

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

SECRETARÍA DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA E.S.E MOSQUERA

2547300303

Acuerdo 008 del 30 de julio de 2018

CLAUDIA EUNICE YAZO CASTAÑEDA

Dimensión relacionada con el PDS	No. Meta	Meta de producto anual	Indicador de producto			Valor esperado Año 2019		Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre Programado	II trimestre Programado	III trimestre Programado	IV trimestre Programado	Evidencia	Responsables Institucionales	E mail Responsable								
			Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base																		
						Valor	Año																	
SALUD AMBIENTAL	1	Diseñar y ejecutar en mínimo 90% del plan de acción de la estrategia hospital verde	Plan de acción diseñado y ejecutado	# actividades desarrolladas/# actividades propuestas.	Porcentaje	(53/53)100%	2018	100%	Realizar dos campañas de sensibilización con el fin de promover hábitos de consumo sostenible del recurso hídrico a los colaboradores del hospital	20%	50%	NA	50%	NA	informe de cumplimiento campaña sensibilización	líder ambiental/ Nohora Rivera	<a href="mailto:ambiental@esemariaauxiliadora.gov.co">ambiental@esemariaauxiliadora.gov.co</a>							
									Dar cumplimiento al plan de acción de la estrategia hospital verde. A través de un informe trimestral	20%	25%	25%	25%	25%	informe cumplimiento plan de acción estrategia hospital verde	líder ambiental	<a href="mailto:ambiental@esemariaauxiliadora.gov.co">ambiental@esemariaauxiliadora.gov.co</a>							
									Realizar medición y control a los consumos de agua, energía y papel	10%	25% (1)	25% (1)	25% (1)	25% (1)	Medición huella de carbono	líder ambiental	<a href="mailto:ambiental@esemariaauxiliadora.gov.co">ambiental@esemariaauxiliadora.gov.co</a>							
									realizar mantenimiento trimestral a las especies vivas sembradas (Junio-2018) como reducción y compensación de la huella de carbono de la vigencia 2018	20%	25% (1)	25% (1)	25% (1)	25% (1)	Informe de mantenimiento	líder ambiental	<a href="mailto:ambiental@esemariaauxiliadora.gov.co">ambiental@esemariaauxiliadora.gov.co</a>							
									Realizar compensación de la huella de carbono con siembra de especies vivas. (compensación vigencia 2018)	10%	NA	NA	NA	100%	Compensación pantallazo pagina calculadora	líder ambiental								
									Realizar un proyecto para optimizar el uso de tecnologías limpias del Hospital MARIA AUXILIADORA ESE DE MOSQUERA	20%	NA	50%	NA	50%	Compensación pantallazo pagina calculadora	líder ambiental	<a href="mailto:ambiental@esemariaauxiliadora.gov.co">ambiental@esemariaauxiliadora.gov.co</a>							
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	2	mantener en un 60% la población de primera infancia e infancia (0 a 10 años) sin caries.	% población de primera infancia, niñez y adolescencia sin caries	# población sin caries/total de población atendida primera infancia, niñez (0 a 10 años) atendidos	Porcentaje	(590/968) 61%	2018	60%	Realizar demanda inducida efectiva hacia el programa de higiene oral del hospital en su sede principal y en ponver río a mínimo el 10% de la población a cargo (2462) 123 pacientes.	25%	25% (31)	25% (31)	25% (31)	25% (31)	Registro demanda inducida	líder odontología/ Yasmin Rocha	<a href="mailto:odontologia@esemariaauxiliadora.gov.co">odontologia@esemariaauxiliadora.gov.co</a>							
									Aplicar el barniz de fluor al 80% de la población de primera infancia y niñez que asiste al servicio de higiene oral del hospital de acuerdo a la norma 412 de 2002	50%	25%	25%	25%	25%	RIPS	líder odontología/ Yasmin Rocha	<a href="mailto:odontologia@esemariaauxiliadora.gov.co">odontologia@esemariaauxiliadora.gov.co</a>							
									Fortalecer la educación al 100% de padres, cuidadores y primera infancia (Niños de 0-10 años) que asistan al servicio de odontología en técnica de cepillado, alimentación saludable, promoción de la lactancia materna, cuidado del primer molar.	25%	25%	25%	25%	25%		líder odontología/ Yasmin Rocha	<a href="mailto:odontologia@esemariaauxiliadora.gov.co">odontologia@esemariaauxiliadora.gov.co</a>							
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3	Aumentar en 2% el detartraje supragingival en adultos (mayor 18 años) según línea base	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	Porcentaje	(2046/10746) 19%	2018	2.257 21%	Realizar control de placa al 100% de los pacientes adultos que asisten al servicio de odontología	100%	25%	25%	25%	25%	Rips de atención	líder odontología/ Yasmin Rocha	<a href="mailto:odontologia@esemariaauxiliadora.gov.co">odontologia@esemariaauxiliadora.gov.co</a>							
									Participar activamente en la movilización de cáncer de seno realizada en el Municipio.	30%	NA	NA	100%	NA	Registro participación movilización	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:paliad@esemariaauxiliadora.gov.co">paliad@esemariaauxiliadora.gov.co</a>							
										Realizar demanda inducida al 10% de la población objeto (196 mujeres) para generar orden de mamografía a mujeres de 50 a 69 años que asisten a consulta de seno y no cuentan con mamografía en los últimos 2 años	70%	25% (49)	25% (49)	25% (49)	25% (49)	Registro demanda inducida	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co">ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co</a>						
									Aumentar en 2% la proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año.	Proporción de mujeres entre 25 y 69 con toma de citología.	Número de mujeres entre 25 y 69 años que se han tomado la citología en el periodo definido/total de mujeres entre 25 y 69 años asignadas a la IPS	Porcentaje	(1348/4646) 29%	2018	31% 1.440	Realizar demanda inducida al 10% de la población objeto (451 mujeres) para que se practiquen la citología.	100%	25% (151)	25% (151)	25% (151)	25% (151)	Registro demanda inducida	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co">ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co</a>
																Mantener en mínimo un 95% la calidad de las muestras para la toma de la citología	100%	25% (1)	25% (1)	25% (1)	25% (1)	Informe de seguimiento	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co">ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co</a>
									Aumentar la Captación de hipertensión arterial en un 1% de personas entre 18 a 69 años	Población identificada con HTA	Población nueva identificada con HTA entre 18 a 69 años/ N° total de población atendida con DX HTA entre 18 a 69 años (población objeto 5540)	porcentaje	(125/728.)	2018	8%	Realizar demanda inducida al 3% de la población objeto (287) para que se realicen la tamización para identificar la HTA o Diabetes.	100%	25% (96)	25% (96)	25% (96)	25% (96)	Registro demanda inducida	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co">ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co</a>
																Socializar al 100% de los médicos (5), enfermeras (3), auxiliares de enfermería del servicio de promoción y prevención (3) de la E.S.E. las Guías para el manejo de HTA Y diabetes. (11 colaboradores)	25%	NA	100%	NA	NA	actas de socialización	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co">ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co</a>
									Mantener en mínimo el 80% de los pacientes hipertensos controlados de acuerdo a los lineamientos de la guía de práctica clínica del MinSalud en el hospital y la sede ponver río	Pacientes con DX HTA controlados.	No. pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial con cifras tensionales por debajo de 140/90 en el último semestre / Numero total de pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial reportados.	porcentaje	(619/728) 85%	2018	80%	Incluir al 20% de los pacientes diagnosticados con HTA en la tamización al programa de crónicos	25%	25%	25%	25%	2%	RIPS	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co">ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co</a>
																Implementar las guía de atención para HTA por medio de la formulación del plan en la HOSPITAL MARIA AUXILIADORA Y CENTRO DE SALUD PORVENIR	25%	NA	50%	50%	NA	documento	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co">ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co</a>
Realizar 4 auditorías de una muestra representativa (con un nivel de confianza del 95% e intervalo de confianza del 5%) de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial con el fin de evaluar la adherencia a la guía de manejo.	25%	25% (1)	25% (1)	25% (1)	25% (1)	informe de auditoría	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:paliad@esemariaauxiliadora.gov.co">paliad@esemariaauxiliadora.gov.co</a>																
Realizar el TEST FINDRISK para tamizaje de diabetes al 5% de la población entre 18 a 69 años asignados a la ipa	Tamizaje de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	Número de pacientes entre 18 y 69 años a los cuales se les aplica el TEST FINDRISK/ Número total de población entre 18 y 69 años asignados	porcentaje	(471/9426) 5%	2018	5% (477) Poble (9540)	Realizar demanda inducida al 5% de la población objeto mayores 18 años (477) para que se realicen la tamización para identificar Diabetes.	100%	25% (120)	25% (120)	25% (120)	25% (120)	Plantillas y Actas de toma de glucometrias	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co">ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co</a>									

Dimensión relacionada con el PDS	No. Meta	Meta de producto anual	Indicador de producto			Valor esperado Año 2019	Actividades	PESO % de la actividad frente a la meta	Trimestres				Evidencia	Responsables Institucionales	E mail Responsable		
			Nombre del Indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida				Línea base		I trimestre Programado	II trimestre Programado				III trimestre Programado	IV trimestre Programado
									Valor	Año							
	10	Incrementar la captación en un 0,3% de pacientes con diabetes mellitus mayores de 18 años al programa de Diabetes	Captación pacientes de diabetes Mellitus al programa	Población nueva identificada con Diabetes entre 18 a 69 años/ N° total de población atendida con DX diabetes entre 18 a 69 años (población objeto 9540)	Porcentaje	(58/271) 21%	2018	3,3%	Mantener controlados en mínimo el 17% de los diabéticos con hemoglobina glicosilada menor de 7	100%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	RIPS diagnósticos de diabetes y consultas, Informe mensual pre-auditorías	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:identifica@esemariaauwilladora.gov.co">identifica@esemariaauwilladora.gov.co</a>
	11	Aumentar en 2% las consultas por optometría u oftalmología en mayores de 40 años.	Porcentaje de personas mayores de 40 años con al menos una consulta anual por oftalmología u optometría	No. De adultos mayores de 40 años con consulta de oftalmología u optometría/No. Total de adultos mayores de 40 años a cargo de la IPS	Porcentaje	(555 opto, 764oftalmolo) (1319)/(6548) 20%	2018	22% (1440)	Promover la tamización por oftalmología y optometría desde las consultas de medicina general.	100%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	Rips de atención	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:identifica@esemariaauwilladora.gov.co">identifica@esemariaauwilladora.gov.co</a>
SALUD MENTAL	12	Realizar el reporte del 100% de los eventos en salud mental (diferentes tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastornos mentales) identificados.	% eventos reportados	# eventos reportados/#total de eventos identificados.	porcentaje	(55/55) 100%	2018	100%	Identificar a la población con riesgo de trastornos de salud mental (violencia, consumo de SPA, implementación de la ruta de atención)	100%	25%	25%	25%	25%	Reportes realizados	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:identifica@esemariaauwilladora.gov.co">identifica@esemariaauwilladora.gov.co</a>
NUTRICION	13	Mantener en un 4% la proporción de nacidos con bajo peso al nacer (según línea base)	Bajo peso al nacer	No de nacidos vivos con peso menor a 2500 gr al nacer/No. Total de nacidos vivos con la variable identificada en el certificado de nacido vivo.	porcentaje	3% (2/60)	2018	4%	Clasificar el estado nutricional del 100% de las gestantes que asisten a la E.S.E según lo establecido en la Resolución 2465 del 2016 (tablas de ataláh)	40%	25%	25%	25%	25%	planillas programa de maternidad	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co">ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co</a>
	14	Mantener en 3 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.	Duración media lactancia materna	Duración en meses de la lactancia materna exclusiva	numero	(457/150) 3 meses	2018	3	Informar de manera oportuna al PIC municipal de gestantes con riesgo para bajo peso al nacer (bajo peso, sobrepeso u obesidad gestacional) para visita domiciliaria.	40%	25%	25%	25%	25%	Notificación	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co">ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co</a>
									Mantener el 100% de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo (NV 184 en el 2018)	20%	25%	25%	25%	25%	Registro RIAF, laboratorio	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co">ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co</a>
									Realizar consejería de lactancia materna a las gestantes o puerperas que asisten a la E.S.E. Por medio de un taller mínimo trimestral	50%	25% (1)	25% (1)	25% (1)	25% (1)	Actas taller lactancia materna	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co">ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co</a>
	Realizar de manera trimestral el comité IAMI	25%	25% (1)	25% (1)	25% (1)	25% (1)	Actas de comité	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co">ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co</a>								
Realizar mínimo dos veces al año autoevaluación del cumplimiento de la estrategia IAMI y ejecutar el plan de mejoramiento al que halla lugar.	25%	NA	50% (1)	NA	50% (1)	Autoevaluación IAMI ejecución plan de mejora	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co">ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co</a>									
15	Realizar el reporte del 100% de la información de personas atendidas al sistema de vigilancia alimentario y nutricional para la Gobernación de Cundinamarca - MANGO.	Reportes realizados	No. de reportes realizados/No. reportes a realizar	porcentaje	(44/44) 100%	2018	100%	Realizar el reporte y seguimiento del 100% de la información de personas atendidas al sistema de vigilancia alimentario y nutricional para la Gobernación de Cundinamarca - MANGO de forma semanal	100%	25%	25%	25%	25%	Reporte MANGO	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co">ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co</a>	
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVOS	16	Aumentar en 1% la proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	% gestantes captadas antes de la semana 12	No. De gestantes captadas antes de la semana 12 / No. De gestantes captadas	Porcentaje	(148/203) 73%	2018	74%	Realizar un informe mensual de los gravídez positivos tomados en laboratorio y que son canalizados al control prenatal	50%	25% (3)	25% (3)	25% (3)	25% (3)	documento informe gravidez	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co">ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co</a>
	17	Aumentar en 1% las mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales	Proporción de mujeres con mas de 4 controles prenatales	# gestantes con 4 o más controles/# total atenciones de parto durante el periodo *100.	porcentaje	(115/197) 58%	2018	59%	Realizar actividades de demanda inducida de manera mensual (información, educación y comunicación) para aumentar la captación de gestantes en control prenatal	50%	25%	25%	25%	25%	soportes actividad planillas y actas	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co">ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co</a>
									Realizar los cursos de maternidad y paternidad segura mínimo uno trimestral dirigidos a todas las maternas del programa de control prenatal	100%	25% (1)	25% (1)	25% (1)	25% (1)	planillas y actas del programa de maternidad y paternidad	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co">ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co</a>
18	Aumentar un 1% el uso de métodos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (15-49 años) (población 3992)	Proporción de mujeres de 15 a 49 que utilizan métodos de anticoncepción	No. Mujeres de 15 a 49 años que utilizan métodos de anticoncepción/No. Total de mujeres de 15 a 49 años a cargo de la ESE	porcentaje	24% (1021/4249)	2018	25% (998)	Realizar ejercicios demanda inducida semanales a la población objeto asignada al hospital en su sede principal y en la sede porvenir (PIC y actividades intramural) a mínimo el 10% de la población objeto. (399 usuarios)	100%	25% (100)	25% (100)	25% (100)	25% (100)	RIPS-Fichas de demanda inducida	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co">ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co</a>	
19	Aumentar en 2% las consultas de detección temprana en jóvenes población 14-26 años (3330)	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	Porcentaje	(550/3330) 16%	2018	18% (599)	Realizar ejercicios demanda inducida a la población objeto asignada al hospital en su sede principal y en la sede porvenir (PIC y actividades intramural) a mínimo el 5% de la población objeto. (166 usuarios)	100%	25% (42)	25% (42)	25% (42)	25% (42)	RIPS-Fichas de demanda inducida	Líder servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co">ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co</a>	
ENFERMEDADES TRASMITIBLES	20	Suministrar tratamiento oportuno a los pacientes diagnosticados con TBC.	Pacientes diagnosticados y con tratamiento	# pacientes con tratamiento de TBC / # pacientes con diagnostico de TBC.	Número	(7/7) 100%	2018	100%	Solicitar y suministrar oportunamente a Salud Publica los tratamientos a 100% de los pacientes diagnosticados con TBC	50%	100%	100%	100%	100%	Reporte de seguimiento	servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:identifica@esemariaauwilladora.gov.co">identifica@esemariaauwilladora.gov.co</a>
									Realizar seguimiento y control a los tratamientos suministrados de TBC	50%	100%	100%	100%	100%		servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:identifica@esemariaauwilladora.gov.co">identifica@esemariaauwilladora.gov.co</a>
	21	Alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional, en poblaciones objeto del programa	Cobertura de vacunación	Coberturas de vacunación con BCG, DPT 3 dosis, polio 3 dosis, triple viral < 1 año y triple viral < 5 años.	Porcentaje	(3565/2449) 95%	2018	95%	Realizar jornadas de vacunación trimestral en las poblaciones objeto en el municipio	25%	25%	25%	25%	25%	PAI WEB	servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co">ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co</a>
									Ejecutar las metas de vacunación intramurales y extramurales trimestrales propuestas en niños menores de 1 año (teniendo como trazador 3 dosis de pentavalente) para el Hospital	25%	25%	25%	25%	25%		servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co">ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co</a>
Ejecutar las metas de vacunación intramurales y extramurales trimestrales propuestas en niños menores de 1 año (teniendo como trazador triple viral) para el Hospital	25%	25%	25%	25%	25%	servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co">ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co</a>										
Ejecutar las metas de vacunación intramurales y extramurales trimestrales propuestas en niños menores de 5 años (teniendo como trazador 1er refuerzo de triple viral) para el Hospital	25%	25%	25%	25%	25%	servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co">ambulatorio@esemariaauwilladora.gov.co</a>										

Dimensión relacionada con el PDS	No. Meta	Meta de producto anual	Indicador de producto			Línea base		Valor esperado Año 2019	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	Evidencia	Responsables Institucionales	E mail Responsable
			Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base					Programado	Programado	Programado	Programado			
						Valor	Año										
EMERGENCIAS Y DESASTRES	22	Aumentar en 2% el tamizaje de agudeza visual en infancia (población 0-10 años 2462)	Porcentaje de niñas y niños con tamizaje de agudeza visual (infancia)	No. De niños y niñas con tamizaje de agudeza visual/No. Total de niños y niñas a cargo de la IPS	Porcentaje	(132/2462) 5%	2018	6% (148)	Realizar demanda inducida al 10% de la población objeto (246 niños) para que se realice tamizaje de agudeza visual	100%	25% (82)	25% (82)	25% (82)	25% (82)	Registro demanda inducida	Terapeuta respiratoria	<a href="mailto:cientifica@esemariauvalldora.gov.co">cientifica@esemariauvalldora.gov.co</a>
	23	Ejecutar en un 100% las actividades definidas el plan de emergencias hospitalario en articulación con el plan de gestión del riesgo municipal.	% cumplimiento plan emergencias	No. De actividades ejecutadas/total de actividades programadas	porcentaje	(3/3) 100%	2018	100%	Realizar dos capacitaciones a los brigadistas	33%	NA	50% (1)	50% (1)	NA	DOCUMENTO ACTUALIZADO	lider sgst Diego Pineta	<a href="mailto:sgst@esemariauvalldora.gov.co">sgst@esemariauvalldora.gov.co</a>
									Socializar el plan de emergencias con el 100% del personal	33%	NA	50%	50%	NA	ACTAS DE SIVISALA	lider sgst Diego Pineta	<a href="mailto:sgst@esemariauvalldora.gov.co">sgst@esemariauvalldora.gov.co</a>
								Realizar las simulaciones necesarias para la implementación del plan de emergencias hospitalario.	34%	NA	NA	NA	100%	EVIDENCIA SMULACIONES REALIZADAS	lider sgst Diego Pineta	<a href="mailto:sgst@esemariauvalldora.gov.co">sgst@esemariauvalldora.gov.co</a>	
SALUD LABORAL	24	Reportar mensualmente al Sistema de Vigilancia en Salud Laboral el 100% de los eventos de origen laboral de acuerdo al Lineamiento.	Reportes al SIVISALA	Numero de Reportes entregados / Número de Reportes Programados	Porcentaje	(1967/1967) 100%	2018	100%	Realizar una Capacitación al personal asistencial y administrativo del Hospital en el proceso de notificación de reportes en el Sistema de Vigilancia en Salud Laboral	100%	NA	100%	NA	NA	Reporte al SIVISALA	lider sgst Diego Pineta	<a href="mailto:cientifica@esemariauvalldora.gov.co">cientifica@esemariauvalldora.gov.co</a>
POBLACION VULNERABLE	25	Aumentar en un 1% la cobertura al programa de crecimiento y desarrollo de menores de 10 años atendidos en el Hospital	Cobertura de detección de alteraciones.	No. De niños y niñas menores de 10 años con detección de alteraciones / No. Total de niños y niñas menores de 10 años a cargo e la ESE.	Porcentaje	(1450/2406) 60%	2018	61% (1500) (Pobla 2462)	Realizar inscripción de niños menores de 10 años al programa de crecimiento y desarrollo, a través de la demanda inducida intramural y extramural al 10% de la población objeto (247)	50%	25% (62)	25% (62)	25% (62)	25% (62)	Registro demanda inducida	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	<a href="mailto:cientifica@esemariauvalldora.gov.co">cientifica@esemariauvalldora.gov.co</a>
									Realizar 4 auditorías de una muestra representativa (con un nivel de confianza del 95% e intervalo de confianza del 5%) de las historias clínicas de crecimiento y desarrollo adherencia a la guía de manejo.	50%	25% (1)	25% (1)	25% (1)	25% (1)	informe de auditoría	Subgerencia científica y calidad	<a href="mailto:calidad@esemariauvalldora.gov.co">calidad@esemariauvalldora.gov.co</a>
	26	Actualizar el modelo de atención en salud por etapas de curso de vida.	Modelo de atención	Modelo de atención actualizado e implementado	Número	1	2018	1 documento actualizado	Actualizar el documento del modelo de atención en salud por etapas de curso de vida.	100%	NA	NA	NA	100%	DOCUMENTO ADOPTADO POR LA ESE		<a href="mailto:cientifica@esemariauvalldora.gov.co">cientifica@esemariauvalldora.gov.co</a>
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	27	Implementar en mínimo el 90% el plan de mantenimiento del SUH	% de cumplimiento plan de sostenibilidad del SUH	# actividades cumplidas/# actividades propuestas.	Porcentaje	(56/56) 100%	2018	100%	Realizar autoevaluación de estándares de habilitación	20%	100%	NA	NA	NA	MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ESTANDARES DE HABILITACION	lider calidad (lida Mendez)	<a href="mailto:calidad@esemariauvalldora.gov.co">calidad@esemariauvalldora.gov.co</a>
									Definir y ejecutar el plan de mejora para lograr la sostenibilidad de la certificación en habilitación.	80%	25%	25%	25%	25%	Soporte de las actividades programadas	lider calidad (lida Mendez)	<a href="mailto:calidad@esemariauvalldora.gov.co">calidad@esemariauvalldora.gov.co</a>
	28	Realizar seguimiento en comité directivo a los indicadores del sistema de información para la calidad.	% cumplimiento seguimientos de informes trimestrales de indicadores presentados en comité directivo	# informes con seguimiento/# total de informes requeridos * 100	Porcentaje	2 100%	2018	100%	Realizar Análisis trimestrales en comités de indicadores internos y externos ( 2193, 256, rips, mango, 4505) en comité directivo.	100%	25% (1)	25% (1)	25% (1)	25% (1)	ACTAS DE REUNIÓN	2193 subgerencia administrativa mago y 4505 (Jefe yasmin) 256 calidad Rips (subgerencia científica)	<a href="mailto:calidad@esemariauvalldora.gov.co">calidad@esemariauvalldora.gov.co</a>
	29	Implementar en mínimo el 90% el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	% de cumplimiento del PAMEC	# acciones implementadas/# total de acciones propuestas *100	Porcentaje	(127/140) 91%	2018	90%	Realizar un proceso de autoevaluación del sistema único de acreditación	50%	100%	NA	NA	NA	Autoevaluación del PAMEC	lider calidad (sofia)	<a href="mailto:calidad@esemariauvalldora.gov.co">calidad@esemariauvalldora.gov.co</a>
									Elaborar y realizar Seguimiento a los planes de mejoramiento propuestos en cada trimestre.	50%	NA	50%	25%	25%	Seguimiento al PAMEC	lider calidad (sofia)	<a href="mailto:calidad@esemariauvalldora.gov.co">calidad@esemariauvalldora.gov.co</a>
	30	Lograr la efectividad de los mecanismos de participación social implementados en articulación con el municipio	% de cumplimiento del plan de acción	No. Actividades del plan de acción cumplidas/No. De actividades propuestas.	porcentaje	(12/12) 100%	2018	100%	Realizar Comité de ética del hospital de manera mensual	50%	25% (3)	25% (3)	25% (3)	25% (3)	acta reuniones asociacion de comité de ética	lider siau Rafael	<a href="mailto:siau@esemariauvalldora.gov.co">siau@esemariauvalldora.gov.co</a>
									Participar de las reuniones convocadas por la asociación de usuarios de manera mensual	50%	25% (3)	25% (3)	25% (3)	25% (3)	acta reuniones asociacion de usuarios	lider siau Rafael	<a href="mailto:siau@esemariauvalldora.gov.co">siau@esemariauvalldora.gov.co</a>
	31	Fortalecer el sistema de riesgos mediante la implementación del programa de seguridad del paciente en mínimo un 90%	Programa de seguridad del paciente implementado	No. Actividades del plan de acción de SP cumplidas/No. De actividades propuestas.	Porcentaje	(62/62) 100%	2018	100%	Ejecución Anual de las Actividades del Programa de Seguridad del Paciente	100%	100%	100%	100%	100%	Seguimiento al PAMEC	Lider seguridad del paciente Jefe Angy	<a href="mailto:calidad@esemariauvalldora.gov.co">calidad@esemariauvalldora.gov.co</a>
32	Implementar al 90% el plan de acción de humanización de la ESE	% de cumplimiento del plan de acción de humanización	No. Actividades del plan de acción de humanización cumplidas/No. De actividades propuestas.	Porcentaje	(162/176) 92%	2018	90%	Realizar comité trimestral de humanización	50%	25% (1)	25% (1)	25% (1)	25% (1)	actas comité de humanizacion	lider humanizacion Yamin Pubido	<a href="mailto:psicologia@esemariauvalldora.gov.co">psicologia@esemariauvalldora.gov.co</a>	
								Realizar talleres de humanización dirigidos a todo el personal del hospital de manera trimestral	50%	25% (1)	25% (1)	25% (1)	25% (1)	actas talleres de humanizacion	lider humanizacion Yamin Pubido	<a href="mailto:psicologia@esemariauvalldora.gov.co">psicologia@esemariauvalldora.gov.co</a>	
33	Mantener el índice de satisfacción global de los usuarios en un 90%	Satisfacción global de los usuarios	No de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta cómo calificaría su experiencia global de atención en los servicios de salud de su IPS?/No de usuarios que respondieron la pregunta.	porcentaje	(7565/8090) 94%	2018	90%	Realizar mensualmente el informe de las encuestas aplicadas para obtener el índice de satisfacción de los usuarios del hospital	100%	25% (3)	25% (3)	25% (3)	25% (3)	informes de satisfaccion	lider siau (Rafael)	<a href="mailto:siau@esemariauvalldora.gov.co">siau@esemariauvalldora.gov.co</a>	
34	Mantener el 90% de los reportes asistenciales del SIUS	% cumplimiento SIUS	# folios asistenciales enviados al SIUS/# folios asistenciales realizados en el sistema de información	porcentaje	100%	2018	90%	Realizar mensualmente los reportes asistenciales al SIUS	100%	25% (3)	25% (3)	25% (3)	25% (3)	informes de SIUS asistencial	lider sistemas (cesar penagos)	<a href="mailto:sistemas1@esemariauvalldora.gov.co">sistemas1@esemariauvalldora.gov.co</a>	
35	Iniciar la implementación de los módulos administrativos con el fin de reportar de manera mensual al SIUS financiero	% de implementación de los módulos del sistema de información	No. De módulos implementados y funcionando/No. Total de módulos del sistema	numero	0%	2018	60%	Realizar la implementación de los módulos administrativos de CNT para cumplir con el reporte del SIUS financiero	100%	50%	50%	50%	50%	informes de SIUS asistencial	lider sistemas (cesar penagos)	<a href="mailto:sistemas1@esemariauvalldora.gov.co">sistemas1@esemariauvalldora.gov.co</a>	
36	Mantener en un 45% la recuperación de cartera no corriente (vigencia actual) / cartera no corriente vigencias anteriores	% de recuperación	recaudo cartera no corriente (vigencia actual) / cartera no corriente vigencias anteriores	porcentaje	(2050/2938) 70%	2018	45%	Realización de procedimientos facturación y circularización para el cobro.	50,0%	3	3	3	3	3	Reporte de recuperación de cartera 2193.	Subgerente administrativa	<a href="mailto:recaudocartera@esemariauvalldora.gov.co">recaudocartera@esemariauvalldora.gov.co</a>
								Realizar actividades de Conciliación ante a SNS y realizar Cobro Ejecutivo trimestralmente	50,0%	1	1	1	1		Subgerente administrativa	<a href="mailto:recaudocartera@esemariauvalldora.gov.co">recaudocartera@esemariauvalldora.gov.co</a>	