizaje de agudeza visual a niños y niñas de primera infancia. (base bajo custodia de la referencia)	25%	25%	Realizar consulta de tamizaje de agudeza visual a niños de primera infancia.	Base de datos con reporte de atenciones de tamizaje de agudeza visual a niños y niñas de primera infancia. (base bajo custodia de la referencia)	25%	25%	Realizar Tamizaje de agudeza visual en cada una de las salas de atención de agudeza visual a niños y niñas de 5 años, con el fin de detectar tempranamente factores de riesgo en los menores y tomar acciones para mejorar la salud visual de los mismos.	Base de datos con reporte de atenciones de tamizaje de agudeza visual a niños y niñas de primera infancia. (base bajo custodia de la referencia)	25%	25%	Realizar Tamizaje de agudeza visual en cada una de las salas de atención de agudeza visual a niños y niñas de 5 años, con el fin de detectar tempranamente factores de riesgo en los menores y tomar acciones para mejorar la salud visual de los mismos.	Base de datos con reporte de atenciones de tamizaje de agudeza visual a niños y niñas de primera infancia. (base bajo custodia de la referencia)	25%	25%	Realizar Tamizaje de agudeza visual en cada una de las salas de atención de agudeza visual a niños y niñas de 5 años, con el fin de detectar tempranamente factores de riesgo en los menores y tomar acciones para mejorar la salud visual de los mismos.	Base de datos con reporte de atenciones de tamizaje de agudeza visual a niños y niñas de primera infancia. (base bajo custodia de la referencia)	25%



GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

SECRETARÍA DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL

Table with 2 columns: 'Nombre de la IPS' and 'Fecha de aprobación de la Junta Directiva'. Row 1: 'ESE HOSPITAL BAÑO GATIAN YANAGUAS DE BOACHA 28740030' / '31 de Enero 2019'. Row 2: 'Nombre del Gerente' / 'DR. CESAR FERNANDEZ OTALDEA'.

Table with 15 columns: 'Estrategia', 'Objetivo', 'Indicador', 'Valor', 'Estrategia', 'Objetivo', 'Indicador', 'Valor', 'Estrategia', 'Objetivo', 'Indicador', 'Valor', 'Estrategia', 'Objetivo', 'Indicador', 'Valor'. Includes 'CUMPLIMIENTO DE LA META ANUAL' and 'Valor ejecutado hasta el trimestre'.

PROCESO: MPM MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION

Main table with 15 columns: 'Estrategia', 'Objetivo', 'Indicador', 'Valor', 'Estrategia', 'Objetivo', 'Indicador', 'Valor', 'Estrategia', 'Objetivo', 'Indicador', 'Valor', 'Estrategia', 'Objetivo', 'Indicador', 'Valor'. Contains multiple rows for different projects and activities, including '46. Cumplir con un 80 % de la cobertura del Plan de Salud', '47. Realizar Presentación de resultados', '48. Cumplir con un 90% de la ejecución de acciones', '49. Promover cumplimiento del 80% de las acciones de implementación', '50. Mantener en un 80% la implementación de los módulos del sistema de información', '51. Mantener en un 80% el cumplimiento de los requisitos de la Ley de Gobierno Digital', '52. Prestar cuatro servicios asistenciales por especialidad de Telemedicina', '2. Fortalecer la gestión clínica para mejorar el acceso a los servicios de salud', '24. Lograr una recuperación de la cartera de crédito en un 80%'.



GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

SECRETARÍA DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL

Nombre de la SES	ESE HOSPITAL BAÑO GATIAN YANQUAS DE BOGOTÁ
Código de identificación de la IPS	28740030
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	31 de Enero 2019
Nombre del Gerente	Dr. LUIS ESTIBAN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto			Valor asignado Año	CONFIRMADO DE LA META ANUAL	Valor ejecutado meta producto I trimestre	% de avance meta I trimestre	Valor ejecutado meta producto II trimestre	% de avance meta II trimestre	Valor ejecutado meta producto III trimestre	% de avance meta III trimestre	Valor ejecutado meta producto IV trimestre	% de avance meta IV trimestre	Actividades	I trimestre	Ejecutado I trimestre	Descripción	Evidencia	II trimestre	Ejecutado II trimestre	Descripción	Evidencia	III trimestre	Ejecutado III trimestre	Descripción	Evidencia	IV trimestre	Ejecutado IV trimestre	Descripción	Evidencia	Responsables Institucionales	E mail Responsable
			Nombre del Indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida																													

PROCESO: MIPD MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION																																				
EJE DEL PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO	TEJIDO SOCIAL, INTERACCION Y GOBERNANZA	3. Implementar soluciones de tecnología de la salud, información y comunicación como apoyo a la toma de decisiones y la innovación (Procesos del proceso interno)	62. Mantener en un 100% los reportes asistenciales al SIUS	Realizar los Reportes asistenciales al SIUS	El total enviado al SIUS / Total Formas realizadas SI US	%	100388 / 100388 = 100%	2018	100%	23197,58388 = 42,7	60%	48.111114.024 = 42,79%	46,60%	30387,3370844 = 90%	66,7%	28320,33 = 40722,33 = 69%	73,21%	10535,67384 = 58,33 = 51%	56%	Establecer congruencia material de validación de los reportes enviados por la ESE	25,00%	25,00%	El reporte SIUS asistenciales se realiza en línea con la información generada desde la historia clínica en el registro que hacen los profesionales de la salud.	Certificado de reporte por parte de la SSC	25%	25%	El reporte SIUS asistenciales se realiza en línea con la información generada desde la historia clínica en el registro que hacen los profesionales de la salud.	Certificado de reporte por parte de la SSC	25%	25%	El reporte SIUS asistenciales se realiza en línea con la información generada desde la historia clínica en el registro que hacen los profesionales de la salud.	Certificado de reporte por parte de la SSC	25%	25%	REFERENTE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACION TIC'S	luisfern@hng.gov.co
				63. Mantener en un 100% los reportes financieros al SIUS	Realizar los Reportes financieros al SIUS	El reportes realizados / total de reportes financieros (18/18) (suma mensual)	%	12 / 12 = 100%	2018	100%	100%	18 / 18 = 100%	100,00%	18/18 = 100%	100,00%	18/18 = 100%	100%	5454 = 1818 = 100%	100%	1818 = 7272 = 100%	100%	Establecer y socializar congruencia de los datos para el reporte para evitar emprometidos, a los responsables.	25,00%	25,00%	El reporte de información al SIUS se realiza de forma trimestral con base al cierre de trimestre y reporte al 2103	Certificación de reporte de la SSC	25%	25%	El reporte de información al SIUS se realiza de forma trimestral con base al cierre de trimestre y reporte al 2103	Certificación de reporte de la SSC	25%	25%	Delante de las actividades diligenciadas para el cierre trimestral se el reporte de información al SIUS Financiero para el total se realiza el acompañamiento a los procesos financieros con base al cierre de trimestre y reporte al 2103.	Certificación de reporte de la SSC	25%	25%

