

Nombre de la IPS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
Código de habilitación de la IPS	2529000036
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	16 DE MARZO DE 2020
Nombre del Gerente	JOHN CASTILLO MARTINEZ

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto			Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre							
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Línea base																						
							Valor																Año						
TEJIDO SOCIAL CUNDINAMARCA 2036. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE.	8. GESTIÓN AMBIENTAL RESPONSABLE	SALUD AMBIENTAL	1. Incrementar anualmente en 2% el cumplimiento de los estándares de la gestión integral de los residuos peligrosos (año 1 78% - año 2 80% - año 3 82% - año 4 84%) seguimiento a los objetivos de la red de hospitales verdes, registro en la calculadora ambiental, compensación de la huella de carbono	2.2%	Porcentaje de cumplimiento	Resultado de la calificación del Instrumento de diagnóstico de la Gestión Ambiental / 100%	82%	2018	82%	82,5%	100%	2.2%	Se realiza diligenciamiento del tablero de control del consumo de energía presentando un aumento del consumo teniendo en cuenta la instalación de aires acondicionados necesarios en los servicios asistenciales (laboratorio clínico, banco de sangre, banco de leche, farmacia, salas de cirugía y áreas administrativas); esto en cumplimiento de criterios de habilitación y dotación de equipos tecnológicos. Por lo tanto la comparación en la reducción del consumo de energía, esta sujeta hasta que se establezca por la compra de los nuevos equipos. * Para la vigencia 2019 se inicia el diligenciamiento del tablero de control del servicio de agua el cual nos muestra un comportamiento con tendencia a la baja ya que se adelantó como una de las estrategias el cambio de grifos ahorradores en los servicios de urgencias adulto, urgencias pediátricas, sala de partos, UCI, urgencia ginecológicas, sin embargo se presentaron averías en las tuberías de varios servicios por la antigüedad de la edificación. * Se inicia el diligenciamiento del tablero de control del servicio de gas de la sede central, evidenciando una reducción notable en el último trimestre del año teniendo en cuenta que se realizó el cambio de las estufas y el horno que contaban con una antigüedad mayor a 20 años y por consiguiente presentaban fugas. * Se inició el diligenciamiento del tablero de control del combustible, evidenciando el comportamiento de consumo de gasolina corriente y diesel del parque automotor de la ESE, el cual lleva un seguimiento riguroso a través de la aplicación COCO. En cuanto a la sustitución del hipoclorito para la vigencia 2019 se dio inicio en el primer semestre del año al cambio en el servicio de lavandería, usando peróxido de hidrogeno, permitiendo mitigar los efectos nocivos para el medio ambiente por el uso de sustancias químicas y para el tercer trimestre el consumo de hipoclorito en el servicio de lavandería se reemplazó en un 100% *En el II semestre del año se consolidó la información de la calculadora ambiental de la vigencia 2018, generando una compensación de siembra de 1656 especies vivas para sembrar, actividad que fue realizada durante los dos primeros trimestres del año 2019 *Para el IV trimestre no se habilitó la plataforma ni para cargar de información ni para consulta y la información verbal del referente del Departamento es que la habitación de la plataforma se realizó aproximadamente en el mes de Marzo de 2020. Sin embargo se tiene el seguimiento detallado en un archivo de Excel por el total de la vigencia de	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%
							Realizar la medición mensual de los factores establecidos en la calculadora ambiental de la gobernación de Cundinamarca, del uso de los recursos naturales para determinar la compensación en la huella de carbono	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	2%	
							Realizar la compensación de la huella de carbono de 2018 y respectiva sostenibilidad de las especies vegetales sembradas en la vigencia anterior	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	0%	5,00%	0%	5,00%	0%											
							Realizar 3 jornadas de capacitación trimestrales en segregación de residuos peligrosos	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%											
							Realizar inspecciones y planes de mejoramiento a los que de lugar en segregación de residuos; 24 en la sede central, 12 en los puestos de salud y 4 a la recolección y/o disposición de los residuos por parte del operador logístico	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%											
TEJIDO SOCIAL	6. GESTION ASISTENCIAL	VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	2. Mantener en nivel intermedio el índice COP de la población subsidiada menor de 18 años atendida en la institución.	2.20%	Índice COP	(Sumatoria de COP / No. de pacientes atendidos de primera vez)	3,21	2018	3,20	2,65	100%	2.2%	Durante la vigencia se atendieron 9267 menores de 18 años (2137 en I Trim , 2374 en II Trim , 2776 en III trim y en el IV trim 1980). De los cuales 3189 fueron atendidos por primera vez (I Trim 440 , II Trim 578, III Trim 1034, IV trim 1137) ; Frente a 2352 programados para el año (588 por Trim), 76 brigadas de salud dirigidas a toda la población del Municipio de Fusagasugá, (1 trim 28 y 2 trim 14, 3 trim 21, 4 trim 13); Se han realizado a los pacientes atendidos menores de 18 años que ingresan al programa de salud oral 32232 actividades de PYP (control de placa y aplicación de barniz de flúor y sellantes (I Trim 7941 , II Trim 8100, III Trim 9578 y IV trim 6613) Discriminados así: Aplicación de sellantes de fotocurado (I trim 3815, II trim 3469, III trim 3915, IV trim 2891) Control de placa (I trim 2137 III trim 2357 III 2811, IV trim 1885) Aplicación de flúor (I trim 1889 III trim 2274 III trim 2852, IV trim 2137). Es de precisar que todo paciente que ingresa por primera vez recibe las actividades de PYP según la frecuencia y la edad que indica la norma. Se realizó detartraje a 4081 pacientes menores de 18 años (I Trim 813, II Trim 706, III Trim 1109, IV Trim 1453) los cuales ingresan al programa de salud oral.	25%	6,25%	4,68%	6,25%	6,14%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%				
							Realizar control de placa y aplicación de barniz de flúor y sellantes a la población atendida menores de 18 años	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%													
							Realizar detartraje a la población atendida menor de 18 años	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%													
							Mantener controlados al 14% de los pacientes tamizados menores de 18 años que acuden a consulta para valorar adherencia en el autocuidado y mantenimiento de salud oral a través de controles de placa según frecuencia anual. (Pacientes que asistieron a control de placa 2018.2130)	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	4,21%	6,25%	6,25%													

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Línea base																
							Valor	Año															
			3. Aumentar al 14,93% el detartraje en la población adulta atendida. (Población subsidiada 24.352 Hombres y Mujeres >= a 18 años / Año 3 14,29% 3.479 - Año 4 14,93% 3.636)	2,20%	Proporción de personas a quienes se realiza detartraje supragingival (adulto)	No. de personas a quienes se realiza detartraje supragingival / No. Total de adultos a cargo de la IPS	13,81%	2018	14,29%	24,44%	100%	2,2%	Durante la vigencia se realizó detartraje a 5952 pacientes adultos (I Trim 1478, II Trim 1419, III Trim 1373, IV Trim 1682) que ingresan al programa de salud oral, Frente a 3479 (869 por trimestre) programados para la vigencia.	Realizar detartraje supragingival a la población adulta	100%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25,0%	25,00%	25,0%
			4. Mantener controlados al menos al 39,7% de los pacientes positivos identificados para la patología de HTA (Población 2018 4.131 pacientes subsidiados 2019 38,7% 2020 39,7%)	2,20%	Población controlada HTA	N° total de personas controladas / N° total de personas de la población a controlar x 100	37,7%	2018	38,7%	62,2%	100%	2,2%	Durante la vigencia se realizaron 3197 tamizajes para HTA (I trim 475, 2 trim 627, tercer trim 750 y cuarto trim 1334) tomados mediante la aplicación del Test de Findrisc en los puestos de salud, consulta externa institucional y consulta de alteraciones del adulto mayor. HIPERTENSOS CONTROLADOS 2019 (3173) Para la vigencia 2019 se encuentran identificados por medio del programa crónicos de la entidad un total de 5443 pacientes, de los cuales 254 pacientes fallecieron, del restante de pacientes 5189 se encuentran diagnosticados con hipertensión los cuales pertenecen a EAPB contributivas, subsidiadas o vinculados, de los cuales 5098 están a cargo de la E.S.E. (convivida, saludvida y comfacundi), de los cuales cumplen con criterios de controlados 3173 pacientes es decir el 62,24% así: + PACIENTE QUE INGRESO AL PROGRAMA EN 2017 Y TERMINO CON CRITERIOS DE CONTROLADOS, PARA EL 2018 TERMINO CON CRITERIOS CONTROLADOS Y EN EL 2019 TERMINO CON CRITERIOS CONTROLADOS (2, 3 O 4 CONSULTAS EN EL AÑO Y TA NORMAL) 543 + PACIENTE QUE INGRESO AL PROGRAMA EN 2017 Y TERMINO CON CRITERIOS DE CONTROLADOS, PARA EL 2018 TERMINO CON CRITERIOS COMO NO CONTROLADO Y EN EL 2019 TERMINO CON CRITERIOS CONTROLADOS (2, 3 O 4 CONSULTAS EN EL AÑO Y TA NORMAL) 249 + PACIENTE QUE INGRESO AL PROGRAMA EN 2017 Y TERMINO CON CRITERIOS DE NO CONTROLADO, PAR EL 2018 TERMINO CON CRITERIOS CONTROLADOS Y EN EL 2019 TERMINO CON CRITERIOS CONTROLADOS (2, 3 O 4 CONSULTAS EN EL AÑO Y TA NORMAL) 523 + PACIENTE QUE INGRESO AL PROGRAMA EN 2017 Y TERMINO CON CRITERIOS DE NO CONTROLADO, PARA EL 2018 NO ASISTIÓ A CONSULTAS Y EN EL 2019	Canalizar al servicio de medicina general al menos el 90% de los casos que presenten cifras tensionales entre 140-159 / 90-99 mm hg (normal alta)	15%	2,50%	2,5%	3,50%	3,5%	4,00%	4%	5,00%	5%
			5. Mantener controlados al menos al 10% de los pacientes positivos identificados para la patología de DM. (Población 2018 886 pacientes subsidiados 2019 9% 2020 10%)	2,20%	Población controladas para DM Tipo II	N° total de personas controladas / N° total de personas de la población a controlar x 100	8,0%	2018	9,0%	13,1%	100%	2,2%	Para la vigencia 2019 se encuentran identificados por medio del programa crónicos de la entidad un total de 1241 pacientes diabéticos, de los cuales a cargo de la ESE son 1221 pacientes de las EAPB Comfacundi, Convivida y Saludvida, de los cuales han fallecido 44 pacientes, de los cuales cumplen con criterios de controlados como pacientes diabéticos 163 pacientes con hemoglobina glicosilada tomada en el segundo semestre de 2019 con un valor menor o igual a 7,0 Para la vigencia fueron tamizados para diabetes un total de 2.133 (I Trim 384, 2 Trim 525, 3 Trim 510, 4 Trim 704) frente a 1341 programados para el año Se identificaron aplicando el Test de Findrisc un total de 201 pacientes (I Trim 48, 2 Trim 34, 3 Trim 24 y 4 Trim 95) con puntuación > a 12. De los 201 pacientes identificados puntuación > a 12 en el test de Findrisc (I Trim 48, 2 Trim 34, 3 Trim 24, 4 trim 95), se valoraron por medicina general 196 (I trim 48 -100%, II trim 32 -94,12%, III trim 24-100%, IV trim 92 -96,84%) para un total de 97,51% valorados por medicina general canalizaciones efectivas Se realizó seguimiento al 100 % de los casos a los pacientes canalizados para su diagnóstico con resultados positivos así: Observacion (I TRIM 0 II TRIM 0 III TRIM 1 IV TRIM 0), Manejo de 2 nivel (I TRIM 0 II TRIM 0 III TRIM 0 IV TRIM 3), Programa con diagnostico confirmado (I TRIM 10 II TRIM 0 III TRIM 3 IV TRIM 9) Descartado (I TRIM 24 II TRIM 13 III TRIM 9 IV TRIM 24) Pendientes 100	Realizar seguimiento al menos el 90% de los casos a los pacientes canalizados para su diagnóstico con resultados positivos.	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%
													Canalizar al servicio de medicina general al menos el 90% los casos con un puntaje mayor a 12	15%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%
													Mantener controlados al menos al 13% de los pacientes positivos identificados para la patología (Población 2018 4131 pacientes subsidiados)	50%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	
													Realizar seguimiento al menos el 90% de los casos a los pacientes canalizados para su diagnóstico con resultados positivos.	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	
													A los pacientes positivos identificados para la patología se es										

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre						
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Linea base																						
							Valor	Año																					
													realizo seguimiento (Población 2018 886 pacientes subsidiados) Asistieron al programa 1196 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus, a cargo del a ESE, de los cuales 1177 de los cuales cumplen con criterios de pacientes controlados 163 (9,77%)	Mantener controlados al menos al 9% de los pacientes positivos identificados para la patología. (Población 2018 886 pacientes subsidiados)	50%	12,50%	5,1%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%						
			6. Aumentar al 26,5% (4.248 personas) la población subsidiada tamizada para cáncer de mama (Población subsidiada con factores de riesgo 16.243 Mujeres de 20 a 69 años // Año 1 4,5% 723 tamizados - Año 2 10,1% 1.623 tamizados - Año 3 17,2% 2.748 tamizados - Año 4 26,5% 4.248 tamizados)	2,20%	Población tamizada CA Mama	N° total de personas tamizadas / N° total de personas de la población definida a tamizar x 100	20,9%	2018	17,2%	19,8%	100%	2,2%	Para la vigencia 2019 se realizó consulta de seno a 3208 mujeres entre 20 y 69 años (I TRIM 564, II TRIM 1121 III TRIM 686 IV TRIM 837) frente a 2990 programadas para la vigencia Para la vigencia 2019 se identificaron 1230 pacientes con edades entre 50 y 69 años (I Trim 191, 2 Trim 308 y 3 Trim 330 IV Trim 401) I TRIM: 191 (mamografía 166 pacientes, cumplimiento del 86,91%, II TRIMESTRE: 308 (mamografía 276 pacientes, cumplimiento del 89,61%, III TRIMESTRE: 330 (mamografía 272 pacientes, cumplimiento del 82,42%, IV TRIMESTRE: 401 (mamografía 340 pacientes cumplimiento del 84,78% Para la vigencia 2019 se solicitaron 2001 exámenes complementarios MT, MD, ECOGRAFIA) (I TRIM 314 II TRIM 696 III TRIM 473 IV TRIM 518) I TRIM: 314 (Ecografía de seno 125 MT 162, MT+Ecografía 5, MD 16, MT+BACAF 4, BACAF 1.), II TRIM 696 (2 Bacaf, 225 Ecografía, 4 mamografía, 412 mamografía de tamizaje y 53 mamografía diagnóstica. III TRIM: 473 (3 Bacaf, 156 Ecografía, 286 mamografía de tamizaje y 28 mamografía diagnóstica) IV TRIM 518 (173 Ecografía, 315 mamografía de tamizaje y 28 mamografía diagnóstica 2 pendientes) Se realizó seguimiento al 100% Para la vigencia 2019 se tienen controladas 1313 usuarias en el cumplimiento de examen de seno anual a las mujeres de 15 a 69 años de edad (I trim 100, II trim 469, III trim 324, IV trim 420) cumplimiento del 40% de 3282 que es la población 2018, frente al 20% programado En cuanto a la meta del 20% que equivale a 656 pacientes para el año se tiene un cumplimiento del 100% NO SE IDENTIFICARON CASOS POSITIVOS DURANTE LA VIGENCIA La organización de la Jornada de movilización se realizó en el III trimestre del año y fue liderada por Subgerencia Comunitaria, con el apoyo de sus programas (Enfermedades Crónicas no Transmisibles y APS, en articulación con todas las dependencias del hospital que participaron del evento "PRIMER FORO MOVILIZACION SOCIAL PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE SENO, CERVIX Y PROSTATA", Sistemas de información, puestos de Salud y Secretaría de Salud Municipal En cuanto a la meta del 20% que equivale a 656 pacientes controlados para el año se tiene un cumplimiento de 1313 100%	Realizar consulta de seno a mujeres entre 20-69 años de edad para detección temprana y en mujeres sintomáticas independiente de su edad (2.990 Tamizados bajo RIPS)	15%	3,75%	2,83%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%
													Definir necesidad de tamizaje con mamografía, para los grupos de edad definidos al menos al 80% los casos	15%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%						
													Realizar seguimiento a los pacientes canalizados para su diagnóstico con mamografías y/o ecografías alteradas	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%						
													Mantener controlados en el cumplimiento de examen de seno anual al 20% de las mujeres de 15 a 69 años de edad. (Población 2018. 3.282 pacientes subsidiados)	40%	10,00%	6,1%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%					

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre		
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Linea base																		
							Valor	Año																	
			7.Aumentar al 55,8% (8.047 personas) la población subsidiada tamizada para cuello uterino. ((Población subsidiada con factores de riesgo 16.243 Mujeres de 15 a 69 años // Año 1 1.12% 1.735 tamizados - Año 2 24,6% 3.551 tamizados - Año 3 39,6% 5.712 tamizados - Año 4 55,8% 8.047 tamizados)	2,20%	Población tamizada CA Cuello Uterino	N° total de personas tamizadas / N° total de personas de la población definida a tamizar x 100	25,8%	2018	39,6%	56,8%	100%	2,20%	Durante la vigencia 2019 se realizaron 5488 citologías a mujeres entre 25 y 69 años de edad y/o menores de 25 años que iniciaron su vida sexual (I Trim 1435, II Trim 1559 III Trim 1431 IV trim 1063) , en los esquemas 1-1, 1-1-3 y 3-3 y fuera del esquema en los diferentes puestos de salud de Fusagasuga, Pasca y Tibacuy. Del total de citologías tomadas (5498) se tienen 165 resultados alterados (I trim 30 II trim 61 II trim 47 IV trim 27) 139 canalizados a medicina general (I trim 23 II trim 56 II trim 40 IV trim 20) 2 canalizados ginecología (I trim 1 II trim 0 III 2 IV trim 5) cita asignada (1 IV trim)	Realizar toma de citología para detección temprana de cáncer de cuello uterino a mujeres de 25 a 69 años de edad y/o menores de 25 años de edad que hayan iniciado vida sexual. (2.950 Tamizados bajo RIPS)	15%	4,07%	4,07%	3,81%	3,81%	3,81%	3,81%	3,31%	3,31%		
													SE IDENTIFICARON 4 CASOS POSITIVOS LOS CUALES DE ACUERDO AL SEGUIMIENTO TELEFONICOREALIZADO DESDE EL PROGRAMA, ESTAS PACIENTES ESTAN SIENDO TRATADAS POR ONCOLOGIA EN LA CIUDAD DE BOGOTA. En la vigencia 2019 se controlaron en el cumplimiento del esquema de la toma de citología 1-1-3 a 1522 (1 Trim 330, II Trim 554, III Trim 301 IV Trim 337) , correspondiendo esto a un cumplimiento del 35,3%, frente a los 4303 pacientes del año anterior, frente a la meta del 17% (732 pacientes) de estos pacientes se tiene un cumplimiento del 100%. En cuanto a mantener en el 90% la calidad de las muestras para citología cervicouterina para la vigencia 2019 se recibieron 5507 citologías para análisis. (1 Trim 1285, 2 trim 1684, 3Trim 1463 Y 4 Trim 1075) de las cuales muestras limitadas fueron 370 es decir el 6,72% (I Trim 47, II Trim 169, III Trim 85, IV Trim 69) Cumpliendo con la meta con el 93,28% de calidad de la muestra.	Canalizar los casos positivos para manejo integral al menos al 90% los casos	15%	3,75%	3,47%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%
													Realizar seguimiento a resultados de patología y manejo por especialista al menos al 65% de los casos	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%		

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre		
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Linea base																		
							Valor	Año																	
													Mantener controlados en el cumplimiento del esquema de la toma de citología 1-1-3 al 17% de las mujeres de 25 a 69 años de edad y/o menores de 25 años que hayan iniciado vida sexual. (Población 2018 4303 pacientes subsidiados)	40%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	
													Mantener en el 90% la calidad de las muestras para citología cervicouterina	10%	2,50%	2,5%	2,50%	2,5%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	
			8.Aumentar al 49,7% (3.816 personas) la población tamizada para cáncer de próstata. (Población subsidiada con factores de riesgo equivalente a 7.680 hombres >= a 50 años => Año 1 11,1% 852 tamizados - Año 2 23,1% 1.774 tamizados - Año 3 35,7% 2.741 tamizados - Año 4 49,7% 3.816 tamizados).	2,20%	Población tamizada CA Prostata	N° total de personas tamizadas / N° total de personas de la población definida a tamizar x 100	27,6%	2018	35,7%	19%	52%	1,15%	Durante la vigencia 2019 se realizaron 1435 pruebas de PSA en pacientes mayores de 50 años o menores con factores de riesgo (I Trim 236,II Trim 551 III Trim 197 IV Trim 451) Se identificaron como alterados 140 pacientes (1 Trim 36, 2 Trim 42 Y 3 Trim 26 IV Trim 36) los cuales fueron canalizados en un 100% a medicina general y/o especialidad de urología. Se realizó seguimiento a los casos de PSA positivos 140 pacientes se encuentran en manejo de HPB y/o seguimiento por urología (I trim 36 II trim 42, III trim 26 y IV trim 36) Se mantuvieron controlados en el cumplimiento de examen PSA anual 193 pacientes (I Trim 26, II Trim 36 III Trim 44,IV Trim 87) en el cumplimiento de examen PSA con un cumplimiento del 20,9% (frente a los 922 pacientes del año anterior). Frente a la meta del 10% (92 pacientes) de estos pacientes se tiene un cumplimiento mayor al 100% .	Realizar toma de PSA para detección temprana de cáncer de próstata en población masculina mayor de 50 años o menores con factores de riesgo (922 Tamizados bajo RIPS)	15%	4,70%	3,8%	3,43%	3,43%	3,43%	3,43%	3,43%	3,43%	3,44%	3,44%
													Canalizar los casos positivos para valoración por especialista	15%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%		
													Realizar seguimiento a los casos de PSA positivos	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%		
													Mantener controlados en el cumplimiento de examen PSA anual al 10% de los Hombres >=50 años. (Población 2018 922 pacientes)	50%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	12,50%	12,50%	
			9.Aumentar al 70,07% (325 niños) el tamizaje de agudeza visual en infancia (Población subsidiada 464 niños y niñas de 4 años // Año 3 68,03% 316 - Año 4 70,07% 325)	2,20%	Porcentaje de niñas y niños con tamizaje de agudeza visual (infancia)	N° total de niños y niñas con tamizaje de agudeza visual / N° total de niños y niñas a cargo de la IPS x 100	65,73%	2018	68,03%	84%	100%	2,20%	Se realizaron 388 tamizajes de agudeza visual en niños de 4 años (1 trim 136 y 2 Trim 82, 3 trim 103, IV trim 67) frente 325 tamizajes realizadas el año 2018 para un cumplimiento de mas del 100%.	Realizar tamizaje de agudeza visual en infancia (305 consultas en 2018)	100%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre				
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Línea base																				
							Valor	Año																			
			10. Aumentar al 29,97% (4.409) las consultas por optometría u oftalmología en mayores de 40 años (Población subsidiada Mayor de 40 años hombres y mujeres // Año 3 28,95% 4.260 - Año 4 29,97% 4.409)	2,20%	Porcentaje de personas mayores de 40 años con al menos una consulta anual por oftalmología u optometría	N° total de adultos mayores de 40 años con consulta de oftalmología u optometría / N° total de adultos mayores de 40 años a cargo de la IPS x 100	27,97%	2018	28,95%	21%	70,9%	1,56%	Se realizaron 3019 consultas a personas mayores de 40 años así: 1 trim 395 (148 de optometría y 247 de oftalmología) 2 trim 730 (291 de optometría y 439 de oftalmología) 3 trim 818 (1 de optometría y 817 de oftalmología) 4 trim 1076 (17 de optometría y 1059 de oftalmología) Frente a una población de 4260 de 2018, (1065 por trimestre) corresponde al 68,76%	Realizar consultas por optometría u oftalmología en mayores de 40 años (4116 consultas en 2018)	100%	25,00%	10%	25,00%	13,7%	25,00%	14,98%	25,00%	25%				
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	6. GESTION ASISTENCIAL	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	11. Realizar 26 Jornadas educativas anuales en las que se aborde el tema de resiliencia y estén dirigidas a niños, niñas y adolescentes escolarizados del municipio de Fusagasugá	2,20%	Jornadas educativas realizadas	N° total de jornadas ejecutadas / N° total de jornadas programadas x 100	31	2018	26	100,0%	100,0%	2,2%	Esta actividad se desarrollo por parte del equipo APS, el cual inicio actividades a partir del mes de abril de 2019. En las jornadas realizadas se abordó la resiliencia como herramienta en las actividades realizadas sobre las temáticas para el desarrollo efectivo del de proyecto de vida, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas - SPA y la prevención de conductas suicidas. Durante el segundo trimestre realizó 14 jornadas desarrolladas en 5 instituciones educativas del municipio y se abordó a 453 menores. Durante el tercer trimestre se realizaron 12 jornadas desarrolladas en 4 instituciones educativas del municipio (IEM Carlos Lozan y Lozano, IEM Instituto Tecnico Acción Comunal, IEM Eben Ezer, Sena) y se abordó a 372 estudiantes de las instituciones . Cumpliendo con el 100% de la actividad (26 jornadas en 9 IEM y el Sena abordando en total a 825 estudiantes)	Realizar talleres lúdico pedagógicos aplicando el modulo propuesto por la secretaria de salud departamental "personas capaces, personas felices". Consiste en el abordaje de resiliencia a partir de la conceptualización del mismo. Se identifican 3 pilares fundamentales de Yo tengo. Yo soy. Yo puedo. De manera que esto lo usen como herramientas que potencialice la resolución de conflictos y toma de decisiones ante una situación en crisis.	100%	0,00%	0,0%	33,00%	33%	33,00%	33%	34,00%	34%				
			12. Disminuir la oportunidad de atención en psiquiatría a 10 días (1 Año 24 días - 2 Año 18 días - 3 Año 15 días - 4 Año 10 días)	2,20%	Tiempo promedio de espera en la asignación de citas	Diferencia en días entre la fecha de asignación y la fecha de solicitud de la cita / N° total de citas asignadas x 100	18	2018	15	9,6	100%	2,20%	El servicio de consulta externa continua prestando el servicio de psiquiatría dos días a la semana con un acumulado de días transcurridos 10220 (I trim 7266 y II trim 2143 III trim 395 IV trim 416) días. Con 1060 (I trim 489 y II trim 376 III trim 148 IV trim 47) citas para una oportunidad de 9 días <u>COMPORTAMIENTO DE LA OPORTUNIDAD EN LA VIGENCIA</u> I TRIM oportunidad de 14,86 días II TRIM oportunidad de 10,9 días III TRIM oportunidad de 9,7 días IV TRIM oportunidad de 9,6 días	Aumentar las horas de atención por parte de la especialidad de psiquiatría (I Trim. 15 días II Trim. 15 días III Trim. 15 días IV Trim. 15 días)	100%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%				
TEJIDO SOCIAL COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE.	6. GESTION ASISTENCIAL	SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	13. Disminución de bajo peso al nacer de la Población a cargo de la ESE	2,20%	Proporción bajo peso al nacer	N° total de recién nacidos con bajo peso al nacer / N° total de nacidos vivos a término x 100	3,64%	2018	4%	3,6%	100%	2,20%	Durante la vigencia 2019 el TOTAL NACIDOS fueron 2011, de los cuales 619 estuvieron a cargo de la ESE De los 2011 partes el TOTAL DE BAJO PESO AL NACER fueron 58 de los cuales a cargo de la ESE fueron 22 58/2011 =2,88% fue la proporción de bajo peso al nacer en la ESE, las cuales fueron debidamente notificadas 22/619=3,55 % fue la proporción de bajo peso al nacer a cargo de la ESE Se realizó clasificación del estado nutricional de 4552 gestantes que asistieron a controles prenatales de acuerdo a la Resolución 2465/16 (Tablas Atalah) del Minsalud así: Sobrepeso para edad gestacional ... 1366 Obesidad para edad gestacional ... 584 Bajo peso para edad gestacional ... 694 IMC adecuado para edad gestacional ... 1908 Durante la vigencia se realizó formulación de micronutrientes al 100% gestantes que asistieron a controles prenatales, el seguimiento fue realizado a través del sistema Dinámica donde se constató la formulación de (sulfato ferroso, ácido fólico, calcio) y se informó oportunamente a los equipos de APS y Secretaría de salud Municipal sobre el estado nutricional de las gestantes (bajo peso, IMC adecuado, sobrepeso y obesidad para la edad gestacional), resaltando la importancia del seguimiento e intervención domiciliar a las pacientes con bajo peso para la edad gestacional.	Realizar clasificación del estado nutricional de todas las gestantes, de acuerdo a la Resolución 2465/16 (Tablas Atalah) del Minsalud	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%
													Realizar seguimiento al suministro de micronutrientes a gestantes y seguimiento al consumo de estos	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%					

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre							
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Linea base																							
							Valor	Año																						
													Notificar casos de bajo peso al nacer	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%							
													Informar oportunamente a los equipos de APS y/o PIC municipal de gestantes con riesgo para Bajo Peso al Nacer (Bajo peso gestacional, Sobrepeso u Obesidad gestacional, HTA, IVU, antecedentes de BPN, entre otros), para a visita domiciliaria	25%	0,00%	0,0%	8,33%	8,33%	8,33%	8,33%	8,34%	8,34%								
			14. Diminución de la desnutrición aguda en menores de 5 años	2,20%	Menores identificados con riesgo de desnutrición	N° total de menores de 5 años canalizados / N° total de menores identificados con riesgo de desnutrición x 100	100%	2018	100%	100%	100%	2,20%	Para la vigencia 2019 se realizó clasificación del estado nutricional de la población beneficiaria atendida 3066 menores de 5 años en la E.S.E encontrando: A) peso adecuado para la edad 2091 es decir 68,19% B) riesgo de sobrepeso 486 es decir 15,85% C) riesgo de desnutrición 280 es decir 9,13% D) sobrepeso 105 es decir 3,42% E) desnutrición aguda moderada 48 es decir 1,57% F) obesidad 41 es decir 1,34% G) desnutrición aguda severa 11 es decir 0,36% H) error identificación 4 es decir 0,13% LOS MENORES DE 5 AÑOS EN RIESGO DE DESNUTRICION DURANTE LA VIGENCIA FUERON 280 (I TRIM 72, II TRIM 45, III TRIM 85 Y IV TRIM 78) Durante el año 2019 se reportaron un total de 47 casos (I Trimestre 3, II Trimestre 12, III Trimestre 19 y IV trim 13) con criterios establecidos por el protocolo INS del programa SIVIGILA con dx de DNT en menores de 5 años. De los 47 casos identificados con diagnóstico de desnutrición aguda en menores de 5 años, 21 casos (I trim 1 y II trim 7, III trim 9, IV trim 4) correspondían a la población a cargo de la E.S.E. y a los cuales se les dio manejo ambulatorio remitiéndose a consultas de nutrición y pediatría y se les realizó seguimiento por APS o PIC a 14 (4 en el I semestre y 6 en el tercer trimestre y 1 en el 3 trim) Se tiene institucionalizado en la HC 1INFA de Dinámica, (para niños de 8 días a 5 años 11 meses y 29 días) y al personal medico la debida indicación de ordenar desparasitación con albendazol cada seis meses a partir del año según la resolución 3280, (para niños de 8 días a 5 años 11 mese y 29 días) y al personal medico la debida indicación de formular los micronutrientes a partir de los 6 meses según la resolución 3280. Se realiza consejería a madres usuarias de la sala de lactancia materna, a través de la concurrencia de lactancia materna del departamento se realizan visitas domiciliarias realizando énfasis en la exclusividad de la lactancia y se realiza educación continua de promoción protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva hasta las 6 meses de edad y con alimentación complementaria hasta los dos años o mas, en sala de puerperio, plan canguro, Se dictan capacitaciones al personal sobre el decreto 1397 de 1992, el cual reglamenta la comercialización de leche de fórmula.	10%	2,50%	2,5%	2,50%	2,5%	2,50%	2,50%	2,50%	2,5%	2,50%	2,5%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,5%
													Realizar notificación en SIVIGILA, de todos los casos de desnutrición aguda en menores de 5 años	10%	2,50%	2,5%	2,50%	2,5%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,5%							
													Realizar atención integral a los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda, según Resolución 5406/15 del MinSalud, lo que incluye: notificación inmediata del caso de desnutrición aguda moderada o severa, en caso de requerir hospitalización se debe manejar con la Fórmula F75 según lineamientos del Ministerio, en caso de que el manejo sea ambulatorio se debe gestionara través del Mypres la fórmula FTLC de acuerdo a la condición y peso del menor	10%	2,50%	2,5%	2,50%	2,5%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,5%					
													Garantizar mínimo una valoración médica (nutrición o medicina general) a los 15 días de iniciado el tratamiento ambulatorio, a todos los menores con desnutrición aguda moderada o severa	10%	2,50%	2,5%	2,50%	2,2%	2,50%	2,5%	2,50%	2,50%	3%							
													Ordenar Desparasitación a los niños cada 6 meses a partir del año de edad.	10%	2,50%	2,5%	2,50%	2,5%	2,50%	2,5%	2,50%	2,50%	2,5%							

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre				
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Linea base																				
							Valor	Año																			
													Ordenar suplementación de micro nutrientes a partir del año cada 6 meses.	10%	2,50%	2,5%	2,50%	2,5%	2,50%	2,5%	2,50%	2,50%					
													Informar y articular con los equipos de APS y/o PIC municipal, para el seguimiento domiciliario del caso	10%	0,00%	0,0%	3,33%	1,67%	3,33%	1,96%	3,34%	3,34%					
													Realizar consejería en lactancia materna en los menores de 6 meses con desnutrición aguda y en caso de dificultades presentes o de que no haya lactancia materna exclusiva se debe realizar proceso de relactación	10%	2,50%	2,5%	2,50%	2,5%	2,50%	2,5%	2,50%	2,50%					
													Apoyar y fortalecer la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continuar de forma complementaria hasta los 2 años y más, y no fomentar el uso indiscriminado de fórmulas lácteas	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5,0%	5,00%	5,0%					
			15. Aumento de la mediana de duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses	2,20%	Mediana de lactancia materna	Mediana de lactancia materna	3	2018	3	3,1	100%	2,20%	Se sesiona el comité IAMII según la periodicidad establecida en acto administrativo. Se realizan sesiones educativas para dar cumplimiento al plan de capacitación IAMII en sesiones presenciales (usuarias) y virtuales (moodle a personal asistencial y admtivo). Se elabora y envía la matriz de auto apreciación trimestralmente , sobre las acciones establecidas para lograr la sostenibilidad de la estrategia que cuenta con 10 pasos, los cuales quedaron el el siguiente porcentaje de cumplimiento: 1 PASO 83,3% , 2 PASO 77,70%, 3 PASO 95,20% 4 PASO 94,40 5PASO 86,60% 6 PASO 91,76% 7PASO 100% 8 PASO86,90 9 PASO 78,95% 10 PASO 100% Se cuenta con el grupo de apoyo conformado por las madres fami capacitadas en signos de alarma en el recién nacido y lactancia materna. y se realiza educacion continua de promocion proteccion y apoyo a la lactancia materna exclusiva hasta las 6 meses de edad y con alimentacion complementaria hasta los dos años o mas , en sala de puerperio, plan canguro y consulta externa.	Convocar y sesionar el comité institucional de IAMII según la periodicidad establecida en e acto administrativo de conformacion del mismo.	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%
													Programar y ejecutar el plan de capacitaciones de acuerdo a la estrategia IAMII	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%					
													Realizar la autoevaluación de la estrategia IAMII y su respectivo plan de mejoramiento para el aumento en el porcentaje de cumplimiento de la misma	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%					
													Conformar y hacer seguimiento al funcionamiento de los grupos de apoyo a la lactancia materna	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%					
													Fortalecer la promoción a nivel institucional la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años o mas.	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%					

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Línea base																
							Valor	Año															
TEJIDO SOCIAL		SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	16. Implementar la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal a cargo de la ESE.	2,20%	Implementación de la ruta materna	N° de pasos de la estrategia desarrollados / N° total de pasos de la estrategia x 100	0%	2018	100%	95%	95%	2,10%	<p>Para la vigencia 2019 se atendieron 2011 partos en la institución (I TRIM 493 II TRIM 482 III TRIM 534 IV TRIM 501), de los cuales 619 se encontraban a cargo de hospital.</p> <p>PASO 1 CAPTACION TEMPRANA ANTES DE LA SEMANA 12 : De los cuales 322 (I TRIM 73 II TRIM 76 III TRIM 87 IV TRIM 86) corresponden al régimen subsidiado a cargo de la ESE.</p> <p>PASO 2 CUATRO CONTROLES PRENATALES : De los partos 344 tuvieron cuatro o mas controles prenatales (I TRIM 79 II TRIM 85 III TRIM 89 IV TRIM 91).</p> <p>PASO 3 PARTO HUMANIZADO : La atención de los 2011 partos atendidos se llevo a cabo por profesional medico, conforme a la información suministrada en la base de datos RUAF y no se presentaron reportes de eventos adversos ocurridos durante la atención del parto.</p> <p>PASO 4 SEGUIMIENTO POST PARTO : La atención de los 2011 partos atendidos se llevo a cabo por profesional medico, conforme a la información suministrada en la base de datos RUAF.</p> <p>Durante la vigencia no se presentaron reportes de eventos adversos ocurridos durante la atención del parto. Con respecto a la asignación de citas de control con ginecología o medicina general según correspondía, se asignó al 100 % de las pacientes y en los casos de incumplimiento se realiza agendamiento de cita control hasta dos veces y respectivo seguimiento telefónico. A los nacidos vivos en la institución en el periodo correspondiente al III trimestre se asigno cita con pediatría al 100%</p>	Realizar captación temprana de las gestantes antes de la semana 12	25%	6,25%	3,8%	6,25%	3,2%	6,25%	3,8%	6,25%	6,25%
														Realizar seguimiento a la gestante mediante controles prenatales (mínimo 4)	25%	6,25%	5,88%	6,25%	4,87%	6,25%	5,73%	6,25%	6,25%
														Garantizar una atención adecuada al parto y puerperio inmediato	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%
														Realizar seguimiento en el periodo posparto a la materna (antes de 30 días) y al neonato (antes de 45 días)	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre				
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Línea base																				
							Valor	Año																			
			17. Aumentar al 30,4% las consultas de detección temprana en jóvenes (Población subsidiada de jóvenes de 10 a 29 años equivalente a 10.932 // Año 3 30,1% 3.285 - Año 4 30,4% 3.318))	2,20%	Porcentaje de jóvenes con al menos una consulta anual para detección temprana de alteraciones en su estado de salud	No. de jóvenes con consulta de detección temprana / No. Total de jóvenes a cargo de la IPS * 100	29,8%	2018	30,1%	30,5%	100%	2,20%	En el año se realizaron 3332 consultas para el programa de alteraciones del joven a usuarios a cargo de la E.S.E. entre 10 y 29 años (1 trim 962, 2 trim 1045, 3 trim 756, 4 trim 569) En el segundo semestre de la vigencia se superó la meta proyectada para el semestre la cual fue de 1643 usuarios. Se adelantó la contratación con la Alcaldía Municipal para realizar el programa de Escuelas Saludables - APS en el mes de abril, las actividades a realizar se desarrollaron bajo la metodología vivencial participativa partiendo de un diálogo de saberes en el que se exploran las principales problemáticas presentadas en la juventud y adolescencia identificando factores de riesgo y protectores que favorecen el embarazo adolescente. * Se abordaron 2 instituciones, realizando 5 jornadas e interviniendo 179 jóvenes. * Se realizaron actividades educativas de prevención de embarazo en adolescentes como condición protectora para la disminución de morbi-mortalidad en población joven y binomio madre e hijo. * Durante la ejecución de las actividades de APS se	Atención integral para jóvenes y adolescentes a través de la consulta de detección de alteraciones del joven	70%	17,50%	17,5%	17,50%	17,5%	17,50%	17,5%	17,50%	17,5%	17,50%	17,5%	17,50%	17,5%
													Desarrollar el programa de jornadas educativas (Escuelas saludables) con énfasis en las adolescentes de 10 a 19 años mediante la realización de 12 jornadas educativas.	30%	0,00%	0,0%	10,00%	10%	10,00%	10,0%	10,00%	10,0%					
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA		VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	18. Mantener al 100% el tratamiento oportuno de los pacientes afiliados diagnosticados con TBC	2,20%	Pacientes con tratamiento	N° total de pacientes afiliados identificados con TBC en tratamiento / N° total de pacientes afiliados identificados con TBC x 100	100%	2018	100%	100%	100%	2,20%	Durante la vigencia se capturaron 2147 (1 trim 914, 2 trim 300 3 trim 620 y 4 trim 313) pacientes sintomáticos respiratorios mediante la consulta de médicos en I, II nivel y BAI (búsqueda activa institucional). La meta para la vigencia de acuerdo a la Circular 028 de 2009 eran 892. Durante la consulta se realizó captación de sintomáticos a los cuales se solicita baciloscopia mas cultivo para descartar o confirmar tuberculosis. Durante la vigencia 2019 se tomaron 607 baciloscopias (I TRIM 123, II TRIM 155, III TRIM 174, IV TRIM 155), de las cuales se identificaron 11 baciloscopias positivas (1 trim 1, 2 trim 3, IV trim 4, IV trim 3) a las cuales se realiza seguimiento a familia y contactos, a su vez se realiza notificación a través del aplicativo Sivigila. Se garantizó el tratamiento así: I TRIM 1 paciente captado en el trimestre. Se inicia tratamiento de primera fase a 1 paciente georreferenciado de Bogotá y se da continuidad en el tratamiento de 2 fase a un 1 paciente identificado en el cuarto trimestre de 2018. Se realiza seguimiento telefónico y personal para controles médicos, laboratorio y tratamiento a los pacientes encontrados, se cuenta con tarjetas individuales de tratamiento de TB para cada uno de los pacientes. II TRIM 5 paciente captados durante el año 2019. se inicia tratamiento de primera fase a 3 usuarios y tratamiento de segunda fase a 2 usuarios. uno correspondiente a Silvania. Se realiza seguimiento telefónico y personal para controles médicos, laboratorio y tratamiento a los pacientes encontrados, se cuenta con tarjetas individuales de tratamiento de TB para cada uno de los pacientes. (la base contiene 11 usuarios incluyendo los que terminaron tratamiento en I Trim.) III TRIM 4 pacientes medicados de primera fase y se da continuidad en el tratamiento de 2 fase a los pacientes dx en el periodo anterior. Se realiza seguimiento telefónico y personal para controles médicos, laboratorio y tratamiento a los pacientes encontrados, se cuenta con tarjetas individuales de tratamiento de TB para cada uno de los pacientes. IV TRIM 7 pacientes con diagnóstico de TB (3 por baciloscopia y 4 por clínica), a los cuales se les garantizó tratamiento. Se	Realizar búsqueda activa de sintomáticos respiratorios	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%		
													Identificar pacientes con baciloscopias positivas	40%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%					
													Garantizar TAES, controles médicos y de laboratorio	40%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10%				

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre				
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Línea base																				
							Valor	Año																			
			19.Mantener coberturas útiles de vacunación	2,20%	Porcentaje de cobertura en vacunación	Porcentaje de cobertura en vacunación	95%	2018	95%	1,18	100%	2,20%	Las coberturas de vacunación presentadas para la vigencia corresponden a los trazadores de los siguientes Biológicos: SEDE CENTRAL BCG 1452 (173%) 2da de Rotavirus 904 (107,7%) 3ra de Penta 944 (112,5%) 2da de Neumococo 936 (111,6) Triple Viral Año 992 (109,1%) Primer refuerzo triple viral - 5 años 1140 (124,5%) PUESTO DE SALUD TIBACUY *Segunda de Rotavirus 44 (122,2%) *Tercera de Penta 34 (94,4) *Segunda de Neumococo 39 (108,3) *Triple Viral Año 34 (94,4%) *Primer refuerzo triple viral - 5 años 37 (102,8%) PUESTO DE SALUD PASCA *Segunda de Rotavirus 100 (92,6%) *Tercera de Penta 104 (96,3%) *Segunda de Neumococo 106 (98,1%) *Triple Viral Año 101 (93,5%) *Primer refuerzo triple viral - 5 años 121 (112,0%)	Vacunación extramural casa a casa	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
													Realizar demanda inducida y vacunación por medio del seguimiento a bases de vacunación y PAI WEB	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%				
													Realizar vacunación intrahospitalaria 2 veces por día para asegurar vacunación total y oportuna del RN	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%				

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre	
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Linea base																	
							Valor	Año																
													Participar institucionalmente en las jornadas de vacunación organizadas a nivel nacional	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5,00%	5,00%	5%		
													Realizar barridos 2 veces por semana con el apoyo de 3 vacunadores	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5,00%	5,00%	5%		
INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	8. GESTIÓN AMBIENTAL RESPONSABLE	SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	20. Aumentar en un 2% anual en porcentaje de cumplimiento en la implementación del plan de emergencias alineándolo con la política hospital seguro. (1 Año 42%, 2 Año 44%, 3 Año 46%, 4 Año 48%)	2,20%	Porcentaje de implementación del plan de emergencias	Resultado de la calificación del Instrumento de diagnóstico del Plan de emergencias / 100%	45,8%	2018	46%	47%	100%	2,20%	La evaluación frente a la línea de base ha tenido un desarrollo en los temas de análisis y de amenaza a vulnerabilidad, debido a que se realizó la autoevaluación referente a los criterios establecidos por la OPS, se encuentra activo el comité de emergencias y se elaboraron y desarrollaron los planes de capacitación de la brigada. Durante el primer trimestre de la vigencia se actualizó y se envió el plan hospitalario de emergencias de la sede central, para revisión al Centro Regulador de Urgencias y emergencias Crue. Al cierre de la vigencia los Planes de emergencias de Centros y Puestos de Salud se encuentran actualizados El Plan presenta un cumplimiento del 47.2%	Realizar actualización y medición trimestral en la implementación del plan hospitalario de emergencias de la sede central, puestos y centros de salud	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5%
														Realizar un simulacro trimestral de cadena de llamadas y apertura de puertas	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	
														Realizar un simulacro de evacuación y un simulacro de atención masiva de víctimas	20%	0,00%	0,0%	10,00%	10%	10,00%	5%	0,00%	0%	
														Realizar simulaciones de los dos simulacros programados para la vigencia	20%	0,00%	0,0%	10,00%	10%	10,00%	5,0%	0,00%	0%	

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre							
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Línea base																							
							Valor	Año																						
			21. Mantener la implementación al 100% del plan de contingencia frente a los eventos que pueden derivar posibles emergencias	2,20%	Porcentaje de planes de contingencia	N° de planes de contingencia generados / N° de eventos que pueden derivar posibles emergencias x 100	100%	2018	100%	100%	100%	2,20%	Durante la vigencia 2019 se identificaron y generaron 40 planes de contingencia para los posibles eventos que pudieran generar un desbordamiento en la capacidad de atención por parte de la ESE Hospital San Rafael, así: I Trimestre: 3 (Año nuevo 1 Ene 19), (Puente 7 Ene 19), (Festivo 26 Mar 19) II Trimestre: 11 (Cabalgata 13-Abr.19) (Semana Santa) (Clasica de ciclismo 25 al 27 Abr) (Dia de la niñez 26 Abr) (Dia del trabajo 1 May 19) (Encuentro Nal de Patinaje 25 y 26 May 19) (Puente festivo 3-Jun-19) (Juegos Dptales de Integración 15 al 19 de Junio) (Dia persona mayor y personas en situación de discapacidad 22 Jun 19) (Puente festivo 24 Jun-19) III Trimestre: 12 (Independencia 20 de Julio) (Motopaseo 21 de Julio) (Simulacro SENA brigadistas 26-Julio) (Batalla de Boyaca 7-Ago) (Asuncion de la virgen 17 ago) (Campeonato Nal Promocional de Moto Velocidad en Arena 25 ago) (Campeonato Dptal Juvenil XXIV 4 a 7 Sep) (Simulacro Ambiental Alcanos 16 Septiembre) (primera valida de motovelocidad 22 Sept) (Paseo Nal de transportadores 23 de sept) (Clasica ciclistica RCN 26 sept) (primera valida de motovelocidad profundos 20 oct) IV Trimestre: 14 : (Super viejoteca bailable 13 octubre 2019), (Campamento espiritual iglesia pentecostal 12 13 y 14 octubre 2019) , (Puente festivo dia de la raza 14 octubre 2019), (Primera valida de motovelocidad profundos 20 octubre 2019), (Cierres de campaña Fusagasuga 18 al 20 octubre 2019), (Elecciones nacionales 27 de octubre 2019), (Dia dulce 31 octubre 2019), (Puente festivo dia de todos los santos 4 noviembre 2019) , (Festivo independencia de cartagena 11 noviembre 2019), (Copa pyp navidad 30 noviembre a 1 diciembre 2019) (Copa navideña de	Realizar tres capacitaciones trimestrales en emergencias a brigadistas, cliente interno y comité de emergencias	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
			22. Aumentar y mantener en 1 el reporte mensual al Sistema de Vigilancia en Salud Laboral el 100% de los eventos de origen laboral	2,20%	Reportes al SIVISALA	Número de reportes entregados	100%	2018	100%	100%	100%	2,20%	Se tiene implementado el sistema de vigilancia en salud laboral en sus componentes y se realiza el reporte mensual al SIVISALA de la totalidad de los eventos presentados. Se realiza envío durante el primer trimestre los informes SIVISALA en las siguiente fechas: 05/01/2019 mes notificado diciembre de 2018, 05/02/2019 mes notificado enero de 2019, 03/03/2019 mes notificado febrero de 2019, 03/04/2019 mes notificado marzo de 2019, 02/05/2019 mes notificado abril de 2019, 05/06/2019 mes notificado mayo de 2019 y 03/07/2019 mes notificado junio de 2019. Se ha realizado envío mensual hasta el tercer trimestre de los informes SIVISALA en las siguiente fechas: mes notificado Julio 05/08/2019 mes notificado Agosto 04/09/2019 mes notificado Septiembre, 03/10/2019 Ademas se realiza reporte de 3 accidentes laborales grave en los meses de Agosto(02) y Septiembre (01). Para el I trimestre se ealizaio notificación Octubre 2019 05/11/2019, Noviembre 2019 04/12/2019 Diciembre 2019 02/01/2020 Ademas se realiza reporte de 2 accidentes laborales grave en el mes de Diciembre 2019 notificado en enero de 2020	Realizar la notificación institucional mensual de accidentes de trabajo atendidos en la E.S.E.	100%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%			
COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE	1. GESTION DEL TALENTO HUMANO	SALUD Y ÁMBITO LABORAL	23. Aumentar al 90% el cumplimiento de la estrategia AIEPI clínico en la Institución, acorde a las guías de práctica clínica para menores de 5 años. (Año 1 78%, Año 2 82%, Año 3 86%, Año 4 90%)	2,20%	Estrategia implementada	N° total de HC realizadas de AIEPI 2 / N° total de niños vistos en el programa de CyD menores de 5 años x 100	84%	2018	86%	92%	100%	2,20%	En el año se atendieron 5047 menores de 5 años que asistieron a consulta de crecimiento y desarrollo. (1 trim 1204, 2 trim 1295, 3 trim 1443 4 trim 1105) Se diligenciaron 4607 AIEPI (1 trim 1128, 2 trim 1169, 3 trim 1318, 4 trim 992) . Teniendo un cumplimiento del 91.3% Como estrategia para mejorar el diligenciamiento de AIEPI se ha venido realizando sensibilación al personal asistencial sobre la importancia de mejorar el adecuado diligenciamiento de la HC de AIEPI y de la HC institucional , a fin de dar cumplimiento a la Resolución 3280/18 Al 100% de los padres que ingresan a consulta con menores de 5 años se les realiza educación sobre pautas de crianza y nutrición, alimentación saludable lo cual se evidencia en los contenidos de la HC de Dinámica Durante la vigencia se realizo resocialización al personal de puestos de salud de auditoría de HC, Auditoría de historias de gestantes, primera infancia, crecimiento y desarrollo, crónicos, alteraciones del adulto y del joven,	Diligenciar HC AIEPI (por encima del 86%) a niños menores de 5 años que asisten a consulta en el primer nivel de atención.	50%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%			
TEJIDO SOCIAL	6. GESTION ASISTENCIAL	TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES											Dar educación al familiar y cuidador del menor en todo lo relacionado con salud, bienestar y enfermedades que ocasionalmente puedan afectarle al menor.	30%	7,50%	7,5%	7,50%	7,5%	7,50%	7,5%	7,50%	7,5%								

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre				
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Linea base																				
							Valor	Año																			
													Realizar auditorías periódicas a HC para verificación de cumplimiento estrategia AIEPI clínico.	10%	2,50%	2,5%	2,50%	2,5%	2,50%	2,5%	2,50%	2,5%					
													Reforzar conocimientos al personal profesional y técnico para la aplicación de las guías de práctica clínica en menores de 5 años	10%	10,00%	10%	0,00%	0%	0,00%	0,0%	0,00%	0,0%					
			24. Mantener el 100% de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo	2,20%	Porcentaje de recién nacidos con TSH	N° total de nacidos vivos a quienes se les realiza tamizaje para hipotiroidismo / N° total de nacidos vivos reportados x 100	100%	2018	100%	100%	100%	2,2%	Hasta el tercer trimestre del año, se ha realizado tamizaje por TSH al 100% de los nacidos vivos. Para la vigencia de los 2011 nacidos vivos en la E.S.E (I trim 493, II trim 482, III trim 534, IV trim 501), al 100% de los recién nacidos se les solicitó la hormona estimulante de tiroideas TSH neonatal.	Realizar tamizaje de hipotiroidismo al 100% de los recién nacidos	100%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%				
			25. Aumentar al 56% el ingreso de los niños que asisten a consulta de medicina general al programa de crecimiento y desarrollo (1 Año 50% - 2 Año 52% - 3 Año 54% - 4 Año 56%)	2,20%	Porcentaje de niños en el programa de crecimiento y desarrollo	N° total de niños incluidos en el programa / N° total de niños que asisten a consulta del régimen subsidiado x 100	54%	2018	54%	58%	100%	2,2%	En el año se han captado 1493 menores (1 trim 552, 2 trim 354 3 trim 394 Y 4 trim 193) De los cuales 868 (1 trim 320, 2 trim 199, 3 trim 238, 4 trim 111) se canalizaron al programa de C y D de niños que corresponde a un 57,5% de captación.	Canalizar y agendar a los menores de 5 años a consulta de crecimiento y desarrollo. Demanda inducida a través de la historia clínica y citas medicas (por encima del 54% con base en RIPS)	100%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%				
			26. Aumentar a 350 personas la PVCA que demanda de servicios de salud en la E.S.E.	2,20%	PVCA que accede a los servicios de salud	N° total de PVCA atendida por la E.S.E. / N° total de PVCA que demanda los servicios de la E.S.E.	100%	2018	100%	100%	100%	2,2%	Se tienen dispuestos todos los servicios Institucionales para garantizar la atención de la PVCA y se realiza atención a demanda. Para la vigencia 2019 se atendieron 551 personas identificadas como población víctima del conflicto armado así: * 1 trim 138 * 2 trim 150 * 3 trim 132 * 4 trim 131 Para un total de 1215 intervenciones en los diferentes programas que tiene el hospital.	Garantizar la atención en salud a la PVCA que demande los servicios a nivel institucional (350 personas)	40%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%				
													Realizar brigadas dirigidas a la PVCA a nivel extra mural que involucren los servicios de enfermería, medicina, odontología y salud oral mediante el personal del Programa APS	60%	0,00%	0,0%	20,00%	20%	20,00%	20%	20,00%	20%					
TEJIDO SOCIAL, INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	7. HUMANIZACIÓN	FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	27. Aumentar al 82% la satisfacción de los usuarios (1 Año 79% - 2 Año 80% - 3 Año 81% - 4 Año 82%)	2,20%	Porcentaje de satisfacción del usuario en la E.S.E.	N° de usuarios satisfechos / N° total de usuarios entrevistados x 100	94%	2018	81%	92,9%	100%	2,2%	Se realizaron 147 rondas de humanización aplicando lista de chequeo CAHU-FT-02 V01 para la valoración de atención humanizada frente a una meta de 144 Se realizó campaña de derechos y deberes el día 8 de julio de 2019, a través de diferentes medios de comunicación (facebook, pagina web) En la central de citas y salas de espera de consulta externa se transmite el video institucional de derechos y deberes desde el mes de agosto del año 2019 Se cuenta con orientadores SIAU que capacitan permanentemente en los diferentes puntos de la E.S.E. 320 capacitaciones en los diferentes servicios. Teniendo en cuenta la articulación con la oficina de atención al usuario SIAU se realizaron rondas para la valoración de humanización y con direccionamiento de PQRS en los servicios de medicina interna, ginecobstetricia, urgencias ginecológicas y puestos de salud. Ahora bien la medición de satisfacción de usuarios se realiza a través del análisis de la PQRS articuladamente con las áreas de humanización y seguridad del paciente en relación a los atributos de calidad y orientados a la mejora de los servicios ENCUESTAS APLICADAS : 18616 (1 trim 3737 y 2 trim	Realizar rondas de humanización aleatorias aplicando el instrumento de valoración en la atención en salud en los diferentes servicios del hospital	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5,0%	5,00%	5,0%	5,00%	5,0%	5,00%	5,0%
													Realizar una campaña a nivel institucional para la promulgación de derechos y deberes de los usuarios	20%	0,00%	0,0%	0,00%	0%	20,00%	20%	0,00%	0%					

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre	
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Linea base																	
							Valor	Año																
												4873. 3 trim 4702. 4 trim 5307) NIVEL DE SATISFACCION: 17299 (1 trim 3107 , 2 trim 4584 3 Trim 4492. 4 trim 5116) encuestas con un nivel de satisfacción de 97,3% es decir 5116 usuarios que tiene una percepción buena o muy buena con la atención recibida en la entidad.	Realizar 144 rondas de humanización en el año 2019 según priorización de PQRS por atributo de calidez	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5,00%
													Realizar mensualmente la medición de la proporción de satisfacción global de los usuarios en el hospital	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	
													Realizar planes de mejoramiento a los servicios involucrados con las tres principales causas de las PQRS	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	
			28. Aumentar al 100% la implementación del programa de humanización en la E.S.E. Y un plan de acción (1 Año 50% - 2 Año 100% - 3 Año 100% - 4 Año 100%)	2,20%	Programa implementado	N° total de acciones implementadas / N° total de acciones propuestas x 100	100%	2018	100%	118%	100%	2,20%	Se tiene una Política y un programa de Humanización, establecido desde el año 2014. Para la vigencia se actualizo el programa de humanización, incorporando los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y el direccionamiento de la Gobernación de Cundinamarca. El plan de acción del programa de humanización 2019 contempla 301 actividades para desarrollar en el transcurso de la vigencia, de las cuales se cumplieron según lo programado 354 actividades, las cuales representan el 100% en el avance del cumplimiento.	Convocar y sesionar el comité institucional de humanización de manera mensual	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%
													Realizar 2 campañas de humanización a nivel institucional	40%	0,00%	0,0%	20,00%	20%	0,00%	0%	20,00%	20%	20,00%	
													Realizar 12 capacitaciones y/o sensibilizaciones en temas de humanización establecidas en el programa	40%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10,0%	10,00%	10,0%	10,00%	
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	2. GESTION POR PROCESOS		29. Aumentar y mantener al 100% la implementación del sistema único de habilitación en la E.S.E. (1 Año 60% - 2 Año 100% - 3 Año 100% - 4 Año 100%)	2,20%	Servicios habilitados	N° total de servicios habilitados / N° total de servicios ha habilitar x 100	100%	2018	100%	100%	100%	2,2%	Actualmente la Institución tiene habilitados 75 servicios (Total Servicios en todas las sedes 242 - Sede Principal 62 servicios). Se realiza el seguimiento a los procesos prioritarios de los servicios habilitados, se realiza auditoría de habilitación a servicios asistenciales de segundo nivel, se realizan seguimientos a procesos prioritarios en compañía de planeación. Se realizan acompañamientos a los servicios de la sede principal y puestos de salud con la finalidad de verificar y acompañar el cumplimiento de condiciones mínimas de habilitación. Se establecen acciones de mejoramiento con base al sistema único de habilitación, se presenta plan de mejoramiento. Se realiza seguimiento y acompañamiento a los planes de mejoramiento del sistema único de habilitación. Se realiza desde el área de auditoría de concurrencia seguimiento al componente de historia clínica. Se establecen auditorías de seguimiento de guías de práctica clínica, se verifica calidad del registro de historias clínicas.	Realizar diagnóstico al estándar de procesos prioritarios y seguimiento trimestral a su adherencia	40%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%
													Realizar diagnóstico al estándar de historia clínica y seguimiento trimestral a la adherencia	40%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre								
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Linea base																								
							Valor	Año																							
													Elaborar y ejecutar planes de mejoramiento para mantener el cumplimiento de los estándares de habilitación y hacer seguimiento a los mismos		20%		5,00%		5%		5,00%		5%		5,00%		5,0%		5,00%		5,0%
			30. Mantener al 100% la implementación de los sistemas de información en la E.S.E. (1 Año 90% - 2 Año 100% - 3 Año 100% - 4 Año 100%)	2,20%	Entrega total y oportuna de informes requeridos	N° total de informes entregados oportunamente / N° total de informes requeridos x 100	100%	2018	100%	100%	100%	2,2%	Se mantiene actualizado el aplicativo de seguimiento de informes institucionales, el cual permite semaforizar los informes a reportar a los diferentes entes de control. Quincenalmente desde el área de planeación se oficia a cada uno de los responsables los informes próximos a entregar. Las oficinas de Gerencia, planeación, sistemas de información, control interno y el comité de gerencia vienen realizando seguimiento a la presentación de los informes de obligatorio cumplimiento los cuales se han reportado oportunamente .	Reportar mensualmente la entrega oportuna de los informes institucionales que presenta la E.S.E.	100%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%				
			31. Aumentar un 20% anual la calificación en la autoevaluación de acreditación para el mejoramiento continuo de la calidad en el ciclo de preparación para la acreditación. (1 Año 1,2 - 2 Año 1,44 - 3 Año 1,73 - 4 Año 2,07)	2,20%	mejoramiento continuo de calidad aplicado a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de calificación de la autoevaluación anterior	1,44	2018	1,73	1,34	100%	2,2%	La autoevaluación de acreditación realizada los días 24 y 25 de enero de 2019 con una puntuación de 1,93. Se elabora plan de trabajo para adelantar ciclo de preparación para la acreditación, se efectúa la conformación de los equipos de trabajo por estándares de acreditación. Se conforman los equipos de autoevaluación por estándares, realizándose capacitación a los colaboradores de la ESE sobre acreditación y la metodología a emplear para hacer la autoevaluación. Se elaboran planes de mejoramiento por cada uno de los estándares de acreditación. Se socializan los planes de mejoramiento con los diferentes responsables de las acciones de mejora. Se establecen grupos por estándar, de igual modo se socializan as fechas establecidas para el seguimiento de las actividades establecidas desde acreditación. Para el 4 trimestre se realizará la convocatoria de las jornadas de trabajo en acreditación. Se priorización los estándares de acreditación los cuales se van a trabajar y se establecieron a su vez las acciones de mejoramiento	Realizar 2 jornadas de autoevaluación para la acreditación	40%	20,00%	20%	0,00%	0%	20,00%	20%	0,00%	0%								
			32. Aumentar y mantener en el 90% el cumplimiento de las actividades del PAMEC	2,20%	efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	N° de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / N° total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría x 100	92%	2018	90%	100%	100%	2,20%	Se realiza PAMEC priorizando 17 actividades para ser desarrollados hasta el mes de diciembre de 2019 contemplando seguimientos y contempla la realización de 5 seguimientos teniendo en un avance del 20% en el cumplimiento de las actividades. Se programa el informe definitivo de cumplimiento dentro de los términos de la circular 012 de 2016 es decir para el mes de febrero de 2020	Definir el alcance y duración del PAMEC enfocado hacia el mejoramiento en el resultado de los indicadores del sistema de información para la calidad y el fortalecimiento del programa de seguridad del paciente, priorizando los procesos a mejorar y la calidad esperada. Realizar seguimiento a las actividades priorizadas en el PAMEC y a su vez planes de mejoramiento para las actividades que no tengan avance	40%	40,00%	40%	0,00%	0%	0,00%	0%	0,00%	0%								
TEJIDO SOCIAL, INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	6. GESTION ASISTENCIAL		33. Ejecutar al 100% las acciones de APS del municipio de Fusagasugá	2,20%	Acciones colectivas ejecutadas	N° acciones colectivas ejecutadas / N° de acciones colectivas contratadas x 100	100%	2018	100%	100,0%	100%	2,2%	Se gestiona la contratación con la Alcaldía Municipal para la implementación de la estrategia APS. Se realizaron visitas de caracterización a hogares y seguimiento a gestantes, crónicos, población víctima del conflicto armado, población en condición de discapacidad, y menores de 5 años. Se realizan jornadas educativas en colegios bajo la estrategia educación para la salud y estrategia de orientación	Desarrollar a través del equipo contratado las intervenciones colectivas pactadas con el Municipio para el fortalecimiento de la promoción de la salud y gestión del riesgo en la población	100%	10,00%	10%	30,00%	30%	30,00%	30%	30,00%	30%	30,00%	30%						
			34. Ejecutar al 100% las acciones del plan de intervenciones colectivas del municipio de Pasca	2,20%	Acciones colectivas ejecutadas	N° acciones colectivas ejecutadas / N° de acciones colectivas contratadas x 100	100%	2018	100%	100,0%	100,0%	2,20%	Se gestiona la contratación con la Alcaldía Municipal de Pasca para el desarrollo del programa de Intervenciones Colectivas del PIC. Se realizaron 1609 (1 trim 233 , 2 trim 467, 3 trim 493 y 4 trim 416) atenciones.	Desarrollar a través del equipo contratado las intervenciones colectivas pactadas con el Municipio para el fortalecimiento de la promoción de la salud y gestión del riesgo en la población	100%	20,00%	20%	26,67%	26,67%	26,67%	26,7%	26,67%	26,7%	26,67%	26,67%						
			35. Ejecutar al 100% las acciones del plan de intervenciones colectivas del municipio de Tibacuy	2,20%	Acciones colectivas ejecutadas	N° acciones colectivas ejecutadas / N° de acciones colectivas contratadas x 100	100%	2018	100%	100,0%	100%	2,2%	Se gestiona la contratación con la Alcaldía Municipal de Tibacuy para el desarrollo del programa de Intervenciones Colectivas del PIC, que dio inicio en el mes de Abril de 2019. Se contrataron 1117 actividades de las cuales a IV I trimestre de 2019 se ejecutaron 1117 que corresponde a un 100% de cumplimiento	Desarrollar a través del equipo contratado las intervenciones colectivas pactadas con el Municipio para el fortalecimiento de la promoción de la salud y gestión del riesgo en la población	100%	10,00%	10%	30,00%	30%	30,00%	30%	30,00%	30%	30,00%	30%						

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre				
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Linea base																				
							Valor	Año																			
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	2. GESTION POR PROCESOS		36. Fortalecimiento y mantenimiento del Modelo Estándar de control Interno MECI (1 Año 61% - 2 Año 62% - 3 Año 63,5% - 4 Año 64%)	2,20%	Avance del MECI	Porcentaje de cumplimiento como resultado de la evaluación MECI.	81,8%	2018	63%	86,6%	100%	2,2%	Se vienen realizando seguimientos al MECI por parte de las oficinas de Planeación y Control Interno de la ESE, del cual se generan recomendaciones y/o auditorias internas, para el mejoramiento de los procesos y el ajuste de los elementos del MECI. Modelo al cierre de periodo presenta un cumplimiento del 86,6% (Satisfactorio).	Realizar trimestralmente seguimiento al avance del Modelo Estándar de Control Interno MECI	100%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%				
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	3. GESTION DE LA TECNOLOGIA		37. Implementar la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina (1 Año 25% - 2 Año 50% - 3 Año 75% - 4 Año 100%)	2,20%	Porcentaje de servicios de telemedicina a implementados	N° de servicios prestados en la modalidad de telemedicina / N° de especialidades de telemedicina a implementar x 100	50%	2018	75%	100%	100%	2,2%	Se realizan auditorias con base al sistema unico de habilitacion a los servicios de telemedicina, se establece en conjunto con la gubernacion un convenio de telesalud, se participa en diferentes reuniones con la gubernacion de cundinamarca. Se habilitan los siguientes servicios: PASCA: Dermatologia, Medicina Interna, Otorrinolaringologia, electrodiagnostico y pediatria SEDE CENTRAL: Dermatologia, Gineco obstetricia, Medicina Interna, Ortopedia, Pediatria y Electrodiagnostico Contrato 945-2019 \$10.000.000 10-abr-19 suscrito con	Garantizar la operación de los servicios habilitados de consulta mediante la modalidad de telemedicina remitir y referente	100%	0,00%	0,0%	10,00%	10%	45,00%	45%	45,00%	45%				
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	7. HUMANIZACIÓN		38. Mantener en funcionamiento los mecanismos de participación social establecidos por la E.S.E. (Oficina de Atención al Usuario, Comité de Ética, Asociación de Usuarios - 1 Año 60% - 2 Año 70% - 3 Año 100% - 4 Año 100%)	2,20%	Efectividad de los mecanismos de participación	N° de mecanismos en funcionamiento / N° de mecanismos de participación definidos por la ESE x 100	100%	2018	100%	100%	100%	2,2%	La ESE tiene implementados los siguientes mecanismos de participación: a). La ESE cuenta con una Asociación de Usuarios conformada b). Se cuenta con comité de ética hospitalaria activo y funcionando. c) Se tiene dispuesta la Oficina de Atención al Usuario que coordina y orienta los procesos de atención al usuario, la respuesta de PQRS y la medición de la Percepción de la Atención Se realiza capacitación y acompañamiento a veedores en salud, para fortalecer los mecanismos de participación social, se tiene reglamentado el comité de SIAU para que se reúna mensualmente. Se realiza apertura de buzones en conjunto con un delegado de la asociación de usuarios y la oficina de atención al usuario una vez a la semana en aras de garantizar los mecanismos de participación	Convocar y sesionar el comité institucional de ética hospitalaria de manera mensual	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6%	6,25%	6%				
														Convocar y sesionar el comité institucional de SIAU de manera mensual	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6%	6,25%	6,25%			
														Realizar apertura de buzones según cronograma	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6%	6,25%	6,25%				
														Gestionar la totalidad de las PQRS	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6%	6,25%	6,25%				
			39. Aumentar al 80% la Implementación de acciones correctivas producto de lo evidenciado por las PQRS (1 Año 65% - 2 Año 70% - 3 Año 75% - 4 Año 80%)	2,20%	Implementación del plan de mejoramiento	N° total de acciones correctivas implementadas / N° total de PQRS en seguimiento x 100	100%	2018	75%	100%	100%	2,2%	Se elabora plan de mejoramiento global en conjunto con las oficinas de calidad y humanización referente a la calidez, presentada en el primer trimestre estableciéndose las siguientes acciones 1). se realiza intervención en el CAA urgencias adulto facturación de urgencias, siendo los servicios que mayor inconformidad presentan ante el usuario. 2). Se presentan resultados de PQRS y satisfacción al usuario ante el comité de SIAU. 3). Se diseña estrategia relacionada con el salud hacia el usuario. Se elabora plan de mejoramiento global en conjunto con las oficinas de calidad referente a la calidez, oportunidad y seguridad siendo estas las tres principales causas de PQRS presentada en el segundo trimestre estableciéndose las siguientes acciones 1). Capacitación en los paquetes instruccionales al personal asistencial de los tres servicios urgencias adulto, urgencias ginecológicas, urgencias pediátricas 2) Actividad de sensibilización a los servicios de servicios generales, medicina interna personal de enfermería. 3) Indicador de Oportunidad En La Especialidad de Oftalmología para el tercer trimestre se elabora plan de mejoramiento a las tres principales causas de insatisfacción en el servicio de 1. Oportunidad en el servicio de odontología Odontología del puesto de salud de aguadita. 2. Procesos de seguridad en los servicios de Pensionados y Medicina Interna Socialización de Paquetes instrucciones de Aplicación Segura de Medicamentos, U Adulto protocolo paso de sonda .3. Sensibilización en el area de calidez al Personal del Puesto de salud de Obispo C.A.A. Odontología Servicios generales y Facturación 4. Plan de mejoramiento a las tres principales causas de insatisfacción en el servicio de humanización y calidez y seguridad del paciente	Elaborar y realizar seguimiento a los planes de mejoramiento en relación a las tres principales causas de inconformidad de las PQRS	100%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%	25,00%	25%

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Línea base																
							Valor	Año															
TEJIDO SOCIAL, INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	5. GESTION FINANCIERA		40. Realizar seguimiento y control al 100% sobre el cumplimiento del Plan Anualizado de Caja (PAC)	2,20%	Control del PAC (Relacion entre recaudos y giros mayor o igual a 1)	Recaudos totales de servicios de salud / Giros realizados de funcionamiento y operación comercial	1,16	2018	1	1,30	100%	2,2%	<p>La administración de la ESE, mes a mes realiza seguimiento por doceavas a los compromisos y de igual forma el presupuesto se ajusta al programa mensualizado de caja.</p> <p>La administración ha buscado los mecanismos financieros necesarios para dar cumplimiento a las directrices del confis, en cuanto respaldos presupuestales, ajustes al plan de compra y el programa mensualizado de caja, es de anotar que a pesar de incrementarse las horas y productividad por la alta demanda en ventas se ha logrado contener el gasto para no entrar en déficit, de igual manera las ventas han respaldados los compromisos al cierre de la vigencia 2019; Con respecto al IV Trimestre se tienen unos ingresos recaudados totales en 77.101.886.755 frente a unos gastos comprometidos de 59.392.372.848. Índice del 1,30% se cumple a lo estipulado indicadores de gestión y seguimos manteniendo un equilibrio presupuestal.</p> <p>El Comportamiento frente al RECONOCIMIENTO presenta el siguiente comportamiento: Para el cuarto trimestre del 2019, Total RECONOCIMIENTOS en \$104.099.307.686.00 / Total Presupuesto aprobado en \$69.402.451.860.00 con un % de ejecución del 149,99%. Esto quiere decir superamos la meta en un 49,99 al cuarto trimestre; Con respecto a la ejecución del presupuesto por reconocimiento se cumple. El Total de COMPROMISOS en \$59.392.372.848 / Presupuesto de \$69.402.451.860.00 = al 85,58%. Se logra comprometer los gastos necesarios para cubrir las necesidades puntuales de los servicios y se realizaron los diferentes ajustes al presupuesto para dar cumplimiento y tranquilidad para cierre de vigencia. Durante la vigencia los gastos estuvieron respaldados por los reconocimientos que en total suman \$104.099.307.686.00 es decir, que hubo respaldo del gasto frente al reconocimiento por ventas y otros ingresos como (Recuperación de cartera de vigencias anteriores), es importante resaltar que el total de la venta de Servicios de salud ascendió a la suma de \$66.291.403.305.00 cifra que a comparación del cierre del 2018 aumento en un 15,98% y el recaudo por venta de Servicios de Salud ascendió a la suma de \$39.293.982.374.00 cifra que a comparación del cierre del año 2018 aumento en un 16,00%; En cuanto a cumplimiento sobre el recaudo de la venta de servicios de salud se cumplió en un 65,75%.</p> <p>Recaudo total valor de \$77.101.886.755 / Reconocimientos de \$104.099.307.686 = 74,07% que corresponde a la totalidad de los ingresos por todo concepto, este porcentaje nos demuestra que el recaudo de la cartera no alcanza a cubrir con la meta propuesta, quedando pendiente al cuarto Trimestre en cumplir un 25,93%. La E.S.E. en el ejercicio del resultado presupuestal cierra con un Superavit de \$6.899.030.457 que corresponde al 11,62%, diferencia entre el valor total de la venta de Servicios de Salud y los gastos de funcionamiento y operación adquiridos por la E.S.E.</p> <p>Se logro un recaudo de vigencia 2018 con corte a 31 de Diciembre de \$18.353.835.039, gracias a las acciones adelantadas de recuperación de cartera. De las vigencias anteriores al 2017 se recaudo un valor de \$4.108.969.096, para un total de \$22.462.804.135</p> <p>Durante la vigencia se realizaron mesas de trabajo lideradas por la Contraloría de Cundinamarca con el fin de lograr el recaudo efectivo de los recursos adeudados a la institución por venta de servicios y a su vez, orientar esfuerzo</p> <p>El módulo de costos se encuentra totalmente operativo y parametrizado para estimación Mensual de costos generales por unidad funcional y centro de producción, actualmente se puede obtener informes de rentabilidad a nivel de unidad funcional y centro de producción.</p> <p>Se realizó revisión y parametrización en el Módulo de Costos de los servicios IPS, los cuales se constituyen como el insumo primario para la determinación de los costos, por unidades funcionales. Se realizó el análisis técnico de laboratorios clínicos y Ruta de mantenimiento actividades de</p>	Realizar manejo estricto de las doceavas para los compromisos	40%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%
							Realizar gestión el cobro de la cartera y reporte, depuración, seguimiento y asistencia a mesas de trabajo de conformidad con la circular 030	40%	10,00%	10%	10,00%	10%		10,00%	10%	10,00%	10%						
							Realizar mejoramiento de la herramienta de costos para la toma de decisiones en la contratación con las E.R.P.	20%	5,00%	5%	5,00%	5%		5,00%	5%	5,00%	5%						

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Línea base																
							Valor	Año															
TEJIDO SOCIAL, INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	GESTIÓN POR PROCESOS	DECRETO 612 DE 2018 (Fortalecimiento de la autoridad sanitaria)	41. Ejecutar anualmente el 25% del Plan Institucional de Archivo PINAR	1,00%	Ejecución del Plan Institucional de Archivo PINAR	N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas para el semestre x 100	25%	2018	50%	85%	100%	1,00%	<p>PLAN 1 : El plan de mejoramiento de infraestructura del PINAR contempla 2 actividades para ejecutar en la vigencia 2019 . Ejecutar el plan de mantenimiento preventivo archivo en cuanto fumigación aspersión y reparaciones locativas) e (Incluir en el plan de compras institucional la adquisición de elementos de dotación y combustibles para archivo central y de HC); las cuales se han venido ejecutando de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I y II trimestre se presenta propuesta para la limpieza y desinfección en las áreas y documentos de archivo, en el III trimestre no se realizó ya que se estuvo en proceso de arreglo y mejoramiento de los estantes. • Se realizó la aspersión a 900 cajas en el archivo de historia clínica. • Se realizó la fumigación, control de plagas, insectos rastreros, voladores al archivo. • Se realizó la compra de estantes para el archivo de Historias clínicas <p>En cuanto a los metros lineales, la NTC indica que por cada 5 cajas de archivo X200 es un metro lineal, por lo tanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Se cuenta con 14.437 cajas de archivo X200. * Los metros lineales son 2.887, de los cuales se encuentran arreglados 1.384 y los restantes 1.503 metros lineales se encuentran en proceso de arreglo los cuales son de: talento humano, contratación, jurídica e historias clínicas. *Se realizaron únicamente reparaciones locativas *Se realizaron mejoras en el archivo de historia clínica en cuanto a la adecuación y acervo documental y cambio de estantes. <p>PLAN 2 : El plan de mejoramiento de capacitación PINAR contempla 4 actividades para la vigencia, de las cuales se han venido ejecutando así:</p> <p>Se realizó orientación y retroalimentación a las oficinas de talento humano, contratación, epidemiología, gerencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Se culminó el apoyo en el proceso de archivo a la dependencia de Almacén, Contratación, Talento Humano, Facturación. • Se participó en asistencia técnica y proyectos archivísticos realizada por el AGN, en el II trimestre • Se realizó capacitación por parte del SENA en organización de archivos administrativos con la participación de 131 colaboradores de la E.S.E. certificados en organización de archivos de gestión. *Asesorar y acompañar las dependencias de la entidad en organización de los archivos y (sensibilización y capacitación funcionarios sobre archivos) *Se realizó orientación y retroalimentación a las oficinas de Archivo, Facturación, Puestos de salud, servicios generales, y Compras. * Se realizó sensibilización a Líderes en instrumentos archivísticos. * Se culminó el apoyo en el proceso de archivo a la dependencia de Talento Humano y contratación. • Se realizó capacitación por parte del SENA en organización de archivos administrativos con la participación de 25 colaboradores de la E.S.E. certificados en organización de archivos de gestión. Se capacito a los colaboradores en instrumentos archivísticos en el III trimestre <p>PLAN 3 : El plan estratégico informático del PINAR contempla 9 actividades las cuales se desarrollaron de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> Plan de conservación digital Política para la conservación y preservación de la información. Desarrollar la política de cero papel Resolución 0291 del 23 dic 2019 Política de Gobierno en línea y TICs: Parametrización de tablas de control de acceso: Documento expedido "Tablas de Control de acceso de la F&F" 	Realizar seguimiento trimestral al cumplimiento de las actividades establecidas en el PINAR correspondientes al plan 1 "Plan de mejoramiento e infraestructura".	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6%
							Realizar seguimiento trimestral al cumplimiento de las actividades establecidas en el PINAR correspondientes al plan 2 "Plan de capacitación".	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%		6,25%	6,25%	6,25%	6%						
							Realizar seguimiento trimestral al cumplimiento de las actividades establecidas en el PINAR correspondientes al plan 3 "Plan estratégico informático institucional".	25%	0,00%	0,0%	8,33%	0,00%		8,33%	5,55%	8,34%	6%						

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Linea base																
							Valor	Año															
													<p>PLAN 4: El plan de gestión documental del PINAR contempla 19 actividades para desarrollar en la vigencia, las cuales se han venido ejecutando así:</p> <p>1. Política de gestión documental: para 2018 se expidió el documento de política de gestión documental, y para la vigencia 2019 se encuentra en implementación con la socialización de la política a los colaboradores de la ESE</p> <p>2. Programa de gestión documental se viene socializando a través de capacitaciones, la adquisición de insumos para la organización documental (estantes, cajas)</p> <p>3. El Manual de correspondencia fue elaborado aprobado y publicado en la vigencia</p> <p>4. El Manual de organización de archivos de gestión se encuentra en proceso de legalización (FIRMA)</p> <p>5. El Fondo acumulado de la ESE viene siendo organizado se adjunta informe y evidencia fotográfica</p> <p>6. Instrumentos de recolección de información por cada área reproductora soportes</p> <p>7. Cuadro de Clasificación Documental Fondos acumulados 60%</p> <p>8. Convalidación e implementación de TVD 0%</p> <p>9. Cuadro de Clasificación Documental TRD 85%</p> <p>10. TRD 85%</p> <p>11. Tablas de control de acceso a la información incluidos en el documento "Tablas de Control de acceso de la ESE" (PUBLICACION WEB)</p> <p>12. Inventario de documentación de cada archivo de gestión en el FUID se realizó a 31 de diciembre de 65 dependencias 30 reportaron lo que equivale al 46.15%</p> <p>13. Plan de conservación documental a corto mediano y largo plazo: se encuentra elaborado</p>	25%	6,25%	6,25%	6,25%	1,97%	6,25%	0,00%	6,25%	5,59	
	GESTIÓN FINANCIERA		42. Ejecutar el Plan Anual de Adquisiciones	1,00%	Ejecución del Plan Anual de Adquisiciones	Valor total ejecutado / Valor total aprobado en el plan x 100	97%	2018	95%	95%	100%	1,00%	<p>Se realizó seguimiento mensual a la ejecución del plan de compras, el cual al final del tercer trimestre quedo con un porcentaje de ejecución del 95%</p>	Realizar seguimiento trimestral a la ejecución del plan de compras	40%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%
													Realizar comité de compras para los casos requeridos según la norma	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	
													Soportar cada una de las compras con el respectivo estudio de necesidades	40%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		43. Ejecutar el Plan Anual de Vacantes	1,00%	Ejecución del Plan Anual de Vacantes	Nº de actividades realizadas / Nº de actividades programadas (en el Plan y/o Convenio de Ajuste Institucional) x 100	100%	2018	100%	100%	100%	1,00%	<p>Teniendo en cuenta el convenio de reorganización, rediseño y modernización de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá convenio 059 de 2011, en el primer semestre de 2019 se adelantan reuniones previas con el supervisor del convenio, para presentar cumplimiento de los 29 compromisos del convenio 059-11, y se encuentra en proceso de liquidación. Por otra parte no hay cargos por fuero sindical por tal motivo no existe deuda.</p> <p>Para el tercer trimestre del año 2019, teniendo en cuenta los 29 compromisos del Convenio 059-11, estos se siguen cumpliendo de la misma manera como se han cumplido en los trimestres anteriores</p> <p>Se sigue sin deuda por no existir cargos por fuero sindical. En el tercer trimestre el día 06 de Septiembre se realizó reunión con todos y cada uno de los funcionarios que tienen relación directa con el desarrollo de dicho convenio para socializar la matriz del mismo y hacerle seguimiento a cada uno de los compromisos en el consignados, generando el Acta No. 01 del 06 de Septiembre de 2019, y se radican documento de seguimiento y cumplimiento a cada uno de los compromisos adquiridos en la reunión el día 2 de octubre de 2019</p>	<p>Dar cumplimiento al convenio 059 de 2011 "Programa de reorganización, rediseño y modernización de la red de servicios de la red de prestación de servicios de salud con vigencia hasta el 31 de diciembre 2018", en cuanto al número de cargos y denominaciones establecidos en la propuesta de reorganización aprobada.</p>	50%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%
													Realizar seguimiento trimestral a las actividades del convenio 059 de 2011	50%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	
			44. Ejecutar el Plan de Prevision de Recursos Humanos	1,00%	Ejecución de Plan de Prevision de Recursos Humanos	Nº de actividades realizadas / Nº de actividades programadas x 100	100%	2018	100%	100%	100%	1,00%	<p>Durante la vigencia se realizó la liquidación de nómina mes a mes de los funcionarios de planta, los pagos fueron realizados conforme a lo estipulado en la normatividad vigente.</p> <p>Se vincularon en total de 24 (I trim 12, II trim 3, III trim 7, IV trim 2) funcionarios</p> <p>Se desvincularon 23 (I trim 12 II trim 4 y III trim 5 IV trim 2) funcionarios</p>	Actualizar presupuesto según necesidades para el 2020	20%	0,00%	0,0%	0,00%	0%	0,00%	0%	20,00%	20%

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre						
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Linea base																						
							Valor	Año																					
												Por medio de la resolución N° 019 de 2019 se adopto el plan de previsión de talento humano.	Realizar liquidación de nomina	40%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10%						
												En el mes de Octubre se estableció el presupuesto a requerir para los funcionarios de Planta de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, para la vigencia 2020, para lo pertinente desde el área de talento humano se envió solicitud al área de presupuesto de los siguientes ítems: Para el segundo trimestre se evidencia la calificación de los 13 funcionarios de planta inscritos en carrera administrativa, periodo 1 de agosto de 2018 al 31 de enero de 2019. Al igual en el mes de febrero concertación de objetivos para el periodo 2019. Para el IV trimestre no se presenta califican de los funcionarios de planta inscritos en carrera administrativa en razón a que serán calificados dentro del periodo del 01 de Agosto de 2019 al 31 de Enero del 2020 Para esta actividad, a través de la plataforma MOODLE se implementa encuesta que permite evaluar y realizar medición del CLIMA LABORAL (necesidades de Funcionarios y Contratistas) de la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA. La encuesta se implementó y se subió a la plataforma el día 31 de Octubre de 2019, vía correo electrónico se socializó e invitó a Líderes y colaboradores a darle respuesta. Los colaboradores que atendieron la encuesta a 31 de diciembre fueron 78 personas 1- El mayor porcentaje del personal contratado es técnico con un 42% 26.6 % profesional, un 29 % asistencial y 1 % asesor. 2- El tiempo de contratación que lleva el personal es 23 años y el menor tiempo 5 meses 3- Se evidencia que el mayor porcentaje que trabaja en el hospital es femenino con un porcentaje de 79.3 %, masculinos 20.7 % 4- El 66% conoce la misión y visión de la institución, el 32% confirma tener mayor conocimiento en ello. 5- En cuanto a los objetivos el 66.9 % los conocen, el 31 % tienen mayor conocimiento, y el 1 % no tienen conocimiento. 6- Los funcionarios que ponen en práctica los valores institucionales es el 74 %, el 17.8 % muy esporádicamente lo hacen, el 7.7 % no los conocen. 7- El 67.5 % mencionan que los tienen en cuenta para la programación de actividades, el 11.2% mencionan que no todas las veces, el 18.9 % no los tienen en cuenta. 8- Se afirma que las capacitaciones deben ser prioritarias para adquirir mayor conocimiento lo que permitirá mejor desempeño en las actividades.	Realizar trámite de vinculación y desvinculación	40%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10%
			45. Ejecutar el Plan Estratégico de Talento Humano	1,00%	Ejecución del Plan Estratégico de Talento Humano	N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas x 100	100%	2018	100%	100%	100%	1,00%	Realizar medición del clima laboral	40%	0,00%	0,0%	0,00%	0%	0,00%	0%	40,00%	40%							
													Realizar intervenciones de clima laboral según solicitudes	20%	0,00%	0,0%	6,66%	6,66%	6,66%	7%	6,68%	6,68%							
													Realizar seguimiento y cumplimiento de la evaluación de desempeño laboral	40%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%	10,00%	10%							
			46. Ejecutar el Plan Institucional de Capacitación	1,00%	Ejecución del Plan Institucional de Capacitación	N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas x 100	100%	2018	100%	100%	100%	1,00%	Realizar diagnóstico de necesidades para el plan institucional de capacitación 2019	40%	40,00%	40%	0,00%	0%	0,00%	0%	0,00%	0%							
													Realizar seguimiento trimestral a la ejecución del plan institucional de capacitación 2019	60%	15,00%	15%	15,00%	15%	15,00%	15%	15,00%	15%							

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre								
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Línea base																								
							Valor	Año																							
			47. Ejecutar el Plan de Incentivos Institucional	1,00%	Ejecución del Plan de Incentivos Institucionales	N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas x 100	100%	2018	100%	100%	100%	1,00%	El plan de bienestar e incentivos 2019 se elaboró teniendo en cuenta la encuesta realizada al personal de planta, el instrumento logro priorizar las actividades según la preferencia de los funcionarios en donde se incluyeron actividades tales como: área recreativa y deportiva, área de promoción y prevención, de la salud, área social, promoción de programas de vivienda, programas de actividades socioculturales, red institucional, estímulos e incentivos y actividades calidad de vida laboral. El Comité de bienestar e incentivos se reunió el 21 de Junio de 2019 con el fin de definir la distribución del rubro presupuestal asignado para Bienestar Social La Oficina de Talento Humano gestionó con la EPS Famisanar la realización de unas jornadas de Masajes Compartidos los días 01, 29 y 30 de Agosto. La Oficina de Talento Humano gestionó con la EPS Colsubsidio para el día 3 de Agosto el desplazamiento de su unidad móvil a las instalaciones del Hospital para atender de manera directa a los funcionarios de la Entidad y brindar información sobre los servicios que presta, a su vez permito realizar afiliaciones a su caja de compensación familiar El Comité de bienestar e incentivos se reunió el 21 de Junio de 2019 con el fin de definir la distribución del rubro presupuestal asignado para Bienestar Social 2. La Oficina de Talento Humano gestionó con la EPS Famisanar la realización de unas jornadas de Masajes Compartidos los días 01, 29 y 30 de Agosto. 3. La Oficina de Talento Humano gestionó con la EPS Colsubsidio para el día 3 de Agosto el desplazamiento de su unidad móvil a las instalaciones del Hospital para atender de manera directa a los funcionarios de la Entidad y brindar información sobre los servicios que presta, a su vez permito realizar afiliaciones a su caja de compensación familiar. 4. Con el apoyo de las EPS FAMILANAR y COMPENSAR se realiza la SEMANA DE LA SALUD, los días del 18 al 22 de Octubre de 2019, en la cual se realizan sesiones de masajes anti stress, taller de emociones y tips de alimentación saludable. 5. Se realiza ACTIVIDAD PRENAVIDEÑA el día 6 de Diciembre de 2019, donde se llevaron a cabo diferentes actividades lúdicas en las diferentes dependencias, apoyados por la Caja de Compensación COLSUBSIDIO 6. Se realiza la FERIA DE LA VIVIENDA, el día 26 de Diciembre de 2019 cuyo objetivo era dar a conocer a los funcionarios todo lo relacionado con la adquisición de vivienda de interés social. 7. Como incentivo al personal de planta de la E.S.E.	Realizar diagnostico de necesidades de bienestar e incentivos para el 2019	40%	40,00%	40%	0,00%	0%	0,00%	0%	0,00%	0%								
													Realizar seguimiento a la ejecución trimestral del plan de bienestar e incentivos institucionales	60%	15,00%	15%	15,00%	15%	15,00%	15%	15,00%	15%	15,00%								
	GESTION DEL RIESGO		48. Ejecutar el Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	1,00%	Ejecución del Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	No. de actividades ejecutadas / No. de actividades programadas.	100%	2018	100%	100%	100%	1,00%	El plan de seguridad y salud en el trabajo se actualizo según los lineamientos normativos vigentes, cuyo despliegue se realizo enfocado en la capacitación al personal y la realización de inspecciones a los diferentes servicios. En cuanto a los accidentes laborales se realizo la respectiva investigación del 100% de los mismos.	Mantener vigente la contratación del responsable SG-SST con el perfil idóneo durante cada trimestre (Personal asignado o contratado que sea mínimo profesional en salud ocupacional, con licencia en seguridad y salud en el trabajo y curso de 50 Horas reglamentario)	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%								
													Realizar autoevaluación a 31 de diciembre del año anterior frente a los estándares mínimos del SG-SST	20%	20,00%	20%	0,00%	0%	0,00%	0%	0,00%	0%	0,00%								
													Elaborar y hacer seguimiento al plan de mejora del SG-SST de acuerdo a la autoevaluación y a la meta establecida para el año 2019 (Documento elaborado y aprobado de acuerdo al avance en el cumplimiento de los estándares)	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%									
													Elaborar y hacer seguimiento al plan de trabajo anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo aprobado por el representante Legal	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%								

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Linea base																
							Valor	Año															
													Elaborar y ejecutar una auditoria anual al SG-SST	20%	0,00%	0,0%	0,00%	0%	0,00%	0%	20,00%	20%	
			49. Ejecutar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	1,00%	Ejecución del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas x 100	80%	2018	90%	100%	100%	1,0%	El plan anticorrupción y atención al ciudadano identifico los riesgos a los que la institución esta sometida en el ejercicio de su labor, en cuanto al seguimiento en la valoración de los mismos y su respectiva materialización, se realizo seguimiento a través del mapa de riesgos institucionales. Adicionalmente se intervinieron tramites que permitieron racionalizarlos. En cuanto a la atención al ciudadano se realizó la actividad de rendición de cuentas para informar a la comunidad el desempeño que tuvo el hospital en la vigencia 2018. Se realizan comunicaciones permanentes a través de redes sociales y pagina web de los avances que adelanta la entidad y que afectan a la ciudadanía. Se adelanta seguimiento a los 9 tramites inscritos por la ESE ante el SUIT a fin de establecer un control de la cantidad de usuarios beneficiados por los tramites realizados ante la institución y se reporta la frecuencia de uso de estos tramites a la pagina del SUIT.	Realizar seguimiento trimestral a la matriz de riesgos institucionales y de corrupción	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%
													Realizar seguimiento a la racionalización de tramites	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	
													Realizar actividades de rendición de cuentas	20%	0,00%	0,0%	0,00%	20%	20,00%	20%	0,00%	0%	
													Establecer mecanismos para mejorar la atención al ciudadano	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	
													Establecer mecanismos para garantizar la transparencia y acceso a la información	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	
	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA		50. Ejecutar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicación PETIC	1,00%	Ejecución del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETIC	N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas x 100	30%	2018	100%	100%	100%	1,00%	El plan estrategico de tecnologías de la información y comunicación PETIC, se diseño enfocado en el mantenimiento de las tecnologías de la información en el hospital, de esta forma se optimizo el funcionamiento de las tecnologías informaticas y a su vez previniendo posibles fallas o afectaciones al sistema de información. Se hace el inventario fisico de los equipos de computo de la entidad registrando en la plataforma GLPI WEB dando como resultado un total de 232 equipos de computo, 4 servidores, 25 impresoras. Se realiza el inventario y hoja de vida de cada uno de los equipos de computo.	Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de las tecnologías de la información y comunicación	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6%	6,25%	6,25%

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Linea base																
							Valor	Año															
												Se realizaron capacitaciones dirigidas al nuevo personal que ingresa a la institución que incluyen uso del sistema y el adecuado registro de la información en el mismo. Para la presente vigencia teniendo en cuenta la actualización de dinámica general hospitalaria se capacitará a todo el personal de la entidad en el buen manejo del sistema de información en sus diferentes módulos. Se cuenta con la herramienta curso tecnologías de información y comunicación con el fin de realizar el correcto registro de la información en el sistema de información. Se cargo en la plataforma MOODLE en la pagina web el material multimedia con el fin de que las áreas asistenciales accedan a las capacitación de diferentes procesos del sistema de información institucional Se implementó la aplicación GLPI desde donde el líder de sistemas tiene acceso a recepción, asignación, seguimiento y aceptación de todos los soportes que requieren los trabajadores de la entidad por parte de la oficina de sistemas, la cual se encuentra en funcionamiento	Realizar inventario de software y hardware de la institución	25%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	0,00%	0%	0,00%	0%	
												Realizar capacitaciones sobre el correcto registro de la información en el sistema de información	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	
												Realizar seguimiento a las solicitudes de los usuarios a la oficina de sistemas	25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%
			51. Ejecutar el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	1,00%	Ejecución del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas x 100	30%	2018	100%	100%	100%	1,00%	El plan de riesgos de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad en la información se enfoco en el resguardo de la historia clínica, donde cualquier tipo de vulneración a los sistemas de información se contempla como un acto grave y delictivo. A su vez fueron creados filtros y metodologías que permiten hacer uso racional de las tecnologías de información como lo son perfiles según la actividad a desarrollar, solicitudes formales para la creación de usuarios.	Realizar identificación, valoración, tratamiento y seguimiento trimestral a los riesgos de la seguridad y privacidad de la información	50%	12,50%	12,5%	12,50%	12,5%	12,50%	13%	12,50%	12,5%
													Realizar revisión trimestral al control de acceso del sistema de información	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	
													Gestionar la creación e inhabilitación de los usuarios en el sistema de información	30%	7,50%	7,5%	7,50%	7,5%	7,50%	7,50%	7,50%	7,50%	7,50%
			52. Ejecutar el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	1,00%	Ejecución del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas x 100	30%	2018	100%	100%	100%	1,00%	El plan de seguridad y privacidad de la información se desarrollo basado en el diagnóstico del hospital en cuanto a seguridad y privacidad de la información, se utilizó el instrumento modelo de evaluación de privacidad de la información del MINTC, mostrando el estado en el que se encuentra el hospital en cuanto a seguridad y privacidad de la información. Todos los equipos de la entidad se encuentra con la instalación del antivirus institucional renovado garantizando la seguridad de la información contra virus en el 100% de los equipos de computo como se evidencia en la licencia	Realizar 3 seguimientos trimestrales al control de acceso al área de sistemas	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%
													Garantizar la protección con antivirus de los equipos de computo	20%	0,00%	0,0%	0,00%	0%	0,00%	0%	20,00%	20%	
													Realizar 3 sensibilizaciones trimestrales sobre el uso apropiado de los usuarios y claves de acceso de los sistemas de información	20%	5,00%	5%	5,00%	5,0%	5,00%	5,0%	5,00%	5,00%	5%

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	Meta de producto anual	Peso porcentual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2019	Valor ejecutado Año 2019	% avance de la meta producto	% avance actividades	Justificación Meta de producto anual	ACTIVIDAD	peso porcentual	Programado I trimestre	Ejecutado I TRIM	Programado II trimestre	Ejecutado II trimestre	Programado III trimestre	Ejecutado III trimestre	Programado IV trimestre	Ejecutado IV trimestre
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Linea base																
							Valor	Año															
													Realizar copias de seguridad del sistema de información según cronograma	20%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%	5%	5,00%
													Realizar 1 sensibilización trimestral sobre el uso apropiado del correo electrónico	20%	0,00%	0,0%	6,66%	6,66%	6,66%	6,66%	6,68%	6,68%	6,68%
NUMERO DE METAS											52	52											
SUMATORIA PORCENTAJES CUMPLIMIENTO METAS												99,21%											

SONIA ALEJANDRA PERDOMO ARIAS
PRESIDENTE JUNTA DIRECTIVA

JOHN CASTILLO MARTINEZ
GERENTE

Proyecto: Tatiana Angel - Profesional de Apoyo Planeación
Revisó: John Jairo Bobadilla Montenegro - Lider Planeación Institucional
Diana Forero Delgado - Subgerente Comunitaria
Andrei Rojas Martinez - Subgerente Científico
Saúl Parra Garcia - Subgerente Administrativo