



Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo		MACROPROCESO	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de Resultado	INDICADOR DE RESULTADO										INDICADOR DE PRODUCTO															
						Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base	Valor esperable Año 1	INDICADOR DE	DESCRIPCIÓN	TOTAL	Valor esperado Año 1	Valor esperado Año 2	Valor esperado Año 3	Peso porcentual de la meta	Resultados ponderados	Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base	Valor esperable Año 1	Valor esperable Año 2	Valor esperable Año 3	Valor esperable Año 4	Peso porcentual de la meta	Responsable Institucional	E mail	
BENESTAR -Cuidar con Tratamiento médico y quirúrgico	MEDIAL	CONSULTA EXTERNA URGENCIAS	Fomentar los servicios de salud desde el diagnóstico, eficiente y efectiva que cumpla con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para el propósito	Reducir anualmente en 4 los casos de lesiones que requieren atención según las bases de la vigencia anterior	Casos de lesiones auto reportadas	Número	24	2019	13	20	1%	10	12	2%	0%	Realizar seguimiento a los casos de salud mental reportados (deberán tenerse registros de atención, consumo de medicación farmacológica, conducta suicida, tratamiento psiquiátrico, derivación)	% eventos detectados a Salud Mental con seguimiento No. De eventos reportados	No de casos detectados, más que en los meses siguientes * 100 No. De eventos reportados	Porcentaje	No	2020	NA	100%	100%	100%	100%	1%	Gestor Clínico Profesional Médico Enfermera Profesional Consultante			
																														Implementar el 100% plan de acción en salud mental para los casos reportados	% cumplimiento
BENESTAR -Toma una vida sana -Construyendo Futuro	MEDIAL	CONSULTA EXTERNA PID	Fomentar los servicios de salud desde el diagnóstico, eficiente y efectiva que cumpla con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para el propósito	Mantener en 1 la proporción de hijos con el nivel de salud	Proporción de hijos con nivel de salud	Porcentaje	1	2019	0	3	53	0,04	100%	1	1	2%	2%	Mantener la proporción de lactancia materna exclusiva en lactantes de 6 meses de edad	Prevalencia lactancia materna	Escala de 0 a 10 meses de lactancia materna exclusiva (definición de E. en lactantes) * 100	Porcentaje	2 mes de edad	2019	4	4	4	4	4	2%	Gestor Clínico Profesional Médico Enfermera Profesional Consultante	
BENESTAR -Toma una vida sana -Construyendo Futuro	MEDIAL	CONSULTA EXTERNA PID	Fomentar los servicios de salud desde el diagnóstico, eficiente y efectiva que cumpla con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para el propósito	Mantener en 0,27 la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años	Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años	Porcentaje	1,8%	2020	32	823	2,7%	0,1%	1,0%	0,7%	Mantener la prevalencia de desnutrición aguda	Prevalencia de desnutrición aguda	Menores de 5 años con desnutrición aguda/Menores de 5 años cotizados * 100 (SUNASCO)	Porcentaje	0,4%	2019	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	3%	Gestor Clínico Profesional Médico Enfermera Profesional Consultante				
																													Implementar el 90 % la estrategia IAM en IMSE Hospital de la Vega	Porcentaje de implementación	Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas * 100
BENESTAR -Toma una vida sana -Construyendo Futuro	MEDIAL	PID	Fomentar los servicios de salud desde el diagnóstico, eficiente y efectiva que cumpla con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para el propósito	Mantener en 0 a 100% la tasa de mortalidad en la oficina de la atención médica de la oficina de atención de la ESE Hospital de la Vega	Tasa de mortalidad en la oficina de atención médica de la oficina de atención de la ESE Hospital de la Vega	Número	0	2019	0	3	0%	100%	0	0	Mantener el 90% de las vacunas de cobertura con los hitos programados que tienen para el esquema PAI	Cobertura de vacunación	Cobertura de vacunación con BCG, DTP 3 dosis, polio 3 dosis, sarampión 4 dosis y triple viral 4 dosis	Porcentaje	95%	2019	95%	95%	95%	95%	95%	4%	Gestor Clínico Profesional Médico Enfermera Profesional Consultante				
																													Realizar la proporción de registros hospitalarios por ESE, de menores de 5 años, durante el periodo	Proporción de registros de menores de 5 años con diagnóstico de ESE	No. De menores de 5 años con registros hospitalarios por ESE durante el periodo / Total de menores de 5 años con registros por ESE de la misma institución * 100 (De menores de 5 años con el mismo registro por ESE)
BENESTAR -Toma una vida sana -Construyendo Futuro	MEDIAL	CONSULTA EXTERNA PID	Fomentar los servicios de salud desde el diagnóstico, eficiente y efectiva que cumpla con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para el propósito	Mantener por debajo de 0,01% el porcentaje de las enfermedades agudas en menores de 5 años atendidos en la atención de la oficina de atención de la ESE Hospital de la Vega	Porcentaje de enfermedades agudas en menores de 5 años atendidos en la atención de la oficina de atención de la ESE Hospital de la Vega	Número	0,02%	2021	0,04%	64	1707	0,02%	0,04%	0,02%	Mantener en 75 número de consultas de la atención ambulatoria para actividades en la ESE	Porcentaje de pacientes atendidos en el programa de servicios ambulatorios	No. Pacientes atendidos en los servicios ambulatorios implementados/Producción global de actividades y puntaje de la ESE	Porcentaje	1,1%	19/120	2020	NA	11,17%	21,17%	31,17%	41,17%	1%	Gestor Clínico Profesional Médico Enfermera Profesional Consultante			
																														Implementar el 90 % la estrategia IAM en IMSE Hospital de la Vega	Porcentaje de implementación
BENESTAR -Toma una vida sana -Construyendo Futuro	EVALUACION	SOC	Fomentar los servicios de salud desde el diagnóstico, eficiente y efectiva que cumpla con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para el propósito	Mantener en 0 a 100% la tasa de mortalidad en la oficina de atención médica de la oficina de atención de la ESE Hospital de la Vega	Tasa de mortalidad en la oficina de atención médica de la oficina de atención de la ESE Hospital de la Vega	Porcentaje	0%	2019	0%	0	53	0%	100%	0%	Mantener la adherencia a los guías de práctica clínica de diagnóstico y desarrollo en oficina de la ESE	No de historias clínicas (Incluye reconsultas) de niños menores de 10 años con adherencia a los guías de práctica clínica de diagnóstico y desarrollo	No de historias clínicas (Incluye reconsultas) de niños menores de 10 años con adherencia a los guías de práctica clínica de diagnóstico y desarrollo	Porcentaje	88%	2019	88%	88%	88%	88%	88%	0,88%	Lider del Programa de Promoción y Prevención, Gestor Clínico Caballero				
																													Implementar el 90 % la estrategia IAM en IMSE Hospital de la Vega	Porcentaje de implementación	Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas * 100
BENESTAR -Toma una vida sana -Construyendo Futuro	EVALUACION	SOC	Fomentar los servicios de salud desde el diagnóstico, eficiente y efectiva que cumpla con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para el propósito	Mantener en 1 a 100% la tasa de mortalidad en la oficina de atención médica de la oficina de atención de la ESE Hospital de la Vega	Tasa de mortalidad en la oficina de atención médica de la oficina de atención de la ESE Hospital de la Vega	Porcentaje	1	2019	14/100	3	4789	0,04%	100%	14/1000	Mantener la adherencia a los guías de práctica clínica de hipertensión	No de historias clínicas de hipertensión con adherencia a los guías de práctica clínica de hipertensión	No de historias clínicas de hipertensión con adherencia a los guías de práctica clínica de hipertensión	Porcentaje	91%	2019	91%	91%	91%	91%	91%	0,88%	Lider del Programa de Promoción y Prevención, Gestor Clínico Caballero				
																													Implementar el 90 % la estrategia IAM en IMSE Hospital de la Vega	Porcentaje de implementación	Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas * 100
BENESTAR -Toma una vida sana -Construyendo Futuro	EVALUACION	SOC	Fomentar los servicios de salud desde el diagnóstico, eficiente y efectiva que cumpla con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para el propósito	Mantener en 0 los casos de mortalidad por dengue en el área de atención de la oficina de atención de la ESE Hospital de la Vega	No de casos de mortalidad por dengue	Número	0	2019	0	0	100%	0	0	Aumentar la adherencia a los guías de práctica clínica de dengue (Planificación de actividades a 2022)	% de adherencia a GPC	No de historias clínicas (Incluye reconsultas) con adherencia a los guías de práctica clínica de dengue	No de historias clínicas (Incluye reconsultas) con adherencia a los guías de práctica clínica de dengue	Porcentaje	NA	2019	80%	80%	80%	80%	80%	0,88%	Lider del Programa de Promoción y Prevención, Gestor Clínico Caballero				
																													Implementar el 90 % la estrategia IAM en IMSE Hospital de la Vega	Porcentaje de implementación	Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas * 100
BENESTAR -Toma una vida sana -Construyendo Futuro	EVALUACION	SOC	Fomentar los servicios de salud desde el diagnóstico, eficiente y efectiva que cumpla con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la legislación que se aplica para el propósito	Mantener en 1 a 100% la tasa de mortalidad en la oficina de atención médica de la oficina de atención de la ESE Hospital de la Vega	Tasa de mortalidad en la oficina de atención médica de la oficina de atención de la ESE Hospital de la Vega	Número	8,5	2020	8,5	75,5	100%	72,5	76,5	2%	Comparar como mínimo el 80% de los planes de mejora implementados programados con los planes de los cuales se reportó y validaron	% de cumplimiento del plan de mejoramiento	No. Actividades ejecutadas/No. Actividades programadas	Porcentaje	NA	2020	90%	90%	90%	90%	90%	2%	Lider del Programa de Promoción y Prevención, Gestor Clínico Caballero				
																													Implementar el 90 % la estrategia IAM en IMSE Hospital de la Vega	Porcentaje de implementación	Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas * 100









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

		GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA																																																											
		SECRETARÍA DE SALUD																																																											
		PLAN OPERATIVO ANUAL																																																											
Nombre de la IPS		ESE HOSPITAL DE LA VEGA																																																											
Codigo del patrimonio de la IPS		2948001001																																																											
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva																																																													
Nombre del Gestor		VIVIANA MARCELA CLAUDIO																																																											
Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base		IV TRIMESTRE				IV TRIMESTRE				IV TRIMESTRE				IV TRIMESTRE				IV TRIMESTRE				IV TRIMESTRE																																			
				Valor	Año 3	Asignatura	Modificad. de control	NUM. RADO R	DENO. MINA DON	TOTAL	Asignatura	Modificad. de control	NUM. RADO R	DENO. MINA DON	TOTAL	Asignatura	Modificad. de control	NUM. RADO R	DENO. MINA DON	TOTAL	Asignatura	Modificad. de control	NUM. RADO R	DENO. MINA DON	TOTAL	Asignatura	Modificad. de control	NUM. RADO R	DENO. MINA DON	TOTAL																															
Aumentar en 2% el tamizaje en salud oral a través de la consulta de primera vez por momentos de curso de año	% 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%	2016/642	8,07%	Nueva EPS	Captada	355	2907	12,1%	Cosualud	Evento	2	0	0,0%	Ecopos	Evento	22	0	0,0%	Salud Total	Evento	5	0	0,0%	Santas	Evento	10	0	0,0%	Familianar	Evento	2	0	0,0%	Asa seguros	Evento	1	0	0,0%	Compesar	Evento	1	0	0,0%	Suram rican	Evento	2	0	0,0%	Capital salud	Evento	0	0	0,0%	Secretaría de Salud	Evento	2	0	0,0%
Mantener en 10% los tratamientos terminados con respecto a la población tamizada	% población con tratamiento terminado	Número total de tratamientos terminados/ Número total de la población tamizada identificada con carnet	Porcentaje	10%	69/69	2021	Nueva EPS	Captada	157	307	51%	Cosualud	Evento	2	2	100%	Ecopos	Evento	11	20	65%	Salud Total	Evento	2	10	20,0%	Santas	Evento	3	12	25%	Familianar	Evento	11	7	100%	Asa seguros	Evento	0	1	0,0%	Compesar	Evento	0	1	0,0%	Suram rican	Evento	0	1	0,0%	Capital salud	Evento	0	1	0,0%	Secretaría de Salud	Evento	0	1	0,0%
Aumentar en 2% el tamizaje para diabetes de la población mayor de 19 a 69 años con sitio 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%	630/4769	2021	Nueva EPS	Captada	46	2041	2,3%	Cosualud	Evento	0	0	0,0%	Ecopos	Evento	0	0	0,0%	Salud Total	Evento	2	0	0,0%	Santas	Evento	0	0	0,0%	Familianar	Evento	40	0	0,0%	Asa seguros	Evento	1	0	0,0%	Compesar	Evento	0	0	0,0%	Suram rican	Evento	0	0	0,0%	Capital salud	Evento	0	0	0,0%	Secretaría de Salud	Evento	0	0	0,0%
Aumentar la canalización de 4% de la población mayor de 19 a 69 años con riesgo de diabetes, con sitio 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 tamizada identificada con riesgo	Porcentaje	38%	5/13	2021	Nueva EPS	Captada	77	11	100%	Cosualud	Evento	0	0	0%	Ecopos	Evento	0	0	0%	Salud Total	Evento	3	0	0%	Santas	Evento	0	0	0%	Familianar	Evento	12	3	100%	Asa seguros	Evento	0	1	0,0%	Compesar	Evento	0	0	0%	Suram rican	Evento	0	0	0%	Capital salud	Evento	0	0	0%	Secretaría de Salud	Evento	0	0	0%
Mantener controlados al 8% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus	Proporción de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus	Número de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus con hemoglobina glicosilada menor a 7% en los últimos seis meses/ Número total de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus en el programa "100"	Porcentaje	20%	8/41	2021	Nueva EPS	Captada	11	23	48%	Cosualud	Evento	0	0	0%	Ecopos	Evento	1	1	100%	Salud Total	Evento	0	0	0%	Santas	Evento	0	0	0%	Familianar	Evento	2	4	50%	Asa seguros	Evento	0	0	0%	Compesar	Evento	0	0	0%	Suram rican	Evento	0	0	0%	Capital salud	Evento	0	0	0%	Secretaría de Salud	Evento	0	0	0%
Mantener en 23% el tamizaje para hipertensión de la población mayor de 19 a 69 años con sitio 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%	630/4769	2021	Nueva EPS	Captada	46	2041	2,3%	Cosualud	Evento	0	0	0,0%	Ecopos	Evento	0	0	0,0%	Salud Total	Evento	2	0	0,0%	Santas	Evento	0	0	0,0%	Familianar	Evento	40	0	0,0%	Asa seguros	Evento	1	0	0,0%	Compesar	Evento	0	0	0,0%	Suram rican	Evento	0	0	0,0%	Capital salud	Evento	0	0	0,0%	Secretaría de Salud	Evento	0	0	0,0%
Mantener la canalización en un 2% anual de la población mayor de 19 a 69 años con riesgo de HTA, con sitio 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 tamizada identificada con riesgo	Porcentaje	36%	5/14	2021	Nueva EPS	Captada	106	120	88,3%	Cosualud	Evento	0	0	0,0%	Ecopos	Evento	1	3	33,3%	Salud Total	Evento	4	6	80,0%	Santas	Evento	2	2	100%	Familianar	Evento	25	36	71,4%	Asa seguros	Evento	0	0	0,0%	Compesar	Evento	1	2	50,0%	Suram rican	Evento	0	0	0,0%	Capital salud	Evento	0	0	0,0%	Secretaría de Salud	Evento	0	0	0,0%
Mantener controlados al 10% de los pacientes diagnosticados con hipertensión	Proporción de pacientes diagnosticados con hipertensión	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	26,3%	148/562	2021	Nueva EPS	Captada	3	4	75,0%	Cosualud	Evento	0	0	0,0%	Ecopos	Evento	0	0	0,0%	Salud Total	Evento	0	0	0,0%	Santas	Evento	0	0	0,0%	Familianar	Evento	3	4	75,0%	Asa seguros	Evento	0	0	0,0%	Compesar	Evento	0	0	0,0%	Suram rican	Evento	0	0	0,0%	Capital salud	Evento	0	0	0,0%	Secretaría de Salud	Evento	0	0	0,0%
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 en las demás prácticas al 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%	69/623	2021	Nueva EPS	Captada	85	372	22,8%	Cosualud	Evento	0	0	0,0%	Ecopos	Evento	3	0	0,0%	Salud Total	Evento	1	0	0,0%	Santas	Evento	2	0	0,0%	Familianar	Evento	12	0	0,0%	Asa seguros	Evento	0	0	0,0%	Compesar	Evento	0	0	0,0%	Suram rican	Evento	0	0	0,0%	Capital salud	Evento	0	0	0,0%	Secretaría de Salud	Evento	0	0	0,0%
Realizar el seguimiento de cáncer de mama de forma anual al 9% 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	Número total de ordenes de mamografías con resultado positivo con seguimiento de mamografía/ Número total de mamografías positivas	Porcentaje	38,3%	3/8	2021	Nueva EPS	Captada	0	3	0,0%	Cosualud	Evento	0	0	0,0%	Ecopos	Evento	0	0	0,0%	Salud Total	Evento	0	0	0,0%	Santas	Evento	0	0	0,0%	Familianar	Evento	0	3	0,0%	Asa seguros	Evento	0	0	0,0%	Compesar	Evento	0	0	0,0%	Suram rican	Evento	0	0	0,0%	Capital salud	Evento	0	0	0,0%	Secretaría de Salud	Evento	0	0	0,0%
Realizar tamizaje de cáncer 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" (Ejemplo 1.1.3)	Porcentaje	18%	292/1574	2020	Nueva EPS	Captada	21	788	3%	Cosualud	Evento	0	0	0%	Ecopos	Evento	0	0	0%	Salud Total	Evento	0	0	0%	Santas	Evento	0	0	0%	Familianar	Evento	5	0	0%	Asa seguros	Evento	0	0	0%	Compesar	Evento	0	0	0%	Suram rican	Evento	0	0	0%	Capital salud	Evento	0	0	0%	Secretaría de Salud	Evento	0	0	0%
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	10%	234/1559	2021	Nueva EPS	Captada	55	594	9%	Cosualud	Evento	0	0	0%	Ecopos	Evento	0	0	0%	Salud Total	Evento	2	0	0%	Santas	Evento	0	0	0%	Familianar	Evento	60	0	0%	Asa seguros	Evento	0	0	0%	Compesar	Evento	2	0	0%	Suram rican	Evento	0	0	0%	Capital salud	Evento	0	0	0%	Secretaría de Salud	Evento	0	0	0%
Aumentar el seguimiento anual de PSA en 5% 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 ordenes de PSA con seguimiento en consulta/ Total de ordenes de PSA del periodo	Porcentaje	10%	24/224	2021	Nueva EPS	Captada	364	364	100%	Cosualud	Evento	0	0	0%	Ecopos	Evento	0	0	0%	Salud Total	Evento	2	2	100%	Santas	Evento	0	0	0%	Familianar	Evento	35	60	98%	Asa seguros	Evento	0	0	0%	Compesar	Evento	2	2	100%	Suram rican	Evento	0	0	0%	Capital salud	Evento	0	0	0%	Secretaría de Salud	Evento	0	0	0%
Mantener el 80% de la canalización efectiva de la gestante que demanden 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 en el programa de detección temprana de alteraciones en el embarazo antes de la semana 12	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%	1627	2021	Nueva EPS	Captada	9	22	0%	Cosualud	Evento	0	0	0%	Ecopos	Evento	2	2	100%	Salud Total	Evento	0	0	0%	Santas	Evento	0	1	0%	Familianar	Evento	3	3	100%	Asa seguros	Evento	0	0	0%	Compesar	Evento	0	0	0%	Suram rican	Evento	0	0	0%	Capital salud	Evento	0	0	0%	Secretaría de Salud	Evento	1	5	20%
Lograr que el 80% 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 la fecha probable de parto se entre en la vigencia actual	Porcentaje	70%	3144	2021	Nueva EPS	Captada	83	100	83%	Cosualud	Evento	0	0	0%	Ecopos	Evento	0	0	0%	Salud Total	Evento	0	0	0%	Santas	Evento	0	0	0%	Familianar	Evento	0	0	0%	Asa seguros	Evento	0	0	0%	Compesar	Evento	0	0	0%	Suram rican	Evento	0	0	0%	Capital salud	Evento	0	0	0%	Secretaría de Salud	Evento	2	5	40%
Aumentar en 5% número de consultas de los servicios ambulatorios para adolecentes en la ESE	Porcentaje de pacientes servicios ambulatorios para adolecentes en la ESE	No. Pacientes atendidos en los servicios ambulatorios/ Población objeto de adolescencia y juventud en la ESE	Porcentaje	25%	251/1036	2021	Nueva EPS	Captada	185	373	50%	Cosualud	Evento	0	0	0%	Ecopos	Evento	8	0	0%	Salud Total	Evento	5	0	0%	Santas	Evento	1	0	0%	Familianar	Evento	55	0	0%	Asa seguros	Evento	0	0	0%	Compesar	Evento	4	0	0%	Suram rican	Evento	0	0	0%	Capital salud	Evento	0	0	0%	Secretaría de Salud	Evento	0	0	0%



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

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA																												
SECRETARÍA DE SALUD																												
PLAN OPERATIVO ANUAL																												
Nombre de la IPS		ESE HOSPITAL DE LA VEGA																										
Codigo de habilitación de la IPS		254020113-01																										
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva																												
Nombre del Gerente		WIVIANA MARCELA CLAVIJO																										
Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base		Valor esperado o Año 3	AÑO 2022			Valor esperado o Año 2022	valor ejecutado o Año 2022	Peso porcentual de la meta	Resultado ponderado	Valor esperado o Año 4	Valor esperado o Año 5	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	I trimestre Seguimiento	Descripción	II trimestre	II trimestre Seguimiento	Descripción	Responsables Institucionales	E mail Responsable
							Valor	Año		NUMERADOR	DENOMINADOR	TOTAL																
PROCESO: EVALUACIÓN																												
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 legislación que se expide 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%	526	568	88%	88%	100%	0,66%	0,66%	88%	88%	1. Definir plan de implementación de GPC y realizar socializaciones al personal asistencial	20%	5%	5%	Se define plan de implementación de GPC	5%	5%	Se define plan de implementación de GPC	Líder del Programa de Promoción y Prevención, Subgerente Científico, Calidad	
										2. Calcular y seleccionar muestra de historias clínicas a ser auditadas por trimestre	20%	5%	5%	Se realiza calculo las muestras de HC	5%	5%	Se realiza calculo las muestras de HC											
										3. Aplicación de auditoria a HC verificando la adherencia a la guía de crecimiento y desarrollo	20%	5%	5%	Se realiza auditoria de las HC	5%	5%	Se realiza auditoria de las HC											
										4. Realizar informe de auditoria HC	20%	5%	5%	Se realiza informe de auditoria de cumplimiento	5%	5%	Se realiza informe de auditoria de cumplimiento											
										5. Definir plan de mejoramiento	20%	5%	5%	Se realiza plan de mejoramiento	5%	5%	Se realiza plan de mejoramiento											
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 legislación que se expide 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	Porcentaje	91%	2021	91%	788	884	89%	91%	100%	0,66%	0,66%	91%	91%	1. Definir plan de implementación de GPC y realizar socializaciones al personal asistencial	20%	5%	5%	Se define plan de implementación de GPC	5%	5%	Se define plan de implementación de GPC	Líder del Programa de Promoción y Prevención, Subgerente Científico, Calidad	
										2. Calcular y seleccionar muestra de historias clínicas a ser auditadas por trimestre	20%	5%	5%	Se realiza calculo las muestras de HC	5%	5%	Se realiza calculo las muestras de HC											
										3. Aplicación de auditoria a HC verificando la adherencia a la guía de crecimiento y desarrollo	20%	5%	5%	Se realiza auditoria de las HC	5%	5%	Se realiza auditoria de las HC											
										4. Realizar informe de auditoria HC	20%	5%	5%	Se realiza informe de auditoria de cumplimiento	5%	5%	Se realiza informe de auditoria de cumplimiento											
										5. Definir plan de mejoramiento	20%	5%	5%	Se realiza plan de mejoramiento	5%	5%	Se realiza plan de mejoramiento											
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 legislación que se expide para tal propósito	Aumentar la adherencia a las guías de práctica clínica de dengue. (Municipios con altura inferior a 2000 msnm)	% de adherencia a GPC	No de historias clínicas (muestra representativa) con aplicación estricta a la guía HTA	Porcentaje	100%	2021	80%	9	11	82%	80%	100%	0,66%	0,66%	80%	80%	1. Definir plan de implementación de GPC y realizar socializaciones al personal asistencial	20%	5%	5%	Se define plan de implementación de GPC para el Distrito	5%	5%	Se define plan de implementación de GPC para el Distrito	Líder del Programa de Promoción y Prevención, Subgerente Científico, Calidad	
										2. Calcular y seleccionar muestra de historias clínicas a ser auditadas por trimestre	20%	5%	5%	Se realiza calculo del 100% de las HC de pacientes que presentaron dengue	5%	5%	Se realiza calculo del 100% de las HC de pacientes que presentaron dengue											
										3. Aplicación de auditoria a HC verificando la adherencia a la guía de Dengue	20%	5%	5%	Se aplica instrumento de auditoria para la GPC de Dengue	5%	5%	Se aplica instrumento de auditoria para la GPC de Dengue											
										4. Realizar informe de auditoria HC	20%	5%	5%	Se realiza informe de auditoria de cumplimiento	5%	5%	Se realiza informe de auditoria de cumplimiento											
										5. Definir plan de mejoramiento	20%	5%	5%	Como se cuenta con el 100% de cumplimiento de los items no se realiza plan de mejoramiento	5%	5%	Como se cuenta con el 100% de cumplimiento de los items no se realiza plan de mejoramiento											
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 legislación que se expide para tal propósito	Cumplir como mínimo en el 90% los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorias internas y externas.	% de cumplimiento del plan de mejoramiento.	No. Actividades ejecutadas	Porcentaje	90%	2021	90%	9	9	94%	90%	100%	2,00%	2,00%	90%	90%	1. Realizar las auditorias programadas por la Oficina de Control Interno.	50%	12,5%	12,5%	Se realiza auditoria por parte de la oficina de control interno	12,5%	12,5%	Se realiza auditoria por parte de la oficina de control interno	Líder del Programa de Promoción y Prevención, Subgerente Científico, Calidad	
										2. Hacer seguimiento a la ejecución de los planes de mejora propuestos.	50%	12,5%	12,5%	Se realiza plan de mejoramiento	12,5%	12,5%	Se realiza plan de mejoramiento											
															3,98%	3,98%												