PLAN INDICATIVO ANUAL 2022
ESE HOSPITAL DE LA VEGA

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLAN OPERATIVO ANUAL

Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL DE LA VEGA
Código de habilitación de la IPS	2540203113-01
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	
Nombre del Gerente	VIVIANA MARCELA CLAVIJO

Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo	MACROPROCESO	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de Resultado	INDICADOR DE RESULTADO			Línea base		Valor esperado año 2	Valor esperado año 3	Valor esperado año 4	Valor esperado año 5	Peso porcentual de la meta	Meta de producto anual	Indicador de producto			Línea base		Valor esperado Año 1	Valor esperado Año 2	Valor esperado Año 3	Valor esperado Año 4	Valor esperado Año 5	Peso porcentual de la meta	Responsables Institucionales	E mail Responsable
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Valor	Año							Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Valor	Año								
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo futuro	DIRECCIONAMIENTO	SOGC	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	Mantener el 90% al cumplimiento del SOGC en sus cuatro componentes	Porcentaje de cumplimiento de la implementación del SOGC	Suma de la ponderación determinara para el SOGC: Habilitación 30%, PAMEC 25%, Sistema de información para la Calidad 25%, Sistema único de Acreditación 10%, Hoja de ruta 5%, Portafolio de servicios 5%	Porcentaje	84%	2022	90%	90%	90%	90%	10%	Mantener en el 100% el Plan de de mantenimiento del Sistema Único de Habilitación de la ESE Hospital de la Vega	% cumplimiento del plan de habilitación	N° de actividades ejecutadas/ N° total de actividades programadas *100	Porcentaje	100% 26/26	2019	100%	100%	100%	100%	100%	1%	Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico. Calidad.	
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo futuro	DIRECCIONAMIENTO	SOGC													Ejecutar como mínimo en el 90% al programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	% de cumplimiento del PAMEC	Realizacion del numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	Porcentaje	100%	2019	90%	90%	90%	90%	90%	1%	Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico. Calidad.	
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo futuro	DIRECCIONAMIENTO	SOGC													Implementar en 100% el Plan de Mejoramiento del monitoreo de la Calidad, MOCA de la ESE, con base en los indicadores de la Resolución 256 de 2016, estableciendo un tablero de control de calidad.	% de cumplimiento del plan	N° de actividades ejecutadas / N° de actividades programadas *100	Porcentaje	ND	2019	100%	100%	100%	100%	100%	1%	Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico. Calidad.	
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo futuro	DIRECCIONAMIENTO	SOGC													Aumentar el promedio de la autoevaluación del Sistema Único de 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	1,95	2019	2,34	2,808	2,808	2,808	2,808	0,2%	Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico. Calidad.	
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo futuro	DIRECCIONAMIENTO	SOGC													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	Porcetaje	ND	2020	NA	90%	90%	90%	90%	0,8%		
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo futuro	DIRECCIONAMIENTO	SOGC													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.	Procentaje	90%	2019	90%	90%	90%	90%	90%	2%	Gestor Científico	
BIENESTAR - Un buen Vivir - Entornos para la Felicidad.	DIRECCIONAMIENTO	ESTRATÉGICOS 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	ND	2019	100%	100%				2%	Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico. Calidad. Planeación	
BIENESTAR - Un buen Vivir - Entornos para la Felicidad.	DIRECCIONAMIENTO	ESTRATÉGICOS 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 tipologia definida en la Reorganización de la Red teniendo en cuenta el trabajo articulado de la Región en salud y la sostenibilidad financiera de los servicios en el tiempo.	% de implementación	N° de servicios aperturados/ N° de servicios proyectados en el periodo.	Porcentaje	ND	2019	100%	100%				2%	Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico. Calidad. Planeación	
SOSTENIBILIDAD - Seguridad Hídrica y Recursos Naturales para la Vida.	APOYO	RECURSOS MATERIALES	Prestar directo o indirectamente los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa pueda ofrecer de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles.	Aumentar en 4 puntos el índice de desempeño institucional.	Índice de desempeño Institucional	Calificación Componentes implementados/ Total de componentes a implementar.	Puntaje	66,5	2022	84,3	68,5	72,5	76,5	16%	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 productidos * 100	Porcentaje	11,48%	2019	12,054	12,628	13,202	13,776	14,35	0,40%	Gestor Administrativo y Financiero, Gestión Ambiental	
SOSTENIBILIDAD - Seguridad Hídrica y Recursos Naturales para la Vida.	APOYO	RECURSOS MATERIALES													Mantener el consumo del agua por capita anual programado en la E.S.E.	M3 de agua consumidos en el periodo	m3 de agua consumido/total de m3 de agua programados según estrategia	M3	2219	2019	2219	2219	2219	2219	2219	0,40%	Gestor Administrativo y Financiero, Gestión Ambiental	
SOSTENIBILIDAD - Seguridad Hídrica y Recursos Naturales para la Vida.	APOYO	RECURSOS MATERIALES													Mantener el consumo de energía anual frente al promedio calculado por año en la E.S.E.	KW consumidos en el periodo	KW de energía consumido/total de KW de energía programados según estrategia hospital verde	KW	100,767	2019	100,767	100,767	100,767	100,767	100,767	0,40%	Gestor Administrativo y Financiero, Gestión Ambiental	
SOSTENIBILIDAD - Seguridad Hídrica y Recursos Naturales para la Vida.	APOYO	RECURSOS MATERIALES													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 programados según estrategia hospital verde	Lb	3,978	2019	3778	3578	3378	3178	3178	0,40%	Gestor Administrativo y Financiero, Gestión Ambiental	
SOSTENIBILIDAD - Seguridad Hídrica y Recursos Naturales para la Vida.	APOYO	RECURSOS MATERIALES													Mantener la huella de carbono del hospital con la prestación de servicios	Medición Huella de Carbono	Cantidad de toneladas de CO2 reducidas anualmente (MEDICIÓN ANUAL)	Toneladas	123	2019	120,54	118,08	115,62	113,16	110,7	0,40%	Gestor Administrativo y Financiero, Gestión Ambiental. Cartera	
SOSTENIBILIDAD - Seguridad Hídrica y Recursos Naturales para la Vida.	APOYO	RECURSOS FINANCIEROS	Garantizar mediante un manejo gerencial 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 recaudo de cartera > 360 días/ Total cartera > 360 días * 100	Porcentaje	20%	2019	20%	20%	20%	20%	20%	1%	Gestor Administrativo y Financiero, Cartera	
GOBERNANZA - Gestión Pública Inteligente - Mejores Instituciones más eficiencia	APOYO	RECURSOS FINANCIEROS	Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa.												Recuperar el 75% de la cartera corriente establecida en presupuesto (corriente) vigencia 2021	% de recuperación	Valor del recaudo de cartera corriente establecida en presupuesto / Total reconocimiento de la vigencia	Porcentaje	75,00%	2019	75%	75%	75%	75%	75%	2%	Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico. Cartera	
GOBERNANZA - Gestión Pública Inteligente - Mejores Instituciones más eficiencia	APOYO	DIRECCIONAMIENTO PROCESOS DE APOYO MISIONAL	Desarrollar la estructura y capacidad operativa de la Empresa mediante la aplicación de principios y técnicas gerenciales 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	83,3%	2019	90%	90%	90%	90%	90%	6%	Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico. Planeacion	
GOBERNANZA - Gestión Pública Inteligente - Mejores Instituciones más eficiencia	APOYO	SIAU	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 calificaría su experiencia global de atención en los servicios de salud de su IPS?/No de usuarios que respondieron la pregunta	Porcentaje	91%	2019	90%	90%	90%	90%	90%	3%	Coordinador SIAU.	
GOBERNANZA - Gestión Pública Inteligente - Mejores Instituciones más eficiencia	APOYO	SIAU	Garantizar los mecanismos de la participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos												Ejecutar en 100% el plan de mejora de PQRS.	Ejecución del plan de PQRS	N° total de Actividades ejecutadas / N° de actividades propuestas.	Porcentaje	100%	2019	100%	100%	100%	100%	100%	2%	Coordinador SIAU.	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo Futuro.	MISIONAL	PYD	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	Disminuir la prevalencia de caries en un 1% anual en población de 0 a 69 años	Proporción de pacientes de 0 a 69 años con caries	No de población de 0 a 69 años con caries/No. Total población de 0 a 69 años atendida de primera vez.	Porcentaje	58% 573/1022	2021	12,56%	55,0%	54,0%	53,0%	1%	Aumentar en 2% el tamizaje en salud oral a través de la consulta de primera vez por momento de curso de vida	% población con tamizaje salud oral	Número de consultas de primera vez realizadas/ Número totas de población a cargo entre 0 a 69 años	Porcentaje	0,71% 370/5144	2020	NA	2,71%	4,7%	6,7%	8,7%	0,5%	Gestor Científico Odontólogo	
															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 caries	Porcentaje	0% 0/126	2020	NA	10,00%	20,00%	30,00%	40,00%	0,5%	Gestor Científico Odontólogo	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduría.	MISIONAL	PYD	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	Disminuir en 2 los casos de mortalidad por enfermedades hipertensivas según línea base de la vigencia anterior	Casos de mortalidad por enfermedades hipertensivas	No. De casos	Número	22	2019	21	20	18	16	24%	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 años a cargo de la ESE * 100.	Porcentaje	7,5% 46/6138	2019	614/6138 10%	614/6138 10%	614/6138 10%	614/6138 10%	614/6138 10%	2%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduría.	MISIONAL	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito												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 / Numero de población tamizada identificada con riesgo	Porcentaje	11,7% 2/17	2020	NA	15,7%	20,7%	25,7%	30,7%	2%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduría.	MISIONAL	CONSULTA EXTERNA													Mantener controlados el 8% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus.	Proporción de pacientes diabéticos controlados	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 cronograma* 100	Porcentaje	0%	2019	7%	7%	7%	7%	7%	8%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduría.	MISIONAL	PYD	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito												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	51% 314/6146	2019	10% 614/6146	10% 614/6146	10% 614/6146	10% 614/6146	10% 614/6146	2%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduría.	MISIONAL	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito												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 / Numero de población tamizada identificada con riesgo	Porcentaje	70,58% 12/17	2020	NA	72,58%	74,58%	76,58%	78,58%	2%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduría.	MISIONAL	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito												Mantener controlados el 10% de los pacientes diagnosticados con hipertensión.	Proporción de pacientes hipertensos controlados	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	28,62% 310/1083	2019	30,0%	30,0%	30,0%	30,0%	30,0%	8%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduría.	MISIONAL	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	Reducir en 2 los casos de mortalidad por canceres prevalentes según línea base de la vigencia anterior	Casos de mortalidad por canceres prevalentes	No. De casos	Número	14	2022	6	16	14	12	13%	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 se les 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	5% 21/1077	2019	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	1,5%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduría.	MISIONAL	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito												Realizar el seguimiento de cáncer de mama de forma anual al 3% de las mujeres entre 50 - 69 años, acorde a la guía de detección temprana de cáncer de seno.	Porcentaje de seguimiento a cáncer de mama.	Numero total de ordenes de mamografías con resultado positivo con seguimiento de mamografía / Numero total de mamografías positivas	Porcentaje	ND	2020	NA	3,0%	6,0%	9,0%	12,0%	1,5%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduría.	MISIONAL	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito												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. Esquema 1:1:3	Porcentaje	14% 352/2515	2019	14%	14%	14%	14%	14%	6%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduría.	MISIONAL	CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNÓSTICO	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida 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	11% 145/1315	2019	11%	11%	11%	11%	11%	2%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduría.	MISIONAL	CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNÓSTICO	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito												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	Numero total de ordenes de PSA con seguimiento en consulta/ Total de ordenes de PSA del periodo	Porcentaje	ND	2020	NA	5%	10%	15%	20%	2%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo Futuro.	MISIONAL	PYD	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	Mantener en 0 x 100 000 NV la razón de mortalidad materna	Razón de Mortalidad materna a 42 días (por 100.000 NV).	Total de mujeres fallecidas estando en embarazo o durante los 42 días despues de terminado su estado por causas asociadas al mismo / Total de Nacidos Vivos.	Número	0	2019	0	0	0	0	17%	Mantener el 85% de la canalización efectiva de la gestante que demandan 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 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	87% 201/267	2019	87%	87%	87%	87%	87%	6%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo Futuro.	MISIONAL	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida 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 mas de 4 controles prenatales	No. Gestantes inscritas en el programa que cuentan con 4 o mas controles prenatales antes del parto/ Total de gestantes inscritas en el programa que la fecha probable de parto se sitúa en la vigencia actual	Porcentaje	93% 138/267	2019	85%	85%	85%	85%	85%	8%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo Futuro.	MISIONAL	CONSULTA EXTERNA													Implementar el plan de acción de mortalidad materna extrema	% de cumplimiento	Número de actividades ejecutadas/Número de actividades propuestas *100	Porcentaje	ND	2019	100%	100%	100%	100%	100%	2%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
GOBERNANZA - Gestión Pública Inteligente - Mejores Instituciones más eficiencia.	MISIONAL	CONSULTA EXTERNA													Reducir los casos la incidencia de Sífilis Congénita.	No. De casos de sífilis congénita	Número de casos reportados	Número	0	2019	0	0	0	0	0	1%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Un buen vivir- Transformando mentes y corazones.	MISIONAL	CONSULTA EXTERNA URGENCIAS	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo	Reducir anualmente en 4 los casos de lesiones auto infligidas intencionalmente	Casos de lesiones auto	No. De casos	Número	20	2022	22	20	16	12	2%	Realizar seguimiento a los casos de salud mental reportados (diferentes tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastornos mentales) identificados.	% eventos relacionados a Salud Mental con seguimiento Plan de acción en Salud Mental	No. de casos identificados a los que se les realiza seguimiento * 100 / No. De eventos reportados.	Porcentaje	ND	2020	NA	100%	100%	100%	100%	1%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	

Dra Viviana Marcela Clavijo
Gerente

PLAN INDICATIVO ANUAL 2022
ESE HOSPITAL DE LA VEGA

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLAN OPERATIVO ANUAL

Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL DE LA VEGA
Código de habilitación de la IPS	2540203113-01
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	
Nombre del Gerente	VIVIANA MARCELA CLAVIJO

Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo	MACROPROCESO	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de Resultado	INDICADOR DE RESULTADO					Valor esperado año 2	Valor esperado año 3	Valor esperado año 4	Valor esperado año 5	Peso porcentual de la meta	Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor esperado Año 1	Valor esperado Año 2	Valor esperado Año 3	Valor esperado Año 4	Valor esperado Año 5	Peso porcentual de la meta	Responsables Institucionales	E mail Responsable
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base Valor	Línea base Año							Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base Valor	Línea base Año								
BIENESTAR - Un buen vivir-Transformando mentes y corazones.	MISIONAL	CONSULTA EXTERNA URGENCIAS	con la reglamentación que se expida para tal propósito	según linea base de la vigencia anterior	infligidas intencionalmente										Implementar el 100% plan de acción en salud mental para los casos reportados	% cumplimiento	Número de actividades ejecutadas/Número de actividades propuestas *100	Porcentaje	ND	2020	NA	100%	100%	100%	100%	1%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo Futuro.	MISIONAL	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 expida para tal propósito	Mantener en 1 la proporción de bajo peso al nacer.	Proporción de bajo peso al nacer	No de nacidos vivos con peso menor a 2500 gr al nacer/No. Total de nacidos vivos.	Porcentaje	1	2019	0	1	1	1	2%	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	2 meses 20 días	2019	4	4	4	4	4	2%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo Futuro.	MISIONAL	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 expida para tal propósito	Disminuir a 0,3% la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 año	Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años	Menores de 5 años con desnutrición aguda/Menores de 5 años valorados*100 (MANGO)	Porcentaje	1,6%	2020	1,3%	1,3%	1,0%	0,7%	10%	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	0,4%	2019	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	3%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo Futuro.	MISIONAL	CONSULTA EXTERNA INTERNACIÓN 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 expida para tal propósito	Mantener en 0 x 100.000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad en la niñez de la población menor de 5 años atendida en la ESE Hospital de la vega	Tasa mortalidad en la niñez (menores de 5 años)	Total defunciones de menores de 5 años / Total nacidos vivos	Número	0,00001	2019	0	0	0	0		Implementar al 90 % la estrategia IAMI en laESE Hospital de la Vega	Porcentaje de implementación	Numero de actividades realizadas / Numero de actividades programadas * 100	Porcentaje	25%	2019	50%	100%	100%	100%	100%	1%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo Futuro.	MISIONAL	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 expida para tal propósito												Alcanzar el 95% de coberturas útiles de vacunación con los biológicos trazadores que hacen parte del esquema PAI	Cobertura de vacunación	Coberturas de vacunación con BCG, DPT 3 dosis, polio 3 dosis, triple viral < 1 año y triple viral < 5 años.	Porcentaje	95%	2019	95%	95%	95%	95%	95%	4%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Un buen Vivir - Entornos para la Felicidad.	MISIONAL	URGENCIAS INTERNACIÓN	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 expida para tal propósito												Reducir la proporción de reingreso hospitalario por IRA, en menores de 5 años, durante el periodo.	Proporción de reingreso de pacientes menores de 5 años con diagnóstico de IRA.	No. De menores de 5 años con reingreso hospitalario por IRA dentro de los 20 días despues del primer egreso por IRA en la misma institución / No. De menores de 5 años con al menos un egreso por IRA.	Porcentaje	0%	2019	1%	1%	1%	1%	1%	2%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Jovenes, fuerza y progreso.	MISIONAL	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 expida para tal propósito	Mantener por debajo de 0,04% el porcentaje de los adolescentes alguna vez madres o actualmente embarazadas entre los 10 y 19 años, del los municipios de la vega.	Porcentaje de adolescentes alguna vez madres o actualmente embarazadas entre los 10 y 19 años. (población objeto 1834)	Total de adolescentes alguna vez madres o actualmente embarazadas entre los 10 y 19 años en el periodo / Total de la población de adolescentes entre 10 y 19 años.	Número	0,62% 111137	2021	0,04%	0,58%	0,54%	0,50%	1%	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/Población objeto de adolescencia y juventud en la ESE	Porcentaje	1,17% 18/1520	2020	NA	11,17%	21,17%	31,17%	41,17%	1%	Gestor Científico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo futuro	EVALUACIÓN	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 expida para tal propósito.	Mantener en 0 x 100.000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad en la niñez de la población menor de 5 años atendida en la ESE Hospital de la Vega	Tasa mortalidad en la niñez (menores de 5 años)	Total defunciones de menores de 5 años / Total nacidos vivos	Porcentaje	0%	2019	0%	0%	0%	0%	0,66%	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 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 detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo/No de Historias clínicas de niños menores a 10 años de la muestra representativa.	Porcentaje	88%	2019	88%	88%	88%	88%	88%	0,66%	Líder del Programa de Promoción y Prevención, Gestor Científico. Calidad	
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo futuro	EVALUACIÓN	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 expida para tal propósito.	Mantener en 1 x 1000 la tasa de mortalidad por enfermedades hipertensivas de la población a cargo de la ESE	Tasa mortalidad por enfermedades hipertensivas de la población a cargo de la ESE	Total defunciones por enfermedades hipertensivas de la población a cargo de la ESE/ Total Población a cargo de la ESE	Porcentaje	1	2019	1x1000	1x1000	1x1000	1x1000	0,66%	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 / Nº de Historias clínicas de HTA de la muestra representativa.	Porcentaje	91%	2019	91%	91%	91%	91%	91%	0,66%	Líder del Programa de Promoción y Prevención, Gestor Científico. Calidad	
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo futuro	EVALUACIÓN	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 expida para tal propósito	Mantener en 0 los Casos de mortalidad por dengue en el área de influencia.	No de casos de mortalidad por dengue	No. de casos	Número	0	2019	0	0	0	0	0,66%	Aumentar la adherencia a las guías de práctica clínica de dengue. (Municipios con altura inferior a 2200 msnm)	% de adherencia e GPC	No de historias clínicas (muestra representativa) con aplicación estricta a la guía de DENGUE / Nº de Historias clínicas con diagnóstico de DENGUE de la muestra representativa.	Porcentaje	ND	2019	80%	80%	80%	80%	80%	0,66%	Líder del Programa de Promoción y Prevención, Gestor Científico. Calidad	
BIENESTAR - Toda una vida contigo- Construyendo futuro	EVALUACIÓN	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 expida para tal propósito	Aumentar en 4 puntos el índice de desempeño institucional.	Indice de desempeño Institucional	Calificación Componentes implementados/ Total de componentes a implementar.	Puntaje	64,5	2020	84,3	68,5	72,5	76,5	2%	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 /No. Actividades programadas	Porcentaje	ND	2019	90%	90%	90%	90%	90%	2%	Líder del Programa de Promoción y Prevención, Gestor Científico. Calidad	

Dra Viviana Marcela Clavijo
Gerente

PLAN OPERATIVO ANUAL 2021
PROCESO DIRECCIONAMIENTO
ESE HOSPITAL DE LA VEGA

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLAN OPERATIVO ANUAL

Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL DE LA VEGA
Código de habilitación de la IPS	2540203113-01
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	
Nombre del Gerente	VIVIANA MARCELA CLAVIJO

Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor esperado Año 4	Valor esperado Año 5	Peso porcentual de la meta	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	I trimestre Seguimiento	Descripción	II trimestre	II trimestre Seguimiento	Descripción	III trimestre	III trimestre Seguimiento	Descripción	IV trimestre	IV trimestre Seguimiento	Descripción	Recursos	Responsables Institucionales	E mail Responsable
				Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base																					
							Valor	Año																				
PROCESO: DIRECCIONAMIENTO																												
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 expida para tal propósito.	Mantener en el 100% el Plan de de mantenimiento del Sistema Único de Habilitación de la ESE Hospital de la Vega	% cumplimiento del plan de habilitación	N° de actividades ejecutadas/ N° total de actividades programadas *100	Porcentaje	100%	2022	100%	100%	1,00%	1. Realizar el diagnóstico de habilitación basado en la resolución 3100 de 2019.	40,00%	40,00%	40,00%	1. Realizar el diagnóstico de habilitación basado en la resolución 3100 de 2019.	40,00%	40,00%	1. Realizar el diagnóstico de habilitación basado en la resolución 3100 de 2019.	40,00%	40,00%	1. Realizar el diagnóstico de habilitación basado en la resolución 3100 de 2019.	40,00%	40,00%			Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico. Calidad.	Autoevaluación completa para el desarrollo del plan de menatrenimeinto.
												2. Diseñar planes de mejoramiento continuo.	20,00%	20,00%	20,00%	2. Diseñar planes de mejoramiento continuo.	20,00%	20,00%	2. Diseñar planes de mejoramiento continuo.	20,00%	20,00%	2. Diseñar planes de mejoramiento continuo.	20,00%	20,00%				
												3. Ejecutar y Realizar seguimiento a los planes.	40,00%	10,00%	10,00%	3. Ejecutar y Realizar seguimiento a los planes.	40,00%	10,00%	3. Ejecutar y Realizar seguimiento a los planes.	40,00%	10,00%	3. Ejecutar y Realizar seguimiento a los planes.	40,00%	10,00%				
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 expida para tal propósito.	Ejecutar como mínimo en el 90% el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad.	% de cumplimiento del PAMEC	Realacion del numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.	Porcentaje	90%	2022	90%	90%	1,00%	1. Priorizar las oportunidades de mejora.	20,00%	25,00%	25,00%	1. Priorizar las oportunidades de mejora.	20,00%	25,00%	1. Priorizar las oportunidades de mejora.	20,00%	25,00%	1. Priorizar las oportunidades de mejora.	20,00%	25,00%			Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico. Calidad.	Programa de auditoria.
												2. Definir acciones de mejoramiento para cada oportunidad de mejora.	20,00%	25,00%	25,00%	2. Definir acciones de mejoramiento para cada oportunidad de mejora.	20,00%	25,00%	2. Definir acciones de mejoramiento para cada oportunidad de mejora.	20,00%	25,00%	2. Definir acciones de mejoramiento para cada oportunidad de mejora.	20,00%	25,00%				
												3. Establecer cronogramas y tiempos para cumplir cada acción de mejoramiento.	20,00%	20,00%	20,00%	3. Establecer cronogramas y tiempos para cumplir cada acción de mejoramiento.	20,00%	20,00%	3. Establecer cronogramas y tiempos para cumplir cada acción de mejoramiento.	20,00%	20,00%	3. Establecer cronogramas y tiempos para cumplir cada acción de mejoramiento.	20,00%	20,00%				
												4. Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividad planteadas.	40,00%	NA	NA	4. Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividad planteadas.	40,00%	NA	4. Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividad planteadas.	40,00%	NA	4. Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividad planteadas.	40,00%	NA				
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 expida 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	N° de actividades ejecutadas / N° de actividades programadas *100	Porcentaje	100%	2022	100%	100%	1,00%	1. Consolidar la información de los indicadores definidos de acuerdo al periodo.	20%	5%	5%	1. Consolidar la información de los indicadores definidos de acuerdo al periodo.	20%	5%	1. Consolidar la información de los indicadores definidos de acuerdo al periodo.	20%	5%	1. Consolidar la información de los indicadores definidos de acuerdo al periodo.	20%	5%			Gestor 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 qye presenten desviaciones.
												2. Realizar análisis de los resultados.	20%	5%	5%	2. Realizar análisis de los resultados.	20%	5%	2. Realizar análisis de los resultados.	20%	5%	2. Realizar análisis de los resultados.	20%	5%				
												3. Reportar los indicadores en los tiempos establecidos de acuerdo al periodo.	20%	5%	5%	3. Reportar los indicadores en los tiempos establecidos de acuerdo al periodo.	20%	5%	3. Reportar los indicadores en los tiempos establecidos de acuerdo al periodo.	20%	5%	3. Reportar los indicadores en los tiempos establecidos de acuerdo al periodo.	20%	5%				
												4. Realizar análisis MOCA de los indicadres.	20%	5%	5%	4. Realizar análisis MOCA de los indicadres.	20%	5%	4. Realizar análisis MOCA de los indicadres.	20%	5%	4. Realizar análisis MOCA de los indicadres.	20%	5%				
												5. Implementar acciones correctivas a las desviaciones encontradas.	20%	5%	5%	5. Implementar acciones correctivas a las desviaciones encontradas.	20%	5%	5. Implementar acciones correctivas a las desviaciones encontradas.	20%	5%	5. Implementar acciones correctivas a las desviaciones encontradas.	20%	5%				
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 expida para tal propósito.	Aumentar el promedio de la autoevaluación del Sistema Único de 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	2022	1,2	1,2	0,20%	1. Planear el proceso para la autoevaluación definiendo los grupos y participantes de la actividad.	30%	NA	NA	1. Planear el proceso para la autoevaluación definiendo los grupos y participantes de la actividad.	30%	NA	1. Planear el proceso para la autoevaluación definiendo los grupos y participantes de la actividad.	30%	NA	1. Planear el proceso para la autoevaluación definiendo los grupos y participantes de la actividad.	30%	NA			Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico. Calidad.	
												2. Evaluar fortalezas y oportunidades de mejora.	35%	NA	NA	2. Evaluar fortalezas y oportunidades de mejora.	35%	NA	2. Evaluar fortalezas y oportunidades de mejora.	35%	NA	2. Evaluar fortalezas y oportunidades de mejora.	35%	NA				
												3. Calificar cuantitativamente cada estándar teniendo en cuenta la hoja radar.	35%	NA	NA	3. Calificar cuantitativamente cada estándar teniendo en cuenta la hoja radar.	35%	NA	3. Calificar cuantitativamente cada estándar teniendo en cuenta la hoja radar.	35%	NA	3. Calificar cuantitativamente cada estándar teniendo en cuenta la hoja radar.	35%	NA				

Dra Viviana Marcela Clavijo
Gerente

PLAN OPERATIVO ANUAL 2021
PROCESO DIRECCIONAMIENTO
ESE HOSPITAL DE LA VEGA

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLAN OPERATIVO ANUAL

Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL DE LA VEGA
Código de habilitación de la IPS	2540203113-01
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	
Nombre del Gerente	VIVIANA MARCELA CLAVIJO

Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor esperado Año 4	Valor esperado Año 5	Peso porcentual de la meta	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	I trimestre Seguimiento	Descripción	II trimestre	II trimestre Seguimiento	Descripción	III trimestre	III trimestre Seguimiento	Descripción	IV trimestre	IV trimestre Seguimiento	Descripción	Recursos	Responsables Institucionales	E mail Responsable
				Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base																					
							Valor	Año																				
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 expida para tal propósito.	Lograr el 90% de cumplimiento del plan de mejoramiento del Sistema Unico de Acreditación	Porceraje de cumplimento del plan de mejora del Sistema Único de Acreditación	Actividades ejecutadas/ Actividades propuestas	Porcetaje	90%	2022	90%	90%	0,80%	1. Definir plan de mejoramiento del Sistema unico de acreditación a partir de la autoevaluación realizada para cada uno de estandares en la vigencia	20%	20%	20%	1. Definir plan de mejoramiento del Sistema unico de acreditación a partir de la autoevaluación realizada para cada uno	20%	20%	1. Definir plan de mejoramiento del Sistema unico de acreditación a partir de la autoevaluación realizada	20%	20%	1. Definir plan de mejoramiento del Sistema unico de acreditación a partir	20%	20%			Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico. Calidad.	
												2. Ejecutar y realizar el seguimiento del plan de mejoramiento	80%	20%	20%	2. Ejecutar y realizar el seguimiento del plan de mejoramiento	80%	20%	2. Ejecutar y realizar el seguimiento del plan de mejoramiento	80%	20%	2. Ejecutar y realizar el seguimiento del plan de mejoramiento	80%	20%				
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 expida 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.	Procentaje	90%	2022	90%	90%	2,00%	1. Comité de seguridad del paciente activo y definir líder del programa de seguridad del paciente (Cumplir lineamientos COVID 19)	25,00%	6,25%	6,25%	1. Comité de seguridad del paciente activo y definir líder del programa de seguridad del paciente (Cumplir lineamientos COVID	25,00%	6,25%	1. Comité de seguridad del paciente activo y definir líder del programa de seguridad del paciente (Cumplir	25,00%	6,25%	1. Comité de seguridad del paciente activo y definir líder del programa de seguridad	25,00%	6,25%			Gestor Cientifico	Reflejar la implementación de las lineas de acción del programa.
												2. Realizar diagnostico del programa de seguridad del paciente y socializar con comité de seguridad del paciente	25,00%	25,00%	25,00%	2. Realizar diagnostico del programa de seguridad del paciente y socializar con comité de seguridad del paciente	25,00%	25,00%	2. Realizar diagnostico del programa de seguridad del paciente y socializar con comité de seguridad del	25,00%	25,00%	2. Realizar diagnostico del programa de seguridad del paciente y socializar con	25,00%	25,00%				
												3. Formular y aprobar plan de accion de seguridad del paciente	25,00%	25,00%	25,00%	3. Formular y aprobar plan de accion de seguridad del paciente	25,00%	25,00%	3. Formular y aprobar plan de accion de seguridad del paciente	25,00%	25,00%	3. Formular y aprobar plan de accion de seguridad del paciente	25,00%	25,00%				
												4. Realizar seguimeinto al Plan de Accion de Seguridad del Paciente	25,00%	6,25%	6,25%	4. Realizar seguimeinto al Plan de Accion de Seguridad del Paciente	25,00%	6,25%	4. Realizar seguimeinto al Plan de Accion de Seguridad del Paciente	25,00%	6,25%	4. Realizar seguimeinto al Plan de Accion de Seguridad del Paciente	25,00%	6,25%				
BIENESTAR - Un buen Vivir - Entornos para la Felicidad.	ESTRATÉGICOS 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 Secretaria de Salud.	% de ejecución	# actividades ejecutadas/# actividades programadas +100	Porcentaje	100%	2022	100%	100%	2,00%	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.	25,00%	25,00%	25,00%	1. Realizar estudio de oferta demanda para determinar la oferta de servicios conforme al aseguramiento del área de	25,00%	25,00%	1. Realizar estudio de oferta demanda para determinar la oferta de servicios conforme al	25,00%	25,00%	1. Realizar estudio de oferta demanda para determinar la oferta de servicios conforme	25,00%	25,00%			Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico. Calidad. Planeación	
												2. Establecer etapas en la implementación de la oferta de servicios.	25,00%	NA	NA	2. Establecer etapas en la implementación de la oferta de servicios.	25,00%	NA	2. Establecer etapas en la implementación de la oferta de servicios.	25,00%	NA	2. Establecer etapas en la implementación de la oferta de servicios.	25,00%	NA				
												3. Establecer parametros juridicos, financieros y administrativos para la organización de la Red Salud.	25,00%	NA	NA	3. Establecer parametros juridicos, financieros y administrativos para la organización de la Red Salud.	25,00%	NA	3. Establecer parametros juridicos, financieros y administrativos para la organización de la Red Salud.	25,00%	NA	3. Establecer parametros juridicos, financieros y administrativos para la	25,00%	NA				
												4. Implementar la Hoja de Ruta establecida.	25,00%	6,25%	6,25%	4. Implementar la Hoja de Ruta establecida.	25,00%	6,25%	4. Implementar la Hoja de Ruta establecida.	25,00%	6,25%	4. Implementar la Hoja de Ruta establecida.	25,00%	6,25%				
BIENESTAR - Un buen Vivir - Entornos para la Felicidad.	ESTRATÉGICOS 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 aperturados/ Nº de servicios proyectados en el periodo.	Porcentaje	100%	2022	100%	100%	2,00%	1. Inscripción de la red del portafolio.	14,29%	14,29%	14,29%	1. Definir el portafolio de servicios de la ESE conforme a la tipología establecida en la Red de Prestadores de Servicios de	14,29%	14,29%	1. Definir el portafolio de servicios de la ESE conforme a la tipología establecida en la Red de	14,29%	14,29%	1. Definir el portafolio de servicios de la ESE conforme a la tipología establecida en	14,29%	14,29%			Gestor Administrativo y Financiero, Gestor Científico. Calidad. Planeación	Sostenibilidad financiera de lo actual y lo futuro.
												2. Comparar la oferta de servicios actual con la establecida en cada tipología.	14,29%	14,29%	14,29%	2. Comparar la oferta de servicios actual con la establecida en cada tipología.	14,29%	14,29%	2. Comparar la oferta de servicios actual con la establecida en cada tipología.	14,29%	14,29%	2. Comparar la oferta de servicios actual con la establecida en cada tipología.	14,29%	14,29%				
												3. Definir etapas para la apertura de servicios conforme a los estudios de oferta demanda.	N.A	N.A	N.A	3. Definir etapas para la apertura de servicios conforme a los estudios de oferta demanda.	N.A	N.A	3. Definir etapas para la apertura de servicios conforme a los estudios de oferta demanda.	N.A	N.A	3. Definir etapas para la apertura de servicios conforme a los estudios de	N.A	N.A				
												4, Inscripción en la red de laboratorios.	14,29%	14,29%	14,29%	4, Inscripción en la red de laboratorios.	14,29%	14,29%	4, Inscripción en la red de laboratorios.	14,29%	14,29%	4, Inscripción en la red de laboratorios.	14,29%	14,29%				
												5, Participar en los programas de evaluación del desempeño que establece el laboratorio de salud pública.	14,29%	14,29%	14,29%	5, Participar en los programas de evaluación del desempeño que establece el laboratorio de salud pública.	14,29%	14,29%	5, Participar en los programas de evaluación del desempeño que establece el laboratorio de salud	14,29%	14,29%	5, Participar en los programas de evaluación del desempeño que establece el	14,29%	14,29%				
												6, Realizar autoevaluación de resolución 1619 de 2015.	14,29%	14,29%	14,29%	6, Realizar autoevaluación de resolución 1619 de 2015.	14,29%	14,29%	6, Realizar autoevaluación de resolución 1619 de 2015.	14,29%	14,29%	6, Realizar autoevaluación de resolución 1619 de 2015.	14,29%	14,29%				
												7, Promoción y divulgación de la Ruta de atención Integral en salud dirigida a la población Victima del conflicto Armado**	14,29%	14,29%	14,29%	7, Promoción y divulgación de la Ruta de atención Integral en salud dirigida a la población Victima del conflicto Armado**	14,29%	14,29%	7, Promoción y divulgación de la Ruta de atención Integral en salud dirigida a la población Victima del	14,29%	14,29%	7, Promoción y divulgación de la Ruta de atención Integral en salud dirigida a la	14,29%	14,29%				
												8, Adoptar el programa de atención Psicosocial y Salud integral a Victimas – PAPSIVI acorde al Decreto 1650 de 2022**	14,29%	14,29%	14,29%	8, Adoptar el programa de atención Psicosocial y Salud integral a Victimas – PAPSIVI acorde al Decreto 1650 de	14,29%	14,29%	8, Adoptar el programa de atención Psicosocial y Salud integral a Victimas – PAPSIVI acorde al	14,29%	14,29%	8, Adoptar el programa de atención Psicosocial y Salud integral a Victimas – PAPSIVI	14,29%	14,29%				

Dra Viviana Marcela Clavijo
Gerente

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

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLAN OPERATIVO ANUAL

Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL DE LA VEGA
Código de habilitación de la IPS	2594020113-01
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	
Nombre del Gerente	VIVIANA MARCELA CLAVIJO

Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto: Nombre del indicador	Indicador de producto: Descripción de la fórmula	Indicador de producto: Unidad de medida	Indicador de producto: Línea base: Valor	Indicador de producto: Línea base: Año	Valor esperado Año 4	Valor esperado Año 5	Peso porcentual de la meta	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	I trimestre Seguimiento	Descripción	II trimestre	II trimestre Seguimiento	Descripción	III trimestre	III trimestre Seguimiento	Descripción	IV trimestre	Recursos	Responsables Institucionales	E mail Responsable
PROCESO: MISIONALES		PROCESO: MISIONAL																								
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo Futuro.	ONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	Aumentar en 2% el tamizaje en salud oral a traves de la consulta de primera vez por momento de curso de vida	% población con tamizaje salud oral	Número de consultas de primera vez realizadas/ Número totas de población a cargo entre 0 a 69 años	Porcentaje	*Ajuste y Depuración*	2022	11,7%	13,7%	0,5%	1. Aumentar la tamización de los pacientes menores de 69 años para identificar sus condiciones orales.	25%	6,25%	6,25%	Se realiza tamizacion de los pacientes menores de 69 años	6,25%	6,25%	Se realiza tamizacion de los pacientes menores de 69 años	6,25%	6,25%	Se realiza tamizacion de los pacientes menores de 69 años	6,25%	6,25%	Gestor Cientifico Odontólogo	
												2. Realizar la obturación a los pacientes menores de 69 años diagnosticados con caries.	25%	6,25%	6,25%	Se realizaronbturaciones durante el trimestre	6,25%	6,25%	Se realizaronbturaciones durante el trimestre	6,25%	6,25%	Se realizaron bturaciones durante el trimestre	6,25%	6,25%		
												3. Aplicar flúor 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%	Se realiza la aplicación de fluor a niños	6,25%	6,25%	Se realiza la aplicación de fluor a niños	6,25%	6,25%	Se realiza la aplicación de fluor a niños	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%	Se realiza a pacientes control de placa	6,25%	6,25%	Se realiza a pacientes control de placa	6,25%	6,25%	Se realiza a pacientes control de placa	6,25%	6,25%		
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo Futuro.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	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 caries	Porcentaje	*Ajuste y Depuración*	2022	10,0%	10,0%	0,5%	1. Realizar seguimiento al cierre de los tratamientos terminados en la población tamizada	100%	25,00%	25,00%	se realiza cierre de tratamientos terminados según desaparición de caries	25,00%	25,00%	se realiza cierre de tratamientos terminados según desaparición de caries	25,00%	25,00%	se realiza cierre de tratamientos terminados según desaparición de caries	25,00%	25,00%	Gestor Cientifico Odontólogo	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduria.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	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 años a cargo de la ESE * 100.	Porcentaje	*Ajuste y Depuración*	2022	4,0%	6,0%	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 caracterización de los GEBIS o la Consulta Externa, realizando aplicación del Test de Findrisk y canalización de los pacientes identificados con riesgo de DIABETES.	10,0%	2,5%	2,5%	Se realiza busqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de findrisk	2,5%	2,5%	Se realiza busqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de findrisk	2,5%	2,5%	Se realiza busqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de findrisk	2,5%	2,5%	Gestor Cientifico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
												2. Implementación de la ruta de promocion y mantenimiento de la salud resolución 3280 del 2018 a traves de un taller con medicos de consulta externa del hosoital.	30,0%	7,5%	7,5%	Se realiza socializacion de la ruta de promocion regun res 3280 de 2018	7,5%	7,5%	Se realiza socializacion de la ruta de promocion regun res 3280 de 2018	7,5%	7,5%	Se realiza socializacion de la ruta de promocion regun res 3280 de 2018	7,5%	7,5%		
												3. Establecer metas con los medicos, GEBIS y Profesionales que realizar consulta Medica.	30,0%	7,5%	7,5%	Se establecen metas de atencion mediante la atencion de gebis y medicos en consulta externa demanda intramural y extramural	7,5%	7,5%	Se establecen metas de atencion mediante la atencion de gebis y medicos en consulta externa demanda intramural y extramural	7,5%	7,5%	Se establecen metas de atencion mediante la atencion de gebis y medicos en consulta externa demanda intramural y extramural	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%	Se realiza seguimiento a cumplimiento de metas	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento a cumplimiento de metas	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento a cumplimiento de metas	7,5%	7,5%		
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduria.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	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	*Ajuste y Depuración*	2022	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 caracterización de las GEBIS, consulta extramural, o la Consulta Externa; realizando toma de tensión Arterial y aplicación del Test de Findrisk y canalización de los pacientes identificados con riesgo de DIABETES.	50,00%	12,50%	12,50%	Se realiza busqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de findrisk	12,50%	12,50%	Se realiza busqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de findrisk	12,50%	12,50%	Se realiza busqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de findrisk	12,50%	12,50%	Gestor Cientifico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
												2. UnTaller de aplicación y interpretación del tes de Findrisk a medicos y GEBIS.	50,00%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	50,00%	50,00%		
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduria.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida 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 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	*Ajuste y Depuración*	2022	8%	8%	8%	1. Realizar seguimiento a las cifras de hemoglobina glicosilada controladas de los usuarios responsabilidad de la ESE	40%	10%	10%	Se realiza seguimiento a cifras de hemoglobina glicosilada a los pacientes dentro del programa de cronicos	10%	10%	Se realiza seguimiento a cifras de hemoglobina glicosilada a los pacientes dentro del programa de cronicos	10%	10%	Se realiza seguimiento a cifras de hemoglobina glicosilada a los pacientes dentro del programa de cronicos	10%	10%	Gestor Cientifico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
												2.Un Taller de implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud	60%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		15%	15%		
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduria.	PYD	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	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	*Ajuste y Depuración*	2022	23%	23%	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 caracterización de los GEBIS o la Consulta Externa; realizando toma de tensión Arterial y aplicación del Test de Findrisk y canalización de los pacientes identificados con TA mayor a 140/90 y/o puntaje de test de Findrisk mayor a 12 para Detección Temprana de Hipertensión arterial.	10,0%	2,5%	2,5%	Se realiza busqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de findrisk	2,5%	2,5%	Se realiza busqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de findrisk	2,5%	2,5%	Se realiza busqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de findrisk	2,5%	2,5%	Gestor Cientifico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
												2. Un Taller de implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud.	30,0%	7,5%	7,5%	Se realiza socializacion de la ruta de promocion regun res 3280 de 2018	7,5%	7,5%	Se realiza socializacion de la ruta de promocion regun res 3280 de 2018	7,5%	7,5%	Se realiza socializacion de la ruta de promocion regun res 3280 de 2018	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%	Se establecen metas de atencion mediante la atencion de gebis y medicos en consulta externa demanda intramural y extramural	7,5%	7,5%	Se establecen metas de atencion mediante la atencion de gebis y medicos en consulta externa demanda intramural y extramural	7,5%	7,5%	Se establecen metas de atencion mediante la atencion de gebis y medicos en consulta externa demanda intramural y extramural	7,5%	7,5%		
												4. Seguimiento a las metas en la entrega mensual de productos.	30,0%	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento a cumplimiento de metas	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento a cumplimiento de metas	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento a cumplimiento de metas	7,5%	7,5%		
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduria.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	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 / Numero de población tamizada identificada con riesgo	Porcentaje	*Ajuste y Depuración*	2022	40,00%	42,00%	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 caracterización de los GEBIS o la Consulta Externa; realizando toma de tensión Arterial y aplicación del Test de Findrisk y canalización de los pacientes identificados con TA mayor a 140/90 y/o puntaje de test de Findrisk mayor a 12 para Detección Temprana de Hipertensión arterial. (449 pacientes)	40,00%	10,00%	10,00%	Se realiza busqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de findrisk	10,00%	10,00%	Se realiza busqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de findrisk	10,00%	10,00%	Se realiza busqueda activa de pacientes con factores de riesgo para diabetes mediante la aplicación del test de findrisk	10,00%	10,00%	Gestor Cientifico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
												2. Entregar metas por colaborador de consulta externa y atención extramural de toma de tensión arterial	30,00%	7,5%	7,5%	Se realiza socializacion de la ruta de promocion regun res 3280 de 2018	7,5%	7,5%	Se realiza socializacion de la ruta de promocion regun res 3280 de 2018	7,5%	7,5%	Se realiza socializacion de la ruta de promocion regun res 3280 de 2018	7,5%	7,5%		
												3. Seguimiento a las metas en la entrega mensual de productos.	30,00%	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento a cumplimiento de metas	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento a cumplimiento de metas	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento a cumplimiento de metas	7,5%	7,5%		
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduria.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	Mantener controlados el 10% de los pacientes diagnosticados con hipertensión.	Proporción de pacientes hipertensos controlados	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	*Ajuste y Depuración*	2022	10,0%	10,0%	8%	1.Seguimiento a pacientes con cifras T/A por encima de 140/90	50,00%	12,50%	12,50%	Se realiza inclusion de pacientes canalizados e controles de hipertensos, se realiza seguimiento a pacientes con tension superior a 140/90	12,50%	12,50%	Se realiza inclusion de pacientes canalizados e controles de hipertensos, se realiza seguimiento a pacientes con tension superior a 140/90	12,50%	12,50%	Se realiza inclusion de pacientes canalizados e controles de hipertensos, se realiza seguimiento a pacientes con tension superior a 140/90	12,50%	12,50%	Gestor Cientifico Profesionales Médicos Enfermera Profesional 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%	Se realiza capacitacion a cliente externo de habitos de vida saludable	12,50%	12,50%	Se realiza capacitacion a cliente externo de habitos de vida saludable	12,50%	12,50%	Se realiza capacitacion a cliente externo de habitos de vida saludable	12,50%	12,50%		
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduria.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida 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 se les debe práctica 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	*Ajuste y Depuración*	2022	70,0%	70,0%	1,50%	1. Realizar demanda inducida a mujeres entre 50 y 69 años de edad para tamizaje de cancer de mama.	40,00%	10,00%	10,00%	Se realiza demanda inducida para la toma de mamografias	10,00%	10,00%	Se realiza demanda inducida para la toma de mamografias	10,00%	10,00%	Se realiza demanda inducida para la toma de mamografias	10,00%	10,00%	Gestor Cientifico Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
												2. Implementar resolución 3280 del 2018,incluir kups en el sistema de historia clinica.	30,00%	7,5%	7,5%	Se realiza inclusion de pacientes canalizados e controles de hipertensos, se realiza seguimiento a pacientes con tension superior a 140/90	7,5%	7,5%	Se realiza inclusion de pacientes canalizados e controles de hipertensos, se realiza seguimiento a pacientes con tension superior a 140/90	7,5%	7,5%	Se realiza inclusion de pacientes canalizados e controles de hipertensos, se realiza seguimiento a pacientes con tension superior a 140/90	7,5%	7,5%		
												3. Seguimiento a pacientes que se realizo demanda para mamografia	30,00%	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento de mamografias anormales	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento de mamografias anormales	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento de mamografias anormales	7,5%	7,5%		
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduria.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida 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 mamografias con resultado positivo con seguimiento de mamografia / Numero total de mamografias positivas	Porcentaje	*Ajuste y Depuración*	2022	44,8%	47,8%	1,5%	1. Se realiza seguimiento a los resultados anormales de mamografias	100,00%	25,00%	25,00%	Se realiza seguimiento de mamografias anormales	25,00%	25,00%	Se realiza seguimiento de mamografias anormales	25,00%	25,00%	Se realiza seguimiento de mamografias anormales	25,00%	25,00%		

Dra Viviana Marcela Clavijo
Gerente

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

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLAN OPERATIVO ANUAL

Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL DE LA VEGA
Código de habilitación de la IPS	2504020313-01
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	
Nombre del Gerente	VIVIANA MARCELA CLAVIJO

Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto: Nombre del indicador	Indicador de producto: Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base: Valor	Línea base: Año	Valor esperado Año 4	Valor esperado Año 5	Peso porcentual de la meta	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	I trimestre Seguimiento	Descripción	II trimestre	II trimestre Seguimiento	Descripción	III trimestre	III trimestre Seguimiento	Descripción	IV trimestre	Recursos	Responsables Institucionales	E mail Responsable
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduria.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	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. Esquema 1:1:3	Porcentaje	*Ajuste y Depuración*	2022	70%	70%	6%	1. Realizar demanda inducida continua en los servicios de la institución y extramuralmente al 10% de las mujeres entre 25 y 69 años responsabilidad de la E.S.E. para que se practiquen la citologia. (87 pacientes)	40,00%	10,00%	10,00%	Se realiza demanda inducida para la toma de citologia responsables de la ese pacientes	10,00%	10,00%	Se realiza demanda inducida para la toma de citologia responsables de la ese pacientes	10,00%	10,00%	Se realiza demanda inducida para la toma de citologia responsables de la ese pacientes	10,00%	10,00%	Gestor Cientifica Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
												2. Realizar seguimiento a la demanda inducida.	30,00%	7,5%	7,5%	Se realiza seguimietno a citologias anormales en mujeres de edad fertil	7,5%	7,5%	Se realiza seguimietno a citologias anormales en mujeres de edad fertil	7,5%	7,5%	Se realiza seguimietno a citologias anormales en mujeres de edad fertil	7,5%	7,5%		
												3.Favorecer el acceso a la toma de citologia a travez de jornadas de toma de citologias una trimestral.	30,00%	7,5%	7,5%	Se realiza jornada de toma de citologias	7,5%	7,5%	Se realiza jornada de toma de citologias	7,5%	7,5%	Se realiza jornada de toma de citologias	7,5%	7,5%		
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduria.	CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNÓSTICO	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	Realizar tamizaje para detección temprana de cáncer de próstata en 70%, con antígeno prostático, en hombres mayores de 50 años.	Examenes de antígeno prostático.	No. Examenes de antígeno prostático ordenados/Total de hombres mayores de 50 años a cargo de la IPS	Porcentaje	*Ajuste y Depuración*	2022	70%	70%	2,0%	1. Realizar demanda inducida a hombres mayores de 50 años para tamizaje de cancer de prostata.	40,00%	10,00%	10,00%	Se realiza demanda inducida para la toma de PSA responsables de la ese 13 pacientes	10,00%	10,00%	Se realiza demanda inducida para la toma de PSA responsables de la ese 13 pacientes	10,00%	10,00%	Se realiza demanda inducida para la toma de PSA responsables de la ese 13 pacientes	10,00%	10,00%	Gestor Cientifica Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
												2. Aplicar tamizaje de cance de prostata a hombres mayores de 50 años.	30,00%	7,5%	7,5%	Se aplica tamizaje mediante antigeno prostatico a hombres mayores de 50 años	7,5%	7,5%	Se aplica tamizaje mediante antigeno prostatico a hombres mayores de 50 años	7,5%	7,5%	Se aplica tamizaje mediante antigeno prostatico a hombres mayores de 50 años	7,5%	7,5%		
												3. Implementar resolución 3280 del 2018 a travez de la introducción de nuevos kups en la historia clínica y taller con los medicos de consulta externa.	30,00%	7,5%	7,5%	Se realiza socializacion de la ruta de promocion regun res 3280 de 2018	7,5%	7,5%	Se realiza socializacion de la ruta de promocion regun res 3280 de 2018	7,5%	7,5%	Se realiza socializacion de la ruta de promocion regun res 3280 de 2018	7,5%	7,5%		
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Experiencia y Sabiduria.	CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNÓSTICO	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	Aumentar el seguimiento anual de PSA en 5% en consulta del Antigeno prostatico para detección temprana de cáncer de próstata en hombres mayores de 50 años.	Seguimiento en consulta PSA	Numero total de ordenes de PSA con seguimiento en consulta/ Total de ordenes de PSA del periodo	Porcentaje	*Ajuste y Depuración*	2022	20%	25%	2%	1. Realizar seguimiento en consulta de los resultados de PSA en valores de referencia aumentados de acorde a la edad del paciente	100,00%	25,00%	25,00%	Se realiza seguimiento a los resultados de PSA aumentados con relacion al valor de referencia dado por la edad	25,00%	25,00%	Se realiza seguimiento a los resultados de PSA aumentados con relacion al valor de referencia dado por la edad	25,00%	25,00%	Se realiza seguimiento a los resultados de PSA aumentados con relacion al valor de referencia dado por la edad	25,00%	25,00%		
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo Futuro.	PYD	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	Mantener el 85% 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 al programa de detección temprana de alteraciones del embarazo antes de la semana 12	No. De pacientes inscritas en el programa de detección temprana de alternaciones en el embarazo antes de la semana 12 / Total de pacientes inscritas en el programa.	Porcentaje	*Ajuste y Depuración*	2022	85%	85%	6%	1. Identificar y notificar las gestantes que consulten o cualquiera de los servicios en la ESE Hospital de la vega a el servicio de promoción y prevención y generar la demanda inducida y efectiva para los controles prenatales.	40%	10,00%	10,00%	Se realiza identificacion al programa de gestantes con gravidera positivos 9 gestantes	10,00%	10,00%	Se realiza identificacion al programa de gestantes con gravidera positivos 9 gestantes	10,00%	10,00%	Se realiza identificacion al programa de gestantes con gravidera positivos 9 gestantes	10,00%	10,00%	Gestor Cientifica Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
												2. Articular con el laboratorio las pruebas positivas para gestación sean informadas al programa de PYD.	30%	7,5%	7,5%	capacitacion a personal en ruta materna	7,5%	7,5%	capacitacion a personal en ruta materna	7,5%	7,5%	capacitacion a personal en ruta materna	7,5%	7,5%		
												3. Llamar y asignar cita de control prenatal.	30%	7,5%	7,5%	Se realiza asignacion de citas de consultas para maternas	7,5%	7,5%	Se realiza asignacion de citas de consultas para maternas	7,5%	7,5%	Se realiza asignacion de citas de consultas para maternas	7,5%	7,5%		
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo Futuro.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	Lograr que el 85% de las gestantes inscritas en el programa tengan como minimo 4 controles prenatales (minimo 1 en cada trimestre).	Proporción de mujeres con mas de 4 controles prenatales	No. Gestantes inscritas en el programa que cuentan con 4 o mas 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	*Ajuste y Depuración*	2022	85%	85%	8%	1. Garantizar la atención oportuna de las Gestantes	50%	12,50%	12,50%	Se realiza curso profilactico a gestantes en el programa de lactancia materna y de el puerperio	12,50%	12,50%	Se realiza curso profilactico a gestantes en el programa de lactancia materna y de el puerperio	12,50%	12,50%	Se realiza curso profilactico a gestantes en el programa de lactancia materna y de el puerperio	12,50%	12,50%	Gestor Cientifica Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
												2. Evaluar y verificar continuamente el numero de controles prenatales al 100% de las gestantes inscritas en el programa	50%	12,50%	12,50%	Se realiza seguimiento a las gestantes en el control de atención	12,50%	12,50%	Se realiza seguimiento a las gestantes en el control de atención	12,50%	12,50%	Se realiza seguimiento a las gestantes en el control de atención	12,50%	12,50%		
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo Futuro.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	Implementar el plan de acción de morbilidad materna extrema	% de cumplimiento	Número de actividades ejecutadas/Número de actividades propuestas *100	Porcentaje	*Ajuste y Depuración*	2022	100%	100%	2%	1. Identificar de forma inmediata los casos que cumplan con la definición de caso de morbilidad materna extrema	40%	10,00%	10,00%	Identificacion de casos	10,00%	10,00%	Identificacion de casos	10,00%	10,00%	Identificacion de casos	10,00%	10,00%	Gestor Cientifica Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
												2. Notificar de manera inmediata de los casos de morbilidad materna extrema	30%	7,5%	7,5%	Notificacion de casos en sivigila	7,5%	7,5%	Notificacion de casos en sivigila	7,5%	7,5%	Notificacion de casos en sivigila	7,5%	7,5%		
												3. Socializar guias y normas de atención (según la normatividad vigente) para la atención integral requerida por la gestante y su hijo	30%	7,5%	7,5%	Socializacion a personal	7,5%	7,5%	Socializacion a personal	7,5%	7,5%	Socializacion a personal	7,5%	7,5%		
GOBERNANZA - Gestión Pública Inteligente - Mejores Instituciones más eficiencia.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	Reducir los casos la incidencia de Sífilis Congénita.	No. De casos de sífilis congénita	Número de casos reportados	Número	0	2022	0	0	1%	1. En la atención de de ruta de maternidad se ordena la prueba de treponema Palidum para detección de sífilis gestacional.	40%	10,00%	10,00%	Se realiza atención integral de las maternas mediante las pruebas de sífilis PRUEBA SEROLOGICA	10,00%	10,00%	Se realiza atención integral de las maternas mediante las pruebas de sífilis PRUEBA SEROLOGICA	10,00%	10,00%	Se realiza atención integral de las maternas mediante las pruebas de sífilis PRUEBA SEROLOGICA	10,00%	10,00%	Gestor Cientifica Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
												2. Reportar oportunamente por parte del laboratorio para realizar el seguimiento y tratamiento a la gestante.	30%	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento a pacientes con prueba serologica	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento a pacientes con prueba serologica	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento a pacientes con prueba serologica	7,5%	7,5%		
												3. Realizar seguimiento a la serogología realizada en los controles de las gestantes.	30%	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento a pacientes con prueba serologica a gestantes	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento a pacientes con prueba serologica a gestantes	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento a pacientes con prueba serologica a gestantes	7,5%	7,5%		
BIENESTAR - Un buen vivir- Transformando mentes y corazones.	CONSULTA EXTERNA URGENCIAS	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	Realizar seguimiento a los casos de salud mental reportados (diferentes tipologias de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastornos mentales)	% eventos relacionados a Salud Mental con seguimiento Plan de acción en Salud Mental	No. de casos identificados a los que se les realiza seguimiento * 100 / No. De eventos reportados.	Porcentaje	100% 30/30	2022	100%	100%	1%	1. Identificar los casos por SIVIGILA .	50%	12,50%	12,50%	Se realiza identificacion en sivigila de personal con intento de suicidio	12,50%	12,50%	Se realiza identificacion en sivigila de personal con intento de suicidio	12,50%	12,50%	Se realiza identificacion en sivigila de personal con intento de suicidio	12,50%	12,50%	Gestor Cientifica Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
												2. Identificar cual que casos corresponden a la población responsable dél hospital y realizar seguimiento por psicologia.	50%	12,50%	12,50%	Se realiza interconsulta con psicologia modalidad telemedicina	12,50%	12,50%	Se realiza interconsulta con psicologia modalidad telemedicina	12,50%	12,50%	Se realiza interconsulta con psicologia modalidad telemedicina	12,50%	12,50%		
BIENESTAR - Un buen vivir- Transformando mentes y corazones.	CONSULTA EXTERNA	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida 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%	2022	100%	100%	1%	1. Realizar seguimiento a las actividades del plan de salud mental	25%	25,00%	25,00%	Seguimiento a pacientes reportados	25%	25,00%	Seguimiento a pacientes reportados	50,00%	50,00%	Seguimiento a pacientes reportados	50,00%	50,00%	Trabajo Social	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo Futuro.	CONSULTA EXTERNA PYD	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida 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% 219/231	2022	77%	77%	2%	1.Activar estrategia IAMI en la institución.	40%	10,00%	10,00%	Se realiza curso profilactico a gestantes en el programa de lactancia materna y de el puerperio	10,00%	10,00%	Se realiza curso profilactico a gestantes en el programa de lactancia materna y de el puerperio	10,00%	10,00%	Se realiza curso profilactico a gestantes en el programa de lactancia materna y de el puerperio	10,00%	10,00%	Gestor Cientifica Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
												2. Implementar resolución 3280 ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud	30%	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento de la estartegia IAMI	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento de la estartegia IAMI	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento de la estartegia IAMI	7,5%	7,5%		
												3. Realizar seguimiento a sistema de información MANGO.	30%	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento a los menores identificados con desnutrición	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento a los menores identificados con desnutrición	7,5%	7,5%	Se realiza seguimiento a los menores identificados con desnutrición	7,5%	7,5%		
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo Futuro.	CONSULTA EXTERNA PYD	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida 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% 3/562	2022	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%	Se realiza canalizacion y identificacion de pacientes menores de 10 años con alteracion de peso	10,00%	10,00%	Se realiza canalizacion y identificacion de pacientes menores de 10 años con alteracion de peso	10,00%	10,00%	Se realiza canalizacion y identificacion de pacientes menores de 10 años con alteracion de peso	10,00%	10,00%	Gestor Cientifica Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
												2. Realizar identificación y canalización de menores de 10 años con alteraciones en el crecimiento en los servicios intramurales	30%	7,5%	7,5%	Se realizaa canalizacion de menores de 10 años	7,5%	7,5%	Se realizaa canalizacion de menores de 10 años	7,5%	7,5%	Se realizaa canalizacion de menores de 10 años	7,5%	7,5%		
												3. Implementar el Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda aplicado al alcance de la ESE Hospital de la Vega	30%	7,5%	7,5%	Se implementa el lineamiento de manejo de desnutricion global	7,5%	7,5%	Se implementa el lineamiento de manejo de desnutricion global	7,5%	7,5%	Se implementa el lineamiento de manejo de desnutricion global	7,5%	7,5%		
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo Futuro.	CONSULTA EXTERNA INTERNACIÓN URGENCIAS	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	Implementar al 90 % la estrategia IAMI en laESE Hospital de la Vega	Porcentaje de implementación	Numero de actividades realizadas / Numero de actividades programadas * 100	Porcentaje	90%	2022	90%	90%	1%	1. Realizar semestralmente seguimiento a la estrategia IAMI.	20%	NA	NA	NA	10%	NA	NA	NA	NA	NA	10%	NA	Gestor Cientifica Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
												2. Formular Plan de mejoramiento derivado de la autoevaluación IAMI.	20%	20%	20%	Se realiza plan de mejoramiento a aprtir de autoevaluacion de IAMI	NA	20%	Se realiza plan de mejoramiento a aprtir de autoevaluacion de IAMI	NA	NA	Se realiza plan de mejoramiento a aprtir de autoevaluacion de IAMI	NA	NA		
												3. Ejecutar acciones de mejoramiento planteadas.	20%	5%	5%	Se ejecutan las accion por trimestre	5%	5%	Se ejecutan las accion por trimestre	5%	5%	Se ejecutan las accion por trimestre	5%	5%		
												4. Realizar seguimiento a PM formulado.	20%	5%	5%	Se realiza plan de mejoramiento a aprtir de autoevaluacion de IAMI	5%	5%	Se realiza plan de mejoramiento a aprtir de autoevaluacion de IAMI	5%	5%	Se realiza plan de mejoramiento a aprtir de autoevaluacion de IAMI	5%	5%		
												5. Realizar nueva autoevaluación IAMI.	20%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	20%	NA		
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Construyendo Futuro.	PYD	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	Alcanzar el 95% de coberturas útiles de vacunación con los biológicos trazadores que hacen parte del esquema PAI	Cobertura de vacunación	Coberturas de vacunación con BCG, DPT 3 dosis, polio 3 dosis, triple viral < 1 año y triple viral < 5 años.	Porcentaje	95%	2022	95%	95%	4%	1. Participar en las jornadas de vacunación Municipal, Departamental y Nacional.	50,00%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	12,50%	12,50%	NA	12,50%	12,50%	Gestor Cientifica Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
												2. Mantener y atender la demanda inducida por promotores de salud.	50,00%	12,50%	12,50%	Se realiza demanda inducida por parte de las promotoras de salud en vacunacion	12,50%	12,50%	Se realiza demanda inducida por parte de las promotoras de salud en vacunacion	12,50%	12,50%	Se realiza demanda inducida por parte de las promotoras de salud en vacunacion	12,50%	12,50%		
BIENESTAR - Un buen Vivir - Entornos para la Felicidad.	URGENCIAS INTERNACIÓN	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósitoel periodo.	Reducir la proporción de reingreso hospitalario por IRA, en menores de 5 años, durante el periodo.	Proporción de reingreso de pacientes menores de 5 años con diagnóstico de IRA	No. De menores de 5 años con reingreso hospitalario por IRA dentro de los 20 días despues del primer egreso por IRA en la misma institución / No. De menores de 5 años con al menos un egreso por IRA.	Porcentaje	0%	2022	1%	1%	2%	1. Realizar seguimiento por APS y PIC a los pacientes atendidos por primera vez con criterios para de seguimiento de IRA con respecto a las recomendaciones dadas por el medico.	100%	25%	25%	Se realiza seguimiento de pacientes atendidos en el servicio con IRA	25%	25%	Se realiza seguimiento de pacientes atendidos en el servicio con IRA	25%	25%	Se realiza seguimiento de pacientes atendidos en el servicio con IRA	25%	25%	Gestor Cientifica Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	
BIENESTAR - Toda una vida contigo - Jovenes, fuerza y progreso.	CONSULTA EXTERNA PYD	Fomentar los servicios de salud directo o indirectamente, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito	Aumentar en 5% número de consultas de los servicios amigables para adolescentes en la E.SE.	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	*Ajuste y Depuración*	2022	35,00%	40,00%	1%	1. Implementar resolución 3280 ruta de Mantenimiento y Promoción de la salud atencions por ciclo vital.	100%	25%	25%	Se realiza socializacion de la ruta de promocion regun res 3280 de 2018	25%	25%	Se realiza socializacion de la ruta de promocion regun res 3280 de 2018	25%	25%	Se realiza socializacion de la ruta de promocion regun res 3280 de 2018	25%	25%	Gestor Cientifica Profesionales Médicos Enfermera Profesional Consulta Externa	

Dra Viviana Marcela Clavijo
Gerente

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

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLAN OPERATIVO ANUAL

Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL DE LA VEGA
Código de habilitación de la IPS	2594020113-01
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	
Nombre del Gerente	VIVIANA MARCELA CLAVIJO

Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor esperado Año 4	Valor esperado Año 5	Peso porcentual de la meta	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	I trimestre Seguimiento	Descripción	II trimestre	II trimestre Seguimiento	Descripción	III trimestre	III trimestre Seguimiento	Descripción	IV trimestre	Recursos	Responsables Institucionales	E mail Responsable
				Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base																			
							Valor	Año																		

****NOTA ACLARATORIA: Las líneas bases se encuentran en construcción y depuración.**

Dra Viviana Marcela Clavijo
Gerente

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

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLAN OPERATIVO ANUAL

Nombre de la IPS	**ESE HOSPITAL DE LA VEGA**
Código de habilitación de la IPS	**2540203113-01**
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	
Nombre del Gerente	**VIVIANA MARCELA CLAVIJO**

Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto: Nombre del indicador	Indicador de producto: Descripción de la formula	Indicador de producto: Unidad de medida	Línea base: Valor	Línea base: Año	Valor esperado Año 4	Valor esperado Año 5	Peso porcentual de la meta	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
PROCESO: APOYO																					
SOSTENIBILIDAD - Seguridad Hídrica y Recursos Naturales para la Vida.	RECURSOS MATERIALES	Prestar directa o indirectamente los servicios de salud que la población requiera 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	Nº Total de residuos reciclables / Total de residuos producidos * 100	Porcentaje	15% 2386,81/ 16242,01	2022	15%	15%	0,40%	1. Sensibilización al cliente interno en las tres líneas de acción de la estrategias hospital verde.	25%	6,25%	6,25%	Se realiza sensibilizacion del cliente interno mediante la estartegia de hospital verde para el consumo y separacion del material reciclaje	6,25%	6,25%	Se realiza sensibilizacion del cliente interno mediante la estartegia de hospital verde para el consumo y separacion del material reciclaje	Gestor Administrativo y Financiero, Gestión Ambiental. Cartera	
												2. Sensibilización al cliente externo en las tres líneas de acción de la estrategias hospital verde.	25%	6,25%	6,25%	Se realiza sensibilizacion del cliente en el consumo de material reciclaje	6,25%	6,25%	Se realiza sensibilizacion del cliente en el consumo de material reciclaje		
												3. Determinar o definir la estrategia de reducción y compensación de la huella de carbono con especies vivas (con base a los resultados del índice de dióxido de carbo generado en la E.S.E según la plataforma Cundinamarca mas verde)	25%	25,00%	25,00%	Se determina la estrategia del hospital verde para la compensación de la huella de carbomo	NA	25,00%	Se determina la estrategia del hospital verde para la compensación de la huella de carbomo		
												4. Realizar de manera anual informe de monitoreo de la estrategia hospital verde.	25%	6,25%	6,25%	Se presenta informe trimestre el condensado de las actividades realizadas en el hospital mediante la estrategia de hospital verde	6,25%	6,25%	Se presenta informe trimestre el condensado de las actividades realizadas en el hospital mediante la estrategia de hospital verde		
SOSTENIBILIDAD - Seguridad Hídrica y Recursos Naturales para la Vida.	RECURSOS MATERIALES	Prestar directa o indirectamente los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa pueda ofrecer de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles.	Mantener el consumo del agua por capita anual programado en la E.S.E.	M3 de agua consumidos en el periodo	m3 de agua consumidos/total de m3 de agua programados según estrategia	M3	2090	2022	2090	2090	0,40%	1. Documentar la Estrategia de Hospital verde linea de accion ahorro de agua para la vigencia 2022	25%	25,0%	25,0%	Se documenta estartegia de hospital verde para la vigencia 2021	NA	25,0%	Se documenta estartegia de hospital verde para la vigencia 2021	Gestor Administrativo y Financiero, Gestión Ambiental. Cartera	
												2. Socializar las lineas de intervencion de la estrategia Hospital verde con el 100% de los funcionarios de la E.S.E. linea ahorro de agua para la vigencia 2022	25%	6,25%	6,25%	Se realiza concientizacion al personal sobre el consumo dea agua a corde a las actividades programadas en la estrategia de Hospital verde	6,25%	6,25%	Se realiza concientizacion al personal sobre el consumo dea agua a corde a las actividades programadas en la estrategia de Hospital verde		
												3. Ejecutar en un 100% el plan de accion definido en la linea de ahorro del agua según estrategia de hospital verde	25%	6,25%	6,25%	Se ejecuto las actividades propuestas en la Estartegia de Hospital Verde	6,25%	6,25%	Se ejecuto las actividades propuestas en la Estartegia de Hospital Verde		
												4. Realizar seguimiento mensual al consumo de agua en la ESE garantizando el control de la reducción	25%	6,25%	6,25%	Se realiza seguimiento mensual del consumo de agua según la estartegia	6,25%	6,25%	Se realiza seguimiento mensual del consumo de agua según la estartegia		
SOSTENIBILIDAD - Seguridad Hídrica y Recursos Naturales para la Vida.	RECURSOS MATERIALES	Prestar directa o indirectamente los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa pueda ofrecer de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles.	Mantener el consumo de energia anual frente al promedio calculado por año en la E.S.E.	KW consumidos en el periodo	KW de energia consumidos/total de KW de energia programados según estrategia hospital verde	KW	174.043	2022	154.043	154.043	0,40%	1. Documentar la Estrategia de Hospital verde linea de accion ahorro de energia para la vigencia 2022	25%	25,0%	25,0%	Se documenta estartegia de hospital verde para la vigencia 2021	NA	25,0%	Se documenta estartegia de hospital verde para la vigencia 2021	Gestor Administrativo y Financiero, Gestión Ambiental. Cartera	
												2. Socializar las lineas de intervencion de la estrategia Hospital verde con el 100% de los funcionarios de la E.S.E. linea ahorro de energia para la vigencia 2022	25%	6,25%	6,25%	Se realiza concientizacion al personal sobre el consumo de energia a corde a las actividades programadas en la estrategia de Hospital verde	6,25%	6,25%	Se realiza concientizacion al personal sobre el consumo de energia a corde a las actividades programadas en la estrategia de Hospital verde		
												3. Ejecutar en un 100% el plan de accion definido en la linea de ahorro del energia según estrategia de hospital verde	25%	6,25%	6,25%	Se ejecuto las actividades propuestas en la Estartegia de Hospital Verde	6,25%	6,25%	Se ejecuto las actividades propuestas en la Estartegia de Hospital Verde		
												4. Realizar seguimiento mensual al consumo de energia en la sede principal garantizando el control de la reducción	25%	6,25%	6,25%	Se realiza seguimiento mensual del consumo de energia según la estartegia	6,25%	6,25%	Se realiza seguimiento mensual del consumo de energia según la estartegia		
SOSTENIBILIDAD - Seguridad Hídrica y Recursos Naturales para la Vida.	RECURSOS MATERIALES	Prestar directa o indirectamente los servicios de salud que la población requiera 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 programados según estrategia hospital verde	Lb	4.530	2022	4.530	4.530	0,40%	1. Documentar la Estrategia de Hospital verde linea de accion ahorro de papel para la vigencia 2022	25%	25,0%	25,0%	Se documenta estartegia de hospital verde para la vigencia 2021	NA	25,0%	Se documenta estartegia de hospital verde para la vigencia 2021	Gestor Administrativo y Financiero, Gestión Ambiental. Cartera	
												2. Socializar las lineas de intervencion de la estrategia Hospital verde con el 100% de los funcionarios de la E.S.E. linea ahorro de papel para la vigencia 2022	25%	6,25%	6,25%	Se realiza concientizacion al personal sobre el consumo de papel a corde a las actividades programadas en la estrategia de Hospital verde	6,25%	6,25%	Se realiza concientizacion al personal sobre el consumo de papel a corde a las actividades programadas en la estrategia de Hospital verde		
												3. Ejecutar en un 100% el plan de accion definido en la linea de ahorro del papel según estrategia de hospital verde	25%	6,25%	6,25%	Se ejecuto las actividades propuestas en la Estartegia de Hospital Verde	6,25%	6,25%	Se ejecuto las actividades propuestas en la Estartegia de Hospital Verde		
												4. Realizar seguimiento mensual al consumo de papel en la sede principal garantizando el control de la reducción	25%	6,25%	6,25%	Se realiza seguimiento mensual del consumo de papel según la estartegia	6,25%	6,25%	Se realiza seguimiento mensual del consumo de papel según la estartegia		
SOSTENIBILIDAD - Seguridad Hídrica y Recursos Naturales para la Vida.	RECURSOS MATERIALES	Prestar directa o indirectamente los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa pueda ofrecer de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles.	Mantener la huella de carbono del hospital con la prestación de servicios	Medición Huella de Carbono	Cantidad de toneladas de CO2 reducidas anualmente (MEDICIÓN ANUAL)	Toneladas	121	2022	121	121	0,40%	1. Sensibilización al cliente interno en las tres líneas de acción de la estrategias hospital verde.	25%	6,25%	6,25%	Se documenta estartegia de hospital verde para la vigencia 2021	6,25%	6,25%	Se documenta estartegia de hospital verde para la vigencia 2021	Gestor Administrativo y Financiero, Gestión Ambiental. Cartera	
												2. Sensibilización al cliente externo en las tres líneas de acción de la estrategias hospital verde.	25%	6,25%	6,25%	Se realiza socializacion de las lineas de intervencion para la medicion de la huella de carbono	6,25%	6,25%	Se realiza socializacion de las lineas de intervencion para la medicion de la huella de carbono		
												3. Determinar o definir la estrategia de reducción y compensación de la huella de carbono con especies vivas (con base a los resultados del índice de dióxido de carbo generado en la E.S.E según la plataforma Cundinamarca mas verde)	25%	25,00%	25,00%	Se realiza seguimiento mensual de las lineas de intervencion según la estartegia	NA	25,00%	Se realiza seguimiento mensual de las lineas de intervencion según la estartegia		
												4. Realizar de manera anual informe de monitoreo de la estrategia hospital verde.	25%	6,25%	6,25%	Se documenta estrategia de hospital verde para la vigencia 2021	6,25%	6,25%	Se documenta estrategia de hospital verde para la vigencia 2021		
GOBERNANZA - Gestión Pública Inteligente - Mejores Instituciones más eficiencia	RECURSOS FINANCIEROS	Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa.	Recuperar el 20% de la cartera mayor a 360 días (2020 hacia atrás)	% de recuperación de cartera mayor a 360 días.	Valor del recuado de cartera > 360 días/ Total cartera > 360 días * 100	Porcentaje	61%	2022	20%	20%	1,00%	1. Depuracion y clasificación de la cartera por edades y entidad.	20%	5,0%	5,0%	Se realiza depuracion de la cartea	5,0%	5,0%	Se realiza depuracion de la cartea	Gestor Administrativo y Financiero, Gestión Ambiental. Cartera	
												2. Establecer mecanismos de cobro prejuridico de la cartera entre 180 y 360 días.	20%	5,0%	5,0%	Se establece los mecanismos de cobro	5,0%	5,0%	Se establece los mecanismos de cobro		
												3. Establecer el cobro jurídico de la cartera mayor a 360 días.	20%	5,0%	5,0%	Se realiza cobro juridico de caertera de mayor a 360 dias	5,0%	5,0%	Se realiza cobro juridico de caertera de mayor a 360 dias		
												4. Realizar saneamiento contable de la cartera de dificil cobro	20%	5,0%	5,0%	Se realiza saneamiento contable	5,0%	5,0%	Se realiza saneamiento contable		
												5. Iniciar proceso de depuración de a cartera. Realizar conciliaciones ante las ERP.	20%	5,0%	5,0%	Se realiza conciliaciones	5,0%	5,0%	Se realiza conciliaciones		
GOBERNANZA - Gestión Pública Inteligente - Mejores Instituciones más eficiencia	RECURSOS FINANCIEROS	Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa.	Recuperar el 75% de la cartera corriente establecida en presupuesto (corriente) vigencia 2022	% de recuperación	Valor del recuado de cartera corriente establecida en presupuesto / Total reconocimiento de la vigencia	Porcentaje	79,00%	2021	75,00%	75,00%	2,00%	1. Depuracion y clasificación de la cartera por edades y entidad.	25%	6,25%	6,25%	Se realiza procedimientos de facturacion y circularizaicon para cobro	6,25%	6,25%	Se realiza procedimientos de facturacion y circularizaicon para cobro	Gestor Administrativo y Financiero, Gestión Ambiental. Cartera	
												2. Implementar proceso de cobro de cartera para la ESE Hospital de la Vega	25%	6,25%	6,25%	Se realiza proceso de conciliacion	6,25%	6,25%	Se realiza proceso de conciliacion		
												3. Implementar el proceso de soporte, respuesta y conciliación de las glosas derivadas de la facturación del periodo.	25%	6,25%	6,25%	depuracion de cartera	6,25%	6,25%	depuracion de cartera		
												4. Establecer mecanismos de cobro persuasivo de la cartera menor a 180 días.	25%	6,25%	6,25%	Se realiza procedimientos de facturacion y circularizaicon de glosas	6,25%	6,25%	Se realiza procedimientos de facturacion y circularizaicon de glosas		
GOBERNANZA - Gestión Pública Inteligente - Mejores Instituciones más eficiencia	DIRECCIONAMIENTO PROCESOS DE APOYO MISIONAL	Desarrollar la estructura y capacidad operativa de la Empresa mediante la aplicación de principios y técnicas gerenciales 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%	2022	90,0%	90,0%	7,00%	1. Realizar eautodiagnósticos por cada componente del MIPG.	40%	40%	40%	Se realiza autodiagnostico	NA	40%	Se realiza autodiagnostico	Gerencia Administrativo y Financiero, Subgerente Cientifico. Calidad. Planeación.	
												2. Diseñar planes deación conforme a los lineamientos de MIPG.	30%	30%	30%	Se plantean planes de accion de mejoramiento MIPG	NA	30%	Se plantean planes de accion de mejoramiento MIPG		
												3. Ejecutar y Realizar seguimiento a los planes de acción.	30%	8%	8%	Se realiza seguimiento de plan de accion	8%	8%	Se realiza seguimiento de plan de accion		
GOBERNANZA - Gestión Pública Inteligente - Mejores Instituciones más eficiencia	SIAU	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 calificaría su experiencia global de atención en los servicios de salud de su IPS?/No de usuarios que respondieron la pregunta.	Porcentaje	90%	2022	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%	Se realiza herramienta para medir satisfaccion de acuerdo a los lineamientos nacionales	5,0%	5,0%	Se realiza herramienta para medir satisfaccion de acuerdo a los lineamientos nacionales	Coordinador SIAU.	
												2. Tabular, analizar las encuestas aplicadas y definir acciones de mejoramiento en el caso que sea necesario.	20%	5,0%	5,0%	Se realiza tabulacion del trimestre de las encuentas realizadas	5,0%	5,0%	Se realizia tabulacion del trimestre de las encuentas realizadas		
												3. Actualizar el Programa de Humanización.	20%	5,0%	5,0%	Se presenta programa de humanizacion	5,0%	5,0%	Se presenta programa de humanizacion		
												4. Diseñar plan de acción para la implementación de estrategias.	20%	5,0%	5,0%	Se realiza plan de accion de humanizacion	5,0%	5,0%	Se realiza plan de accion de humanizacion		
												5. Realizar seguimiento al plan de acción.	20%	5,0%	5,0%	Se realiza seguimiento de plan de accion	5,0%	5,0%	Se realiza seguimiento de plan de accion		
GOBERNANZA - Gestión Pública Inteligente - Mejores Instituciones más eficiencia	SIAU	Garantizar los mecanismos de la participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos	Ejecutar en 100% el plan de mejora de PQRS.	Ejecución del plan de PQRS	Nº total de Actividades ejecutadas / N° de actividades propuestas.	Porcentaje	100%	2022	100%	100%	2,00%	1. Garantizar la recepción	20%	5,0%	5,0%	Se realiza recepción de las correspondientes PQRS mediante los diferentes medio de aceptación	5,0%	5,0%	Se realiza recepción de las correspondientes PQRS mediante los diferentes medio de aceptación	Coordinador SIAU.	
												2. Trámitar, consolidar, análisar, el 100% de las manifestaciones	20%	5,0%	5,0%	Se realiza consolidación y tramite pertinente a cada una de las manifestaciones realizadas por los usuarios	5,0%	5,0%	Se realiza consolidación y tramite pertinente a cada una de las manifestaciones realizadas por los usuarios		
												3. Definir planes de mejoramiento PQR.	20%	5,0%	5,0%	Se define plan de mejoramiento para PQR en el trimestre	5,0%	5,0%	Se define plan de mejoramiento para PQR en el trimestre		
												4. Socializar el 100% de las manifestaciones del cliente externo a los responsables definidos de acuerdo a la clasificación de la PQRS.	20%	5,0%	5,0%	Se realiza socializacion al responsable de las PQR	5,0%	5,0%	Se realiza socializacion al responsable de las PQR		
												5. Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora definidas.	20%	10,0%	10,0%	Se determina seguimiento al plan de accion determinado para los PQR en el trimestre	10,0%	10,0%	Se determina seguimiento al plan de accion determinado para los PQR en el trimestre		

Dra Viviana Marcela Clavijo
Gerente

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

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLAN OPERATIVO ANUAL

Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL DE LA VEGA
Código de habilitación de la IPS	2540203113-01
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	
Nombre del Gerente	VIVIANA MARCELA CLAVIJO

Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor esperado Año 4	Valor esperado Año 5	Peso porcentual de la meta	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
				Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base														
							Valor	Año													
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 reglamentación que se expida 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 guia 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 guia detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo/No de Historias clínicas de niños menores a 10 años de la muestra representativa.	Porcentaje	88%	2022	88%	88%	0,66%	1. Definir plan de implementación de GPC y realizar socializaciones al personal asistencial.	20%	5%	5%	Se define plan de implementacion de GPC	5%	5%	Se define plan de implementacion de GPC	Lider del Programa de Promoción y Prevención, Subgerente Científico. Calidad	
												2. Calculo y selección de 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 aderencia a la guia de crecimeinto y desarrollo	20%	5%	5%	Se relaiza auditoria de las HC	5%	5%	Se relaiza 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 reglamentación que se expida 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 guia HTA.	No de historias clínicas (muestra representativa) con aplicación estricta a la guia HTA / Nº de Historias clínicas de HTA de la muestra representativa.	Porcentaje	91%	2022	91%	91%	0,66%	1. Definir plan de implementación de GPC y realizar socializaciones al personal asistencial.	20%	5%	5%	Se define plan de implementacion de GPC	5%	5%	Se define plan de implementacion de GPC	Lider del Programa de Promoción y Prevención, Subgerente Científico. Calidad	
												2. Calculo y selección de 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 aderencia a la guia de crecimeinto y desarrollo	20%	5%	5%	Se relaiza auditoria de las HC	5%	5%	Se relaiza 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 reglamentación que se expida 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 guia de DENGUE / Nº de Historias clínicas con diagnóstico de DENGUE de lla muestra representativa.	Porcentaje	100%	2022	80%	80%	0,66%	1. Definir plan de implementación de GPC y realizar socializaciones al personal asistencial.	20%	5%	5%	Se define plan de implementacion de GPC para el Dengue	5%	5%	Se define plan de implementacion de GPC para el Dengue	Lider del Programa de Promoción y Prevención, Subgerente Científico. Calidad	
												2. Calculo y selección de muestra de historias clínicas a ser auditadas por trimestre	20%	5%	5%	Se realiza el calculo del 100% de las HC de pacientes que presentaron dx de dengue	5%	5%	Se realiza el calculo del 100% de las HC de pacientes que presentaron dx de dengue		
												3. Aplicación de auditoria a HC verificando la aderencia a la guia 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 reglamentación que se expida para tal propósito	Cumpir como minimio 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 /No. Actividades proglamadas	Porcentaje	90%	2022	90%	90%	2,00%	1. Realizar las auditorías programadas por la Oficina de Control Interno.	50%	12,5%	12,5%	Se realiza auditoria por parte de la oficina de contorl interno	12,5%	12,5%	Se realiza auditoria por parte de la oficina de contorl interno	Lider 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		

Dra Viviana Marcela Clavijo
Gerente