



Hospital San Rafael de Fusagasugá
 "Hospital humano, hospital comprometido"

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

PROYECCION AJUSTADA DEL PLAN INDICATIVO 2020-2024



Entidad: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL

NIT: 2529000036

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva :

Nombre del Gerente: ANDRES MAURICIO GONZALEZ CAYCEDO

Línea estratégica del plan departamental de desarrollo	Macro proceso	Proceso	Objetivo estratégico institucional	No. de meta	PESO %	Meta de resultado	Indicador de resultado					Año 4 (2023)	Ejecutado meta resultado año 4 (2023)	% avance meta resultado año 4 (2023)	Ejecutado meta resultado año 5 (2024)	% avance meta resultado año 5 (2024)	Evaluación avance peso porcentual
							Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base							
										Valor	Año						
MAS BIENESTAR	DIRECCIONAMIENTO	Gestion gerencial	Gestión estratégica de planeación y calidad	1	9	AUMENTAR EN 2 % EL CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD SOGC EN SUS 4 COMPONENTES.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL SOGC EN LA ESE	SUMATORIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES 30% HABILITACION ,25% PAMEC, 25% SISTEMA DE INFORMACION, 10% ACREDITACION ADICIONAL 5% HOJA DE RUTA Y 5% PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE IMPLEMENTACION DE REDES	Porcentaje	92,79	2020	99,89	100%	100%		9,0	
Mas gobernanza	APOYO	Direccionamiento	Gestión del riesgo	2	1	Mantener en el 70% la implementación del plan de emergencias hospitalario	% del desarrollo del plan de emergencias	N° de criterios cumplidos en la implementación del plan / N° total de criterios en el plan x 100	Porcentaje	46	2019	70%	92,9%	100%		1	

Más sostenibilidad	APOYO	Apoyo	Gestión estratégica de planeación y calidad Gestion Ambiental Gestion Financiera Procesos Humanizados Gestion del Talento Humano Gestión de la Tecnología	3	17	Aumentar al terminar el periodo en 5 puntos el índice de desempeño institucional	Resultado FURAG	Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje	68,0%	2.019	67,0%	76,8%	100,0%			17
Más bienestar	MISIONAL	Misional	Gestión Asistencial	4	2,0	DISMINUIR LA PREVALENCIA DE CARIES EN UN 1% EN POBLACION DE 0 A 69 AÑOS Año 2021 86,73% Año 2022 85,73% Año 2023 84,73% Año 2024 83,73% Año 2021 86,73% Año 2022 62,40% Año 2023 61,40% Año 2024 60,40%	PROPORCION DE PACIENTES DE 0 A 69 AÑOS CON CARIES	No POBLACION DE 0 A 69 AÑOS CON CARIES ATENDIDOS POR PRIMERA VEZ/TOTAL POBLACION DE 0 A 69 AÑOS ATENDIDA DE PRIMERA VEZ	Porcentaje	87,73%	2020	61,40%	32%	100%			2
Más bienestar	MISIONAL	Misional	Gestión Asistencial	5	12	Controlar al menos al 67% al terminar el periodo los pacientes positivos identificados para la patología de HTA Año 1 el 58% Año 2 Aumentar al 65,1% Año 3 mantener sobre el 65,1%	Población controlada HTA	Número total de personas controladas / Número total de personas de la población a controlar *100	Porcentaje	62,2%	2019	66	70,13%	100%			12,00

						Año 4 mantener sobre el 66% Año 5 mantener sobre el 67%												
Más bienestar	MISIONAL	Misional	Gestión Asistencial	6	11	Controlar al menos al 31% al terminar el periodo los pacientes positivos identificados para la patología de DM Año 1 el 10% Año 2 el 28% Año 3 el 29% Año 4 el 30% Año 5 el 31% Controlar al menos al 33% al terminar el periodo los pacientes positivos identificados para la patología de DM 2020 Año 1 el 10% 2021 Año 2 el 28% 2022 Año 3 el 31,2% 2023 Año 4 el 32% 2024 Año 5 el 33%	Población controlada para DM tipo II	Número total de personas controladas / Número total de personas de la población a controlar *100	Porcentaje	0,131	2019	32	51%	100%				11,00

Más bienestar	MISIONAL	Misional	Gestión Asistencial	7	12	<p>Aumentar al 33,63% el tamizaje al terminar el periodo la población a cargo de la E.S.E. para la prevención y detección temprana de casos de cáncer de seno, cérvix y próstata</p> <p>1. SENO 40 a 69 años, ciclo de tamizaje 1-1-1 Año 1 = 20,66% Año 2 = 30% Año 3 = 32% Año 4 = 34% Año 5 = 36%</p> <p>2. CANCER DE CUELLO UTERINO 25 a 69 años, ciclo de tamizaje 1-1-1 Año 1 = 17% Año 2 = 27,6% Año 3 = 32% Año 4 = 34% Año 5 = 35%</p> <p>3. PSA 50 a 75 años, ciclo de tamizaje 1-1-1 Año 1 = 8,6% Año 2 = 24,70% Año 3 = 25% Año 4 = 26% Año 5 = 27%</p> <p>Con un cumplimiento de adherencia del 35%</p> <p>Aumentar al 42,41% el tamizaje al terminar el periodo la población a cargo de la E.S.E. para la prevención y detección temprana de casos de cáncer de seno, cérvix y próstata</p> <p>1. SENO 40 a 69 años, ciclo de tamizaje 1-1-1 Año 1 = 20,66% Año 2 = 49,23% Año 3 = 49,23% Año 4 = 50% Año 5 = 51%</p> <p>2. CANCER DE CUELLO UTERINO 25 a 69</p>	Aumento de las coberturas de prevención y detección temprana para cáncer	Número de tamizajes realizados para cáncer de seno, cérvix, próstata, colon y cáncer infantil / Número total de la población objeto *100	Porcentaje	31%	2019	41,41%	63%	100%			12,0
---------------	----------	----------	---------------------	---	----	--	--	--	------------	-----	------	--------	-----	------	--	--	------

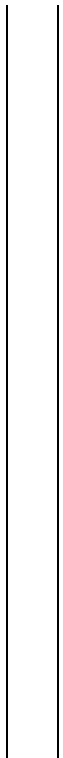
Más bienestar	MISIONAL	Misional	Gestión Asistencial	13	1	adolescentes alguna vez madres o actualmente embarazadas entre los 10 y 19 años a cargo de la E.S.E.	adolescentes alguna vez madres o actualmente embarazadas	abortos de mujeres de 10 a 19 a cargo de la E.S.E.) / Número total de mujeres de 10 a 19 años a cargo de la E.S.e. *100	Porcentaje	3,58%	2019	< 4%	1,46%	100%			1,0
Mas bienestar	MISIONAL	Misional	Gestión Asistencial	14	3	Mantener al 100% la ejecución de las acciones colectivas contratadas	Acciones colectivas ejecutadas	N° de acciones colectivas ejecutadas / N° de acciones colectivas contratadas x 100	Porcentaje	100%	2019	100%	76,77%	76,8%			2,30
Mas bienestar	MISIONAL	Misional	Gestión Asistencial	15	1	Mantener disponible al 100% el acceso y mejoramiento de las condiciones de salud a la población víctima del conflicto armado a nivel institucional y extramural	Victimas atendidas	N° de PVCA atendidas / N° total de PVCA caracterizada por la E.S.E. x 100	Porcentaje	100%	2019	100%	100%	100%			1
Mas bienestar	MISIONAL	Misional	Gestión Asistencial	16	1	Mantener al 100% el tratamiento oportuno de los pacientes afiliados diagnosticados con TBC	Pacientes con tratamiento	N° total de pacientes afiliados identificados con TBC en tratamiento / N° total de pacientes afiliados identificados con TBC x 100	Porcentaje	100%	2019	100%	100%	100%			1

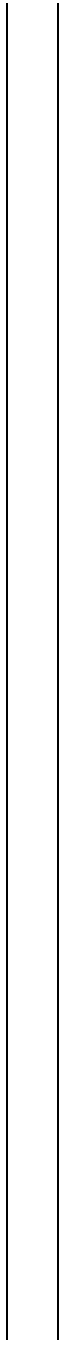
Más gobernanza	EVALUACION	Evaluación	Gestión Asistencial	17	1	Mantener en cada vigencia en cero (0) los casos de mortalidad por dengue en el área de influencia	No. de casos de mortalidad por dengue	Número de casos de mortalidad por dengue	Número	0	2019	0	0	100%			1
				17	100									100%			96,88

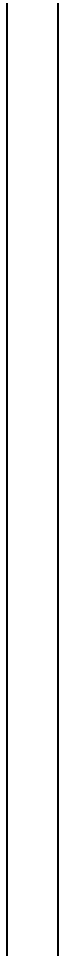
PRESIDENTE JUNTA DIRECTIVA

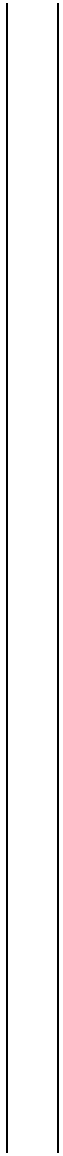
ANDRES MAURICIO GONZALEZ CAYCEDO
GERENTE

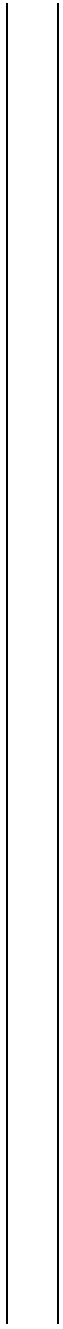
Proyecto: Lina Paola Cagua - Profesional Planeación
Revisó: Alex Francisco Bogotá - Líder Planeación Institucional
Diana Forero Delgado - Subgerente Comunitaria
David Alberto Rojas Florez - Subgerente Científico
Isidro Alberto Gonzalez Rodriguez- Subgerente Administrativo

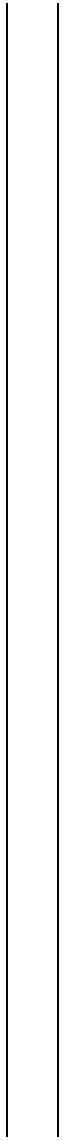


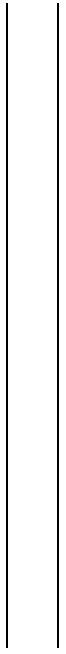












Entidad: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL

NIT: 2529000036

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva :xxx

Nombre del Gerente: ANDRES MAURICIO GONZALEZ CAYCEDO

No. de meta	Peso Porcentual	Meta de producto anual	Indicador de producto				Valor esperado Año 2023	Numerador	Denominador	Vr Ejecutado IV trimestre	% avance de la meta producto	porcentaje de cumplimiento meta	No. de ACTIV	Peso %	Actividades	FORMULA DEL INDICADOR	Programado				I TRIMESTRE			Responsable de la actividad	
			Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base											I trime stre	II trime stre	III trime stre	IV trime stre	NUMERAD OR	DENOMINAD OR	RESULTADO DEL INDICADOR		
						Valor																			Año
1	1	Ejecutar como mínimo en el 94% el Plan para lograr la certificación del sistema único de Habilitación de la ESE y sedes dependientes	% cumplimiento del plan de habilitación	Número de planes ejecutados / Número de planes programados *100	Porcentaje	100%	2023			0%	0%	0	1	0,333	Realizar autoevaluación de los estándares de habilitación (Resolución 3100)	% de autoevaluaciones ejecutadas = Autoevaluaciones realizadas/total autoevaluaciones programadas			100				0%	DRA LUISA SALAMANCA	
																							0%	DRA LUISA SALAMANCA	
																									0%
2	1	Mantener en 92% el programa de auditorías para el mejoramiento de la calidad.	% de cumplimiento del PAMEC	Número de acciones implementadas o cumplidas / Número de acciones propuestas *100	Porcentaje	93,80%	2023			0,0%	0%	0,00	4	0,250	Documentar institucionalmente el programa de auditorías (PAMEC) aplicando la ruta crítica e incorporando estándares superiores de calidad	Documento aprobado por gerencia	100						0%	DRA LUISA SALAMANCA	
																								0%	DRA LUISA SALAMANCA
																									0%
												6	0,250	Realizar seguimiento al cumplimiento de las oportunidades establecidas en el plan de mejoramiento para PAMEC	Número de acciones implementadas o cumplidas / Número de acciones propuestas *100		33	33	34			0%	DRA LUISA SALAMANCA		

																				7	0,250	Presentar semestralmente los porcentajes de avance del plan de mejoramiento PAMEC y la estandarización de la mejora al finalizar la vigencia	Informe semestral de resultados		50		50				0%	DRA LUISA SALAMANCA
3	1	Implementar en 100 % el Plan de Mejoramiento de la Calidad (MOCA) de la E.S.E., con base en los indicadores de la Resolución No. 256 de 2016, estableciendo un tablero de control de calidad	% de cumplimiento del plan de mejoramiento de la calidad (MOCA)	Número de acciones implementadas / Número total de acciones propuestas *100	Porcentaje	100,00%	2023	100%			0%	0%	0							8	0,333	Realizar de manera trimestral el análisis de los indicadores de la Resolución No. 256 en el comité de sistemas de información (MOCA)	Numero de indicadores analizados dentro del comité de sistemas de información / Numero total de indicadores de la Resolución No. 256 reportados en el periodo	25	25	25	25				0%	DRA LUISA SALAMANCA
																				9	0,333	Elaborar planes de mejoramiento de los indicadores de la Resolución No. 256 que presenten desviaciones	Numero de indicadores con planes de mejoramiento / Numero total de indicadores con desviaciones	100							0%	DRA LUISA SALAMANCA
																				10	0,333	Realizar monitoreo trimestral al cumplimiento de los planes de mejoramiento producto del análisis de los indicadores	Número de acciones ejecutadas / Número total de acciones programadas *100		33	33	34				0%	DRA LUISA SALAMANCA
4	1	Aumentar el promedio de la autoevaluación del Sistema Único de de Acreditación, respecto a la vigencia anterior.	Promedio calificación autoevaluación	Promedio de calificación de autoevaluación de acreditación en la vigencia / Promedio de calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	Porcentaje	0,00	2023	1,2			0,00	0%	0							11	0,333	Realizar autoevaluación de acreditación aplicando metodología ABC del ministerio de salud	Autoevaluación realizada				100				0%	DRA LUISA SALAMANCA
																				12	0,333	Monitorear a través de la metodología de paciente trazador la calidad en la prestación de los servicios	Número de criterios cumplidos / Total de criterios evaluados *100	25	25	25	25				0%	DRA LUISA SALAMANCA

														13	0,333	Socializar mensualmente los resultados de evaluación en los equipos de mejoramiento y comité de seguridad del paciente	Acta de comité y equipos primarios	25	25	25	25			0%	JEFE DARIO VALDERRAMA DRA LUISA SALAMANCA
5	1	Lograr el cumplimiento de un 90% de las acciones planteadas en el programa de seguridad del paciente para la vigencia	Porcentaje implementación programa seguridad paciente.	Actividades ejecutadas/ Actividades propuestas *100	Porcentaje	100%	2023	90%			0%	0%	-	14	0,333	Realizar actividades de monitoreo y seguimiento al cumplimiento del plan de acción de seguridad del paciente (inspección, rondas, etc.) con alcance a la sede principal y sedes adscritas	Número de actividades del plan de acción de seguridad del paciente cumplidas / Número total de actividades propuestas	25	25	25	25			0%	JEFE DARIO VALDERRAMA
														15	0,333	Implementar actividades de evaluación para identificar los niveles de apropiación en el programa, política, y paquete instruccional de seguridad del paciente	Número de colaboradores con criterios apropiados / Numero total de colaboradores evaluados *100		50		50			0%	JEFE DARIO VALDERRAMA
														16	0,333	Monitorear a través de los indicadores de seguridad y gestión del riesgo la calidad en la prestación de los servicios	Número de indicadores monitoreados / Número total de indicadores monitoreados *100	25	25	25	25			0%	JEFE DARIO VALDERRAMA MAYRA HDEZ
6	2	Implementar el portafolio de servicios de acuerdo con la tipología definida en la reorganización de la red teniendo en cuenta el trabajo articulado de la región en salud y la sostenibilidad financiera de los servicios en el tiempo	Porcentaje de implementación	Número de servicios habilitados/servicios a habilitados de acuerdo a la tipología *100	Porcentaje	100,00%	2023	100%			0%	0%	0,00	17	0,500	Realizar seguimiento trimestral a la implementación del portafolios de servicios de acuerdo con la tipología	Número de servicios habilitados/servicios a habilitados de acuerdo a la tipología *100	25	25	25	25			0%	DR ADRIAN GARCIA
														18	0,500	Inscripción en la red de laboratorios.	inscripción en la red de laboratorios	100						0%	

													19	0,500	Participar en los programas de evaluación de desempeño que establece el laboratorio de salud pública	(Total de evaluaciones de desempeño participadas / Total de evaluaciones de desempeño programadas) * 100	50	50			0%	
													20	0,500	realizar autoevaluación de resolución 1619 de 2015	(Número de ítems cumplidos en la autoevaluación / Total de ítems evaluados en la Resolución 1619 de 2015) * 100	100				0%	
7	2	Ejecutar el plan de trabajo definido en forma conjunta por las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud públicas que conforman la región en salud a la que pertenecen de acuerdo a la reorganización de la Red de acuerdo con la hoja de ruta establecida por la Secretaría de Salud	% de ejecución del plan de trabajo de región salud	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas *100	Porcentaje	100%	2023	100%		0,0%	0%	0	21	1,000	Implementar el plan de trabajo definido en forma conjunta por las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud públicas que conforman la región salud a la que pertenecen de acuerdo a la reorganización de la Red de acuerdo con la hoja de ruta establecida por la Secretaría de Salud	Un plan de trabajo implementado	100				0%	DR ADRIAN GARCIA
													22	1,000	Realizar seguimiento trimestral al cumplimiento del plan de trabajo definido en forma conjunta por las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud públicas que conforman la región salud a la que pertenecen de acuerdo a la reorganización de la Red de acuerdo con la hoja de ruta establecida por la Secretaría de Salud	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas *100 Informe trimestral de resultados		33	33	34	0%	DR ADRIAN GARCIA
8	1	Mantener en el 70% anual el porcentaje de cumplimiento en la implementación del plan de emergencias enfocado en la contingencia de salud pública	Porcentaje de implementación del plan de emergencias	Resultado de la calificación del Instrumento de diagnóstico del Plan de emergencias	Porcentaje	100%	2023	70%		0,0%	0%	0	23	0,500	Actualización del plan de emergencias enfocado en la contingencia de salud pública	Documento aprobado por gerencia	100				0%	PAULA ARIAS
													24	0,500	Seguimiento a la ejecución de las actividades del Plan de emergencias para la vigencia	Resultado de la calificación del Instrumento de diagnóstico del Plan de emergencias / 100%		33	33	34	0%	PAULA ARIAS

9	1	FORMULAR E IMPLEMENTAR EL EJE DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EN LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL IMPLEMENTADO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS/ ACTIVIDADES PROGRAMADAS*100	Promedio	100	2023	100%	0	0	0,00	0%	0	25	0,143	DOCUMENTAR LA POLITICA Y EL PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL	DOCUMENTO APROBADO POR LA GERENCIA	100								0%	ING. EDNA FONSECA
														26	0,143	DESPLIEGAR CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL	Numero de actividades cumplidas /total de actividades programadas	25	25	25	25					0%	ING. EDNA FONSECA
														27	0,143	MONITOREAR LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN EL PROGRAMA A TRAVÉS DE INDICADORES	TOTAL DE INDICADORES ANALIZADOS / TOTAL DE INDICADORES DEFINIDOS EN EL PROGRAMA		33,3	33	33,3					0%	ING. EDNA FONSECA
														28	0,143	APLICAR HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DEL NIVEL DE APROPIACIÓN DE COLABORADORES DE LA ESE HSRF	TOTAL DE COLABORADORES CON NIVELES DE APROPIACIONES SUPERIORES AL 90%/ TOTAL DE COLABORADORES DE LA ESE		33,3	33	33,3					0%	ING. EDNA FONSECA
														29	0,143	Disminuir la huella de carbono medida con la calculadora ambiental departamental, implementando las líneas de acción (agua, energía y residuos)	Resultado obtenido de la calculadora ambiental en la vigencia anterior / Resultado obtenido de la calculadora ambiental en la vigencia actual >1	25	25	25	25					0%	ING. EDNA FONSECA
														30	0,143	Realizar la medición 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	Cantidad de ítems cargados / Total de ítems a cargar en el periodo	25	25	25	25					0%	ING. EDNA FONSECA
														31	0,143	Realizar la compensación de la huella de carbono y respectiva sostenibilidad de las especies vegetales sembradas en las vigencias anteriores	Número de árboles sembrados en el periodo (mantenimiento, resiembra de cobertura vegetal, cerca viva, fachadas verdes, plantas ornamentales que limpien el aire en áreas administrativas)		50		50					0%	ING. EDNA FONSECA

10	1	Mantener en 1% las compras sostenibles de la vigencia	% de compras sostenibles	Valor total de compras sostenibles de la vigencia / Total del presupuesto de la vigencia	Porcentaje	0,45	2023	90%	-	-	0,00%	0%	0,00000	32	0,500	Seguimiento a la implementación de la política de compras sostenibles	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	25	25	25	25			0%	LEIDY GONZALEZ
														33	0,500	Porcentaje de cumplimiento de compras sostenibles	Valor total de compras sostenibles de la vigencia / Total del presupuesto de la vigencia	25	25	25	25			0%	LEIDY GONZALEZ
11	1	Recuperar el 100% de las cuentas por cobrar según meta presupuestal	% de recuperación de cartera corriente menor a 360 días	Recaudo de las cuentas por cobrar / meta presupuestal de cuentas por cobrar *100	Porcentaje	77%	2023	100%	-	-	0,00%	0%	0,00	34	0,333	Presentar informe a gerencia de la depuración y clasificación de la cartera por edades y entidad	Informe trimestral	25	25	25	25			0%	ADRIANA LENNIS
														35	0,333	Realizar trimestralmente actividades de conciliación ante la SNS y realizar cobro ejecutivo	Actas de conciliación y cobros ejecutivos realizados	25	25	25	25			0%	ADRIANA LENNIS
														36	0,333	Recuperar el 100% de las cuentas por cobrar según la meta presupuestal	Total recaudo de las cuentas por cobrar / meta presupuestal de cuentas por cobrar *100	25	25	25	25			0%	DR. ANDRES VELANDIA
12	2	Recaudar el 61% de las ventas de la vigencia actual	% de recuperación de ventas de la vigencia	Total recaudo de ventas de la vigencia / Valor de las ventas de la vigencia *100	Porcentaje	56%	2023	61%	-	-	0%	0%	0,00	37	1,000	Recuperar el 61% de las ventas de la vigencia actual	Total recaudo de las ventas de la vigencia / Valor de las ventas de la vigencia *100	25	25	25	25			0%	DR. ANDRES VELANDIA
														38	1,000	Elaborar y hacer seguimiento al plan de acción para la recuperación de la cartera establecida en el presupuesto corriente	Informe trimestral	25	25	25	25			0%	ADRIANA LENNIS
13	5	Implementar en 73% el plan de acción de MIPG acorde a los autodiagnósticos	% cumplimiento del plan de acción de MIPG	Número actividades ejecutadas / Número actividades programadas *100	Porcentaje	73%	2023	73%	0	0	0,0%	0%	0,00	39	0,385	Implementar en un 73% el plan de acción del MIPG a partir de los autodiagnósticos	Número actividades ejecutadas / Número actividades programadas *100		50		50			0%	DR. ALEX BOGOTA
														40	0,385	Actualización e implementación del Plan Institucional de Archivos (PINAR)	Numero de actividades realizadas / Total de actividades programas para la vigencia *100	25	25	25	25			0%	JAIRO FORERO

41	0,385	Ejecutar el Plan Anual de Adquisiciones acorde a lo aprobado y sus modificaciones de acuerdo al presupuesto	Valor de las compras ejecutadas en el plan anual de adquisiciones / Total de compras programadas en el plan anual de adquisiciones *100	25	25	25	25			0%	LEIDY GONZALEZ
42	0,385	Implementar Plan Anual de Vacantes	Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia *100	25	25	25	25			0%	DRA. KARINA BOHORQUEZ
43	0,385	Implementar el Plan de Previsión de Recursos Humanos	Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia *100	25	25	25	25			0%	DRA. KARINA BOHORQUEZ
44	0,385	Implementar el Plan de Incentivos Institucionales	Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia *100	25	25	25	25			0%	DRA. KARINA BOHORQUEZ
45	0,385	Implementar el Plan Institucional de Capacitación	Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia *100	25	25	25	25			0%	DRA. KARINA BOHORQUEZ
46	0,385	Implementar el Plan Estratégico de Talento Humano	Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia *100	25	25	25	25			0%	DRA. KARINA BOHORQUEZ
47	0,385	Implementar el Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia *100	25	25	25	25			0%	PAULA ARIAS
48	0,385	Implementar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia *100		50		50			0%	DR. OSCAR ACOSTA

16	2	Cumplir con los seguimientos de los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías de la oficina de control interno y externas de entes de control (contraloría departamental y nacional, súper intendencia nacional de salud, revisoría fiscal y ministerio de salud y protección social)	% de cumplimiento de planes de mejoramiento	Número de seguimientos realizados / Total de seguimientos programados para la vigencia *100	Porcentaje	100%	2023	100%	0	0	0%	0%	0,00	56	0,667	Informe de seguimiento detallado a los planes de mejoramiento (Control interno y Planeación) y plan de mejoramiento a partir del informe final de las auditorías internas o externas	Informe trimestral	25	25	25	25			0%	DR ALEX BOGOTÁ Y DR OSCAR ACOSTA
														57	0,667	Socialización de los planes de mejoramiento elaborados a partir del informe final de las auditorías internas o externas, a cada uno de los responsables	Socialización de los planes de mejoramiento aprobados	25	25	25	25			0%	DR ALEX BOGOTÁ Y DR OSCAR ACOSTA
														58	0,667	Reporte de avance del plan de mejoramiento de auditorías a los entes de control interno o externos, dentro de los tiempos de acuerdo a la norma.	Reporte de planes de mejoramiento realizados / Total de reportes a realizar *100	25	25	25	25			0%	DR ALEX BOGOTÁ Y DR OSCAR ACOSTA
17	1	Realizar la medición de la percepción del cliente interno frente a las actividades establecidas en el plan de humanización	% satisfacción cliente interno frente al programa de humanización	número de colaboradores con respuesta positiva >= al eje de humanización /total de colaboradores encuestados	%	87%	2023	93%	0	0	0%	0%	0,00	59	0,33333333	Estructurar el plan de acción del eje de humanización, que incluya actividades de cliente interno y externo	Un documento aprobado	100						0%	DRA ANDREA BARRERA HUMANIZACION
														60	0,33333333	Realizar monitoreo y seguimiento al plan de acción de humanización	numero de actividades ejecutadas /numero de actividades programadas		33	33	34			0%	DRA ANDREA BARRERA HUMANIZACION
														61	0,33333333	Aplicar encuesta de evaluación a la percepción de la humanización a cliente interno y externo	número de encuestas aplicadas con respuesta positiva / total de encuestas realizadas	25	25	25	25			0%	DRA ANDREA BARRERA HUMANIZACION
18	1	AUMENTAR al 31% el tamizaje en salud oral A TRAVÉS DE LA CONSULTA DE 1 VEZ POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA (0 A 69 AÑOS)	% poblacion tamizada por primera vez	No CONSULTAS 1ª VEZ REALIZADAS/No TOTAL DE POBLACION A CARGO ENTRE (0Y69 AÑOS)	Porcentaje	31,95%	2023	26,0%	0	0	0,00%	0%	0,00	62	0,167	Tamizaje en salud oral A TRAVÉS DE LA CONSULTA DE 1 VEZ POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA (0 A 5 AÑOS)	No CONSULTAS 1ª VEZ REALIZADAS/No TOTAL DE POBLACION A CARGO ENTRE (0 A 5 AÑOS) 2595	25	25	25	25			0%	DRA CAROLINA PERALTA

																71	1,000	Realizar seguimiento al 90% de los casos de los pacientes canalizados con resultados positivos	Total de pacientes con seguimiento / Total de pacientes diagnosticados con hipertensión canalizados al programa *100	25	25	25	25				0%	JEFE PATRICIA ESCOBAR
22	7	Mantener controlados al 70% de los pacientes diagnosticados con hipertensión incluidos en el programa de crónicos a cargo de la E.S.E.	% de pacientes hipertensos controlados	Número de pacientes con diagnóstico de HTA con cifras tensionales < o = 140/90 / Número total de pacientes incluidos en el programa *100	Porcentaje	70,00%	2023	65,10%	0	0	0%	0%	0	72	7,000	Mantener controlados al 66% de los pacientes diagnosticados con hipertensión incluidos en el programa crónicos a cargo de la E.S.E.	Número de pacientes con diagnóstico de HTA con cifras tensionales < o = 140/90 y 1, 2, 3 o 4 citas de acuerdo al momento de inclusión en el programa / Número total de pacientes incluidos en el programa *100	25	25	25	25				0%	JEFE PATRICIA ESCOBAR		
23	1	Mantener en 90% la adherencia a las Guías de Práctica Clínica de hipertensión	% de adherencia a GPC hipertensión	Número de HC que cumplen con la GPC de hipertensión / Número total de HC auditadas *100	Porcentaje	99%	2023	90%	0	0	0%	0%	0	73	0,333333333	Socialización semestral de la guía de hipertensión Arterial al personal medico y de enfermería en los niveles I y II de	Personal medico y de enfermería de I y II nivel de atención capacitado / Total de médicos y de	50		50					0%	DRA CLARA CORTES		
														74	0,333333333	Mantener en 90% la adherencia a las Guías de Práctica Clínica de hipertensión	Número de HC que cumplen con la GPC de hipertensión / Número total de HC auditadas *100	25	25	25	25				0%	DRA CLARA CORTES		
														75	0,333333333	Disminuir los casos de mortalidad por enfermedades hipertensivas	Número de casos de mortalidad por enfermedades hipertensivas en la vigencia/Número de casos de mortalidad por enfermedades hipertensivas en la vigencia anterior	25	25	25	25				0%	JEFE PATRICIA ESCOBAR		
24	2	Tamizar en DM el 41.2 (XXX) de la población mayor de 19 años (total XXX) a cargo de la E.S.E.	% de población tamizada para diabetes	Población nueva mayor de 19 años con tamizaje para DM / Total de población mayor a 19 años a cargo de la E.S.E. *100	Porcentaje	41,20%	2023	11,0%	0	0	0,0%	0%	0,00	76	2,000	Tamizar en DM el 18% de la población mayor de 19 años (total 16557) a cargo de la E.S.E.	Población nueva mayor de 19 años con tamizaje para DM / Total de población mayor a 19 años a cargo de la E.S.E. *100	25	25	25	25				0%	JEFE PATRICIA ESCOBAR		
25	2	Canalizar efectivamente sobre el 90% la población tamizada mayor de 19 años con riesgo de diabetes a cargo de la E.S.E. a valoración medica	% de población canalizada con riesgo de diabetes	Número de población nueva canalizada efectivamente al programa de DM / Número total de población canalizada con tamizaje para DM *100	Porcentaje	92,20%	2023	90%	0	0	0,0%	0%	0	77	1,000	Canalizar a medicina general sobre el 90% de la población tamizada mayor de 19 años con riesgo de diabetes a cargo de la E.S.E.	Número de población nueva canalizada al programa de DM / Número total de población con tamizaje para DM *100	25	25	25	25				0%	JEFE PATRICIA ESCOBAR		

														78	1,000	Realizar seguimiento al 90% de los casos de pacientes canalizados con resultados positivos para su diagnóstico	Número de pacientes con seguimiento / Total de pacientes canalizados que son diagnosticados con diabetes *100	25	25	25	25					0%	JEFE PATRICIA ESCOBAR
26	7	Mantener controlados al 51% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus incluidos en el programa crónicos a cargo de la E.S.E.	% de pacientes diabéticos controlados	Número de pacientes con diagnóstico de DM con hemoglobina glicosilada menor o igual a 7.0 en los últimos seis meses / Total de pacientes incluidos en el programa *100	Porcentaje	51,00%	2023	32%	0	0	0%	0%	0,00	79	7,000	Mantener controlados al 32% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus incluidos en el programa crónicos a cargo de la E.S.E.	Número de pacientes con diagnóstico de DM con hemoglobina glicosilada menor o igual a 7.0 en los últimos seis meses / Número total de pacientes incluidos en el programa *100	25	25	25	25					0%	JEFE PATRICIA ESCOBAR
27	5	Realizar tamizaje de cáncer de mama al 70% (xxx) de las mujeres entre 40 y 69 años (total xxx) a cargo de la E.S.E.	% de mujeres con tamizaje para cáncer de mama	Número de mujeres a las que se les ordenó tamizaje de cáncer de mama / Total de mujeres entre 40 y 69 años a cargo de la E.S.E. *100	Porcentaje	71%	2023	49,23%	0	0	0,0%	0%	0,00	80	1,250	Realizar tamizaje de cáncer de mama al 49,23% (3471) de las mujeres entre 40 y 69 años (total 7054) a cargo de la E.S.E.	Número de mujeres a las que se les realizó tamizaje de cáncer de mama / Número total de mujeres entre 40 y 69 años a cargo de la E.S.E.	25	25	25	25					0%	JEFE AURA GARCIA
														81	1,250	Canalizar para toma de mamografía al 90% de las mujeres tamizadas para cáncer de mama con edades entre 50 y 69 años ciclo 1-1-1	Número de pacientes canalizadas / Total de mujeres tamizadas para cáncer de mama con edades entre 50 y 69 años	25	25	25	25					0%	JEFE AURA GARCIA
														82	1,250	Realizar seguimiento al 90% de las pacientes que se les ordena la toma de mamografía o exámenes complementarios, identificando los casos alterados y positivos	Número de pacientes con seguimiento / Total de pacientes canalizadas para toma de mamografía o exámenes complementarios con edades entre 50 y 69 años	25	25	25	25					0%	JEFE AURA GARCIA
														83	1,250	Mantener controladas al 35% de las mujeres entre 40 y 69 años en el cumplimiento del esquema de tamizaje de cáncer de mama 1-1-1	% de pacientes que cumplen con el esquema de tamizaje de cáncer de mama (1-1-1)	25	25	25	25					0%	JEFE AURA GARCIA

28	4	Realizar tamizaje de cáncer de cuello uterino al 70% (XXX) de las mujeres entre 25 y 69 años (total 501) a cargo de la E.S.E.	% de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino	Número de mujeres a las que se les realizó tamizaje de cáncer de cuello uterino / Número total de mujeres entre 25 y 69 años a cargo de la E.S.E. *100	Porcentaje	71,50%	2023	43,44%	0	0	0,0%	0%	0,00	84	0,571	Realizar tamizaje de cáncer de cuello uterino al 43,4% (4650) de las mujeres entre 25 y 69 años (total 10.715) a cargo de la E.S.E.	Número de mujeres a las que se les realizó tamizaje de cáncer de cuello uterino / Número total de mujeres entre 25 y 69 años a cargo de la E.S.E.	25	25	25	25			0%	JEFE AURA GARCIA
														85	0,571	Canalizar para manejo integral (medicina general, ginecología) al 90% de las mujeres tamizadas para cáncer de cuello uterino con edades entre 25 y 69 años cuyo resultado sea alterado	Número de pacientes canalizadas / Total de mujeres tamizadas para cáncer de cuello uterino con edades entre 25 y 69 años con resultado alterado	25	25	25	25			0%	JEFE AURA GARCIA
														86	0,571	Realizar seguimiento al 80% de las pacientes que se les ordena manejo integral (medicina general, ginecología), identificando los casos alterados	Número de pacientes con seguimiento por resultado alterado / Total de pacientes canalizadas para manejo integral (medicina general, ginecología) con edades entre 25 y 69 años	25	25	25	25			0%	JEFE AURA GARCIA
														87	0,571	Realizar colposcopia a mujeres que presentaron resultados de tamizaje de cuello uterino alterados	Número de mujeres a las que se les realizó colposcopia / Número total de mujeres con resultados alterados	25	25	25	25			0%	JEFE AURA GARCIA
														88	0,571	Realizar prueba diagnóstica de ADN-VPH en mujeres entre 30 y 65 años esquema 1-5-5	Número de mujeres a las que se les realizó la prueba ADN-VPH / Número total de mujeres entre 30 y 65 años a cargo de la E.S.E.	25	25	25	25			0%	JEFE AURA GARCIA
														89	0,571	Mantener controladas al 35% de las mujeres entre 25 y 69 años en el cumplimiento del esquema de toma de citología 1-1-1	% de pacientes que cumplen con el esquema de tamizaje de cáncer de cuello uterino (1-1-1)	25	25	25	25			0%	JEFE AURA GARCIA

														90	0,571	Mantener en el 90% la calidad de las muestras para citología cervicouterina	Número de citologías tomadas que cumplen con criterios de calidad en la toma de la muestra / Total de citologías tomadas en el periodo	25	25	25	25					0%	JEFE AURA GARCIA
29	3	Realizar tamizaje para detección temprana de cáncer de próstata al 35% (XXX) de los hombres entre 50 y 75 años (total 5.387) a cargo de la E.S.E.	% de hombres con tamizaje de cáncer de próstata	Número de hombres a los que se les realizó tamizaje de cáncer de próstata / Número total de hombres entre 50 y 75 años a cargo de la E.S.E. *100	Porcentaje	35,51%	2023	24,70%	0	0	0,00%	0%	0,00	91	0,750	Realizar tamizaje para detección temprana de cáncer de próstata al 24,70% (1330) de los hombres entre 50 y 75 años (total 3,790) a cargo de la E.S.E.	Número de hombres a los que se les realizó tamizaje de cáncer de próstata / Número total de hombres entre 50 y 75 años a cargo de la E.S.E.	25	25	25	25					0%	JEFE AURA GARCIA
														92	0,750	Canalizar para manejo por médico general al 100% de los casos positivos de las mujeres entre 50 y 75 años	Número de pacientes canalizados / Total de casos positivos en el periodo	25	25	25	25					0%	JEFE AURA GARCIA
														93	0,750	Realizar seguimiento al 100% de los casos de PSA positivos de acuerdo a la GPC	Número de pacientes con seguimiento / Total de casos positivos de PSA	25	25	25	25					0%	JEFE AURA GARCIA
														94	0,750	Mantener controlados al 10% de los hombres entre 50 y 75 años en cumplimiento del esquema de toma de PSA 1-1-1	% de pacientes que cumplen con el esquema de tamizaje de cáncer de próstata (1-1-1)	25	25	25	25					0%	JEFE AURA GARCIA
30	6	Mantener la captación antes de la semana 12 al 85% de las gestantes a cargo de la E.S.E.	% de gestantes captadas antes de la semana 12	Número de gestantes captadas antes de la semana 12 / Total de gestantes captadas a cargo de la E.S.E. *100	Porcentaje	73,40%	2023	70%	0	0	#,DIV/0!	#,DIV/0!	#,DIV/0!	95	6,000	Captar al 85% de gestantes a cargo de la E.S.E. Antes de la semana 12	Número de gestantes captadas antes de la semana 12 / Total de gestantes captadas a cargo de la E.S.E. *100	25	25	25	0					0%	JEFE ESNEIDER RAYO
31	7	Mantener el 90 % las gestantes con mínimo 4 (cuatro) controles prenatales de las gestantes a cargo de la E.S.E.	% de gestantes con más de 4 controles prenatales	Número de gestantes con 4 o más controles prenatales / Número total de gestantes a cargo de la E.S.E. *100	Porcentaje	86,70%	2023	90%	0	0	#,DIV/0!	#,DIV/0!	#,DIV/0!	96	2,333	Mantener el 90% de las gestantes a cargo de la E.S.E. con mínimo 4 (cuatro) controles prenatales	Número de gestantes con 4 o más controles prenatales / Total de gestantes a cargo de la E.S.E. *100	25	25	25	25					0%	JEFE ESNEIDER RAYO
														97	2,333	Realizar valoración a las gestantes por salud oral, psicología, nutrición y ginecología	Número de gestantes con valoración por salud oral, psicología, nutrición y ginecología / Total de gestantes a cargo de la E.S.E.	25	25	25	25					0%	JEFE ESNEIDER RAYO

36	2	Disminuir la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 (cinco) años	Prevalencia de desnutrición aguda	Número total de menores de 5 años con desnutrición aguda / Número total de menores de 5 años valorados *100 (Fuente Mango)	Porcentaje	1,57%	2023	0,72%	0	0	0,00%	100%	2,00	111	0,400	Reportar los casos de nacidos vivos con bajo pesos al nacer menor a 2500 gr	Reporte de los casos de nacidos vivos con bajo pesos al nacer menor a 2500 gr	25	25	25	25			0%	JEFE SAMUEL RUBIANO
														112	0,400	Mantener por debajo del 4% la proporción de bajo peso al nacer a cargo de la ESE	Número de nacidos vivos con peso menor a 2.500 gramos al nacer a cargo de la ESE/ Número total de nacidos vivos a cargo de la E.S.E.	25	25	25	25			0%	DRA ELIZABETH ALVAREZ JEFE ESNEIDER RAYO
														113	0,333	Clasificar el estado nutricional de la población beneficiaria, acorde a la Resolución 2465/16 del Min salud y registrar en el aplicativo MANGO y canalizar a medicina general.	Pacientes identificados con desnutrición valorados por medicina general (fuente mango)/ Total de pacientes identificados con desnutrición a cargo de la E.S.E (fuente mango)*100	25	25	25	25			0%	JMA SAS
														114	0,333	Disminuir la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 (cinco) años	Número total de menores de 5 años con desnutrición aguda (fuente sivigila) / Número total de menores de 5 años valorados (Fuente Mango)	25	25	25	25			0%	JMA SAS JEFE SAMUEL RUBIANO SIVIGILA
														115	0,333	Realizar seguimiento a los 15 días de iniciado el tratamiento ambulatorio, a los menores identificados con desnutrición aguda moderada o severa	Menores identificados con desnutrición aguda, moderada o severa con control de seguimiento a los 15 días / Total de menores identificados con desnutrición aguda, moderada o severa con tratamiento * 100	25	25	25	25			0%	JMA SAS
														116	0,333	Realizar seguimiento a la implementación de la Ruta Integral para la atención a la Desnutrición Aguda en niñas y niños menores de 5 años	Actividades ejecutadas de la Ruta/ Actividades programadas de la Ruta	25	25	25	25			0%	JMA SAS

															117	0,333	Ordenar Desparasitación a los niños cada 6 meses a partir del año de edad y hasta los 3 años	Ordenes generadas cada seis meses / total de niños valorados a cargo de la E.S.E.	25	25	25	25			0%	DRA CLARA CORTES
															118	0,333	Ordenar suplementación de micro nutrientes a partir de 6 meses y cada 6 meses hasta los 23 meses a cargo de la E.S.E..	Ordenes generadas de micronutrientes / Total de niños valorados a cargo de la E.S.E.	25	25	25	25			0%	DRA CLARA CORTES
37	2	Mantener en el 90% la implementación de la estrategia IAMII en la ESE	Porcentaje de implementación de la estrategia IAMII	Número acciones ejecutadas en la estrategia IAMII / Número de acciones de la estrategia IAMII programadas *100	Porcentaje	96%	2023	90%	0	0	0,0%	0%	0,00	119	0,167	Seguimiento al PASO 1. disponer de una política institucional para la promoción,	Numero de items cumplidos del paso / Total de items de cada paso *100	25	25	25	25			0%	JEFE CONSUELO GUTIERREZ	
														120	0,167	Seguimiento al PASO 2. Capacitar a todo el personal que atiende la	Numero de items cumplidos del paso / Total de items de cada paso *100	25	25	25	25			0%	JEFE CONSUELO GUTIERREZ	
														121	0,167	Seguimiento al PASO 3. Brindar a las mujeres gestantes y sus familias,	Numero de items cumplidos del paso / Total de items de cada paso *100	25	25	25	25			0%	JEFE CONSUELO GUTIERREZ	
														122	0,167	Seguimiento al PASO 4. Garantizar la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez,	Numero de items cumplidos del paso / Total de items de cada paso *100	25	25	25	25			0%	JEFE CONSUELO GUTIERREZ	
														123	0,167	Seguimiento al PASO 5. Ofrecer orientación y ayuda efectiva a las madres, padres y otros	Numero de items cumplidos del paso / Total de items de cada paso *100	25	25	25	25			0%	JEFE CONSUELO GUTIERREZ	
														124	0,167	Seguimiento al PASO 6. Promover, proteger y dar apoyo efectivo a las madres y sus familias para poner en práctica	Numero de items cumplidos del paso / Total de items de cada paso *100	25	25	25	25			0%	JEFE CONSUELO GUTIERREZ	
														125	0,167	Seguimiento al PASO 7. Favorecer el alojamiento conjunto de la madre y el niño o	Numero de items cumplidos del paso / Total de items de cada paso *100	25	25	25	25			0%	JEFE CONSUELO GUTIERREZ	
														126	0,167	Seguimiento al PASO 8. Proveer atención integral en salud y nutrición a todas las	Numero de items cumplidos del paso / Total de items de cada paso *100	25	25	25	25			0%	JEFE CONSUELO GUTIERREZ	
														127	0,167	Seguimiento al PASO 9. Garantizar atención con calidad y calidez en todos sus servicios	Numero de items cumplidos del paso / Total de items de cada paso *100	25	25	25	25			0%	JEFE CONSUELO GUTIERREZ	
														128	0,167	Seguimiento al PASO 10. Disponer de mecanismos y estrategias de apoyo institucional y	Numero de items cumplidos del paso / Total de items de cada paso *100	25	25	25	25			0%	JEFE CONSUELO GUTIERREZ	
														129	0,167	Implementar al 80 % la estrategia IAMII en la E.S.E.	Número de pasos cumplidos de la estrategia IAMII / Numero de pasos de la estrategia IAMII *100	25	25	25	25			0%	JEFE CONSUELO GUTIERREZ	
														130	0,167	Mantener en cero (0) la mortalidad institucional evitable asociada a desnutrición en	Número total de casos de defunciones asociadas a	25	25	25	25			0%	DRA. ELIZABETH ALVAREZ	
38	3	Mantener el 95% de coberturas útiles de vacunación con los biológicos trazadores que hacen parte del esquema PAI	% de cumplimiento en las coberturas de vacunación	Numero de biológicos aplicados / Metas establecidas en el Anexo 3 *100	Porcentaje	107,71%	2023	95%	0	0	0,00%	0%	0,00	131	0,750	Coberturas útiles en el municipio de Fusagasugá: 0 Años 3º Pentavalente 887 1 Año Triple viral 1 año 576 5 Años refuerzo Triple viral 768	Número de biológicos aplicados en el municipio de Fusagasugá / Meta establecida	25	25	25	25			0%	JEFE MONICA OTALORA	

															0,750	Coberturas útiles en el municipio de Pasca 0 Años 3º Pentavalente 108 1 Año Triple viral 1 año 111 5 Años refuerzo Triple viral 112	Número de biológicos aplicados en el municipio de Pasca / Meta establecida	25	25	25	25					0%	JEFE MONICA OTALORA
															0,750	Coberturas útiles en el municipio de Tibacuy 0 Años 3º Pentavalente 36 1 Año Triple viral 1 año 40 5 Años refuerzo Triple viral 43	Número de biológicos aplicados en el municipio de Tibacuy / Meta establecida	25	25	25	25					0%	JEFE MONICA OTALORA
															0,750	Mantener el 95% de coberturas útiles de vacunación con los biológicos trazadores que hacen parte del esquema PAI	Numero te biológicos aplicados 0 años 3º Pentavalente 1 año triple viral 5 años refuerzo triple viral / Metas establecidas *100	25	25	25	25					0%	JEFE MONICA OTALORA
39	1	Mantener en 0 (cero) la proporción de reingreso hospitalario por IRA, en menores de 5 años durante el periodo	Proporción de reingreso de pacientes menores de 5 años con diagnóstico de IRA	Número de menores de 5 años con reingreso hospitalario por IRA dentro de los 20 días después del primer egreso por IRA en la misma institución / Numero de menores de 5 años con al menos un egreso por IRA *100	Porcentaje	1,22%	2023	0	0	0	0,00%	100%	1	35	0,200	Capacitar a los equipos de salud de los servicios de hospitalización, consulta externa y urgencias sobre el manejo de la IRA.	Personal de equipos de salud capacitados / Total de personas capacitadas de los equipos de salud de Hospitalización, consulta externa y urgencias. *100	50		50						0%	DR. DAVID DUARTE
															0,200	Implementar y socializar las GPC de las patologías de bronquiolitis, crisis	GPC implementadas y socializadas		50		50					0%	DR. DAVID DUARTE
															0,200	Fortalecer la educación sobre los cuidados en casa posterior a la atención medica (Ambulatoria u hospitalaria)	Actividades ejecutadas / Actividadespropuestas		50		50					0%	DR. DAVID DUARTE
															0,200	Reducir la proporción de reingreso hospitalario por IRA, en menores de 5 años durante el periodo	Número de menores de 5 años con reingreso hospitalario por IRA dentro de los 20 días después del primer egreso por IRA en la misma institución / Numero de menores de 5 años	25	25	25	25					0%	DR. DAVID DUARTE
															0,200	Notificar a sivigila la mortalidad en menores de 5 (cinco) años asociada a IRA	Casos reportados en sivigila por mortalidad en menores de cinco años	25	25	25	25					0%	DR DAVID DUARTE DRA ELIZABETH ALVAREZ
40	1	Mantener en 90% la adherencia a la ruta de mantenimiento según Resolución No. 3280 en los cursos de vida de primera infancia 0 a 5 años e infancia 6 a 11 años.	% de adherencia a GPC	Número total de historias clínicas auditadas que cumplen con la GPC / Número total de historias clínicas auditadas en el periodo *100	Porcentaje	99%	2023	90%	0	0	0,0%	0%	0	140	0,500	Socialización semestral de la Resolución 3280 (primera infancia, e	Personal medico y de enfermería de primer nivel de atención		50		50					0%	DRA CLARA CORTES
															0,500	Mantener en 90% la adherencia a la ruta de mantenimiento según Resolución No. 3280 de los cursos de vida	Numero de HC que cumplen con la ruta de mantenimiento para los cursos de vida	25	25	25	25					0%	DRA CLARA CORTES
41	1	Mantener en 55% (XXX) el porcentaje de consultas de los servicios amigables para curso de vida de adolescencia de 12 a 17 años (total 3832) a cargo de la E.S.E.	% de consultas de los servicios amigables implementados	Número de adolescentes de 12 a 17 años que asisten a los servicios amigables / Número población a cargo de la E.S.E.	Porcentaje	55%	2023	55,00%	0	0	0%	0%	0,00	142	0,250	Mantener en 55% (1.512) el porcentaje de adolescentes de	Número de adolescentes de 12 a 17 años que asisten a los servicios amigables	25	25	25	25					0%	DRA CLARA CORTES
															0,250	Atención de planificación familiar para todas y todos los adolescentes que la solicitan	consultas de planificación familiar con	25	25	25	25					0%	DRA CLARA CORTES
															0,250	Adelantar 2 campañas educativas de educación en derechos	Campañas educativasrealizadas		50		50					0%	DRA CLARA CORTES

															145	0,250	Mantener en menos del 4% la proporción de adolescentes alguna vez madres o actualmente	Número de nacimientos de madres de 10 a 19 años + Número de abortos de	25	25	25	25					0%	DRA. ELIZABETH ALVAREZ
42	1	Mantener al 100% la ejecución de las acciones colectivas contratadas del municipio de Fusagasugá	Acciones de APS ejecutadas	N° acciones APS ejecutadas / N° de acciones APS contratadas *100	Porcentaje	77%	2023	100%	0	0	0%	0%	0,00	146	1,000	Desarrollar a través del equipo contratado las intervenciones colectivas pactadas con el Municipio de Fusagasugá para el fortalecimiento de la promoción de la salud y gestión del riesgo en la	N° acciones APS ejecutadas / N° de acciones APS contratadas x 100	25	25	25	25					0%	JUDITH JOHANA CHISAGUANO	
43	1	Mantener al 100% la ejecución de las acciones del plan de intervenciones colectivas PIC del municipio de Pasca	Acciones de PIC Pasca ejecutadas	N° acciones colectivas ejecutadas / N° de acciones colectivas contratadas *100	Porcentaje	100%	2023	100%	0	0	0%	0%	0,00	147	1,000	Desarrollar a través del equipo contratado las intervenciones colectivas pactadas con el Municipio de Pasca para el fortalecimiento de la promoción de la salud y gestión del	N° acciones colectivas ejecutadas / N° de acciones colectivas contratadas x 100	25	25	25	25					0%	JUDITH JOHANA CHISAGUANO	
44	1	Mantener al 100% la ejecución de las acciones del plan de intervenciones colectivas PIC del municipio de Tibacuy	Acciones de PIC Tibacuy ejecutadas	N° acciones colectivas ejecutadas / N° de acciones colectivas contratadas *100	Porcentaje	100%	2023	100%	0	0	0%	0%	0,00	148	1,000	Desarrollar a través del equipo contratado las intervenciones colectivas pactadas con el Municipio de Tibacuy para el fortalecimiento de la promoción de la salud y gestión del	N° acciones colectivas ejecutadas / N° de acciones colectivas contratadas x 100	25	25	25	25					0%	JUDITH JOHANA CHISAGUANO	
45	1	Mantener disponible al 100% el acceso y mejoramiento de las condiciones de salud a la población víctima del conflicto armado a nivel institución que demande servicios de salud en la E.S.E.	Víctimas atendidas	N° de PVCA atendidas / N° total de PVCA caracterizada por la E.S.E. *100	Porcentaje	100%	2023	100%	0	0	0%	0%	0	149	1,000	Garantizar la atención en salud a la PVCA que demande los servicios a nivel institucional	N° de PVCA atendidas / N° total de PVCA caracterizada por la E.S.E. x 100	25	25	25	25					0%	DRA CLARA CORTES	
46	1	Mantener al 100% el tratamiento oportuno de los pacientes afiliados diagnosticados con TBC	Pacientes con tratamiento	N° total de pacientes afiliados identificados con TBC en tratamiento / N° total de pacientes afiliados identificados con TBC *100	Porcentaje	100%	2023	100%	0	0	0%	0%	0	150	0,500	Realizar seguimiento a sintomáticos respiratorios mediante búsqueda activa y baciloscopias positivas	Base de datos de pacientes con su respectivo seguimiento	25	25	25	25					0%	JEFE SAMUEL RUBIANO	
														151	0,500	Establecer planes de mejora resultantes del análisis de las mortalidades identificadas por mycobacterias. Mantener al 100% el tratamiento oportuno de los pacientes afiliados diagnosticados con TBC	No de oportunidad e identificados de los análisis de mortalidades gestionadas / total oportunidad de análisis de mortalidades identificadas	25	25	25	25					0%	JEFE SAMUEL RUBIANO	
47	1	Mantener sobre 90% la adherencia a las Guías de Práctica Clínica de dengue (municipios con altura inferior a 2.200 msnm)	% de adherencia a la GPC de dengue	Número de HC que cumplen con la GPC de dengue / Número total de HC auditadas *100	Porcentaje	100%	2023	90%	0	0	0%	0%	0	152	0,333	Implementar la guía de práctica clínica de dengue y aplicar herramienta de medición de la GPC	GPC implementada	25	25	25	25					0%	DR. ADRIANA TRUJILLO DRA ELIZABETH ALVAREZ	
														153	0,333	Medir y socializar la adherencia a las Guías de Práctica Clínica de dengue (municipios con altura inferior a 2.200 msnm)	Número de HC que cumplen con la GPC de dengue / Número total de HC auditadas *100	25	25	25	25	8	8			0%	DR. ADRIANA TRUJILLO DRA ELIZABETH ALVAREZ	

