







PLAN INDICATIVO VIGENCIA 2021  
 PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENCIA 2021  
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO  
 ESE HOSPITAL DE LA VEGA

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA																									SECRETARÍA DE SALUD		PLN OPERATIVO ANUAL											
		Nombre de la IPS: ESE HOSPITAL DE LA VEGA			Código de habilitación de la IPS: 23607113			Fecha de Aprobación de la Junta Directiva			Revista del Consejo			VIVIANA MARCHENA CUAVIDO																								
Línea Estratégica del Plan Operativo de Desarrollo	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Límite base	AÑO 2021				Valor esperado Año 2021	valor ejecutado Año 2021	Paso porcentual de la meta	Resultado ponderado	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre		II trimestre		III trimestre		IV trimestre		Recursos	Responsable Institucional	E mail Responsable										
								NUMERADOR	DENOMINADOR	TOTAL	Valor							Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor				Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año			
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo futuro	SOCG	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se aplica para el propósito.	Mantener en el 100% el Plan de Mantenimiento del Sistema Único de Habitación de la ESE Hospital de la Vega	% de cumplimiento del plan de actividades	N° de actividades ejecutadas/ N° total de actividades programadas * 100	Porcentaje	100% 44/44	2020	100%	22	22	100%	90%	100%	1,0%	1. Realizar el diagnóstico de habitación basada en la resolución 3102 de 2019.	40,00%	40,00%	40,00%	Se realiza autodiagnóstico según resolución 3102 de 2019	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico, Calidad	Autoevaluación completa para el desarrollo del plan de mantenimiento						
																2. Diseñar planes de mejoramiento continuo.	20,00%	20,00%	20,00%	Se hacen planes de mejoramiento de acuerdo a autodiagnóstico realizado	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA									
																3. Cancelar y Reajustar seguimiento a los planes.	40,00%	10,00%	10,00%	Se realiza seguimiento de planes de mejoramiento	10,00%	10,00%	Se realiza seguimiento de planes de mejoramiento	10,00%	10,00%	Se realiza seguimiento de planes de mejoramiento	10,00%	10,00%	Se realiza seguimiento de planes de mejoramiento									
																4. Definir acciones de mejoramiento para cada oportunidad de mejora.	20,00%	25,00%	25,00%	Se definen acciones de mejoramiento para la oportunidad de mejora identificada	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA								
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo futuro	SOCG	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se aplica para el propósito.	Ejecutar como mínimo en el 80% el programa de auditorías para el mejoramiento de la calidad.	% de cumplimiento del PAMEC	Realización del número de auditorías derivadas de las acciones realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditorías reportadas en el PAMEC.	Porcentaje	100% 12/12	2020	90%	10	10	100%	90%	100%	1,0%	1. Priorizar las oportunidades de mejora.	20,00%	25,00%	25,00%	Se realiza priorización de oportunidades de mejora	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico, Calidad	Programa de auditorías							
																2. Definir acciones de mejoramiento para cada oportunidad de mejora.	20,00%	25,00%	25,00%	Se definen acciones de mejoramiento para la oportunidad de mejora identificada	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA									
																3. Cancelar y Reajustar seguimiento a los planes.	40,00%	10,00%	10,00%	Se realiza seguimiento de planes de mejoramiento	10,00%	10,00%	Se establecen cronogramas y tiempos para cumplir acciones de mejoramiento	NA	NA	NA	NA	NA	NA			NA						
																4. Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones planificadas.	40,00%	NA	NA	NA	10,00%	10,00%	Se realiza seguimiento de las actividades planificadas	10,00%	10,00%	Se realiza seguimiento de las actividades planificadas	10,00%	10,00%	Se realiza seguimiento de las actividades planificadas									
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo futuro	SOCG	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se aplica para el propósito.	Implementar en 100% el Plan de Mejoramiento del monitoreo de la Calidad MOCA de la ESE, con base en los indicadores de la Resolución 256 de 2016, estableciendo un tablero de control de calidad.	% de cumplimiento del plan	N° de actividades ejecutadas / N° de actividades programadas * 100	Porcentaje	100% 13/13	2020	100%	54	54	100%	100%	100%	1,0%	1. Considerar la información de los indicadores definidos de acuerdo al periodo.	2%	5%	5%	Se realiza consolidado de I trimestre de indicadores	5%	5%	Se realiza consolidado de II trimestre de indicadores	5%	5%	Se realiza consolidado de III trimestre de indicadores	5%	5%	Se realiza consolidado de IV trimestre de indicadores	Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico, Calidad	Plan seguimiento a indicadores y cumplimiento de metas en el mes y la priorización de los indicadores no cumplidos. Revisar los que presenten desajustes.							
																2. Realizar análisis de los resultados.	2%	5%	5%	Se realiza análisis de los resultados obtenidos	5%	5%	Se realiza análisis de los resultados obtenidos	5%	5%	Se realiza análisis de los resultados obtenidos	5%	5%	Se realiza análisis de los resultados obtenidos									
																3. Reportar los indicadores en los tiempos establecidos de acuerdo al periodo.	2%	5%	5%	Se reportan indicadores en los tiempos establecidos	5%	5%	Se reportan indicadores en los tiempos establecidos	5%	5%	Se reportan indicadores en los tiempos establecidos	5%	5%	Se reportan indicadores en los tiempos establecidos									
																4. Realizar análisis MOCA de los resultados.	2%	5%	5%	Se realiza análisis de los resultados obtenidos	5%	5%	Se realiza análisis de los resultados obtenidos	5%	5%	Se realiza análisis de los resultados obtenidos	5%	5%	Se realiza análisis de los resultados obtenidos									
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo futuro	SOCG	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se aplica para el propósito.	Aumentar el promedio de la autorización del Sistema Único de Acreditación, respecto a la vigencia anterior.	Promedio calificación autorización	Promedio de calificación de autorización en la vigencia anterior de la autorización de la vigencia anterior	Número	1,1	2020	1,32	1,1	1,95	0,96	1,2	0%	0,2%	0,0%	1. Planear el proceso para la autorización definiendo los grupos y participaciones de la vigencia.	30%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	30%	NA	NA	Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico, Calidad						
																	2. Evaluar fortalezas y oportunidades de mejora.	30%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	35%	NA		NA					
																	3. Calificar cuantitativamente cada estándar teniendo en cuenta la hoja ruta.	30%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	35%	NA		NA					
																	4. Implementar acciones correctivas a las desviaciones encontradas.	20%	5%	0%	Se realiza plan de mejoramiento y autocontrol del desarrollo de las actividades	5%	0%	Se realiza plan de mejoramiento y autocontrol del desarrollo de las actividades	5%	0%	Se realiza plan de mejoramiento y autocontrol del desarrollo de las actividades	5%	0%	Se realiza plan de mejoramiento y autocontrol del desarrollo de las actividades								
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo futuro	SOCG	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se aplica para el propósito.	Lograr el 90% de cumplimiento del plan de mejora del Sistema Único de Acreditación	Porcentaje de cumplimiento del plan de mejora del Sistema Único de Acreditación	Actividades ejecutadas/ Actividades programadas	Porcentaje	ND	2020	90%	5	28	18%	90%	10%	0,8%	0,1%	1. Definir plan de mejoramiento del Sistema Único de Acreditación a partir de la autorización realizada para cada uno de los estándares (la vigencia).	20%	20%	20%	Se define plan de mejoramiento del Sistema Único de Acreditación	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico, Calidad					
																	2. Cancelar y reajustar el seguimiento del plan de mejoramiento	80%	20%	20%	Se ejecuta plan de mejoramiento	20%	20%	Se ejecuta plan de mejoramiento	20%	20%	Se ejecuta plan de mejoramiento	20%	20%	Se ejecuta plan de mejoramiento								
																	3. Realizar diagnóstico del programa de seguridad del paciente y socializar con comité de seguridad del paciente	25,00%	6,25%	6,25%	Se realiza comité de seguridad del paciente	6,25%	6,25%	Se realiza comité de seguridad del paciente	6,25%	6,25%	Se realiza comité de seguridad del paciente	6,25%	6,25%	Se realiza comité de seguridad del paciente								
																	4. Formular y aprobar plan de acción de seguridad del paciente	25,00%	25,00%	25,00%	Se realiza diagnóstico del programa de seguridad del paciente	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA							
BIENESTAR - Un buen Vivir- Eficiencia para la Facultad	ESTRATEGICO MISIONAL APOYO ADMINISTRATIVO	Asociación con terceros, públicos o privados, con el fin de garantizar el cumplimiento de la misión social de la Empresa.	Ejecutar el plan de trabajo definido en forma conjunta por las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud públicas que conforman la Región en Salud a la que pertenecen de acuerdo a la Reorganización de la Red de acuerdo con la Hoja de Ruta establecida por la Secretaría de Salud.	% de ejecución	# actividades ejecutadas/ # actividades programadas * 100	Porcentaje	87% 19/23	2020	50%	100,00%	100%	100%	100%	2%	2,0%	1. Realizar estudio de oferta demanda para determinar la oferta de servicios conforme al aseguramiento del área de referencia y las redes adscritas a la Red Salud.	25,00%	25,00%	25,00%	Se entrega estudio de oferta y demanda	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico, Calidad, Planeación							
																2. Establecer etapas en la implementación de la oferta de servicios.	25,00%	NA	NA	NA	25,00%	25,00%	Se establece implementación de la oferta de servicios	NA	25,00%	Se establece implementación de la oferta de servicios	NA	25,00%	Se establece implementación de la oferta de servicios									
																3. Consolidar acuerdos jurídicos, financieros y administrativos para la organización de la Red Salud.	25,00%	NA	NA	NA	25,00%	25,00%	Se determina autodiagnósticos jurídicos, financieros y administrativos	NA	25,00%	Se determina autodiagnósticos jurídicos, financieros y administrativos	NA	25,00%	Se determina autodiagnósticos jurídicos, financieros y administrativos									
																4. Implementar la Hoja de Ruta establecida.	25,00%	6,25%	6,25%	Ejecución de la hoja de ruta determinada por Coordinación de redes	6,25%	6,25%	Ejecución de la hoja de ruta determinada por Coordinación	6,25%	6,25%	Ejecución de la hoja de ruta determinada por Coordinación	6,25%	6,25%	Ejecución de la hoja de ruta determinada por Coordinación									
BIENESTAR - Un buen Vivir- Eficiencia para la Facultad	ESTRATEGICO MISIONAL APOYO ADMINISTRATIVO	Asociación con terceros, públicos o privados, con el fin de garantizar el cumplimiento de la misión social de la Empresa.	Implementar el portafolio de servicios de acuerdo con la tipología definida en la Reorganización de la Red teniendo en cuenta el trabajo articulado de la Región en Salud y la sostenibilidad financiera de los servicios en el tiempo.	% de implementación	N° de servicios oportunistas / N° de servicios proyectados, en el periodo.	Porcentaje	50%	2020	50%	1	1	100%	100%	100%	2%	2,0%	1. Definir el portafolio de servicios de la ESE conforme a la tipología establecida en la Red de Prestadores de Servicios de Salud.	25,00%	25,00%	25,00%	Se realiza comparación de servicios de portafolio con tipología según estudio de redes	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico, Calidad, Planeación	Sostenibilidad financiera de lo actual y lo futuro						
																	2. Comparar la oferta de servicios actual con las establecidas en cada tipología.	25,00%	25,00%	25,00%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			NA					
																	3. Definir etapas para la apertura de servicios conforme a los estudios de oferta demanda.	50,00%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	50,00%			NA	NA	NA	NA	NA	NA

PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENCIA 2021  
 PROCESO MISIONAL  
 ESE HOSPITAL DE LA VEGA

Linea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Mes de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base Valor	Valor reportado Año 2	Peso porcentual de la meta	Resultado	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	V Trimestre	VI Trimestre	Recursos	Responsable institucional	E-mail Responsable											
BIENESTAR "Toda una vida contigo - Conjuvengo Futuro"	PYD	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con la norma de calidad establecida, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Aumentar en 2% el tiempo en cálculo e a través de la consulta de armonización por consenso de curso de vida	% población con tarjeta salud	Número de consultas de armonización realizadas/ Número total de población con tarjeta salud e ES al año	Porcentaje	0,7% 770/104	2020	2,71%	2,7%	100%	0,0%	1. Aumentar la tarificación de los pacientes menores de 69 años para identificar sus condiciones clínicas.	20%	6,20%	6,20%	Se realiza tarificación de los pacientes menores de 69 años	6,20%	6,20%	Se realiza tarificación de los pacientes menores de 69 años	6,20%	6,20%	Se realiza tarificación de los pacientes menores de 69 años	6,20%	6,20%	Se realiza tarificación de los pacientes menores de 69 años	Gestor Clínica Conjuvengo					
													2. Realizar la atención a los pacientes menores de 69 años categorizados por etapas.	20%	6,20%	6,20%	Se reducen interrupciones durante el trámite	6,20%	6,20%	Se reducen interrupciones durante el trámite	6,20%	6,20%	Se reducen interrupciones durante el trámite	6,20%	6,20%	Se reducen interrupciones durante el trámite						
BIENESTAR "Toda una vida contigo - Conjuvengo Futuro"	PYD	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con la norma de calidad establecida, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Aumentar en 10% el tratamiento terminado con respecto a la población tarificada	% población con tratamiento terminado	Número total de tratamientos terminados/ Número total de población tarificada con curso	Porcentaje	0% 0/18	2020	10,00%	10%	100%	0,0%	1. Realizar seguimiento al cierre de los tratamientos terminados en la población tarificada	100%	25,00%	25,00%	Se realiza cierre de tratamientos terminados según designación de cursos	25,00%	25,00%	Se realiza cierre de tratamientos terminados según designación de cursos	25,00%	25,00%	Se realiza cierre de tratamientos terminados según designación de cursos	25,00%	25,00%	Se realiza cierre de tratamientos terminados según designación de cursos	Gestor Clínica Conjuvengo					
													2. Aplicar flujo a 100% de los niños menores de 11 años de la población de responsabilidad de la E.S.E. que asistió al servicio de cardiología y que terminaron tratamiento o un recurrencia cancelada.	20%	6,20%	6,20%	Se realiza la aplicación de flujo a niños	6,20%	6,20%	Se realiza la aplicación de flujo a niños	6,20%	6,20%	Se realiza la aplicación de flujo a niños	6,20%	6,20%	Se realiza la aplicación de flujo a niños						
BIENESTAR "Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduría"	PYD	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con la norma de calidad establecida, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Aumentar en 10% el tiempo para labores de tarificación para diabetes	% de población con labores de tarificación para diabetes	Número de población entre 19 a 69 años con labores de tarificación para diabetes/ Número total de población entre 19 a 69 años a cargo de la atención ESE Hospital de la Vega	Porcentaje	0,2% 30/2020	2020	10%	2,0%	100%	2,0%	1. Búsqueda de pacientes entre 19 y 69 años con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de fructosa	10,0%	2,5%	2,5%	Se realiza búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de fructosa	2,5%	2,5%	Se realiza búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de fructosa	2,5%	2,5%	Se realiza búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de fructosa	2,5%	2,5%	Se realiza búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de fructosa	Gestor Clínica Médicos Enfermería Profesional Consulta Externa					
													2. Implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud según los estándares de la OMS de 2018 a través de un taller con pacientes identificados con riesgo de diabetes.	30,0%	7,5%	7,5%	Se realiza socialización de la ruta de promoción según los estándares de 2018	7,5%	7,5%	Se realiza socialización de la ruta de promoción según los estándares de 2018	7,5%	7,5%	Se realiza socialización de la ruta de promoción según los estándares de 2018	7,5%	7,5%	Se realiza socialización de la ruta de promoción según los estándares de 2018						
BIENESTAR "Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduría"	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con la norma de calidad establecida, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Aumentar la participación de 4% de la población, mayor de 19 a 69 años con riesgo de diabetes, con el uso de atención ESE Hospital de la Vega	% de población consultada con riesgo de diabetes	Número de población consulta externa con riesgo de diabetes/ Número de población consultada con riesgo de diabetes	Porcentaje	11,7% 217	2020	15,7%	2%	100%	2%	1. Búsqueda de pacientes entre 19 y 69 años con factores de riesgo para hipertensión o diabetes, a través de las visitas de categorización de los CESES o la Consulta Externa, realizando consulta externa, con el uso de atención ESE Hospital de la Vega	50,00%	12,50%	12,50%	Se realiza búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de fructosa	12,50%	12,50%	Se realiza búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de fructosa	12,50%	12,50%	Se realiza búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de fructosa	12,50%	12,50%	Se realiza búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de fructosa	Gestor Clínica Médicos Enfermería Profesional Consulta Externa					
													2. Utilizar de aplicación e interpretación de los test de Fructosa y Glucemia	50,00%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	50,00%
BIENESTAR "Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduría"	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con la norma de calidad establecida, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Mantener controlado el 8% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus	Proporción de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus controlados	Número de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus controlados/ Número de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus	Porcentaje	8% 3/38	2020	8%	8%	100%	8%	1. Realizar seguimiento a citas de hemoglobina glicosilada controladas de los usuarios con diagnóstico de diabetes mellitus	40%	10%	10%	Se realiza seguimiento a citas de hemoglobina glicosilada a los pacientes dentro del programa de diabetes	10%	10%	Se realiza seguimiento a citas de hemoglobina glicosilada a los pacientes dentro del programa de diabetes	10%	10%	Se realiza seguimiento a citas de hemoglobina glicosilada a los pacientes dentro del programa de diabetes	10%	10%	Se realiza seguimiento a citas de hemoglobina glicosilada a los pacientes dentro del programa de diabetes	Gestor Clínica Médicos Enfermería Profesional Consulta Externa					
													2. Tallar de implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud	60%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	15%
BIENESTAR "Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduría"	PYD	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con la norma de calidad establecida, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Mantener en 23% el tiempo para labores de tarificación para hipertensión de la población mayor de 19 a 69 años con riesgo de hipertensión ESE Hospital de la Vega	% de población con labores de tarificación para hipertensión	Número de población entre 19 años con labores de tarificación para hipertensión/ Número total de población de 19 a 69 años a cargo de la atención ESE Hospital de la Vega	Porcentaje	2% 863/370	2020	2%	2,0%	100%	2,0%	1. Búsqueda de pacientes entre 19 y 69 años con factores de riesgo para hipertensión o diabetes, a través de las visitas de categorización de los CESES o la Consulta Externa, realizando consulta externa, con el uso de atención ESE Hospital de la Vega	10,0%	2,5%	2,5%	Se realiza búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de fructosa	2,5%	2,5%	Se realiza búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de fructosa	2,5%	2,5%	Se realiza búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de fructosa	2,5%	2,5%	Se realiza búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de fructosa	Gestor Clínica Médicos Enfermería Profesional Consulta Externa					
													2. Tallar de implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud	30,0%	7,5%	7,5%	Se realiza socialización de la ruta de promoción según los estándares de 2018	7,5%	7,5%	Se realiza socialización de la ruta de promoción según los estándares de 2018	7,5%	7,5%	Se realiza socialización de la ruta de promoción según los estándares de 2018	7,5%	7,5%	Se realiza socialización de la ruta de promoción según los estándares de 2018						
BIENESTAR "Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduría"	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con la norma de calidad establecida, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Mantener la categorización en un 2% anual de la población mayor de 19 a 69 años con riesgo de hipertensión ESE Hospital de la Vega	% de población consultada con riesgo de HTA	Número de población consulta externa con riesgo de hipertensión/ Número de población consultada con riesgo de hipertensión	Porcentaje	10,6% 10/117	2020	72,6%	5%	14	36%	72,6%	49,2%	2,0%	10%	1. Búsqueda de pacientes entre 19 y 69 años con factores de riesgo para hipertensión o diabetes, a través de las visitas de categorización de los CESES o la Consulta Externa, realizando consulta externa, con el uso de atención ESE Hospital de la Vega	40,00%	10,00%	10,00%	Se realiza búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de fructosa	10,00%	10,00%	Se realiza búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de fructosa	10,00%	10,00%	Se realiza búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de fructosa	10,00%	10,00%	Se realiza búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de fructosa	Gestor Clínica Médicos Enfermería Profesional Consulta Externa	
																	2. Entregar metas por observador de consulta externa y atención estructural de toma de tension arterial	30,00%	7,5%	7,5%	Se realiza socialización de la ruta de promoción según los estándares de 2018	7,5%	7,5%	Se realiza socialización de la ruta de promoción según los estándares de 2018	7,5%	7,5%	Se realiza socialización de la ruta de promoción según los estándares de 2018	7,5%	7,5%	Se realiza socialización de la ruta de promoción según los estándares de 2018		

PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENCIA 2021  
 PROCESO MISIONAL  
 ESE HOSPITAL DE LA VEGA

Linea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo		PROCESO		Objetivo Estratégico Institucional		Indicador de producto		Linea base		AÑO 2021			Valor esperado Año 2021		Valor ejecutado Año 2021		Peso porcentual de la meta		Resultado		Actividades		Peso % de la actividad frente a la meta		I Trimestre Seguimiento		II Trimestre Seguimiento		III Trimestre Seguimiento		IV Trimestre Seguimiento		Recursos		Responsables e Instituciones		E-mail Responsable								
								Valor	Año	NOMINADOR	DENOMINADOR	TOTAL	Valor	Valor ejecutado Año 2021	Valor porcentual Año 2021	Peso porcentual de la meta	Resultado	Actividades	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Valor	Valor porcentual	Valor	Valor porcentual	Valor	Valor porcentual	Valor	Valor porcentual	Valor	Valor porcentual	Valor	Valor porcentual	Valor	Valor porcentual	Valor	Valor porcentual	Valor	Valor porcentual	Valor	Valor porcentual			
BIENESTAR "Todas las vidas con dignidad, Esperanza y Salud"		CONSULTA EXTERNA	Objetivo 1: Promover los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para tal propósito.	Mantener controlado el 10% de los pacientes hipertensos con controles	Proporción de pacientes hipertensos con controles	Se tienen los parámetros de hipertensión con cifras tensionales menores a 140/90 mmHg en los últimos seis meses. (Número total de pacientes con hipertensión)	Porcentaje	6.1%	87.00%	2020	10%	100.00%	8.0%	8.0%	148	562	26.3%	10.0%	100.0%	8.0%	8.0%	1. Seguimiento a pacientes con otras TPA por archiva de 140/90	50.00%	12.50%	12.50%	12.50%	12.50%	Se realiza inclusión de pacientes canalizados a controles de hipertensión, se realiza seguimiento a pacientes con tensión superior a 140/90	12.50%	12.50%	Se realiza inclusión de pacientes canalizados a controles de hipertensión, se realiza seguimiento a pacientes con tensión superior a 140/90	12.50%	12.50%	Se realiza inclusión de pacientes canalizados a controles de hipertensión, se realiza seguimiento a pacientes con tensión superior a 140/90	12.50%	12.50%	Se realiza inclusión de pacientes canalizados a controles de hipertensión, se realiza seguimiento a pacientes con tensión superior a 140/90	12.50%	12.50%	Centro Clínico Policlínico Médico Estomatológico Profesional Consultoría Estética					
BIENESTAR "Todas las vidas con dignidad, Esperanza y Salud"		CONSULTA EXTERNA	Objetivo 2: Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para tal propósito.	Realizar tamizaje de cáncer de mama a 70% de las mujeres entre 50-69 años, acorde a la guía de detección temprana de cáncer de mama	Porcentaje de mujeres con tamizaje para cáncer de mama	Numero de mujeres a las que se les realizó tamizaje de CA de cuello uterino / Numero total de mujeres a tamizaje de ESE "100" Espesma	Porcentaje	18%	118667	2020	70.0%	99	893	11.1%	70.0%	15.8%	1.9%	0.2%				1. Realizar demanda inducida a mujeres entre 50 y 69 años de edad para tamizaje de cáncer de mama	40.00%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	Se realiza demanda inducida para la toma de mamografías	10.00%	10.00%	Se realiza demanda inducida para la toma de mamografías	10.00%	10.00%	Se realiza demanda inducida para la toma de mamografías	10.00%	10.00%	Se realiza demanda inducida para la toma de mamografías	10.00%	10.00%	Centro Clínico Policlínico Médico Estomatológico Profesional Consultoría Estética					
BIENESTAR "Todas las vidas con dignidad, Esperanza y Salud"		CONSULTA EXTERNA	Objetivo 3: Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para tal propósito.	Realizar el seguimiento de cáncer de mama de forma anual al 3% de las mujeres entre 50-69 años, acorde a la guía de detección temprana de cáncer de seno.	Porcentaje de seguimiento a cáncer de mama	Numero total de órdenes de mamografías con resultado positivo con seguimiento a mamografía / Numero total de mamografías positivas	Porcentaje	ND	2020	5.0%	31	80	38.8%	5.0%	100.0%	1.9%	1.5%					1. Se realiza seguimiento a los resultados anormales de mamografías	100.00%	25.00%	25.00%	25.00%	25.00%	Se realiza seguimiento de mamografías anormales	25.00%	25.00%	Se realiza seguimiento de mamografías anormales	25.00%	25.00%	Se realiza seguimiento de mamografías anormales	25.00%	25.00%	Centro Clínico Policlínico Médico Estomatológico Profesional Consultoría Estética								
BIENESTAR "Todas las vidas con dignidad, Esperanza y Salud"		CONSULTA EXTERNA	Objetivo 4: Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para tal propósito.	Realizar tamizaje de cáncer cervical dentro del 70% de las mujeres mayores de 25 años, con sitio de atención en la ESE Hospital de la Vega	Porcentaje de mujeres con tamizaje de cuello uterino	Numero de mujeres a las que se les realizó tamizaje de CA de cuello uterino / Numero total de mujeres con sitio de atención en la ESE "100" Espesma	Porcentaje	18%	333184	2020	70%	262	1574	16%	70%	26%	6%	1.5%				1. Realizar demanda inducida continua en los servicios de la recepción y extramuralmente al 70% de las mujeres entre 25 y 69 años responsables de la E. E. para que se realicen la citología (Papanicolaou)	40.00%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	Se realiza demanda inducida para la toma de citologías responsables de la ESE	10.00%	10.00%	Se realiza demanda inducida para la toma de citologías responsables de la ESE	10.00%	10.00%	Se realiza demanda inducida para la toma de citologías responsables de la ESE	10.00%	10.00%	Se realiza demanda inducida para la toma de citologías responsables de la ESE	10.00%	10.00%	Centro Clínico Policlínico Médico Estomatológico Profesional Consultoría Estética					
BIENESTAR "Todas las vidas con dignidad, Esperanza y Salud"		CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNÓSTICO	Objetivo 5: Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para tal propósito.	Realizar tamizaje para detección temprana de cáncer de próstata en 70% con antígeno prostático, en hombres mayores de 50 años.	Exámenes de antígeno prostático	No. Exámenes de antígeno prostático realizados/Total de hombres mayores de 50 años a cargo de la EPS	Porcentaje	19%	2281229	2020	70%	234	1689	10%	70%	21%	2%	0.4%				1. Realizar demanda inducida a hombres mayores de 50 años para tamizaje de cáncer de próstata.	40.00%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	Se realiza demanda inducida para la toma de PSA responsables de la ESE 13	10.00%	10.00%	Se realiza demanda inducida para la toma de PSA responsables de la ESE 13	10.00%	10.00%	Se realiza demanda inducida para la toma de PSA responsables de la ESE 13	10.00%	10.00%	Se realiza demanda inducida para la toma de PSA responsables de la ESE 13	10.00%	10.00%	Centro Clínico Policlínico Médico Estomatológico Profesional Consultoría Estética					
BIENESTAR "Todas las vidas con dignidad, Esperanza y Salud"		CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNÓSTICO	Objetivo 6: Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para tal propósito.	Aumentar el seguimiento anual de PSA en 3% en consulta de Antígeno prostático por selección temprana de cáncer de próstata en hombres mayores de 50 años.	Seguimiento en consulta PSA	Numero total de órdenes de PSA con seguimiento en consulta PSA del paciente	Porcentaje	ND	2020	5%	24	234	10%	5%	100%	2%	2.0%					1. Realizar seguimiento en consulta de los resultados de PSA en valores de referencia aumentados de acuerdo a la edad del paciente	100.00%	25.00%	25.00%	25.00%	25.00%	Se realiza seguimiento a los resultados de PSA aumentados con relación al valor de referencia dado por la edad	25.00%	25.00%	Se realiza seguimiento a los resultados de PSA aumentados con relación al valor de referencia dado por la edad	25.00%	25.00%	Se realiza seguimiento a los resultados de PSA aumentados con relación al valor de referencia dado por la edad	25.00%	25.00%	Centro Clínico Policlínico Médico Estomatológico Profesional Consultoría Estética								
BIENESTAR "Todas las vidas con dignidad, Esperanza y Salud"		PVD	Objetivo 7: Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para tal propósito.	Mantener el 80% de la cavitación efectiva de la gestante en el programa de detección temprana de ESE en el programa de atención de las embarazadas del embarazo antes de la semana 12 de gestación	Porcentaje de gestantes con cavitación efectiva	No. De gestantes inscritas en el programa de detección temprana de ESE en el programa de atención de las embarazadas del embarazo antes de la semana 12 de gestación	Porcentaje	60%	2427	2020	85%	18	27	67%	80%	78%	6%	4.7%				1. Identificar y notificar las gestantes que consultan a cualquier de los servicios en la ESE Hospital de la Vega a un servicio de atención y prevención y generar la demanda inducida y efectiva para los controles prenatales.	40%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	Se realiza identificación al programa de gestantes con previsiones patológicas y gestantes	10.00%	10.00%	Se realiza identificación al programa de gestantes con previsiones patológicas y gestantes	10.00%	10.00%	Se realiza identificación al programa de gestantes con previsiones patológicas y gestantes	10.00%	10.00%	Se realiza identificación al programa de gestantes con previsiones patológicas y gestantes	10.00%	10.00%	Centro Clínico Policlínico Médico Estomatológico Profesional Consultoría Estética					
BIENESTAR "Todas las vidas con dignidad, Esperanza y Salud"		CONSULTA EXTERNA	Objetivo 8: Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para tal propósito.	Lograr que el 80% de las gestantes inscritas en el programa tengan control materno-control prenatal e inmerso 1 en cada trimestre	Porcentaje de gestantes con más de 4 controles prenatales e inmerso 1 en cada trimestre	No. Gestantes inscritas en el programa de control materno-control prenatal e inmerso 1 en cada trimestre	Porcentaje	71%	3651	2020	85%	31	44	70%	85%	83%	8%	6.6%				1. Garantizar la atención oportuna de los Gestantes	50%	12.50%	12.50%	12.50%	12.50%	Se realiza curso profiláctico a gestantes en el programa de lactancia materna y de al	12.50%	12.50%	Se realiza curso profiláctico a gestantes en el programa de lactancia materna y de al	12.50%	12.50%	Se realiza curso profiláctico a gestantes en el programa de lactancia materna y de al	12.50%	12.50%	Se realiza curso profiláctico a gestantes en el programa de lactancia materna y de al	12.50%	12.50%	Centro Clínico Policlínico Médico Estomatológico Profesional Consultoría Estética					
BIENESTAR "Todas las vidas con dignidad, Esperanza y Salud"		CONSULTA EXTERNA	Objetivo 9: Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para tal propósito.	Implementar el plan de acción de mortalidad materna sistemática	% de cumplimiento	Numero de actividades ejecutadas/Numero de actividades programadas *100	Porcentaje	100%	10710	2020	100%	35	35	100%	100%	100%	2%	2.0%				1. Identificar de forma inmediata los casos que cumplen con la definición de caso de mortalidad materna sistemática	40%	10.00%	10.00%	10.00%	10.00%	Se realiza curso profiláctico a gestantes en el programa de lactancia materna y de al	10.00%	10.00%	Se realiza curso profiláctico a gestantes en el programa de lactancia materna y de al	10.00%	10.00%	Se realiza curso profiláctico a gestantes en el programa de lactancia materna y de al	10.00%	10.00%	Se realiza curso profiláctico a gestantes en el programa de lactancia materna y de al	10.00%	10.00%	Centro Clínico Policlínico Médico Estomatológico Profesional Consultoría Estética					
																						2. Notificar de manera inmediata los casos de mortalidad materna sistemática	30%	7.5%	7.5%	7.5%	7.5%	Se realiza curso profiláctico a gestantes en el programa de lactancia materna y de al	7.5%	7.5%	Se realiza curso profiláctico a gestantes en el programa de lactancia materna y de al	7.5%	7.5%	Se realiza curso profiláctico a gestantes en el programa de lactancia materna y de al	7.5%	7.5%	Se realiza curso profiláctico a gestantes en el programa de lactancia materna y de al	7.5%	7.5%	Centro Clínico Policlínico Médico Estomatológico Profesional Consultoría Estética					
																						3. Socializar guías y normas de atención (según la normatividad vigente) para la atención integral requerida por la gestante a su hijo.	30%	7.5%	7.5%	7.5%	7.5%	Se realiza curso profiláctico a gestantes en el programa de lactancia materna y de al	7.5%	7.5%	Se realiza curso profiláctico a gestantes en el programa de lactancia materna y de al	7.5%	7.5%	Se realiza curso profiláctico a gestantes en el programa de lactancia materna y de al	7.5%	7.5%	Se realiza curso profiláctico a gestantes en el programa de lactancia materna y de al	7.5%	7.5%	Se realiza curso profiláctico a gestantes en el programa de lactancia materna y de al	7.5%	7.5%	Centro Clínico Policlínico Médico Estomatológico Profesional Consultoría Estética		





PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENCIA 2021  
 PROCESO APOYO  
 ESE HOSPITAL DE LA VEGA

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA																																						
SECRETARÍA DE SALUD																																						
PLAN OPERATIVO ANUAL																																						
SECTOR DE SALUD																																						
ESE HOSPITAL DE LA VEGA																																						
Código de Institución de la IPS: ESEH01111																																						
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva:																																						
Nombre del Gerente: VIVIANA MARCELA CLAVIJO																																						
Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto					AÑO 2021			Valor esperado Año 2021	valor ejecutado Año 2021	Peso porcentual de la meta	Resultado ponderado	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre				II trimestre				III trimestre				IV trimestre				Recursos	Responsables Institucionales	E mail Responsable		
				Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base		NUMERADOR	DENOMINADOR	TOTAL							I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre					
							Valor	Año																													Descripción	Descripción
GOBERNANZA - Gestión Pública Integrale - Mejores Instituciones más eficientes	SAU	Garantizar los mecanismos de la participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos	Ejecutar en 100% el plan de mejora de PQRS	Ejecución del plan de PQRS	N° total de Actividades ejecutadas / N° de actividades programadas	Porcentaje	100%	2020	100%	46	46	100%	100%	100%	100%	2.00%	2.00%	1. Garantizar la recepción	20%	5.0%	5.0%	Se realiza recepción de las correspondientes PQRS mediante los diferentes medio de atención	5.0%	5.0%	Se realiza recepción de las correspondientes PQRS mediante los diferentes medio de atención	5.0%	5.0%	Se realiza recepción de las correspondientes PQRS mediante los diferentes medio de atención	5.0%	5.0%	Se realiza recepción de las correspondientes PQRS mediante los diferentes medio de atención	5.0%	5.0%	Se realiza recepción de las correspondientes PQRS mediante los diferentes medio de atención	Coordinador SAU			
							2. Tramitar, considerar, analizar, el 100% de las manifestaciones	20%	5.0%	5.0%	Se realiza consideración y trámite pertinente a cada una de las manifestaciones realizadas por los usuarios	5.0%	5.0%	Se realiza consideración y trámite pertinente a cada una de las manifestaciones realizadas por los usuarios	5.0%	5.0%	Se realiza consideración y trámite pertinente a cada una de las manifestaciones realizadas por los usuarios	5.0%	5.0%	Se realiza consideración y trámite pertinente a cada una de las manifestaciones realizadas por los usuarios	5.0%	5.0%	Se realiza consideración y trámite pertinente a cada una de las manifestaciones realizadas por los usuarios	5.0%	5.0%	Se realiza consideración y trámite pertinente a cada una de las manifestaciones realizadas por los usuarios	5.0%	5.0%	Se realiza consideración y trámite pertinente a cada una de las manifestaciones realizadas por los usuarios									
							3. Definir planes de mejoramiento PQRS	20%	5.0%	5.0%	Se define plan de mejoramiento para PQRS en el trimestre	5.0%	5.0%	Se define plan de mejoramiento para PQRS en el trimestre	5.0%	5.0%	Se define plan de mejoramiento para PQRS en el trimestre	5.0%	5.0%	Se define plan de mejoramiento para PQRS en el trimestre	5.0%	5.0%	Se define plan de mejoramiento para PQRS en el trimestre	5.0%	5.0%	Se define plan de mejoramiento para PQRS en el trimestre	5.0%	5.0%	Se define plan de mejoramiento para PQRS en el trimestre	5.0%	5.0%	Se define plan de mejoramiento para PQRS en el trimestre						
							4. Socializar el 100% de las manifestaciones del cliente interno a los responsables definidos de acuerdo a la clasificación de la PQRS	20%	5.0%	5.0%	Se realiza socialización al responsable de las PQRS	5.0%	5.0%	Se realiza socialización al responsable de las PQRS	5.0%	5.0%	Se realiza socialización al responsable de las PQRS	5.0%	5.0%	Se realiza socialización al responsable de las PQRS	5.0%	5.0%	Se realiza socialización al responsable de las PQRS	5.0%	5.0%	Se realiza socialización al responsable de las PQRS	5.0%	5.0%	Se realiza socialización al responsable de las PQRS	5.0%	5.0%	Se realiza socialización al responsable de las PQRS	5.0%	5.0%				Se realiza socialización al responsable de las PQRS
							5. Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora definidas	20%	10.0%	10.0%	Se determina seguimiento al plan de acción determinado para las PQRS en el trimestre	10.0%	10.0%	Se determina seguimiento al plan de acción determinado para las PQRS en el trimestre	10.0%	10.0%	Se determina seguimiento al plan de acción determinado para las PQRS en el trimestre	10.0%	10.0%	Se determina seguimiento al plan de acción determinado para las PQRS en el trimestre	10.0%	10.0%	Se determina seguimiento al plan de acción determinado para las PQRS en el trimestre	10.0%	10.0%	Se determina seguimiento al plan de acción determinado para las PQRS en el trimestre	10.0%	10.0%	Se determina seguimiento al plan de acción determinado para las PQRS en el trimestre	10.0%	10.0%	Se determina seguimiento al plan de acción determinado para las PQRS en el trimestre	10.0%	10.0%				Se determina seguimiento al plan de acción determinado para las PQRS en el trimestre
															16.00%	14.80%																						





PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENCIA 2021  
 PROCESO EVALUACIÓN  
 ESE HOSPITAL DE LA VEGA

Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo		Proceso	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto			AÑO 2021			Valor asignado Año 2021	Valor asignado Año 2021	Valor ejecutado Año 2021	Paso porcentual de la meta	Resultado ponderado	Actividades	Paso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	Recursos	Responsable Institucional	E-mail Responsables	
					Numeroador	Denominador	Total	Valor	Año	Valor																							
PROCESO EVALUACIÓN																																	
BENESTAR	Toda una vida contigo	SOOC	Fomentar los servicios de salud desde lo educacional, eficiente y efectivo que cumple con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la implementación que se espera para el proyecto.	Mantener la adherencia a las guías de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento en niños de 0 a 10 años.	No de historias clínicas muestra representativa de niños menores de 10 años con adherencia a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de historias clínicas de niños menores a 10 años de la muestra representativa.	Porcentaje	100%	2020	88%	430	462	93%	88%	100%	0,88%	0,88%	1. Definir plan de implementación de GPC y realizar socialización al personal asistencial.	20%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	Lider del Programa de Promoción y Prevención, Subgerente Calidad	
BENESTAR	Toda una vida contigo	SOOC	Fomentar los servicios de salud desde lo educacional, eficiente y efectivo que cumple con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la implementación que se espera para el proyecto.	Mantener la adherencia a las guías de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de historias clínicas de niños menores a 10 años de la muestra representativa.	No de historias clínicas de muestra representativa con aplicación adherida a la guía HTA / NF de las historias clínicas de HTA de la muestra representativa.	Porcentaje	90%	2020	91%	52	54	91%	91%	100%	0,91%	0,91%	1. Definir plan de implementación de GPC y realizar socialización al personal asistencial.	20%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	Lider del Programa de Promoción y Prevención, Subgerente Calidad	
BENESTAR	Toda una vida contigo	SOOC	Fomentar los servicios de salud desde lo educacional, eficiente y efectivo que cumple con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la implementación que se espera para el proyecto.	Aumentar la adherencia a las guías de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de historias clínicas de niños de 0 a 10 años de la muestra representativa.	No de historias clínicas muestra representativa con adherencia a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de historias clínicas de niños de 0 a 10 años de la muestra representativa.	Porcentaje	90%	2020	80%	4	4	100%	80%	100%	0,80%	0,80%	1. Definir plan de implementación de GPC y realizar socialización al personal asistencial.	20%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	Lider del Programa de Promoción y Prevención, Subgerente Calidad	
BENESTAR	Toda una vida contigo	SOOC	Fomentar los servicios de salud desde lo educacional, eficiente y efectivo que cumple con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la implementación que se espera para el proyecto.	Como se cuenta con el 100% de planes de mejora institucional, evaluarlos como resultado de las auditorías internas y externas.	% de cumplimiento del plan de mejoramiento.	Porcentaje	100%	2020	90%	13	14	90%	90%	100%	2,00%	2,00%	1. Realizar las auditorías programadas por la Oficina de Control Interno.	60%	12,0%	12,0%	12,0%	12,0%	12,0%	12,0%	12,0%	12,0%	12,0%	12,0%	12,0%	12,0%	12,0%	Lider del Programa de Promoción y Prevención, Subgerente Calidad	
															1,98%	1,98%																	