



GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA  
SECRETARÍA DE SALUD  
PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS  
PLAN INDICATIVO 2018 - 2020

Nombre de la IPS: ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUIAS DE SOACHA  
Código de habilitación de la IPS: 2575400380  
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva: 31 de Enero de 2019  
Nombre del Gerente: Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Meta de resultado	Nombre del indicador	Indicador de RESULTADO		LÍNEA BASE		VALOR ESPERADO EN CUATRIENIO	Ejecutado meta resultado	% avance meta resultado	LOGROS	DIFICULTADES	Meta de producto anual	Indicador de producto		Valor esperado Año 2019	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	II trimestre	III Trimestre	IV trimestre	Responsables Instituciones	E mail Responsable														
			Unidad de medida	VALOR	AÑO	Valor							Año	Nombre del indicador										Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Valor	Año										
TEJIDO SOCIAL CUNDINAMARCA 2018. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA. COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE.	De los diez objetivos de la Red Global Para Hospitales verdes y Saludables, lograr el cumplimiento de dos Objetivos según Actividades Planeadas en el Documento Institucional	% de cumplimiento de los objetivos	# objetivos cumplidos/total objetivos definidos por la ONG Salud sin Daño *100	Porcentaje	10%	2018	20%	47/10	40%	<p>Se implementó el personal sobre ahorro y uso eficiente de papel, creando una cultura en los funcionarios sobre la importancia de reducir y ahorrar papel mediante tipo que involucra a realizar buenas prácticas ambientales, contribuyendo a que en las oficinas se utilice el papel de modo más eficiente y se evidencia por medio de los resultados (libretos) con respecto a la cantidad de papel manejado por áreas.</p> <p>Desde el segundo trimestre hasta el cuarto trimestre del año 2018 se han ahorrado 344.620 copias totales durante nueve (9) meses, donde el ahorro aproximado de copias mensuales es de 21.385, al realizar la revisión del número de resmas entregadas del almacén general a la institución, comparando los años 2018 (2018), se evidencia que durante el año 2018 se entregaron más resmas que durante el año 2018 con una diferencia de 508 resmas, lo que es una cifra significativa y demuestra la disminución y adherencia del consumo de papel en la que la institución se encuentra trabajando, dando un avance del 100% según lo programado en el cronograma anual. Como resultado de todas las actividades mencionadas se organizó la red de trabajo de oficina ha sido optimo y las personas se adhieren al proceso del ahorro de papel. Según cronograma se tiene una sola actividad programada la cual consiste en sensibilizar al personal con el tema de ahorro de papel mediante capacitaciones y tipo que conlleven a que el consumo de papel se disminuya en una significativa cantidad en comparación con el año 2018 y 2018.</p> <p>Desde el segundo trimestre hasta el cuarto trimestre del año 2018 se han ahorrado 344.620 copias totales durante nueve (9) meses, donde el ahorro aproximado de copias mensuales es de 21.385, al realizar la revisión del número de resmas entregadas del almacén general a la institución, comparando los años 2018 y 2018, se evidencia que durante el año 2018 se entregaron más resmas que durante el año 2018 con una diferencia de 508 resmas, lo que es una cifra significativa y demuestra la disminución y adherencia del consumo de papel en la que la institución se encuentra trabajando, dando un avance del 100% según lo programado en el cronograma anual. Como resultado de todas las actividades mencionadas se organizó la red de trabajo de oficina ha sido optimo y las personas se adhieren al proceso del ahorro de papel. Según cronograma se tiene una sola actividad programada la cual consiste en sensibilizar al personal con el tema de ahorro de papel mediante capacitaciones y tipo que conlleven a que el consumo de papel se disminuya en una significativa cantidad en comparación con el año 2018 y 2018.</p>	<p>Lograr el 80% el plan de acción PLAN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL. PGA-BAO DL CONCEPTO "HOSPITALES VERDES DE LA ESE HMGY"</p> <p>Mantener en un 87% el Programa de Aprovechamiento de Residuos NO peligrosos Institucional, implementando las actividades del programa.</p> <p>Realizar la Compensación del 30% de la huella de carbono, resultado calculadora ambiental año 2018.</p>	<p>Plan de acción diseñado y ejecutado</p> <p>% de implementación del Programa de Aprovechamiento de Residuos NO peligrosos Institucional</p> <p>% implementación del plan de acción Huella de Carbono HMGY</p>	<p># actividades desarrolladas/actividades propuestas</p> <p>No. Acciones implementadas plan de acción de reciclaje / Total de acciones programadas</p> <p>No. Acciones implementadas / Total de acciones programadas</p>	<p>14 / 18 = 77%</p> <p>7 / 8 = 87%</p> <p>0%</p>	<p>2018</p> <p>2018</p> <p>2018</p>	<p>80%</p> <p>87%</p> <p>30%</p>	<p>Dar cumplimiento al plan de acción de la estrategia hospital verde.</p> <p>Realizar Plan de capacitación a funcionarios del Hospital HMGY sobre reciclaje</p> <p>Realizar y socializar el Plan de acción de reciclaje 2do semestre 2018 en gobierno Digital.</p> <p>llevar el consolidado correspondiente a la huella de carbono</p> <p>medición de CO2 mediante calculadora ambiental de la Gobernación de Cundinamarca</p>	<p>100%</p> <p>50%</p> <p>50%</p>	<p>25%</p> <p>12.5%</p> <p>12.5%</p>	<p>25%</p> <p>12.5%</p> <p>12.5%</p>	<p>25%</p> <p>12.5%</p> <p>12.5%</p>	<p>Ingeniera Ambiental Paula Sánchez</p> <p>Ingeniera Ambiental Paula Sánchez</p> <p>Ingeniera Ambiental Paula Sánchez</p>	<p><a href="mailto:medicambiente@hmg.gov.co">medicambiente@hmg.gov.co</a></p> <p><a href="mailto:medicambiente@hmg.gov.co">medicambiente@hmg.gov.co</a></p> <p><a href="mailto:medicambiente@hmg.gov.co">medicambiente@hmg.gov.co</a></p>														
								TEJIDO SOCIAL	Al año 2020, implementar los programas de P y D en Salud Oral en la institución y su área de influencia con énfasis en la primera infancia y niñez	% de implementación del programa de salud oral	# de niños atendidos dentro del programa / # total niños primera infancia y niñez (POBLACION A cargo del HMGY PyD) * 100	Porcentaje	2060 / 3234	2018	80%	2500 / 2650	94%	<p>En este trimestre a pesar que diciembre no fue un indicador aceptable, con la sumatoria de los meses previos se superó el indicador en 10% en el trimestre y más del 13% en el resumen anual. Esto hará que la continuidad en los tratamientos sea una realidad para el año 2020 y se pueda trabajar en una clínica del sano para que se haga impacto en salud pública.</p>	<p>La no contratación de tiempo completo de los profesionales por motivos administrativos y presupuestales, hizo lógicamente que se disminuyera el número de pacientes y por ende el número de tratamientos terminados en los mismos</p>	<p>Realizar el 40% de tratamientos terminados a la población que inicia tratamiento</p>	<p>Total de Tratamientos Iniciales / Total de Tratamientos terminados</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>0%</p>	<p>2018</p>	<p>40%</p>	<p>Reporte de tratamientos terminados en Operatoria</p> <p>Reporte de tratamientos terminados en Cirugía</p> <p>Reporte de Controles de Placa realizados a pacientes nuevos</p>	<p>33.3%</p> <p>33.3%</p> <p>33.3%</p>	<p>16.6%</p> <p>16.6%</p> <p>16.6%</p>	<p>16.6%</p> <p>16.6%</p> <p>16.6%</p>	<p>16.6%</p> <p>16.6%</p> <p>16.6%</p>	<p>Mario Capuzi</p> <p>Mario Capuzi</p> <p>Mario Capuzi</p>	<p><a href="mailto:coordinacionodontologia@hmg.gov.co">coordinacionodontologia@hmg.gov.co</a></p> <p><a href="mailto:coordinacionodontologia@hmg.gov.co">coordinacionodontologia@hmg.gov.co</a></p> <p><a href="mailto:coordinacionodontologia@hmg.gov.co">coordinacionodontologia@hmg.gov.co</a></p>					
																Al año 2020, implementar los programas de P y D en Salud Oral en el municipio y su área de influencia con énfasis en la primera infancia y niñez	Proporción de personas a quienes se realiza detartraje supragingival (adulto)	No. de personas a quienes se realiza detartraje supragingival/No. Total de adultos a cargo de la IPS	Porcentaje	15882 / 35940	2018	60%	20027 / 32935	61%	<p>Dentro de los logros podemos destacar. Se logra un 61.6% del indicador, es decir un 6.6% por encima de la meta, un acumulado al año del 61% del indicador superando la meta establecida en un 15% con 20027 pacientes con detartraje a cargo de 32935. Al observar clínicamente los pacientes los profesionales nos enfrentamos a mejoras en la condición periodontal de los mismos lo que ayudará en un futuro próximo a mantener las piezas dentales en boca de manera sana.</p>	<p>Como dificultad podemos resaltar que no hubo contratación con la EPS Ecoposos en PyD, lo que hace que se disminuya el número de actividades.</p>	<p>Aumentar en 1% el detartraje supragingival en adultos</p>	<p>No. de personas a quienes se realiza detartraje supragingival / No. Total de adultos a cargo de la IPS</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>44%</p>	<p>2018</p>	<p>45%</p>	<p>Realizar el detartraje a la población mayor de 18 años</p>	<p>100%</p>	<p>25%</p> <p>25%</p> <p>25%</p> <p>25%</p>	<p>Mario Capuzi</p>	<p><a href="mailto:hscconsultax@gmail.com">hscconsultax@gmail.com</a></p>
																							TEJIDO SOCIAL	Aumentar la cobertura de la identificación temprana y canalización efectiva del 80% de la población con HTA y diabetes, en la ESE HMGY	Cobertura de población identificada y canalizada efectivamente con riesgo de HTA y diabetes.	# población identificada y canalizada con HTA y diabetes/total población atendida a cargo de la ESE (población PyD *HTA Y DM) * 100	Porcentaje	70%	2018	80%	36/36	100%	<p>Se lograron ejecutar en el Cuarto Trimestre las 3 auditorías programadas en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre obteniendo un resultado en la adherencia a la guía clínica de crecimiento y desarrollo del 92% lo que se evidencia que los profesionales de Salud están adheridos adecuadamente a la guía, finalmente para el cierre del año se realizaron 12 auditorías logrando ejecutar el 100% del indicador. Para este último trimestre del año se realizó auditoría a 325 historias clínicas correspondientes a atenciones de usuarios con diagnósticos de Hipertensión Arterial. Para el mes de Octubre y Noviembre se auditaron 109 y para diciembre 107 según la fórmula estadística implementada en dicha auditoría. Se obtuvo para este periodo una adherencia del 93% a la guía de práctica clínica por parte de los profesionales de la institución. Para este último trimestre se destaca el cumplimiento de la meta establecida del 100% con un total de 12 auditorías durante el año</p>	<p>No se encontraron dificultades en la auditoría para este trimestre</p>	<p>Realizar Auditorías de adherencia a Guías de forma mensual con presentación trimestral a Junta Directiva para los programas de (HTA y DM2) para la vigencia 2019.</p>	<p>No. De auditorías de HC realizadas / No. Auditorías programada * 100</p>	<p>Porcentaje</p>
	Mantener el control de Pacientes hipertensos dentro de la Línea Base 2018.	Control Hipertensión arterial	Número de pacientes con cifras tensionales inferiores a 140/90 mm Hg en el último	porcentaje	1093/1304	2018	84%	84%	<p>Mantener el control de Pacientes hipertensos dentro de la Línea Base 2018.</p>	<p>Control Hipertensión arterial</p>	<p>Número de pacientes con cifras tensionales inferiores a 140/90 mm Hg en el último</p>	<p>porcentaje</p>	<p>84%</p>	<p>2018</p>	<p>84%</p>	<p>Realizar seguimiento a los pacientes diagnosticados como hipertensos</p> <p>Realizar seguimiento a los pacientes inasistentes del programa de Crónicos</p>	<p>50%</p> <p>50%</p>	<p>12%</p> <p>12%</p>	<p>13%</p> <p>13%</p>	<p>13%</p> <p>13%</p>	<p>Lic. Yudi Melena Bocanegra</p> <p>Lic. Yudi Melena Bocanegra</p>	<p><a href="mailto:referentecronicos@hmg.gov.co">referentecronicos@hmg.gov.co</a></p> <p><a href="mailto:referentecronicos@hmg.gov.co">referentecronicos@hmg.gov.co</a></p>															
									Mantener el tamizaje arterial en la población mayor 18 años a partir de la línea base 2018	% de pacientes mayores de 18 años con tamizaje para hipertensión arterial	Número de población mayor 18 años con tamizaje para hipertensión arterial	porcentaje	3203 / 3725	2018	85.82%	85.82%	<p>Mantener el tamizaje arterial en la población mayor 18 años a partir de la línea base 2018</p>	<p>% de pacientes mayores de 18 años con tamizaje para hipertensión arterial</p>	<p>Número de población mayor 18 años con tamizaje para hipertensión arterial</p>	<p>porcentaje</p>	<p>85.82%</p>	<p>2018</p>	<p>85%</p>	<p>Realizar tamizaje y seguimiento Test Frindrich</p>	<p>100%</p>	<p>25%</p> <p>25%</p> <p>25%</p> <p>25%</p>	<p>Lic. Yudi Melena Bocanegra</p>	<p><a href="mailto:referentecronicos@hmg.gov.co">referentecronicos@hmg.gov.co</a></p>									



GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA  
SECRETARÍA DE SALUD  
PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS  
PLAN INDICATIVO 2018 - 2020

Nombre de la IPS: ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUIAS DE SOACHA  
Código de habilitación de la IPS: 2575400380  
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva: 31 de Enero de 2019  
Nombre del Gerente: Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Meta de resultado	Nombre del indicador	Indicador de RESULTADO Descripción de la fórmula	Unidad de medida	LINEA BASE		VALOR ESPERADO EN CUATRIENIO	Ejecutado meta resultado	% avance meta resultado	LOGROS	DIFICULTADES	Meta de producto anual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	II trimestre	III Trimestre	IV trimestre	Responsables Institucionales	E mail Responsable		
					VALOR	AÑO							Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Valor										Año	
													Valor	Año	Valor	Año											
TEJIDO SOCIAL	Aumentar la cobertura de la identificación temprana y canalización efectiva del 80% de la población con HTA y diabetes, en la ESE Hospital.	Cobertura de población identificada y canalizada efectivamente con riesgo de HTA y diabetes.	# población identificada y canalizada / # total población atendida *100	Porcentaje	70%	2018	80%	Para HTA 1195 /1323 90% Para DM 251/314 80%	100%	Como logro Durante la ejecución del IV trimestre se realizaron 961 atenciones a usuarios con diagnóstico de diabetes mellitus con un porcentaje del 83% logrando un cumplimiento de acuerdo a la meta institucional. Se evidencia adherencia a tratamientos e indicaciones dadas por el personal tratante de cada una de las sedes de la subgerencia comunitaria mediante el programa de crónicas no transmisibles.	Como dificultad esta la desactualización de datos básicos como el numero telefónico del usuario o responsable dificulta la ubicación del usuario lo cual conlleva que no se garantice un seguimiento telefónico estricto como se espera.	Mantener el tamizaje para diabetes en personas mayores de 18 años respecto a la línea de base establecida en la entidad para la línea de base	1901/2197	Porcentaje	= 85%	2018	85%	Realizar seguimiento a los pacientes inasistentes y ausentes	100%	25%	25%	25%	25%	Lic. Yudi Melena Bocanegra	referentecronicos@hmgv.gov.co		
													Solicitar el control de creatinina en un 85% a los pacientes con Da de hipertension Arterial en el programa crónicos no transmisibles	% de pacientes mayor de 18 años con diagnóstico de HTA que ingresan al programa.	1115/1304	Porcentaje	85%	2018	85%	Realizar reporte de la resolución 2463 alto costo y seguimiento a inasistentes	100%	25%	25%	25%	25%	Lic. Yudi Melena Bocanegra	referentecronicos@hmgv.gov.co
													Solicitar el examen IDL a Pacientes Diabéticos del programa en un 82%	% de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus	294/357 = 82%	Porcentaje	82%	2018	82%	Realizar seguimiento a los pacientes inasistentes y reporte de la resolución 2463 alto costo	100%	25%	25%	25%	25%	Lic. Yudi Melena Bocanegra	referentecronicos@hmgv.gov.co
													Mantener el control de diabetes en un 82% anual respecto a la línea de base establecida en la entidad para la vigencia 2018	Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	291/357 82%	Porcentaje	82%	2018	82%	Realizar Demanda Inducida a los servicios de PyD en los centros y puesto de salud para la captación de	50%	12%	12%	13%	13%	Lic. Yudi Melena Bocanegra	referentecronicos@hmgv.gov.co
													Solicitar el control de Hemoglobina Glicosilada a pacientes con diabetes en un 80%	Control diabetes mellitus	284/357 = 80%	Porcentaje	80%	2018	80%	Realizar seguimiento a los pacientes diagnosticados con diabetes	50%	25%	25%	25%	25%	Lic. Yudi Melena Bocanegra	referentecronicos@hmgv.gov.co
TEJIDO SOCIAL	Desarrollar los programas de P y D que involucren los diagnósticos de Cáncer en pacientes atendidos en la ESE Hospital	programas implementados	# de programas implementados / # de programas propuestos	porcentaje	50%	2018	70%	4 programas propuesto / 4 programas implementados	100%	como logro Para el IV trimestre del año 2019 se logró el cumplimiento de la meta establecida en un 76% esto gracias a la actividad implementada de seguimiento telefónico efectivo que se realizó a las mujeres mayores de 45 años que asistieron a consulta de seno y que obtuvieron orden medica para toma de mamografía según los criterios de inclusión. Para el mes de Octubre solo un paciente se tomo el examen en la institución, para Noviembre 11 pacientes y en Diciembre ninguna usuaria. Los resultados obtenidos fueron negativos. Durante todo el año 2019 fueron notificadas a las EABS las bases de datos de la consulta de seno con el registro de las mujeres con orden para toma de mamografía y de igual manera la base de datos de mamografías realizadas en la institución.	Las dificultades presentadas para el IV trimestre fueron en primer lugar las barreras administrativas por parte de las EAPB frente a la generación de ordenes para la toma del examen. Por otra parte es importante mencionar que para los meses de Septiembre y Octubre no se conto con contrato de Mamógrafo en la institución. Como plan de mejoramiento se ha continuado notificando mes a mes el registro de mujeres con orden medica de mamografía a la EAPB correspondiente.	Realizar en un porcentaje del 76% tamizaje a la población susceptible de cáncer de mama de acuerdo a la línea base I semestre de 2018	Seguimiento a la solicitud de tamizaje de seno (primer semestre 2018)	326 / 430 = 76%	Porcentaje	76%	2018	76%	Seguimiento Base de datos de tamizaje a mujeres > de 45 años	50%	25%	25%	25%	25%	Lic. Catalina Marentes	referentecancer@hmgv.gov.co	
												Realizar el seguimiento al 90% de las citologías con reporte positivo.	Seguimiento a resultados positivos de citologías	153 / 180 = 85%	Porcentaje	85%	2018	90%	Seguimiento a resultados positivos	100%	25%	25%	25%	25%	Lic. Catalina Marentes	referentecancer@hmgv.gov.co	
												Realizar al 90% seguimiento a usuarios con reporte de PSA (antígeno Prostatico) alterado.	No. Exámenes de prostatica Tot al exámenes	85%	Porcentaje	85%	2018	90%	Realizar seguimiento a todos los Resultados de PSA alterados Reportados por el laboratorio clinico	100%	25%	25%	25%	25%	Lic. Yudi Melena Bocanegra	referentecancer@hmgv.gov.co	
												Establecer en línea base de la calidad de las muestras para citología cervicouterina	Proporción de citologías con muestras insatisfechas o rechazadas	0%	Porcentaje	0%	2018	10%	Mejorar la calidad de la toma de muestras de la citologías cervicouterinas	100%	25%	25%	25%	25%	Lic. Catalina Marentes	referentecancer@hmgv.gov.co	
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Atender y canalizar al 100% de la población asignada a la IPS con diagnóstico de salud mental	% de pacientes de salud mental atendidos HMGV	# de pacientes asignados a la ESE Hospital con diagnóstico de salud mental X 100	Porcentaje	100%	2018	100%	1708/1708 100% pacientes solicitaron y asistieron a consulta de Psiquiatría 2019 con una oportunidad de 4 días	100%	como logro para el último trimestre del 2019 se reportaron un total de 40 casos (tipología de eventos de salud mental) los cuales estuvieron reportados por mes: octubre 14, noviembre 17 y 9 casos para diciembre, es de resaltar que para este trimestre la notificación desde el momento de atención inicial del paciente con diagnóstico de salud mental (Intento y/o Ideación suicida) llama la atención que dentro de los reportes se identifican 15 menores de 17 años.	Se insistió en la calidad del dato consignado en la ficha y la Historia clínica, los hallazgos negativos se informaron directamente al referente del grupo medico quien es el encargado de realizar la retroalimentación; sin embargo los ajustes en la ficha se debieron realizar por la personal del área de vigilancia epidemiológica por la premura y la obligación de la notificación.	Realizar el reporte del 100% de los eventos de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida - fuente primaria	Eventos reportados	# eventos reportados swigilla / # total de eventos identificados (CE 10, BA e HC) x 100	64/64 100%	Porcentaje	100%	2018	100%	Realizar Búsqueda Activa Institucional para identificación de casos realizar reporte (notificación)	100%	25%	25%	25%	25%	Referente de epidemiología Lic. Paola Gutierrez	epidemciologia@hmgv.gov.co
												Lograr una oportunidad del servicio de atención en psiquiatría a 15 días	Oportunidad de atención en psiquiatría	856 / 1792 = 5.4	Porcentaje	5.4	2018	15 días según normatividad (Resolución 1552 de 2013 y 256 de 2016) Fuente Software dinamica	100%	25%	25%	25%	25%	Referente de consulta externa Lic. Johana Gomez	referenteconsultainterna@hmgv.gov.co		
										Como logro para el último trimestre de 2019, En el mes de OCTUBRE se revisaron 793 registros de mangos de los cuales 9 niños cumplieron criterio ara desnutrición aguda y se realizaron 19 seguimientos en total. En el mes de NOVIEMBRE se revisaron 697 registros de mangos de los cuales 4 niños cumplieron criterio para desnutrición aguda y se realizaron 7 seguimientos en total. En el mes de DICIEMBRE se revisaron 1047 registros de mangos de los cuales 4		Mantener el 80% de los niños menores de 5 años mal nutridos con valoración	Porcentaje de niños menores de 5 años mal nutridos con valoración	45 / 56 = 85%	Porcentaje	85%	2018	80%	Realizar seguimiento a los menores de 5 años con diagnóstico de malnutrición, remitidos al servicio de	100%	25%	25%	25%	25%	Referente de Nutrición Dra Noris del Pilar	nutricion@hmgv.gov.co	
												Mantener en cuatro (4) meses la duración media de la lactancia materna en el Hospital Mario Gaitán Yanguias	Duración media lactancia materna exclusiva	4	Porcentaje	4	2018	4	garantizar la educación en la consulta de CyD y realizar reporte a la EAPB	100%	25%	25%	25%	25%	Lic. Yudi Melena Bocanegra	referentecronicos@hmgv.gov.co	





GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA  
SECRETARÍA DE SALUD  
PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS  
PLAN INDICATIVO 2018 - 2020

Nombre de la IPS: ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUIAS DE SOACHA  
Código de habilitación de la IPS: 2575400380  
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva: 31 de Enero de 2019  
Nombre del Gerente: Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Meta de resultado	Nombre del indicador	Indicador de RESULTADO Descripción de la fórmula	LINEA BASE		VALOR ESPERADO EN CUATRIENIO	Ejecutado meta resultado	% avance meta resultado	LOGROS	DIFICULTADES	Meta de producto anual	Indicador de producto		Valor esperado Año 2019	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	II trimestre	III Trimestre	IV trimestre	Responsables Institucionales	E mail Responsable				
				Unidad de medida	VALOR							AÑO	Unidad de medida										Valor	Año		
				Valor	Año							Valor	Año													
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Mantener en cero la mortalidad infantil de la población atendida en el ESE Hospital.	Casos de Mortalidad infantil	# casos de defunciones infantiles	casos	0	2018	0	0	100%	Como logro en el cuarto trimestre se cuenta con una auxiliar de enfermería quien apoya el proceso administrativo del programa PAI en el servicio de partos, donde se logra obtener los informes en los tiempos estipulados y con la información coherente y mantener al día el aplicativo PAI - WEB de los niños vacunados, finalmente para el cierre del año 2019 nacieron 2391 niños quienes fueron vacunados al 100% con Hb y con BCG fueron vacunados 2370 teniendo en cuenta el Inseamneto PAI Nacional logrando en el indicador una ejecución del 99%.	Como dificultad la rotación de Personal asignado al proceso administrativo que dificulta la generación de la información. Situación que se subsana en articulación de las dos subgerencias.	Realizar el seguimiento de menores de cinco años con diagnóstico de IRA atendidos en el servicio de Sala ERA, año base 2018	Seguimiento al total de años menores de 5 años diagnosticados con IRA en el servicio de urgencias	# de seguimientos a - c de 5 años con DX de IRA / total de pacientes < de 5 años atendidos en el servicio de Sala ERA	%	471 / 471 = 100%	2018	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%	25%	25%	25%	25%	Lic. Yudiú Mel	refreentecronicos@hmg.gov.co
												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 SIVIGILA (LIDG) (LIDG)	entregadas oportunamente para mejorar la oportunidad y calidad de los datos / # de acciones establecidas	%	100%	2018	100%	Establecer y ejecutar un Plan de trabajo para la vigencia con cronograma en cada una de las dependencias del hospital	100%	25%	25%	25%	25%	Vigilancia epidemiológica	epidemiologia@hmg.gov.co
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Responder en salud al 100% de las emergencias y desastres en su área de influencia en articulación con el municipio.	% emergencias y desastres atendidos	# atenciones en salud en emergencias y desastres/# total de emergencias y desastres presentados * 100	Porcentaje	0	2018	100%	0 emergencias presentadas	100%	Se actualizan documentos de Plan de emergencias de Centro de salud Sibate, Despensa, Centro de Rehabilitación y Centro de consulta externa. Se obtiene certificación de Bomberos para Puesto de salud de la Despensa por parte Bomberos Oficiales de Soacha y se recibe visita de acuerdo a solicitud realizada al Cuerpo de Bomberos de Sibate. Se realiza simulacro nacional en Sede Principal con zona de expansión, en centros y puestos de salud se realiza evacuación y ubicación en puntos de encuentro por parte de Brigada de Emergencia	El cuerpo de Bomberos de Sibate solicita documentos que están en trámite, por lo cual no se obtiene aún certificación del mismo. Rotación del personal para mantener una brigada de emergencia comprometida y constante.	Actualizar el plan de emergencias hospitalario por cada centro y puesto de salud en articulación con el plan de gestión del riesgo municipal para el 2019.	Plan de emergencias hospitalario actualizado por centro y puesto de salud.	Documento actualizado y aprobado por el CRUE.	Número	1	2018	1	Actualizar el documento Plan de emergencias hospitalario.	50%	12%	12%	13%	13%	Adriana Giraldo	saludocupacional@hmg.gov.co
												Implementar al 100% el plan de emergencias de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguias de Soacha.	Plan de emergencias implementado en centro y puesto de salud.	# actividades planeadas/# actividades realizadas * 100	%	5 / 5 = 100%	2018	100%	Socializar el plan con unidad de gestión del riesgo municipal.	50%	12%	12%	13%	13%	Adriana Giraldo	saludocupacional@hmg.gov.co
												Ejecución de actividades incluidas en el Plan	50%	12%	12%	13%	13%	Adriana Giraldo	saludocupacional@hmg.gov.co							
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Implementar el sistema de vigilancia en salud laboral - SIVISALA	numero de reportes realizados	12	numero	12	2018	12	12	100%	Como logro en el desarrollo de este indicador se realiza envío a Secretaría de Salud de Cundinamarca y de Soacha mensualmente el reporte solicitado en la ficha suministrada por la Secretaría. Como valor agregado al desarrollo de este indicador, durante el tercer trimestre se realiza análisis de número de reportes individuales, donde se evidencia un incremento del 140% en comparación al primer trimestre y 20% en comparación al trimestre anterior. Las anteriores cifras permiten evidenciar la adherencia a los procesos de identificación y reporte de los casos de SIVISALA Se envía correo electrónico a referentes con información de SIVISALA.	Como dificultades que se presentan en este indicador la alta rotación de personal misional, para lo cual se realizan capacitaciones a los referentes periódicamente. Como plan de mejoramiento establecer capacitaciones constantes para recordar y mantener la información de los procesos de reporte en SIVISALA.	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	Numero de Reportes entregados / Numero de Reportes Programados	%	12 / 12 = 100%	2018	100%	Socialización de los Lineamientos SIVISALA a todo el personal.	20%	10%	10%	10%	10%	Adriana Giraldo	saludocupacional@hmg.gov.co
												Seguimiento al Reporte	80%	20%	20%	20%	20%	Adriana Giraldo	saludocupacional@hmg.gov.co							
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Implementar el sistema de vigilancia en salud laboral - SIVISALA	numero de reportes realizados	12	numero	12	2018	12	12	100%	Como logro en el desarrollo de este indicador se realiza envío a Secretaría de Salud de Cundinamarca y de Soacha mensualmente el reporte solicitado en la ficha suministrada por la Secretaría. Como valor agregado al desarrollo de este indicador, durante el tercer trimestre se realiza análisis de número de reportes individuales, donde se evidencia un incremento del 140% en comparación al primer trimestre y 20% en comparación al trimestre anterior. Las anteriores cifras permiten evidenciar la adherencia a los procesos de identificación y reporte de los casos de SIVISALA Se envía correo electrónico a referentes con información de SIVISALA.	Como dificultades que se presentan en este indicador la alta rotación de personal misional, para lo cual se realizan capacitaciones a los referentes periódicamente. Como plan de mejoramiento establecer capacitaciones constantes para recordar y mantener la información de los procesos de reporte en SIVISALA.	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	Numero de Reportes entregados / Numero de Reportes Programados	%	12 / 12 = 100%	2018	100%	Socialización de los Lineamientos SIVISALA a todo el personal.	20%	10%	10%	10%	10%	Adriana Giraldo	saludocupacional@hmg.gov.co
												Seguimiento al Reporte	80%	20%	20%	20%	20%	Adriana Giraldo	saludocupacional@hmg.gov.co							
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Mantener en un 90% el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en sus 4 componentes.	% cumplimiento SOGC	% de cumplimiento de cada componente del SOGC (promedio)	Porcentaje	80%	2018	90%	95% SUH (Habilitación 95%) SIC (SISTEMA DE INFORMACION EN CALIDAD 100%) PAMEC (PAMEC 100%) SUA (Acreditación 88%)	100%	Para el SUH, se realiza el proceso de certificación de proceso de autoevaluación de centros y puestos y de sede hospitalaria, durante el cuarto trimestre se generó un cumplimiento del 100% de las acciones planeadas, aportando a un cumplimiento global del 94%. Fortaleciendo los procesos en los centros y puestos y en la sede hospitalaria, aportando al cumplimiento de dichos requisitos en las visitas realizadas por los entes de control. Para el SIC, se cierra el año 2019 con el cumplimiento del indicador al 100% desde la presentación de los indicadores de la Resolución 256 el día 04 de septiembre ante la Junta Directiva de la institución. Se anexa copia del acta de la junta. Para el PAMEC, se han realizado las acciones de seguimiento a ejecución del PAMEC 2019 tanto en sede Hospitalaria como en centros y puestos. El PAMEC 2019, se encuentra en la fase de aprendizaje organizacional, de acuerdo al planteamiento de la ruta crítica. Dando cumplimiento al 100% del cronograma definido para la ruta crítica (se anexa como evidencia). Es decir en los meses de Octubre a Diciembre se tiene contemplado la etapa de ejecución, análisis y aprendizaje organizacional del PAMEC 2019. Para el SUA, Durante el trimestre se realizaron seguimiento a las acciones de mejoramiento planteadas acumulativas a finalizar el séptimo ciclo del Gobierno Interno de la institución. Trimestre	En el SUH, se encuentra pendiente la adquisición de Permisos de Vertimientos, no se han realizado todas las adecuaciones pendientes. No se realizaron la rotación de turnos de hospitalización y de baños, se plantearon acciones de mejora para la vigencia 2020. Para el SUA, debido a la rotación de algunos coordinadores y referentes no permitió la continuidad del trabajo planteado en cumplimiento a las acciones de mejoramiento planteadas en el sistema único de Acreditación. Como plan de mejoramiento se establece que los referentes líderes de los procesos de acreditación y de estándar deben realizar entrega de la información a los que le reciben la información.	Cumplir con un 80 % del plan de sostenibilidad del Sistema Único de Habitación	% de cumplimiento plan de sostenibilidad del SUH	# actividades cumplidas/# actividades propuestas.	%	677 / 889 = 76%	2018	80%	Seguimiento al plan de sostenibilidad "AUTOEVALUACION POR ACCIONES" para realizar presentación de seguimiento al cumplimiento de los estándares de sostenibilidad de acuerdo al portafolio del Hospital y	50%	12%	12%	13%	13%	Ing. Xiomara Muñoz	habilitacion@hmg.gov.co
												Realizar Presentación semestralmente a Junta Directiva del comportamiento de la ESE para los indicadores 256 por la Junta Directiva	% de cumplimiento de seguimiento a 256 a JD / # presentación es programados (256 a JD) * 100	# presentación es realizadas (256 a JD) * 100	%	5 / 5 = 100%	2018	100%	Realizar el Reporte oportuno de indicadores.	50%	12%	13%	12%	13%	Ing. Xiomara Muñoz	estadistica@hmg.gov.co
												Cumplir en un 90% el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	% de cumplimiento del PAMEC	# acciones implementadas/# total de acciones propuestas *100	%	20 / 21 = 95%	2018	90%	Análisis de indicadores 256 MDC en comité de nivel directivo (macrocomité y comité de apoyo) para el seguimiento del PAMEC, basado en la ruta crítica establecida en las pautas para la auditoría para el mejoramiento de la	50%	12%	13%	12%	13%	Ing. Xiomara Muñoz	auditoriacalidad@hmg.gov.co
												Seguimiento a los resultados de los planes de mejoramiento propuestos de acuerdo al seguimiento del PAMEC	50%	12%	13%	12%	13%	Ing. Xiomara Muñoz	auditoriacalidad@hmg.gov.co							





**GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA**  
**SECRETARÍA DE SALUD**  
**PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS**  
**PLAN INDICATIVO 2018 - 2020**

Nombre de la IPS: ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA  
 Código de habilitación de la IPS: 2575400380  
 Fecha de Aprobación de la Junta Directiva: 31 de Enero de 2019  
 Nombre del Gerente: Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Meta de resultado	Nombre del indicador	Indicador de RESULTADO Descripción de la fórmula	Unidad de medida	LINEA BASE		VALOR ESPERADO EN CUATRIENIO	Ejecutado meta resultado	% avance meta resultado	LOGROS	DIFICULTADES	Meta de producto anual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	II trimestre	III Trimestre	IV trimestre	Responsables Institucionales	E mail Responsable		
					VALOR	AÑO							Nombre del Indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Valor										Año	
										En las actividades programadas, noviembre se realizaron 11 actividades de las 11 actividades programadas y diciembre se realizaron 6 de las 7 actividades programadas, comité de seguridad del paciente del mes de diciembre se programó para el mes de enero. En el año 2019 de 107 actividades de 113 programadas, para un 95% de cumplimiento.	servicio de hospitalización medicina interna.		Seguridad del paciente *100.						Realización evaluación y medición de la adherencia a las diferentes estrategias en el Hospital, Centros y Puestos de salud	30%	8%	7%	8%	7%	Lic. Edilma Galindo	seguridadpaciente@hmg.gov.co	
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	programa de humanización implementado en la ESE	% de implementación del programa de humanización	# acciones implementadas/# total de acciones propuestas *100	Porcentaje	100%	2018	100%	124 / 133 93%	93%	como Logros del 2019 se dio cumplimiento al plan de acción de humanización, mediante la realización de las siguientes actividades: -Atención del parto humanizado: Entrega de donativos de Mi Closet con Amor para recién nacidos a 30 mamás. Entrega de 249 diplomas de Marito Bienvenida. Seguimiento a percepción de la atención en sala de parto y hospitalización ginecología, mediante la ronda de acompañamiento y la aplicación de la encuesta de percepción a 54 usuarias. -Biblioteca: realización de actividades lúdicas con menores en área de hospitalización y charlas.	como dificultad es la falta de adherencia a los planteamientos de humanización del servicio, como plan de mejoramiento se plantea reforzar actividades lúdicas y actividades para los usuarios hospitalizados.	Mantener el cumplimiento del Plan de Acción del Programa de Humanización de la ESE	% de cumplimiento del plan de acción de humanización	# acciones implementadas/# total de acciones propuestas *100	%	4 / 4 = 100%	2018	90%	Actualizar el Programa de Humanización de acuerdo a directrices y realizar formulación del Plan de Acción de Humanización	50%	12%	12%	13%	13%	Dra Carol Hernandez	humanizacion@hmg.gov.co	
										realizar seguimiento y socialización de resultados de las acciones y logros alcanzados en el plan de acción de Humanización	50%	12%	13%	12%	13%	Dra Carol Hernandez	humanizacion@hmg.gov.co										
												Mantener en el 85% de cumplimiento del Plan Institucional de Archivos PINAR de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas	% de implementación del Plan Institucional de archivos institucional	0	%	6 / 7 = 85%	2018	85%	Establecer y ejecutar el Plan de Acción del PINAR planteadas para la vigencia de acuerdo al autodiagnostico de MIPG.	100%	25%	25%	25%	25%	Fernando Rodriguez	archivo@hmg.gov.co	
												Mantener el Porcentaje mayor a 95% el cumplimiento del Plan Anual de Adquisiciones de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas.	% de ejecución plan de adquisiciones	Valor de adquisiciones realizadas / Valor Total de adquisiciones programas * 100	%	\$39.701.470.670 / \$40.127.513.154 = 98.9%	2018	95%	Realizar el documento del plan de adquisiciones y realizar seguimiento por rubro presupuestal teniendo en cuenta lo planificado y su cumplimiento	100%	25%	25%	25%	25%	Juan David Garzon	almacen@hmg.gov.co	
												Mantener 100% de cumplimiento del Plan de Vacantes de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas	% de ejecución Plan de Vacantes	# de actividades realizadas / # Total de actividades programas * 100	%	3 / 3 = 100%	2018	100%	Actualizar y ejecutar el Plan de Acción de Vacantes para la vigencia de acuerdo al autodiagnostico de MIPG.	100%	25%	25%	25%	25%	Dra Alexandra Santos	recursoshumanos@hmg.gov.co	
										PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD. Para el Cuarto Trimestre de 2019, la E.S.E. alcanzó el total de las metas establecidas en el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, ya que se logró capacitar al 100% de los funcionarios nuevos de la institución y a los funcionarios antiguos de la entidad, además se logró la publicación de 5 bases de datos ante la SIC.		Mantener 100% de cumplimiento del Plan de Previsión de Recursos Humanos de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas	% de Ejecución Plan de Previsión de Recursos Humanos	# de actividades realizadas / # Total de actividades programas * 100	%	4 / 4 = 100%	2018	100%	Establecer y ejecutar el Plan de Acción de la Previsión del recurso Humano para la vigencia de acuerdo al autodiagnostico de MIPG.	100%	25%	25%	25%	25%	Dra Alexandra Santos	recursoshumanos@hmg.gov.co	
										PLAN DE TRATAMIENTOS DE RIESGOS Durante el Cuarto Trimestre, se logra el cumplimiento del total de metas planteadas en el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad de la Información, a través de la Socialización del Plan, la implementación de las copias de seguridad y la actualización de contraseñas de acceso en el total de los equipos de computo de la institución. PETIC se da cumplimiento al total de metas establecidas en el PETIC institucional, gracias al apoyo de la SSC frente a la entrega de equipos de computo, impresoras y servidor para la institución. PAAC Se logró cumplir con los seis componentes del PAAC y apropiarse las actividades de los diferentes procesos en relación al desempeño de las actividades propuestas para el PAAC 2019, como evidencia esta los documentos y anexos que los diferentes procesos hacen llegar a la oficina.		Dar Cumplimiento al 100% del Plan Estratégico de Talento Humano de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas.	% de cumplimiento del Plan Estratégico de Talento Humano	# de acciones realizadas del Plan estratégico / # total de acciones programadas del Plan Estratégico de Talento	%	4 / 4 = 100%	2018	100%	Establecer y ejecutar el Plan de Acción del talento Humano para la vigencia de acuerdo al autodiagnostico de MIPG.	100%	25%	25%	25%	25%	25%	Dra Alexandra Santos	recursoshumanos@hmg.gov.co
												Dar Cumplimiento al 100% del Plan Institucional de Capacitaciones de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas.	% de cumplimiento del Plan Institucional de Capacitaciones	# de capacitaciones realizadas / # total de capacitaciones Programadas *100	%	3 / 3 = 100%	2018	100%	Establecer y ejecutar el Plan de Acción del PIC (Plan Institucional de Capacitaciones) para la vigencia de acuerdo al autodiagnostico de MIPG.	100%	25%	25%	25%	25%	Dra Alexandra Santos	recursoshumanos@hmg.gov.co	



GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA  
SECRETARÍA DE SALUD  
PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS  
PLAN INDICATIVO 2018 - 2020

Nombre de la IPS: ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA  
Código de habilitación de la IPS: 2575400380  
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva: 31 de Enero de 2019  
Nombre del Gerente: Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Meta de resultado	Nombre del indicador	Indicador de RESULTADO Descripción de la fórmula	LINEA BASE		VALOR ESPERADO EN CUATRIENIO	Ejecutado meta resultado	% avance meta resultado	LOGROS	DIFICULTADES	Indicador de producto					Valor esperado Año 2019	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	II trimestre	III Trimestre	IV trimestre	Responsables Institucionales	E mail Responsable		
				Unidad de medida	VALOR						AÑO	Unidad de medida	Valor	Año												
				Meta	2018						2019	Meta	2018	2019												
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Implementar los planes dispuestos de acuerdo al decreto 612 de 2018 en un 80%	% de cumplimiento de los Planes (promedio)	# de actividades realizadas / # de actividades Propuestas X 100	Porcentaje	75%	2018	80%	100%	100%	de Control Interno. PLAN DE SST Se realiza auditoría por parte de COPASST donde se evidencia adherencia al Sistema por parte de los funcionarios de las Institución. Se realiza evaluación de Estándares mínimos donde se evidencia sostenibilidad del sistema. PLAN DE INCENTIVOS Para terminar la vigencia 2019, se realizaron las actividades pendientes que correspondían al 33% durante los meses de octubre, noviembre y diciembre se dio cumplimiento al 100% del plan de incentivos y bienestar social donde se logró que el personal gozará de espacios de recreación los cuales fortalecen y ayudan al mejoramiento del clima laboral y así realizar sus actividades diarias con mayor compromiso. PLAN DE CAPACITACION La ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas al inicio de la formulación del plan de capacitación realizó un diagnóstico de las necesidades de capacitación para la vigencia 2019, con el fin de mejorar la prestación de los servicios donde se realizó la inversión económica para que el personal recibiera dichas capacitaciones donde también se implementó la gestión del conocimiento de los líderes replicando en el personal a cargo, al finalizar el cuarto trimestre se dio cumplimiento al 100% del cronograma del PIG, donde se cuenta con las evidencias de cada una de las capacitaciones realizadas al personal de la Institución. PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO El plan estratégico de talento humano se estableció de acuerdo con la calificación de la autoevaluación de la dimensión de talento humano de MIPG y el informe que arrojó el FURAG al inicio de la vigencia, para finalizar el cuarto trimestre se ejecutó el 27% restante del plan donde dichas actividades era continuar con las inducciones virtuales del personal nuevo que ingresara y el registro de las hojas de vida en el SIGEP lo cual se dio cumplimiento al 100% del cronograma. PLAN DE PREVISION El plan de previsión del recurso humano, en el mes de septiembre se dio cumplimiento al 100% de las actividades descritas en el cronograma para la vigencia 2019, logrando identificar las necesidades del personal de planta teniendo en cuenta que existen 26 cargos a 3 años y menos de cumplir con los requisitos de pensión los cuales son objeto para la previsión de los mismos, teniendo un porcentaje de el 7,6 % están ocupados por personal femenino y el 2,4% por personal masculino, donde el personal prepensoable de la institución corresponde al 28,5% del total de la planta de personal la cual esta conformada por 91 cargos de la misma manera se identifico que existen 6 cargos en vacancia definitiva los cuales corresponden a un porcentaje del 6,5% de la planta total los cuales se encuentran disponibles para ser ofertados en la próxima convocatoria. PLAN DE VACANTES En el tercer trimestre se dio por terminado el plan de vacante institucional de acuerdo al cronograma de actividades establecido para la vigencia 2019, logrando tener identificado el número de cargos vacantes los cuales corresponden al 6,5 % del total de la planta la cual esta conformada por 91 cargos.	no se presentaron dificultades en el desarrollo de los planes del Decreto 612.	Mantener el Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Incentivos Institucional de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas año base 2018	% de cumplimiento del Plan de Incentivos Institucional	# de incentivos realizados / # Total de incentivos programados * 100	%	3 / 3 = 100%	2018	100%	Establecer y ejecutar el Plan de Acción de Incentivos Institucional para la vigencia de acuerdo al autodiagnostico de MIPG.	100%	25%	25%	25%	25%	Ora Alexandra Santos	recursoshumanos@hmg.gov.co
												Mantener el porcentaje de cumplimiento del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas año base 2018	% de cumplimiento del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	# de acciones realizadas del Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo / # total de incentivos programados del Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo * 100	%	13 / 13 = 100%	2018	100%	Presentar informe SG-SST y las acciones por el responsable SG-SST mensualmente  Realizar metodología de autoevaluación frente a los estándares mínimos SG-SST (Tabla de valores de la autoevaluación) Elaborar el Plan de Memoria del SG-SST de acuerdo a la autoevaluación y a la Meta establecida para el año 2019 Documento Elaborado y Aprobado de acuerdo al avance en el cumplimiento de los estándares. Elaborar el Plan de Trabajo Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo Elaborar y Ejecutar una Auditoría semestral sobre SG-SST.	10%	2%	3%	2%	3%	Adriana Giraldo	saludocupacional@hmg.gov.co
												Mantener el Porcentaje de cumplimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas	% de implementación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano / # Total de acciones realizadas	# de acciones realizadas del Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	%	12 / 12 = 100%	2018	100%	Establecer y ejecutar el Plan de Acción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Institucional para la vigencia de acuerdo al autodiagnostico de MIPG	100%	25%	25%	25%	25%	Dr John Henry Sanchez	controlinterno@hmg.gov.co
												Mantener el 73% de cumplimiento del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas	% de implementación del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC	# de acciones realizadas del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC	%	8 / 11 = 73%	2018	73%	Establecer y ejecutar el Plan de Acción del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicación Institucional para la vigencia de acuerdo al autodiagnostico de MIPG  Realizar el reporte al 100% asistencias al SIUS y reportar seguimiento a la subgerencia científica y administrativa	25%	6%	6%	6%	7%	Fernando Rodríguez	sistemas@hmg.gov.co
												Mantener el porcentaje de implementación del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas	% de implementación del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	# de acciones realizadas del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	%	4 / 4 = 100%	2018	100%	Realizar el reporte al 100% registros SIUS Financieros y realizar seguimiento y reporte a la subgerencia administrativa.  Mantener el porcentaje de implementación de Gobierno en Digital cumpliendo con los requisitos del portal interactivo. Año base el 82% de cumplimiento Realizar Auditoría por control interno, de acuerdo a los estándares de control y	25%	6%	6%	6%	7%	Fernando Rodríguez	sistemas@hmg.gov.co
												Realizar el cumplimiento al 100% del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas	% de implementación del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	# de acciones realizadas del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	%	4 / 4 = 100%	2018	100%	Establecer y ejecutar el Plan de Acción del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información Institucional para la vigencia de acuerdo al autodiagnostico de MIPG	100%	25%	25%	25%	25%	Fernando Rodríguez	sistemas@hmg.gov.co





GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA  
SECRETARÍA DE SALUD  
PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS  
PLAN INDICATIVO 2018 - 2020

Nombre de la IPS: ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUIAS DE SOACHA  
 Código de habilitación de la IPS: 2575400380  
 Fecha de Aprobación de la Junta Directiva: 31 de Enero de 2019  
 Nombre del Gerente: Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Meta de resultado	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	LINEA BASE		VALOR ESPERADO EN CUATRIENIO	Ejecutado meta resultado	% avance meta resultado	LOGROS	DIFICULTADES	Meta de producto anual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	II trimestre	III Trimestre	IV trimestre	Responsables institucionales	E mail Responsable	
					VALOR	AÑO							Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Valor										Año
												Mantener el 100% de Cumplimiento del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información de la ESE Hospital Mario Gaitan de Yanguias año base 2018	% de implementación del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	# de acciones realizadas / # Total de acciones programadas * 100	%	5 / 5 = 100%	2018	100%	Establecer y ejecutar el Plan de Acción del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información Institucional para la vigencia de acuerdo al autodiagnostico de MIPG	100%	25%	25%	25%	25%	Fernando Rodriguez	<a href="mailto:sistemas@hmgv.gov.co">sistemas@hmgv.gov.co</a>