

PLAN INDICATIVO ANUAL 2022
ESE HOSPITAL DE LA VEGA



GOBIERNO DE CUNDINAMARCA SECRETARÍA DE SALUD	
PLAN OPERATIVO ANUAL	
UNIDAD EJECUTIVA	
SECRETARÍA DE SALUD	
UNIDAD EJECUTIVA	



Una Estrategia del Plan Departamental de Desarrollo	MACROPROCESO	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de Resultado	Indicador de Resultado	Indicador de Resultado										Indicador de producto																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
						Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base		Valor esperado Año 1		Valor esperado Año 2		Valor esperado Año 3		Ponderación de la meta	Meta de producto anual	Indicador de la fórmula		Unidad de medida	Línea base		Valor esperado Año 1		Valor esperado Año 2		Valor esperado Año 3		Ponderación de la meta	Responsable Institucional	E-mail																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
									Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año			Valor	Año		Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
BENESTAR Toda una vida con propósito Consigna: Una Vida	DIRECCIONAMIENTO	SOGC	Fomentar la atención de salud directa e interdisciplinaria, afianzar y efectuar con seguridad con la norma de calidad asistencial, de acuerdo con la legislación que se aplica para el presente.	Mantener el 100% de cumplimiento de FOCG en el cuadro complementario de FOCG	Porcentaje de cumplimiento de FOCG en el cuadro complementario de FOCG	Porcentaje	Número de indicadores	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378	2379	2380	2381	2382	2383	2384	2385	2386	2387	2388	2389	2390	2391	2392	2393	2394	2395	2396	2397	2398	2399	2400	2401	2402	2403	2404	2405	2406	2407	2408	2409	2410	2411	2412	2413	2414	2415	2416	2417	2418	2419	2420	2421	2422	2423	2424	2425	2426	2427	2428	2429	2430	2431	2432	2433	2434	2435	2436	2437	2438	2439	2440	2441	2442	2443	2444	2445	2446	2447	2448	2449	2450	2451	2452	2453	2454	2455	2456	2457	2458	2459	2460	2461	2462	2463	2464	2465	2466	2467	2468	2469	2470	2471	2472	2473	2474	2475	2476	2477	2478	2479	2480	2481	2482	2483	2484	2485	2486	2487	2488	2489	2490	2491	2492	2493	2494	2495	2496	2497	2498	2499	2500	2501	2502	2503	2504	2505	2506	2507	2508	2509	2510	2511	2512	2513	2514	2515	2516	2517	2518	2519	2520	2521	2522	2523	2524	2525	2526	2527	2528	2529	2530	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565	2566	2567	2568	2569	2570	2571	2572	2573	2574	2575	2576	2577	2578	2579	2580	2581	2582	2583	2584	2585	2586	2587	2588	2589	2590	2591	2592	2593	2594	2595	2596	2597	2598	2599	2600	2601	2602	2603	2604	2605	2606	2607	2608	2609	2610	2611	2612	2613	2614	2615	2616	2617	2618	2619	2620	2621	2622	2623	2624	2625	2626	2627	2628	2629	2630	2631	2632	2633	2634	2635	2636	2637	2638	2639	2640	2641	2642	2643	2644	2645	2646	2647	2648	2649	2650	2651	2652	2653	2654	2655	2656	2657	2658	2659	2660	2661	2662	2663	2664	2665	2666	2667	2668	2669	2670	2671	2672	2673	2674	2675	2676	2677	2678	2679	2680	2681	2682	2683	2684	2685	2686	2687	2688	2689	2690	2691	2692	2693	2694	2695	2696	2697	2698	2699	2700	2701	2702	2703	2704	2705	2706	2707	2708	2709	2710	2711	2712	2713	2714	2715	2716	2717	2718	2719	2720	2721	2722	2723	2724	2725	2726	2727	2728	2729	2730	2731	2732	2733	2734	2735	2736	2737	2738	2739	2740	2741	2742	2743	2744	2745	2746	2747	2748	2749	2750	2751	2752	2753	2754	2755	2756	2757	2758	2759	2760	2761	2762	2763	2764	2765	2766	2767	2768	2769	2770	2771	2772	2773	2774	2775	2776	2777	2778	2779	2780	2781	2782	2783	2784	2785	2786	2787	2788	2789	2790	2791	2792	2793	2794	2795	2796	2797	2798	2799	2800	2801	2802	2803	2804	2805	2806	2807	2808	2809	2810	2811	2812	2813	2814	2815	2816	2817	2818	2819	2820	2821	2822	2823	2824	2825	2826	2827	2828	2829	2830	2831	2832	2833	2834	2835	2836	2837	2838	2839	2840	2841	2842	2843	2844	2845	2846	2847	2848	2849	2850	2851	2852	2853	2854	2855	2856	2857	2858	2859	2860	2861	2862	2863	2864	2865	2866	2867	2868	2869	2870	2871	2872	2873	2874	2875	2876	2877	2878	2879	2880	2881	2882	2883	2884	2885	2886	2887	2888	2889	2890	2891	2892	2893	2894	2895	2896	2897	2898	2899	2900	2901	2902	2903	2904	2905	2906	2907	2908	2909	2910	2911	2912	2913	2914	2915	2916	2917	2918	2919	2920	2921	2922	2923	2924	2925	2926	2927	2928	2929	2930	2931	2932	2933	2934	2935	2936	2937	2938	2939	2940	2941	2942	2943	2944	2945	2946	2947	2948	2949	2950	2951	2952	2953	2954	2955	2956	2957	2958	2959	2960	2961	2962	2963	2964	2965	2966	2967	2968	2969	2970	2971	2972	2973	2974	2975	2976	2977	2978	2979	2980	2981	2982	2983	2984	2985	2986	2987	2988	2989	2990	2991	2992	2993	2994	2995	2996	2997	2998	2999	3000

Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo		MACROPROCESO	PROCESO	Objeto Estratégico Institucional	Meta de Resultado	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base					Pico porcentual de la meta	Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base					Responsables Institucionales	E-mail Responsable			
									Valor Año 2019	Valor Año 2020	Valor Año 2021	Valor Año 2022	Valor Año 2023						Valor Año 2024	Valor Año 2025	Valor Año 2026	Valor Año 2027	Valor Año 2028			Valor Año 2029		
BENESTAR -13 años con Trastornos mentales y conductas	REGIONAL	CONSULTA EXTERNA URGENCIAS	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, afianzar y efectivos que cumplen con los normas de calidad asistencial, de acuerdo con la legislación que se aplica para el propósito	Realizar actividades en 4 las salas de atención así como en el área de atención a pacientes con patologías mentales	Cama de atención en el área de atención a pacientes con patologías mentales	No. de camas	Número	24	2019	20	16	12	2%	Realizar egresados a las salas de salud mental (diferente hospitalización, atención de urgencias, atención de atención psiquiátrica, atención a pacientes mentales) identificados	% eventos relacionados a Salud Mental con egresados Por atención en Salud Mental	No de casos identificados a los que se les realizó egresados 100 No. de eventos reportados	Porcentaje	NA	200	NA	50%	50%	50%	50%	1%	Gestor Clínico, Psicólogo, Médico Enfermero, Psicólogo, Consultor Externo		
														Implementar el 100% del accion en salud mental para los casos reportados	% cumplimiento	Número de actividades ejecutadas/Número de actividades programadas *100	Porcentaje	NA	200	NA	50%	50%	50%	50%	1%	Gestor Clínico, Psicólogo, Médico Enfermero, Psicólogo, Consultor Externo		
BENESTAR -13 años con Trastornos mentales y conductas	REGIONAL	CONSULTA EXTERNA URGENCIAS	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, afianzar y efectivos que cumplen con los normas de calidad asistencial, de acuerdo con la legislación que se aplica para el propósito	Realizar actividades en 4 las salas de atención así como en el área de atención a pacientes con patologías mentales	Cama de atención en el área de atención a pacientes con patologías mentales	No. de camas	Número	24	2019	20	16	12	2%	Mantener la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menor de una semana	Prevalencia lactancia materna	Número de meses con lactancia materna exclusiva/número de 6 meses lactancia *100	Porcentaje	7 meses 20 días	2019	4	4	4	4	4	2%	Gestor Clínico, Psicólogo, Médico Enfermero, Psicólogo, Consultor Externo		
														Mantener la prevalencia de desnutrición aguda	Prevalencia de desnutrición aguda	Número de 5 años con desnutrición aguda/Número de 5 años con desnutrición aguda *100 (BRACG)	Porcentaje	1.4%	2019	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	2%	Gestor Clínico, Psicólogo, Médico Enfermero, Psicólogo, Consultor Externo		
BENESTAR -13 años con Trastornos mentales y conductas	REGIONAL	CONSULTA EXTERNA URGENCIAS	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, afianzar y efectivos que cumplen con los normas de calidad asistencial, de acuerdo con la legislación que se aplica para el propósito	Realizar actividades en 4 las salas de atención así como en el área de atención a pacientes con patologías mentales	Cama de atención en el área de atención a pacientes con patologías mentales	No. de camas	Número	24	2019	20	16	12	2%	Implementar el 80 % la estrategia IMB en el ESE Hospital de la Vega	Porcentaje de implementación	Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas * 100	Porcentaje	2%	2019	0%	0%	0%	0%	0%	1%	Gestor Clínico, Psicólogo, Médico Enfermero, Psicólogo, Consultor Externo		
														Mantener el 80% de cobertura de vacunación con los calendarios establecidos por el Hospital de la Vega	Cobertura de vacunación	Cobertura de vacunación con ECE, OPT 2 años, edad 3 años, tipo (incl. 1 año) y tipo (incl. 5 años)	Porcentaje	95%	2019	95%	95%	95%	95%	95%	4%	Gestor Clínico, Psicólogo, Médico Enfermero, Psicólogo, Consultor Externo		
BENESTAR -13 años con Trastornos mentales y conductas	REGIONAL	URGENCIAS INTERVENCIÓN	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, afianzar y efectivos que cumplen con los normas de calidad asistencial, de acuerdo con la legislación que se aplica para el propósito	Realizar actividades en 4 las salas de atención así como en el área de atención a pacientes con patologías mentales	Cama de atención en el área de atención a pacientes con patologías mentales	No. de camas	Número	24	2019	20	16	12	2%	Realizar la proporción de ingresos hospitalarios por IRA, en menores de 3 años, durante el periodo	Proporción de ingresos de pacientes menores de 3 años con diagnóstico de IRA	No. de menores de 3 años con ingresos hospitalarios por IRA, durante el periodo de 3 años reportados del primer ingreso por IRA en la misma institución / No. de menores de 3 años con el mismo diagnóstico reportados	Porcentaje	0%	2019	1%	1%	1%	1%	1%	2%	Gestor Clínico, Psicólogo, Médico Enfermero, Psicólogo, Consultor Externo		
														Aumentar en 5% número de consultas de los servicios dirigidos para adolescentes en ESE	Porcentaje de pacientes atendidos en el programa de servicios dirigidos	No. Pacientes atendidos en los servicios dirigidos / Número de pacientes dirigidos de adolescentes y juveniles en ESE	Porcentaje	1.17%	9/2020	200	NA	11.17%	21.17%	31.17%	41.17%	1%	Gestor Clínico, Psicólogo, Médico Enfermero, Psicólogo, Consultor Externo	
BENESTAR -13 años con Trastornos mentales y conductas	EVALUACIÓN	SOC	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, afianzar y efectivos que cumplen con los normas de calidad asistencial, de acuerdo con la legislación que se aplica para el propósito	Realizar actividades en 4 las salas de atención así como en el área de atención a pacientes con patologías mentales	Cama de atención en el área de atención a pacientes con patologías mentales	No. de camas	Número	24	2019	20	16	12	2%	Mantener la adherencia a las guías de práctica clínica de vacunación y desarrollo en niños de 0 a 15 años	No de historias clínicas (incluye representantes de otros centros de 0 a 15 años con aplicación efectiva a la guía de práctica clínica de vacunación y desarrollo en niños de 0 a 15 años)	No de historias clínicas (incluye representantes de otros centros de 0 a 15 años con aplicación efectiva a la guía de práctica clínica de vacunación y desarrollo en niños de 0 a 15 años)	Porcentaje	88%	2019	88%	88%	88%	88%	88%	0.68%	Líder del Programa de Promoción y Prevención, Gestor Clínico, Consultor Externo		
														Mantener la adherencia a las guías de práctica clínica de vacunación	No de historias clínicas de la muestra representativa con aplicación efectiva a la guía de práctica clínica de vacunación	No de historias clínicas (incluye representantes de otros centros de 0 a 15 años con aplicación efectiva a la guía de práctica clínica de vacunación y desarrollo en niños de 0 a 15 años)	Porcentaje	91%	2019	91%	91%	91%	91%	0.91%	Líder del Programa de Promoción y Prevención, Gestor Clínico, Consultor Externo			
BENESTAR -13 años con Trastornos mentales y conductas	EVALUACIÓN	SOC	Fomentar los servicios de salud directa e indirectamente, afianzar y efectivos que cumplen con los normas de calidad asistencial, de acuerdo con la legislación que se aplica para el propósito	Realizar actividades en 4 las salas de atención así como en el área de atención a pacientes con patologías mentales	Cama de atención en el área de atención a pacientes con patologías mentales	No. de camas	Número	24	2019	20	16	12	2%	Mantener la adherencia a las guías de práctica clínica de cirugía (Bibliografía en años de 0 a 2020 inclusive)	% de adherencia a GPC	No de historias clínicas (incluye representantes de otros centros de 0 a 2020 inclusive) con aplicación efectiva a la guía de práctica clínica de cirugía	No de historias clínicas (incluye representantes de otros centros de 0 a 2020 inclusive) con aplicación efectiva a la guía de práctica clínica de cirugía	Porcentaje	NA	2019	80%	80%	80%	80%	80%	0.80%	Líder del Programa de Promoción y Prevención, Gestor Clínico, Consultor Externo	
														Comer como mínimo el 80% los platos de mayor consumo programados como resultado de las acciones de promoción y atención	% de cumplimiento del plan de mejoramiento	No. Actividades ejecutadas / No. Actividades programadas	Porcentaje	NA	2019	80%	80%	80%	80%	80%	2%	Líder del Programa de Promoción y Prevención, Gestor Clínico, Consultor Externo		

PLAN OPERATIVO ANUAL 2022
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO
 ESE HOSPITAL DE LA VEGA

Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo		PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto				Valor esperado Año 3	Valor esperado Año 4	Valor esperado Año 5	Peso porcentual de la meta	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													
						Valor															
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA																					
SECRETARIA DE SALUD																					
PLAN OPERATIVO ANUAL																					
		Nombre de la IPS		ESE HOSPITAL DE LA VEGA																	
		Código de habilitación de la IPS		254020315-61																	
		Fecha de aprobación de la Junta Directiva																			
		Nombre del Gerente		VIVIANA MARCELA CLAVIJO																	
CUNDINAMARCA Que Progresamos																					
PROCESO: DIRECCIONAMIENTO																					
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo futuro	SOGC	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplen con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se expide para tal propósito.	Mantener en el 100% el Plan de mantenimiento del Sistema Único de Habilitación de la ESE Hospital de la Vega	% cumplimiento del plan de habilitación	Nº de actividades ejecutadas/ Nº total de actividades programadas *100	Porcentaje	100%	2021	100%	100%	100%	1%	1. Realizar el diagnóstico de habilitación basado en la resolución 3102 de 2019.	40,00%	40,00%	NA	NA	NA	Recursos	Administrativo y Financiero, Gestor Científico, Calidad.	Autoevaluación completa para el desarrollo del plan de mantenimiento.
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo futuro	SOGC	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplen con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se expide para tal propósito.	Ejecutar como mínimo en el 90% el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	% de cumplimiento del PAMEC	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registradas en el PAMEC.	Porcentaje	90%	2021	90%	90%	90%	1%	1. Priorizar las oportunidades de mejora. 2. Definir acciones de mejoramiento para cada oportunidad de mejora. 3. Establecer cronogramas y tiempos para cumplir cada acción de mejoramiento. 4. Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades planteadas.	20,00% 20,00% 20,00% 40,00%	20,00% 25,00% 20,00% 10,00%	NA NA NA 10,00%	NA NA NA 10,00%	NA NA NA 10,00%	Recursos	Administrativo y Financiero, Gestor Científico, Calidad.	Programa de auditoría.
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo futuro	SOGC	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplen con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se expide para tal 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	Nº de actividades ejecutadas / Nº de actividades programadas *100	Porcentaje	100%	2021	100%	100%	100%	1%	1. Consolidar la información de los indicadores definidos de acuerdo al periodo. 2. Realizar análisis de los resultados. 3. Reportar los indicadores en los tiempos establecidos de acuerdo al periodo. 4. Realizar análisis MOCA de los indicadores. 5. Implementar acciones correctivas a las desviaciones encontradas.	20% 20% 20% 20%	5% 5% 5% 5%	5% 5% 5% 5%	5% 5% 5% 5%	Recursos	Administrativo y Financiero, Gestor Científico, Calidad.	Plan seguimiento a indicadores y cumplimiento de metas en la matriz y la priorización de los indicadores no cumplidos. Revisar los que presenten desviaciones.	
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo futuro	SOGC	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplen con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se expide para tal propósito.	Aumentar el promedio de la autoevaluación del Sistema Único de Acreditación, respecto a la vigencia anterior.	Promedio calificación autoevaluación	Promedio de calificación de autoevaluación en la vigencia/promedio de calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	Número	0.5	2021	1.2	1.2	1.2	0,2%	1. Planear el proceso para la autoevaluación definiendo los grupos y participantes de la actividad. 2. Evaluar fortalezas y oportunidades de mejora. 3. Calificar cuantitativamente cada estándar teniendo en cuenta la hoja radar.	30% 35% 35%	NA NA NA	NA NA NA	NA NA 30%	Recursos	Administrativo y Financiero, Gestor Científico, Calidad.		
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo futuro	SOGC	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplen con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se expide para tal propósito.	Lograr el 90% de cumplimiento del plan de mejoramiento del Sistema Único de Acreditación	Porcentaje de cumplimiento del plan de mejora del Sistema Único de Acreditación	Actividades ejecutadas/ Actividades propuestas	Porcentaje	90%	2021	90%	90%	90%	0,8%	1. Definir plan de mejoramiento del Sistema único de acreditación a partir de la autoevaluación realizada para cada uno de estándares en la vigencia. 2. Ejecutar y realizar el seguimiento del plan de mejoramiento	20% 80%	20% 20%	NA 20%	NA 20%	NA 20%	Recursos	Administrativo y Financiero, Gestor Científico, Calidad.	
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo futuro	SOGC	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplen con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se expide para tal propósito.	Lograr el cumplimiento de un 90% de las acciones planteadas en el programa de seguridad del paciente para la vigencia	Porcentaje implementación programa seguridad paciente.	No. Actividades del plan de acción de SP cumplidas/No. De actividades propuestas.	Porcentaje	90%	2021	90%	90%	90%	2%	1. Comité de seguridad del paciente activo y definir líder del programa de seguridad del paciente (Cumplir lineamientos COVID 19). 2. Realizar diagnóstico del programa de seguridad del paciente y socializar con comité de seguridad del paciente 3. Formular y aprobar plan de acción de seguridad del paciente 4. Realizar seguimiento al Plan de Acción de Seguridad del Paciente	25,00% 25,00% 25,00% 25,00%	6,25% 25,00% 25,00% 6,25%	6,25% NA NA 6,25%	6,25% NA NA 6,25%	Recursos	Gestor Científico	Reflejar la implementación de las líneas de acción del programa.	
BIENESTAR - Un buen Vivir - Entomas para la Felicidad.	ESTRATEGICO OS MISIONAL APOYO ADMINISTRATIVO	Asociarse 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	100%	2021	100%	100%	100%	2%	1. Realizar estudio de oferta demanda para determinar la oferta de servicios conforme al aseguramiento del área de influencia y las sedes adscritas a la Red Salud. 2. Establecer etapas en la implementación de la oferta de servicios. 3. Establecer parámetros jurídicos, financieros y administrativos para la organización de la Red Salud. 4. Implementar la Hoja de Ruta establecida.	25,00% 25,00% 25,00% 25,00%	25,00% NA NA 6,25%	NA 25,00% NA 6,25%	NA NA NA 6,25%	Recursos	Administrativo y Financiero, Gestor Científico, Calidad, Planeación		
BIENESTAR - Un buen Vivir - Entomas para la Felicidad.	ESTRATEGICO OS MISIONAL APOYO ADMINISTRATIVO	Asociarse 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	Nº de servicios abiertos/ Nº de servicios proyectados en el periodo.	Porcentaje	100%	2021	100%	100%	100%	2%	1. Definir el portafolio de servicios de la ESE conforme a la tipología establecida en la Red de Prestadores de Servicios de Salud. 2. Comparar la oferta de servicios actual con la establecida en cada tipología. 3. Definir etapas para la apertura de servicios conforme a los estudios de oferta demanda.	25,00% 25,00% 50,00%	25,00% 25,00% NA	NA NA NA	NA NA 50,00%	Recursos	Administrativo y Financiero, Gestor Científico, Calidad, Planeación	Sostenibilidad financiera de lo actual y lo futuro.	
												10%									



PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENCIA 2022
PROCESO MISIONAL
ESE HOSPITAL DE LA VEGA

Linea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo		PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto										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	Linea base		Valor esperado Año 3	Valor esperado Año 4	Valor esperado Año 5	Peso porcentual de la meta										
								Valor	Año														
PROCESO MISIONALES																							
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo Futuro	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Aumentar en 2% el tamizaje en salud oral a través de la consulta de primer nivel por momento de curso de vida o 69 años	% población con tamizaje salud oral	Número de consultas de primera vez realizadas/ Número total de población a cargo entre 0 a 69 años	Porcentaje	7,7% 590467	2021	9,70%	11,7%	13,7%	0,5%	1. Aumentar la lamización de los pacientes menores de 69 años para identificar sus condiciones orales.	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	Gestor Científica Odontólogo				
													2. Realizar la atención de los pacientes menores de 69 años diagnosticados con caries.	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%					
													3. Aplicar fluor al 100% de los niños menores de 11 años de la población de responsabilidad de la E.S.E. que asisten al servicio de odontología y que terminaron tratamiento o se encuentran sanos.	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%					
													4. Controlar la placa de los pacientes menores de 11 años de responsabilidad de la E.S.E. que asisten al servicio de odontología y que terminaron tratamiento o se encuentran sanos.	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%					
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo Futuro	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Mantener en 100% los tratamientos terminados con respecto a la población lamizada.	% población con tratamiento terminado	Número total de tratamientos terminados/ Número total de la población lamizada identificada con caries	Porcentaje	10% 8980	2021	10,00%	10,0%	10,0%	0,5%	1. Realizar seguimiento al cierre de los tratamientos terminados en la población lamizada	100%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	Gestor Científica Odontólogo				
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Experiencia y Sabiduría	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Aumentar en 2% el tamizaje para diabetes de la población mayor de 19 a 69 años con sifio de atención ESE Hospital de la Vega	% de población con tamizaje para diabetes.	Número de población nueva de 19 a 69 años con tamizaje para diabetes / Número total de población de 19 a 69 años a cargo de la ESE * 100.	Porcentaje	13,2% 6304789	2021	15,2%	17,2%	19,2%	2,0%	1. Búsqueda de pacientes entre 19 y 69 años responsabilidad de la E.S.E. con Factores de Riesgo para hipertensión o diabetes, a través de las visitas de categorización de los GEBSIS a la Consulta Externa, realizando aplicación del Test de FINDISK y canalización de los pacientes identificados con riesgo de DIABETES.	10,0%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	Gestor Científica Profesionales Médicos Enfermeras Profesionales Consulta Externa				
													2. Implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud resolución 3280 del 2018 a través de un taller con médicos de consulta externa de hospital.	30,0%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%					
													3. Entregar metas con los médicos, GEBSIS y Profesionales que realizar consulta Médica.	30,0%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%					
													4. Seguimiento mensual a las metas establecidas en el momento que se realiza la entrega de actividades.	30,0%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%					
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Experiencia y Sabiduría	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Aumentar la canalización de 4% de la población, mayor de 19 a 69 años con riesgo de diabetes, con sifio de atención ESE Hospital de la Vega	% de población canalizada con riesgo de diabetes.	Número de población nueva canalizada al programa de diabetes / Número de población lamizada identificada con riesgo	Porcentaje	38% 513	2021	42,0%	46,0%	50,0%	2%	1. Búsqueda de pacientes entre 19 y 69 años responsabilidad de la E.S.E. con Factores de Riesgo para hipertensión o diabetes, a través de las visitas de categorización de los GEBSIS, consulta externa, o la Consulta Externa, realizando toma de tensión arterial y aplicación del Test de FINDISK y canalización de los pacientes identificados con riesgo de DIABETES.	50,00%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	Gestor Científica Profesionales Médicos Enfermeras Profesionales Consulta Externa				
													2. Un Taller de aplicación e interpretación del tes de FINDISK a médicos y GEBSIS.	50,00%	NA	NA	NA	50,00%					
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Experiencia y Sabiduría	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Mantener controlados al 8% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus.	Proporción de pacientes diabéticos controlados	Número de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus controlados / Número total de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus en el programa* 100	Porcentaje	20% 841	2021	8%	8%	8%	8%	1. Realizar seguimiento a las cifras de hemoglobina glicosilada controladas de los usuarios responsabilidad de la ESE.	40%	10%	10%	10%	10%	Gestor Científica Profesionales Médicos Enfermeras Profesionales Consulta Externa				
													2. Un Taller de implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud	60%	NA	NA	NA	15%					
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Experiencia y Sabiduría	PTD	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Mantener en 22% el tamizaje para hipertensión de la población mayor de 19 a 69 años con sifio de atención ESE Hospital de la Vega	% de población con tamizaje para hipertensión.	Número de población nueva mayor de 19 años con tamizaje para HTA / Número total de población de 19 a 69 años a cargo de la ESE * 100.	Porcentaje	13,2% 6304789	2021	22%	23%	23%	2,0%	1. Búsqueda de pacientes entre 19 y 69 años responsabilidad de la E.S.E. con Factores de Riesgo para hipertensión o diabetes, a través de las visitas de categorización de los GEBSIS a la Consulta Externa, realizando toma de tensión Arterial y aplicación del Test de FINDISK y canalización de los pacientes identificados con TA mayor a 140/90 y/o puntaje de test de FINDISK mayor a 2 para Detección Temprana de Hipertensión arterial.	10,0%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	Gestor Científica Profesionales Médicos Enfermeras Profesionales Consulta Externa				
													2. Un Taller de implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud.	30,0%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%					
													3. Entregar metas por colaborador de consulta externa y atención extramural de toma de tensión arterial.	30,0%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%					
													4. Seguimiento a las metas en la entrega mensual de productos.	30,0%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%					
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Experiencia y Sabiduría	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Mantener la canalización en un 2% anual de la población, mayor de 19 a 69 años con riesgo de HTA, con sifio de atención ESE Hospital de la Vega	% de población canalizada con riesgo de HTA.	Número de población nueva canalizada al programa de HTA / Número de población lamizada identificada con riesgo	Porcentaje	38% 514	2021	38,0%	40,00%	42,00%	2,0%	1. Búsqueda de pacientes entre 19 y 69 años responsabilidad de la E.S.E. con Factores de Riesgo para hipertensión o diabetes, a través de las visitas de categorización de los GEBSIS a la Consulta Externa, realizando toma de tensión Arterial y aplicación del Test de FINDISK y canalización de los pacientes identificados con TA mayor a 140/90 y/o puntaje de test de FINDISK mayor a 2 para Detección Temprana de Hipertensión arterial. (449 pacientes)	40,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	Gestor Científica Profesionales Médicos Enfermeras Profesionales Consulta Externa				
													2. Entregar metas por colaborador de consulta externa y atención extramural de toma de tensión arterial.	30,00%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%					
													3. Seguimiento a las metas en la entrega mensual de productos.	30,00%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%					
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Experiencia y Sabiduría	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Mantener controlados el 10% de los pacientes diagnosticados con hipertensión.	Proporción de pacientes diagnosticados con hipertensión controlada	Número de pacientes con diagnóstico de hipertensión con cifras tensionales menor a 140/90 en los últimos seis meses / Número total de pacientes con diagnóstico de hipertensión que pertenecen al programa* 100	Porcentaje	28,3% 148362	2021	10,0%	10,0%	10,0%	8,0%	1. Seguimiento a pacientes con cifras TIA por encima de 140/90	50,00%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	Gestor Científica Profesionales Médicos Enfermeras Profesionales Consulta Externa				
													2. Brindar mediante un taller trimestral educación sobre hábitos de vida saludable a los pacientes diagnosticados con hipertensión.	50,00%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%					
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Experiencia y Sabiduría	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Realizar tamizaje de cáncer de mama al 70% de las mujeres entre 50- 69 años, acorde a la guía de detección temprana de cáncer de seno si se debe practicar el tamizaje.	Porcentaje de mujeres con tamizaje para cáncer de mama.	Número de mujeres a las que se les realizó tamizaje de cáncer de mama / Número total de mujeres a cargo de la ESE * 100.	Porcentaje	11,1% 59393	2021	70,0%	70,0%	70,0%	1,5%	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%	Gestor Científica Profesionales Médicos Enfermeras Profesionales Consulta Externa				
													2. Implementar resolución 3280 del 2018, incluir lupis en el sistema de historia clínica.	30,00%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%					
													3. Seguimiento a pacientes que se realizó demanda para mamografía.	30,00%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%					
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Experiencia y Sabiduría	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Realizar el seguimiento de cáncer de mama de forma anual el 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 ordenes de mamografías con resultado positivo con seguimiento de mamografía / Numero total de mamografías positivas	Porcentaje	38,8% 3180	2021	41,8%	44,8%	47,8%	1,5%	1. Se realiza seguimiento a los resultados anormales de mamografía.	100,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%					


PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENCIA 2022
PROCESO MISIONAL
ESE HOSPITAL DE LA VEGA

Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo		GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA														RECURSOS		Responsables Institucionales		E mail Responsable	
		SECRETARÍA DE SALUD																			
		PLAN OPERATIVO ANUAL																			
		Nombre de la IPS: ESE HOSPITAL DE LA VEGA Código de Institución de la IPS: 056800104 Fecha de Aprobación de la Junta Directiva: Nombre del Gerente: VIVIANA MARCELA CLAVIJO																			
PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base		Valor esperado Año 3	Valor esperado Año 4	Valor esperado Año 5	Peso porcentual de la meta	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre				
						Valor	Año														
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Experiencia y Sabiduría.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Realizar tamizaje de cáncer de cuello uterino al 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	Número de mujeres a las que se les realizó tamizaje de C.A. de cuello uterino / Número total de mujeres con sitio de atención en la ESE * 100. Ecuación 1-1.3	Porcentaje	18%	2020	70%	70%	70%	6%	1. Realizar demanda inducida continua en los servicios de la institución y estandarizarla al 10% de las mujeres entre 25 y 69 años responsable de la E.S.E. para que se practiquen la citología (87 pacientes)	40,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	Gestor Clínica Profesional Médico Enfermera Profesional Consulta Externa		
							262/1574						2. Realizar seguimiento a la demanda inducida	30,00%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%			
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Experiencia y Sabiduría.	CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNOSTICO	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide 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 ordenados/Total de hombres mayores de 50 años a cargo de la IPS	Porcentaje	15%	2021	70%	70%	70%	2%	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%	Gestor Clínica Profesional Médico Enfermera Profesional Consulta Externa		
							234/1559						2. Aplicar tamizaje de cáncer de próstata a hombres mayores de 50 años	30,00%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%			
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Experiencia y Sabiduría.	CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNOSTICO	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Aumentar el seguimiento anual de PSA en 3% en consulta del Antígeno prostático para detección temprana de cáncer de próstata en hombres mayores de 50 años.	Seguimiento en consulta PSA	Número total de controles de PSA con seguimiento en consulta/ Total de ordenes de PSA del periodo	Porcentaje	10%	2021	15%	20%	25%	2%	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%			
							24724														
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo Futuro.	PYD	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Mantener el 85% de la canalización efectiva de la gestante que demuestran servicios en la ESE en el programa de detección de las alteraciones del embarazo antes de la semana 12 de gestación.	Proporción de gestantes inscritas al programa de detección temprana de alteraciones del embarazo antes de la semana 12 / Total de pacientes inscritas en el programa.	No. De pacientes inscritas en el programa de detección temprana de alteraciones en el embarazo antes de la semana 12 / Total de pacientes inscritas en el programa.	Porcentaje	67%	2021	85%	85%	85%	6%	1. Identificar y notificar las gestantes que consulten o caliquen de los servicios en la ESE Hospital de la Vega a la oficina de promoción y prevención y genere la demanda inducida y efectiva para los controles prenatales.	40%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	Gestor Clínica Profesional Médico Enfermera Profesional Consulta Externa		
							1827						2. Articular con el laboratorio las pruebas positivas para gestación sean informadas al programa de PYD.	30%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%			
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo Futuro.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Lograr que el 85% de las gestantes inscritas en el programa tengan como mínimo 4 controles prenatales (mínimo 1 en cada trimestre)	Proporción de mujeres con más de 4 controles prenatales	No. Gestantes inscritas en el programa que cuentan con 4 o más controles prenatales antes del parto/ Total de gestantes inscritas en el programa que a la fecha probable de parto se encuentran en la vigencia actual	Porcentaje	70%	2021	85%	85%	85%	8%	1. Canalizar la atención oportuna de las Gestantes	50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	Gestor Clínica Profesional Médico Enfermera Profesional Consulta Externa		
							3144						2. Evaluar y verificar continuamente el número de controles prenatales al 100% de las gestantes inscritas en el programa	50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%			
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo Futuro.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Implementar el plan de acción de movilidad materna externa	% de cumplimiento	Número de actividades ejecutadas/Número de actividades propuestas *100	Porcentaje	100%	2021	100%	100%	100%	2%	1. Identificar de forma inmediata los casos que cumplan con la definición de caso de movilidad materna externa	40%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	Gestor Clínica Profesional Médico Enfermera Profesional Consulta Externa		
							35/35						2. Notificar de manera inmediata de los casos de movilidad materna externa	30%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%			
GOBERNANZA - Gestión Pública Inteligente - Mejora Institucional más eficiente.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Reducir los casos de incidencia de Sífilis Congénita	No. De casos de sífilis congénita	Número de casos reportados	Número	0	2021	0	0	0	1%	1. En la atención de de ruta de maternidad se ordena la prueba de seroposición Pálidum para detección de sífilis gestacional.	40%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	Gestor Clínica Profesional Médico Enfermera Profesional Consulta Externa		
													2. Reportar oportunamente a la parte del laboratorio para realizar el seguimiento y tratamiento a la gestante.	30%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%			
BIENESTAR - Un buen vivir- Transformando mentes y corazones.	CONSULTA EXTERNA URGENCIAS	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Realizar seguimiento a los casos de salud mental reportados (diferentes tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastorno)	% eventos relacionados a Salud Mental con seguimiento / Plan de acción en Salud Mental	No. de casos identificados a los que se les realizó seguimiento * 100 / No. De eventos reportados.	Porcentaje	100%	2021	100%	100%	100%	1%	1. Identificar los casos por SIVIGILA.	50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	Gestor Clínica Profesional Médico Enfermera Profesional Consulta Externa		
							17/17						2. Identificar cual que casos corresponden a la población responsable del hospital y realizar seguimiento por psicólogos.	50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%			
BIENESTAR - Un buen vivir- Transformando mentes y corazones.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Implementar el 100% plan de acción en salud mental para los casos reportados	% cumplimiento	Número de actividades ejecutadas/Número de actividades propuestas *100	Porcentaje	100%	2021	100%	100%	100%	1%	1. Realizar seguimiento a las actividades del plan de salud mental	NA	NA	NA	50,00%	50,00%	Psicóloga		
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo Futuro.	CONSULTA EXTERNA PYD	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Mantener la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses	Prevalencia lactancia materna	Menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva/ menores de 6 meses valorados *100	Porcentaje	77%	2021	77%	77%	77%	2%	1. Activar estrategia IAMI en la institución.	40%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	Gestor Clínica Profesional Médico Enfermera Profesional Consulta Externa		
							188/141						2. Implementar resolución 3280 ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud	30%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%			
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo Futuro.	CONSULTA EXTERNA PYD	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Mantener la prevalencia de desnutrición aguda	Prevalencia de desnutrición aguda	Menores de 5 años con desnutrición aguda/ Menores de 5 años valorados *100 (MANGO)	Porcentaje	0,53%	2021	0,5%	0,5%	0,5%	3,0%	1. Realizar identificación y canalización de menores de 10 años con alteraciones en el crecimiento desde APS y PIC	40%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	Gestor Clínica Profesional Médico Enfermera Profesional Consulta Externa		
							3/562						2. Realizar identificación y canalización de menores de 10 años con alteraciones en el crecimiento en los servicios intramurales	30%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%			
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo Futuro.	CONSULTA EXTERNA INTERVENCIÓN URGENCIAS	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Implementar el 90% la estrategia IAMI en la ESE Hospital de la Vega	Porcentaje de implementación	Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas *100	Porcentaje	90%	2021	90%	90%	90%	1%	1. Realizar semestralmente seguimiento a la estrategia IAMI.	20%	NA	NA	NA	10%	Gestor Clínica Profesional Médico Enfermera Profesional Consulta Externa		
													2. Formular Plan de mejoramiento derivado de la autoevaluación IAMI	20%	20%	NA	NA	NA			
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo Futuro.	PYD	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Alcanzar el 90% de coberturas de vacunación (diferentes tipos de vacunas con los biológicos inactivados que hacen parte del esquema PAI)	Cobertura de vacunación	Coberturas (dosis de vacunación con los biológicos inactivados que hacen parte del esquema PAI) / Total de niños < 1 año y triple viral < 5 años.	Porcentaje	95%	2021	95%	95%	95%	4%	3. Ejecutar acciones de mejoramiento planeadas.	20%	5%	5%	5%	5%	Gestor Clínica Profesional Médico Enfermera Profesional Consulta Externa		
													4. Realizar seguimiento a PM formulado.	20%	5%	5%	5%	5%			
BIENESTAR - Un buen Vivir - Entramos para la Felicidad.	URGENCIAS INTERVENCIÓN	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expide para tal propósito	Reducir la proporción de ingresos hospitalarios por IRA, en menores de 5 años, con diagnóstico de IRA, en menores de 5 años con el menos un ingreso por IRA	Proporción de ingresos de pacientes menores de 5 años con diagnóstico de IRA, en menores de 5 años con el menos un ingreso por IRA	No. de menores de 5 años con ingresos hospitalarios por IRA dentro de los 20 días después del primer ingreso por IRA en la misma institución / No. De menores de 5 años con el menos un ingreso por IRA	Porcentaje	0%	2021	1%	1%	1%	2%	5. Realizar nueva autoevaluación IAMI.	20%	NA	NA	NA	20%	Gestor Clínica Profesional Médico Enfermera Profesional Consulta Externa		
													1. Realizar seguimiento por APS y PIC a los pacientes atendidos por primera vez con criterios para el seguimiento de IRA con respecto a las recomendaciones dadas por el médico.	100%	25%	25%	25%	25%			

PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENCIA 2022
PROCESO MISIONAL
ESE HOSPITAL DE LA VEGA

		GOBERNACION DE CUNDINAMARCA																			
		SECRETARIA DE SALUD PLAN OPERATIVO ANUAL																			
Nombre de la IPS		ESE HOSPITAL DE LA VEGA																			
Codigo de Institucion de la IPS		596001341																			
Fecha de Aprobacion de la Junta Directiva																					
Nombre del Gerente		VIVIANA MARCELA CLAVIJO																			
Linea Estrategica del Plan Departamental de Desarrollo	PROCESO	Objetivo Estrategico Institucional	Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base		Valor esperado Año 3	Valor esperado Año 4	Valor esperado Año 5	Peso porcentual de la meta	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	Recursos	Responsables Institucionales	E mail Responsable
							Valor	Año													
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Jovenes, fuerza y progreso	CONSULTA EXTERNA PYD	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se aplica para su desarrollo.	Aumentar en 5% número de consultas de los servicios amigables para adolescentes en la ESE.	Porcentaje de pacientes atendidos en el programa de servicios amigables	No. Pacientes atendidos en los servicios amigables implementados/Poblacion objeto de adolescencia y juventud en la ESE	Porcentaje	25%	2021	30,00%	35,00%	40,00%	1%	1. Implementar resolución 3280 ruta de Mantenimiento y Promoción de la salud atenciona por ciclo vital.	100%	25%	25%	25%	25%		Gestor Certificada Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	

PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENCIA 2022
PROCESO APOYO
ESE HOSPITAL DE LA VEGA

Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo		PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto				Valor esperado Año 3	Valor esperado Año 4	Valor esperado Año 5	Peso porcentual de la meta	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														
								Valor														Año
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA																						
SECRETARÍA DE SALUD																						
PLAN OPERATIVO ANUAL																						
Nombre de la IPS		ESE HOSPITAL DE LA VEGA																				
Código de habilitación de la IPS		25402051347																				
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva																						
Nombre del Gerente		VIVIANA MARCELA CLAVIJO																				
																						
PROCESO: APOYO																						
SOSTENIBILIDAD - Seguridad Hídrica y Recursos Naturales para la Vida	RECURSOS MATERIALES	Prestar directa o indirectamente los servicios de salud que la población requiere y que la Empresa pueda ofrecer de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles.	Mantener en 15% el total de residuos reciclables generados en la Institución a través de la prestación de servicios.	Porcentaje de residuos reciclables	N° Total de residuos reciclables / Total de residuos producidos * 100	Porcentaje	15.5%	2021	15%	15%	15%	0.40%	1. Sensibilización al cliente interno en las líneas de acción de la estrategia hospital verde	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	Gestor Administrativo y Financiero, Gestión Ambiental, Cartera			
							2994,76/16603,67	2021	2090	2090	2090	0.40%	2. Socializar las líneas de intervención de la estrategia Hospital Verde con el 100% de los funcionarios de la E.S.E. línea ahorro de agua para la vigencia 2022	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	25.00%	NA	NA	NA	0.40%	3. Ejecutar en un 100% el plan de acción definido en la línea de ahorro del agua según estrategia de hospital verde	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	0.40%	4. Realizar de manera anual informe de monitoreo de la estrategia hospital verde	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	25.0%	NA	NA	NA	0.40%	1. Documentar la Estrategia de Hospital Verde línea de acción ahorro de agua para la vigencia 2022	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	0.40%	2. Socializar las líneas de intervención de la estrategia Hospital Verde con el 100% de los funcionarios de la E.S.E. línea ahorro de agua para la vigencia 2022	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	0.40%	3. Ejecutar en un 100% el plan de acción definido en la línea de ahorro del agua según estrategia de hospital verde	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	0.40%	4. Realizar seguimiento mensual al consumo de agua en la ESE garantizando el control de la reducción	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	25.0%	NA	NA	NA	0.40%	1. Documentar la Estrategia de Hospital Verde línea de acción ahorro de energía para la vigencia 2022	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	0.40%	2. Socializar las líneas de intervención de la estrategia Hospital Verde con el 100% de los funcionarios de la E.S.E. línea ahorro de energía para la vigencia 2022	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	0.40%	3. Ejecutar en un 100% el plan de acción definido en la línea de ahorro del agua según estrategia de hospital verde	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%											
25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	0.40%	4. Realizar seguimiento mensual al consumo de energía en la sede principal garantizando el control de la reducción	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%											
SOSTENIBILIDAD - Seguridad Hídrica y Recursos Naturales para la Vida	RECURSOS MATERIALES	Prestar directa o indirectamente los servicios de salud que la población requiere y que la Empresa pueda ofrecer de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles.	Reducir en 200 lb el uso de papel en la E.S.E	LB consumidos periodo	LB de material consumido/total de LB de material programado según estrategia hospital verde	Lb	4.530	2021	4.530	4.530	4.530	0.40%	1. Documentar la Estrategia de Hospital Verde línea de acción ahorro de papel para la vigencia 2022	25%	25.0%	NA	NA	NA	Gestor Administrativo y Financiero, Gestión Ambiental, Cartera			
							25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	0.40%	2. Socializar las líneas de intervención de la estrategia Hospital Verde con el 100% de los funcionarios de la E.S.E. línea ahorro de papel para la vigencia 2022	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	0.40%	3. Ejecutar en un 100% el plan de acción definido en la línea de ahorro del papel según estrategia de hospital verde	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	0.40%	4. Realizar seguimiento mensual al consumo de papel en la sede principal garantizando el control de la reducción	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	25.0%	NA	NA	NA	0.40%	1. Documentar la Estrategia de Hospital Verde línea de acción ahorro de papel para la vigencia 2022	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	0.40%	2. Socializar las líneas de intervención de la estrategia Hospital Verde con el 100% de los funcionarios de la E.S.E. línea ahorro de papel para la vigencia 2022	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	0.40%	3. Ejecutar en un 100% el plan de acción definido en la línea de ahorro del papel según estrategia de hospital verde	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	0.40%	4. Realizar seguimiento mensual al consumo de papel en la sede principal garantizando el control de la reducción	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	25.0%	NA	NA	NA	0.40%	1. Documentar la Estrategia de Hospital Verde línea de acción ahorro de energía para la vigencia 2022	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	0.40%	2. Socializar las líneas de intervención de la estrategia Hospital Verde con el 100% de los funcionarios de la E.S.E. línea ahorro de energía para la vigencia 2022	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	0.40%	3. Ejecutar en un 100% el plan de acción definido en la línea de ahorro del agua según estrategia de hospital verde	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%											
25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	0.40%	4. Realizar seguimiento mensual al consumo de energía en la sede principal garantizando el control de la reducción	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%											
GOBERNANZA - Gestión Pública Inteligente - Mejores Instituciones más eficientes	RECURSOS FINANCIEROS	Garantizar mediante un manejo general adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa.	Recuperar el 20% de la cartera mayor a 360 días (2019 hacia atrás)	% de recuperación de cartera mayor a 360 días	Valor del recuadro de cartera > 360 días/ Total Cartera > 360 días * 100	Porcentaje	61%	2021	20%	20%	20%	1.00%	1. Realizar depuración y clasificación de la cartera por edades y entidad.	20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	Gestor Administrativo y Financiero, Gestión Ambiental, Cartera			
							25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	1.00%	2. Establecer mecanismos de cobro preventivo de la cartera entre 180 y 360 días.	20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%				
							20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	1.00%	3. Establecer cobro automático de la cartera mayor a 360 días.	20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%				
							20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	1.00%	4. Establecer mecanismo control de la cartera de cobro.	20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%				
							20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	1.00%	5. Iniciar proceso de depuración de a cartera.	20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%				
							20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	1.00%	6. Realizar conciliaciones entre las ESE.	20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%				
							25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	2.00%	1. Depuración y clasificación de la cartera por edades y entidad.	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	2.00%	2. Implementar proceso de cobro de cartera para la ESE Hospital de la Vega	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	2.00%	3. Implementar el proceso de soporte, respuesta y conciliación de las quejas derivadas de la facturación del periodo.	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
							25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%	2.00%	4. Establecer mecanismos de cobro persuasivo de la cartera menor a 180 días.	25%	6.25%	6.25%	6.25%	6.25%				
GOBERNANZA - Gestión Pública Inteligente - Mejores Instituciones más eficientes	DIRECCIONAMIENTO PROCESOS DE APOYO MISIONAL	Desarrollar la estructura y capacidad operativa de la Empresa mediante la aplicación de principios y Métricas generales que aseguren su supervivencia, crecimiento, calidad de sus servicios, capacidad de competir en el mercado y rentabilidad social y financiera	Implementar en 90% el plan de acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos.	% cumplimiento del plan de acción	Número actividades ejecutadas/Número actividades programadas *100	Porcentaje	90.0%	2021	90.0%	90.0%	90.0%	6.00%	1. Realizar autodiagnósticos por cada componente del MIPG.	40%	40%	NA	NA	NA	Gerencia Administrativa y Financiero, Subgerente Científico, Calidad, Planeación.			
							30%	30%	30%	30%	6.00%	2. Diseñar planes de acción conforme a los lineamientos de MIPG.	30%	30%	NA	NA	NA					
							30%	8%	8%	8%	6.00%	3. Ejecutar y Realizar seguimiento a los planes de acción.	30%	8%	8%	8%	8%					
							10%	10.0%	NA	NA	NA	10.0%	1. Asignar el responsable SG-SST con Perfil idoneo durante Cada Trimestre del año 2022	10%	10.0%	NA	NA	NA				
							10%	10.0%	NA	NA	NA	10.0%	2. Realizar autoevaluación 2021 frente a los estándares mínimos. Evaluando el año anterior antes del Primer Trimestre año 2022. (Si ya lo realizaron tomar el valor como línea base)	10%	10.0%	NA	NA	NA				
							10%	10.0%	NA	NA	NA	10.0%	3. Elaborar el Plan de Mejora del SG-SST de acuerdo a la autoevaluación 2021 y a la Meta establecida para el año 2022	10%	10.0%	NA	NA	NA				
							10%	10.0%	NA	NA	NA	10.0%	4. Elaborar el Plan de Trabajo Anual y Plan de Capacitación 2022 del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo aprobado por el Gerente de la ESE	10%	10.0%	NA	NA	NA				
							40%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	5. Realizar un seguimiento trimestral al cumplimiento de: 1. Plan de Mejora de la Autoevaluación. 2. Plan de Trabajo Anual. 3. Plan de Capacitación del SG-SST de la actual Vigencia (2022) 4. Implementación del Plan Hospitalario de Emergencia	40%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%				
							10%	NA	NA	NA	10.0%	10.0%	6. Elaborar y Ejecutar auditoría interna anual al SG-SST en el IV Trim - bajo el lineamiento de la Secretaría de Salud - Dirección de Desarrollo de Servicios, independiente de las auditorías internas que se diseñen hacer durante toda la vigencia.	10%	NA	NA	NA	10.0%				
							10%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	7. Reportar los indicadores definidos por Secretaría de Salud de Cundinamarca (Semestral y Anual) para el Seguimiento a la Gestión de la Alta Gerencia en la Implementación del SG-SST (Definidos por la Dirección de Desarrollo de Servicios)	10%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%				
GOBERNANZA - Gestión Pública Inteligente - Mejores Instituciones más eficientes	SIJU	Garantizar los mecanismos de la participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos	Mantener por encima del 90% el índice de satisfacción de los usuarios de la ESE Hospital de la Vega	Satisfacción global de los usuarios	No de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta ¿cómo califican su experiencia global de atención en los servicios de salud de su IPS?/No de usuarios que respondieron la encuesta	Porcentaje	93%	2021	90%	90%	90%	3.00%	1. Diseñar una herramienta que permita medir la satisfacción de los usuarios de acuerdo a los lineamientos de la resolución 256 de 2015.	20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	Coordinador SIJU			
							20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	3.00%	2. Tabular, analizar las encuestas aplicadas y definir acciones de mejoramiento en el caso que sea necesario.	20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%				
							20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	3.00%	3. Realizar el Programa de Humanización.	20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%				
							20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	3.00%	4. Diseñar plan de acción para la implementación de estrategias.	20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%				
							20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	3.00%	5. Realizar seguimiento al plan de acción.	20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%				
							20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	3.00%	6. Garantizar la recepción	20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%				
							20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	3.00%	7. Transmitir, consolidar, analizar, el 100% de las manifestaciones	20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%				
							20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	3.00%	8. Definir planes de mejoramiento PQR.	20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%				
							20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	3.00%	9. Socializar el 100% de las manifestaciones del cliente externo a los responsables definidos de acuerdo a la clasificación de la PORS.	20%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%				
							20%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	3.00%	5. Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora definidas.	20%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%				
											16.00%											

**PLAN OPERATIVO ANUAL VIGENCIA 2022
PROCESO EVALUACIÓN
ESE HOSPITAL DE LA VEGA**

Linea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo		PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto			Linea base		Valor esperado Año 3	Valor esperado Año 4	Valor esperado Año 5	Peso porcentual de la meta	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	Valor	Año													
<p align="center">GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA SECRETARÍA DE SALUD PLAN OPERATIVO ANUAL</p> <p>Nombre de la IPS: ESE HOSPITAL DE LA VEGA Código de habilitación de la IPS: 25402031341 Fecha de Aprobación de la Junta Directiva: Nombre del Gerente: VIVIANA MARCELA CLAVILLO</p>																						
<p>PROCESO: EVALUACIÓN</p>																						
BIENESTAR - Toda una vida contigo. - Construyendo futuro		SOGC	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expidió para tal propósito	Mantener la adherencia a las guías de práctica clínica de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 10 años.	No de historias clínicas (muestra representativa) de niños menores de 10 años con aplicación estricta a la guía de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	No de historias clínicas (muestra representativa) de niños menores de 10 años con aplicación estricta a la guía de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Porcentaje	93%	2021	88%	88%	88%	0,66%	1. Definir plan de implementación de GPC y realizar socializaciones al personal asistencial. 2. Cálculo y selección de muestra de historias clínicas a ser auditadas por trimestre 3. Aplicación de auditoría a HC verificando la adherencia a la guía de crecimiento y desarrollo 4. Realizar informe de auditoría HC 5. Definir plan de mejoramiento.	20%	5%	5%	5%	5%	Líder del Programa de Promoción y Prevención, Subgerente Científico, Calidad		
BIENESTAR - Toda una vida contigo. - Construyendo futuro		SOGC	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expidió para tal propósito	Mantener la adherencia a las guías de práctica clínica de hipertensión.	No de historias clínicas de la muestra representativa con aplicación estricta a la guía HTA	No de historias clínicas (muestra representativa) con aplicación estricta a la guía HTA / N° de Historias clínicas de HTA de la muestra representativa.	Porcentaje	91%	2021	91%	91%	91%	0,66%	1. Definir plan de implementación de GPC y realizar socializaciones al personal asistencial. 2. Cálculo y selección de muestra de historias clínicas a ser auditadas por trimestre 3. Aplicación de auditoría a HC verificando la adherencia a la guía de crecimiento y desarrollo 4. Realizar informe de auditoría HC 5. Definir plan de mejoramiento.	20%	5%	5%	5%	5%	Líder del Programa de Promoción y Prevención, Subgerente Científico, Calidad		
BIENESTAR - Toda una vida contigo. - Construyendo futuro		SOGC	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expidió para tal propósito	Aumentar la adherencia a las guías de práctica clínica de dengue. (Municipios con altura inferior a 2200 msnm)	% de adherencia a GPC	No de historias clínicas (muestra representativa) con aplicación estricta a la guía de DENGUE / N° de Historias clínicas con diagnóstico de DENGUE de la muestra representativa.	Porcentaje	100%	2021	80%	80%	80%	0,66%	1. Definir plan de implementación de GPC y realizar socializaciones al personal asistencial. 2. Cálculo y selección de muestra de historias clínicas a ser auditadas por trimestre 3. Aplicación de auditoría a HC verificando la adherencia a la guía de Dengue. 4. Realizar informe de auditoría HC 5. Definir plan de mejoramiento.	20%	5%	5%	5%	5%	Líder del Programa de Promoción y Prevención, Subgerente Científico, Calidad		
BIENESTAR - Toda una vida contigo. - Construyendo futuro		SOGC	Fomentar los servicios de salud directa o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expidió para tal propósito	Cumplir como mínimo en el 90% los planes de mejora institucional propuesta como resultado de las auditorías internas y externas.	% de cumplimiento del plan de mejoramiento.	No. Actividades ejecutadas / No. Actividades programadas	Porcentaje	90%	2021	90%	90%	90%	2,00%	1. Realizar las auditorías programadas por la Oficina de Control Interno. 2. Hacer seguimiento a la ejecución de los planes de mejora propuestos.	50%	12,5%	12,5%	12,5%	12,5%	Líder del Programa de Promoción y Prevención, Subgerente Científico, Calidad		
												4,00%										