GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL

Nombre de la IPS	**HOSPITAL MARIA AUXILIADORA E.S.E MOSQUERA**
Código de habilitación de la IPS	**2547300303**
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	**Acuerdo 008 del 30 de julio de 2018**
Nombre del Gerente	**CLAUDIA EUNICE YAZO CASTAÑEDA**

No. Meta	Meta de producto anual	Indicador de producto: Nombre del indicador	Indicador de producto: Descripción de la fórmula	Indicador de producto: Unidad de medida	Línea base: Valor	Línea base: Año	Valor esperado Año 2019	Avance de la meta IV Trimestre: Numerador	Avance de la meta IV Trimestre: Denominador	Avance de la meta IV Trimestre: Resultado	Avance de la meta IV Trimestre: % cumplimiento	cumplimiento anual actividades
1	Diseñar y ejecutar en minimo 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%	54	54	100%	100%	100%
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%	591	889	66%	100%	96%
3	Aumentar en 2% el detartraje supragingival en adultos (mayor 18 años) según linea 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%	2.239	10.746	21%	100%	100%
4	Aumentar un un 2% la demanda inducida de tamizaje para cancer de seno a traves de la solicitud de toma de mamografia a las mujeres entre 50 y 69 años que asisten a consulta de seno	Porcentaje de mujeres remitidas para la toma de examen de mamografia entre 50 y 69 años	Número de mujeres de 50 a 69 años que cuentan con remision para mamomagrafia para tamizaje de cancer de seno/total de mujeres entre 50 y 69 años aignadas a la ips (1981)	Porcentaje	(437/1981) 22%	2018	24% (471) Pobla (1965)	394	1.965	20%	84%	100%
5	Aumentar en 2% la prorporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citologia 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 asiganads a la IPS	Porcentaje	(1348/4646) 29%	2018	31% 1.440	1.507	4.508	33%	100%	100%
6	Mantener en minimo un 95% la calidad de las muestras para la toma de la citologia	Proporción de citologías con muestras insatisfechas o rechazadas	No. de muestras para citologías satisfechas/No. total de muestras para citologías tomadas	Porcentaje	(1348) 95%	2018	95%	1.710	1.710	100%	100%	25%
7	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/ Nº total de población atendida con DX HTA entre 18 a 69 años (población objeto 9540)	porcentaje	(125/728.)	2018	8%	190	880	22%	100%	100%
8	Mantener en minimo el 80% de los pacientes hipertensos controlados de acuerdo a los lineamiento de la guia de practica clinica del MinSalud en el hospital y la sede porvenir rio	Pacientes con DX HTA controlados.	No. pacientes con diagnostico de hipertensión arterial con cifras tensionales por debajo de 140/90 en el ultimo semestre / Numero total de pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial reportados.	porcentaje	(619/728) 85%	2018	80%	423	523	81%	100%	81%
9	Realizar el TEST FINDRISK para tamizaje de diabetes al 5% de la la poblacion entre 18 a 69 años asignados a la ips	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) Pobla (9540)	651	9.540	7%	100%	100%
10	aumentar la captacion en un 0.3% de pacientes con diabetes mellitus mayores de 18 años al programa de Diabetes	Captacion pacientes de diabetes Mellitus al programa	Población nueva identificada con Deabetes entre 18 a 69 años/ Nº total de población atendida con DX diabetes entre 18 a 69 años (población objeto 9540)	Porcentaje	(58/271) 21%	2018	3,3%	40	512	8%	100%	59%
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, 764oftalmo) (1319/6548) 20%	2018	22% (1440)	1.522	6.548	23%	100%	100%
12	Realizar el reporte del 100% de los eventos en salud mental (diferentes tipologias 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%	134	134	100%	100%	100%
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	3,3% (2/60)	2018	4%	-	49	0%	100%	40%
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 latancia materna exclusiva	numero	(457/150) 3 meses	2018	3	304	96	3,166666667	100%	100%
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 realizadar	porcentaje	(44/44) 100%	2018	100%	53	53	100%	100%	100%
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%	106	144	74%	100%	100%
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%	153	254	60%	100%	100%
18	Aumentar un 1% el uso de métodos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (15- 49 años) (poblacion 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)	1.088	3.992	27%	100%	100%
19	Aumentar en 2% las consultas de detección temprana en jóvenes poblaciòn 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)	1.060	3.330	32%	100%	100%
			# pacientes con tratamiento de									

No. Meta	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre: Programado	I trimestre: Ejucutado	I trimestre: % cumplimiento	I trimestre: Aporte de la actividad a la meta	II trimestre: Programado	II trimestre: Ejucutado	II trimestre: % cumplimiento	II trimestre: Aporte de la actividad a la meta	III trimestre: Programado	III trimestre: Ejucutado	III trimestre: % cumplimiento	III trimestre: Aporte de la actividad a la meta	IV trimestre: Programado	IV trimestre: Ejucutado	IV trimestre: % cumplimiento	IV trimestre: Aporte de la actividad a la meta	Descripcion	% cumplimiento anual de actividades	cuantitativo	Evidencia	Responsables Institucionales	E mail Responsable
1	Realizar dos campañas de sensibilización con el fin de promover hábitos de consumo sostenible del recurso hídrico a los colaboradores del hospital	20%	50%	34	50%	10%	NA	NA	0%	0%	50%	44	50%	10%	NA	NA	0%	0%		20%	#¡VALOR!	informe de cumplimiento campaña sensibilizacion	lider ambiental/ Nohora Rivera	ambiental@esemariaauxiliadora.gov.co
1	Dar cumplimiento al plan de acción de la estrategia hospital verde. A través de un informe trimestral	20%	25%	1	25%	5%	25%	1	25%	5%	25%	1	25%	5%	25%	1	25%	5%		20%	4	informe cumplimiento plan de accion estrategia hospital verde	lider ambiental	ambiental@esemariaauxiliadora.gov.co
1	Realizar medicion y control a los consumos de agua, energia y papel	10%	25% (1)	1	25%	3%	25% (1)	1	25%	3%	25% (1)	1	25%	3%	25% (1)	1	25%	3%	m3 Agua 6.880 kw 316.701 kg. 3166	10%	4	Medición huella de carbono	lider ambiental	ambiental@esemariaauxiliadora.gov.co
1	realizar mantenimiento trimestral a las especies vivas sembradas (junio-2018) como reducción y compensación de la huella de carbono de la vigencia 2016	20%	25% (1)	1	25%	5%	25% (1)	1	25%	5%	25% (1)	1	25%	5%	25% (1)	1	25%	5%		20%	4	Informe de mantenimiento	lider ambiental	ambiental@esemariaauxiliadora.gov.co
1	Realizar compensación de la huella de carbono con siembra de especies vivas. (compensacion vigencia 2018)	10%	NA	NA	0%	0%	NA	NA	0%	0%	NA	NA	0%	0%	100%	100%	100%	10%	282 arboles	10%	#¡VALOR!	Compensación pantallazo pagina calculadora	lider ambiental	
1	Realizar un proyecto para optimizar el uso de tecnologias limpias del Hospital MARIA AUXILAIDORA ESE DE MOSQUERA	20%	NA	NA	0%	0%	50%	1 INFORME	50%	10%	NA	NA	0%	0%	50%	1 implmentacion consentimiento informado electronico	50%	10%		20%	#¡VALOR!	contrato implementacion	lider ambiental	ambiental@esemariaauxiliadora.gov.co
2	Ralizar demanda inducida efectiva hacia el programa de higiene oral del hospital en su sede principal y en porvenir rio a minimo el 10% de la poblacion a cargo (2462) 123 pacientes.	25%	25% (31)	65	25%	6%	25% (31)	125	25%	6%	25% (31)	230	25%	6%	25% (31)	189	25%	6%		25%	609	Registro demanda inducida	lider odontologia/ Yasmin Rocha	odontologia@esemariaauxiliadora.gov.co
2	Aplicacar el barniz de fluor al 80% de la poblacion de primera infancia y niñez que asiste al servicio de higiene oral del hospital de acuerdo a la norma 412 de 2002	50%	25%	75%	23%	12%	25%	77%	24%	12%	25%	63%	20%	10%	25%	78%	25%	13%		46%	582	RIPS	lider odontologia/ Yasmin Rocha	odontologia@esemariaauxiliadora.gov.co
2	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%	31	25%	6%	25%	43	25%	6%	25%	36	25%	6%	25%	55	25%	6%		25%	165		lider odontologia/ Yasmin Rocha	odontologia@esemariaauxiliadora.gov.co
3	Realizar control de placa al 100% de los pacientes adultos que asisten al servicio de odontologia	100%	25%	659	25%	25%	25%	501	25%	25%	25%	652	25%	25%	25%	99	25%	25%		100%	1911	Rips de atencion	lider odontologia/ Yasmin Rocha	odontologia@esemariaauxiliadora.gov.co
4	Participar activamente en la movilización de cáncer de seno realizada en el Municipio.	30%	NA	NA	0%	0%	NA	NA	0%	0%	100%	149	100%	30%	NA	NA	0%	0%		30%	149	Registro participación movilización	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	calidad@esemariaauxiliadora.gov.co
4	Realizar demanda inducida al 10% de la población objeto (196 mujeres) para generar orden de mamografia 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)	114	25%	18%	25% (49)	97	25%	18%	25% (49)	92	25%	18%	25% (49)	68	25%	18%		70%	371	Registro demanda inducida	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
5	Realizar demanda inducida al 10% de la población objeto (451 mujeres) para que se practiquen la citología.	100%	25% (151)	230	25%	25%	25% (151)	301	25%	25%	25% (151)	48	25%	25%	25% (151)	68	25%	25%		100%	647	Registro demanda inducida	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
6	Realizar un informe trimestal de seguimiento a la calidad de la toma de muestras para la citologia.	100%	25% (1)	1	25%	25%	25% (1)	1	25%	25%	25% (1)	1	25%	25%	25% (1)	1	25%	25%		100%	4	Informe de seguimiento	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
7	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)	225	25%	25%	25% (96)	146	25%	25%	25% (96)	183	25%	25%	25% (96)	76	25%	25%		100%	630	Registro demanda inducida	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
8	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	NA	0%	0%	100%	15 profesionales	25%	6%	NA	NA	0%	0%	NA	NA	0%	0%	Esta actividad se realizo en el tercer trimeste	6%	#¡VALOR!	actas de socializacion	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
8	Incluir al 20% de los pacientes diagnosticados con HTA de la poblacion de responsabilidad del hospital en la tamización al programa de crónicos	25%	25%	48%	25%	6%	25%	54%	25%	6%	25%	53%	25%	6%	2%	59%	25%	6%		25%	53%	RIPS	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
8	Implementar las guia de atencion para HTA por medio de la formulacion del plan en la HOSPITAL MARIA AUXILIADORA Y CENTRO DE SALUD PORVENIR	25%	NA	NA	0%	0%	50%	1	100%	25%	50%	NA	0%	0%	NA	NA	0%	0%	Se realizo en el tercer trimestre	25%	#¡VALOR!	dopcumento	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
8	Realizar 4 auditorias de una muestra representativa (con un nivel de confianza del 95% e intervalo de confianza del 5%) de las historias clinicas de los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial con el fin de evaluar la adherencia a la guía de manejo.	25%	25% (1)	2 AUDITORIAS 13 HC	25%	6%	25% (1)	2 AUDITORIAS 15 HC 89% ADH	25%	6%	25% (1)	1 AUD 92% ADH	25%	6%	25% (1)	10 hc 84% adhere	25%	6%		25%	#¡VALOR!	informe de auditoria	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	calidad@esemariaauxiliadora.gov.co
9	Realizar demanda inducida al 5% de la población objeto mayores 18 años (477) para que se realicen la tamización para identificar Diabetes. (TES)	100%	25% (120)	220	25%	25%	25% (120)	342	25,0%	25%	25% (120)	66	25,0%	25%	25% (120)	23	25%	25%		100%	651	Plantillas y Actas de toma de glucometrias	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
10	Mantener controlados en minimo el 17% de los diabeticos con hemoglobina glicosilada menor de 7	100%	25,0%	13%	19%	19%	25,0%	5%	20,0%	20%	25,0%	7,0%	20,0%	20%	25,0%	20%		0%		59%	17%	RIPS diagnósticos de diabetes y consultas, Informe mensual pre-auditorias	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	cientifica@esemariaauxiliadora.gov.co
11	Promoveer la tamizacion por oftalmologia y optometria desde las consultas de medicia general.	100%	25,0%	491	25%	25%	25,0%	505	25,0%	25%	25,0%	173	25,0%	25%	25,0%	353	25%	25%		100%	1522	Rips de atencion	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	cientifica@esemariaauxiliadora.gov.co
12	Identificar a la población con riesgo de transtornos de salud mental (violencia, consumo de SPA, implementación de la ruta de atención)	100%	25%	47	25%	25%	25%	24	25%	25%	25%	20	25%	25%	25%	43	25%	25%		100%	134	Reportes realizados	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	cientifica@esemariaauxiliadora.gov.co
13	Clasificar el estado nutrucional del 100% de las gestantes que asisten a la E.S.E según lo establecido en la Resolucion 2465 del 2016 (tablas de atalah)	40%	25%	121	25%	10%	25%	50	25%	10%	25%	263	25%	10%	25%	148	25%	10%		40%	582	Base de datos MANGO	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
13	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%	45	25%	10%	25%	20	25%	10%	25%	80	25%	10%	25%	39	25%	10%		40%	184	Notificacion MANGO	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	
13	Mantener el 100% de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo (NV 184 en el 2018)	20%	25%	42	25%	5%	25%	53	25%	5%	25%	54	25%	5%	25%	52	25%	5%		20%	201	Registro RUAF, laboratorio	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	
14	Realizar consejerías de lactancia materna a las gestantes o puerperas que asisten a la E.S.E. Por medio de un taller minimo trimestral	50%	25% (1)	83 (2 taller)	25%	13%	25% (1)	15 gestantes	25%	13%	25% (1)	170 GESTANTES 4 TALLERES	25%	13%	25% (1)	80 GESTANTES 2 TALLERES	25%	13%		50%	98	Actas taller lactancia materna	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
14	Realizar de manera trimestral el comité IAMI	25%	25% (1)	3	25%	6%	25% (1)	3	25%	6%	25% (1)	3	25%	6%	25% (1)	3	25%	6%		25%		Actas de comité	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	
14	Realizar minimo dos veces al año autoevaluacion del cumplimiento de la estrategia IAMI y ejecutar el plan de mejoramiento al que halla lugar.	25%	NA	NA	0%	0%	50% (1)	1 Autoevaluacion	50%	13%	NA	NA	0%	0%	50% (1)	1 autovaluacion	50%	13%		25%		Autoevaluacion IAMI ejecucion plan de mejora	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	
15	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%	661	25%	25%	25%	557	25%	25%	25%	988	25%	25%	25%	689	25%	25%		100%	2895	Reporte MANGO	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
16	Realizar seguimiento continuo a los gravindez positivos tomados en laboratorio y que son canalizados al control prenatal	50%	25% (3)	94	25%	13%	25% (3)	50	25%	13%	25% (3)	37	25%	13%	25% (3)	32	25%	13%		50%	213	documento informe gravindez	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
16	Realizar actividades de demanda inducida de manera mensual (información, educacion y comunicaion) para aumentar la captacion de gestantes en control prenatal	50%	25%	25	25%	13%	25%	20	25%	13%	25%	99	25%	13%	25%	139	25%	13%		50%	283	soportes actividad planillas y actas	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
17	Realizar los cursos de maternidad y paternidad segura minimo uno trimestral dirigidos a todas las maternas del programa de control prenatal	50%	25% (1)	171	25%	13%	25% (1)	47	25%	13%	25% (1)	160	25%	13%	25% (1)	63	25%	13%	#¡VALOR!	50%	441	planillas y actas del programa de maternidad y paternidad	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
17	Llevar seguimiento a los controles prenatales realizados a las gestantes por medio de la base de datos y carpeta de seguimiento de cada usuaria.	50%	25%	173	25%	13%	25%	191	25%	13%	25%	226	25%	13%	25%	254	25%	13%		50%	844	Base de datos con seguimiento y carpeta de cada gestante	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
18	Realizar ejercicios demanda inducida semanales a la poblacion objeto asignada al hospital en su sede principal y en la sede porvenir rio (PIC y actividades intramural) a minimo el 10% de la poblacion objeto. (399 usuarios)	100%	25% (100)	675	25%	25%	25% (100)	187	25%	25%	25% (100)	123	25%	25%	25% (100)	117	25%	25%		100%	1102	RIPS-Fichas de demanda inducida	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
19	Realizar ejercicios demanda inducida a la poblacion objeto asignada al hospital en su sede principal y en la sede porvenir rio (PIC y actividades intramural) a minimo el 5% de la poblacion objeto. (166 usuarios)	100%	25% (42)	35	25%	25%	25% (42)	145	25%	25%	25% (42)	114	25%	25%	25% (42)	85	25%	25%		100%	379	RIPS-Fichas de demanda inducida	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
	Solicitar y suministrar oportunamente a Salud Publica los tratamientos al 100% de los pacientes diagnosticados con TBC	50%	25%	1	25%	13%	25%	1	25%	13%	25%	1	25%	13%	25%	1	25%	13%		50%	5		r servicio ambulatorio Jefe Yas	cientifica@esemariaauxiliadora.gov.co

No. Meta	Meta de producto anual	Indicador de producto: Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base: Valor	Línea base: Año	Valor esperado Año 2019	Avance de la meta IV Trimestre: Numerador	Denominador	Resultado	% cumplimiento	cumplimiento anual actividades	Actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I trimestre: Programado	Ejucutado	% cumplimiento	Aporte de la actividad a la meta	II trimestre: Programado	Ejucutado	% cumplimiento	Aporte de la actividad a la meta	III trimestre: Programado	Ejucutado	% cumplimiento	Aporte de la actividad a la meta	IV trimestre: Programado	Ejucutado	% cumplimiento	Aporte de la actividad a la meta	Descripcion	% cumplimiento anual de actividades	cuantitativo	Evidencia	Responsables Institucionales	E mail Responsable
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%	1	1	100%	100%	100%	Realizar seguimiento y control a los tratamientos suministrados de TBC	50%	25%	1	25%	13%	25%	1	25%	13%	25%	1	25%	13%	25%	1	25%	13%		50%	5	Reporte de seguimiento	r servicio ambulatorio Jefe Yas	cientifica@esemariaauxiliadora.gov.co
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%	2.883	2.106	137%	100%	100%	Realizar jornadas de vacunación trimestral en las poblaciones objeto en el municipio	25%	25%	1 Jornada	25%	6%	25%	1 jornada 51 niños	25%	6%	25%	1 jornada	25%	6%	25%	1 jornada octubre	25%	6%		25%	#¡VALOR!	PAI WEB	r servicio ambulatorio Jefe Yas	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
													Ejecutar las metas de vacunación intramurales y extramurales trimestrales propuetas en niños menores de 1 año (teniendo como trazador 3 dosis de pentavalente) para el Hospital	25%	25%	183	25%	6%	25%	147	25%	6%	25%	650	25%	6%	25%	898	25%	6%		25%	1878		r servicio ambulatorio Jefe Yas	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
													Ejecutar las metas de vacunación intramurales y extramurales trimestrales propuetas en niños menores de 1 año (teniendo como trazador triple viral) para el Hospital	25%	25%	188	25%	6%	25%	162	25%	6%	25%	350	25%	6%	25%	932	25%	6%		25%	1632		r servicio ambulatorio Jefe Yas	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
													Ejecutar las metas de vacunación intramurales y extramurales trimestrales propuetas en niños menores de 5 años (teniendo como trazador 1er refuerzo de triple viral) para el Hospital	25%	25%	201	25%	6%	25%	195	25%	6%	25%	768	25%	6%	25%	1.053	25%	6%		25%	2217		r servicio ambulatorio Jefe Yas	ambulatorio@esemariaauxiliadora.gov.co
22	Aumentar en 2% el tamizaje de agudeza visual en infancia (pobacion 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)	183	2.462	7%	100%	100%	Realizar demanda inducida al 10% de la población objeto (246 niños) para que se realicen tamizaje de agudeza visual	100%	25% (82)	20	6%	6%	25% (82)	100	25%	25%	25% (82)	5	25%	25%	25% (82)	672	44%	44%		100%	797	Registro demanda inducida	Terapeuta respiratoria	cientifica@esemariaauxiliadora.gov.co
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%	3	3	100%	100%	100%	Realizar dos capacitaciones a los brigadistas	33%	NA	NA	0%	0%	50% (1)	1	50%	17%	50% (1)	44	50%	17%	NA	NA	0%	0%	SE Culmino la actulizacion en el III Trimestre	33%	3	Lista de asitencia	lider sgsst Diego Pineda	sgsst@esemariaauxiliadora.gov.oc
													Socializar el plan de emergencias con el 100% del personal	33%	NA	56	100%	33%	50%	NA	0%	0%	50%	120	0%	0%	NA	65	0%	0%		33%	185	ACTAS DE ASISTENCIA	lider sgsst Diego Pineda	sgsst@esemariaauxiliadora.gov.oc
													Realizar las simulaciones necesarias para la implementacion del plan de emergencias hospitalario.	34%	NA	NA	0%	0%	NA	NA	0%	0%	NA	1	0%	0%	100%	1 simulacion 83 pacientes	100%	34%		34%	1	EVIDENCIA SMULACIONES REALIZADAS	lider sgsst Diego Pineda	sgsst@esemariaauxiliadora.gov.oc
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%	2.188	2.188	100%	100%	100%	Realizar de manera mensual el reporte al sivisala.	100%	NA	3	25%	25%	100%	3	25%	25%	25%	3	25%	25%	25%	3	25%	25%		100%	12	Reporte al SIVISALA	lider sgsst Diego Pineda	cientifica@esemariaauxiliadora.gov.co
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 at cargo e la ESE.	Porcentaje	(1450/2406) 60%	2018	61% (1500) (Pobla 2462)	1.264	2.462	51%	84%	100%	Realizar inscripcion de niños menores de 10 años al programa de crecimiento y desarrollo, a traves de la demanda inducida intramural y extramural al 10% de la poblacion objeto (247)	50%	25% (62)	387	25%	13%	25% (62)	151	25%	13%	25% (62)	91	25%	13%	25% (62)	65	25%	13%		50%	694	Registro demanda inducida	Lider servicio ambulatorio Jefe Yasmin	cientifica@esemariaauxiliadora.gov.co
													Realizar 4 auditorias de una muestra representativa (con un nivel de confianza del 95% e intervalo de confianza del 5%) de las historias clinicas de crecimiento y dearrollo adherencia a la guía de manejo.	50%	25% (1)	1 auditoria 5HC	25%	13%	25% (1)	2 Auditoria 8 HC 93% ADI	25%	13%	25% (1)	2 Auditoria 78% ADI	25%	13%	25% (1)	43 HC 89% ADHERENCIA	25%	13%		50%	3	informe de auditoria	Subgerencia cientifica y calidad	calidad@esemariaauxiliadora.gov.co
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	1	1	100%	100%	100%	Actualizar el docuemnto del modelo de atención en salud por etapas de curso de vida.	100%	NA	NA	0%	0%	NA	se actulizo documento pendiente aprobacion	0%	0%	NA	NA	0%	0%	100%	Aprobado en comité tecnico cientifico	100%	100%		100%	#¡VALOR!	DOCUMENTO ADOPTADO POR LA ESE		cientifica@esemariaauxiliadora.gov.co
27	Implementar en minimo 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%	132	132	100%	100%	100%	Realizar autoevaluación de estándares de habilitación	20%	100%	1 autoevaluacion	100%	20%	NA	NA	0%	0%	NA	NA	0%	0%	NA	NA	0%	0%		20%	#¡VALOR!	MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ESTANDARES DE HABILITACION	lider calidad (lida Mendez)	calidad@esemariaauxiliadora.gov.co
													Definir y ejecutar el plan de mejora para lograr la sostenibilidad de la certificacion en habilitaciòn.	80%	25%	32 AUDI	25%	20%	25%	62 AUDI 130 Programadas	25%	20%	25%	18 Actividades	25%	20%	25%	132 Actividades ejecutadas	25%	20%		80%	62	Soporte de las actividades programadas	lider calidad (lida Mendez)	calidad@esemariaauxiliadora.gov.co
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%	12	12	100%	100%	100%	Realizar Análisis trimestrales en comites de indicadores internos y externos (2193, 256, rips, mango, 4505) en comité directivo.	100%	25% (1)	3	25%	25%	25% (1)	3 Comites 13 indicadores analizados	25%	25%	25% (1)	3 Comites 13 indicadores analizados	25%	25%	25% (1)	3 Comites 13 indicadores analizados	25%	25%		100%	#¡VALOR!	ACTAS DE REUNIÓN	2193 subgerencia administrativa mago y 4505 (Jefe yasmin) 256 calidad Rips (subgerencia cientifica)	calidad@esemariaauxiliadora.gov.co
29	Implementar en minimo 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%	410	455	90%	100%	100%	Realizar un proceso de autoevaluacion del sistema unico de acreditacion	50%	100%	1 Autoevaluacion 1,5	100%	50%	NA	NA	0%	0%	NA	NA	0%	0%	NA	NA	0%	0%		50%	#¡VALOR!	Autoevaluación del PAMEC	lider calidad (sofia)	calidad@esemariaauxiliadora.gov.co
													Elborar y realizar Seguimiento a los planes de mejoramiento propuestos.en cada trimestre.	50%	NA	NA	0%	0%	50%	7%	50%	25%	25%	40%	25%	13%	25%	90%	25%	13%		50%	#¡VALOR!	Seguimiento al PAMEC	lider calidad (sofia)	calidad@esemariaauxiliadora.gov.co
30	Lograr la efectividad de los mecanismos de participación social implementados en articulación con el municipio	% de cumplimiento en mecanismos de participación	No.reuniones ejecutadas/No. De reuniones programadas.	porcentaje	(12/12) 100%	2018	100%	24	24	100%	100%	100%	Realizar Comité de ética del hospital de manera mensual	50%	25% (3)	3	25%	13%	25% (3)	3 comites 53 personas	25%	13%	25% (3)	3	25%	13%	25% (3)	3 comites.	25%	13%		50%	#¡VALOR!	acta reuniones asociacion de comité de etica	lider siau Rafael	siau@esemariaauxiliadora.gov.co
													Participar de las reuniones convocadas por la asociación de usuarios de manera mensual	50%	25% (3)	3	25%	13%	25% (3)	3 reuniones 68 personas	25%	13%	25% (3)	3	25%	13%	25% (3)	3 comites.	25%	13%		50%	#¡VALOR!	acta reuniones asociacion de ususarios	lider siau Rafael	siau@esemariaauxiliadora.gov.co
31	Fortalecer el sistema de riesgos mediante la implementación del programa de seguridad del paciente en minimo un 90%	Programde seguridad del paciente implementado	No. Actividades del plan de acción de SP cumplidas/No. De actividades propuestas.	Porcentaje	(62/62) 100%	2018	90%	476	476	100%	100%	100%	Ejecucion Anual de las Actividades del Programa de Seguridad del Paciente	100%	25%	110	25%	25%	25%	6 rondas 67 eventos	25%	25%	25%	31 Rondas	25%	25%	25%	15 eventos adv 142 rondas ejecutadas en el año	25%	25%		100%	#¡VALOR!	Seguimiento al PAMEC	Lider seguridad del paciente jefe Angy	calidad@esemariaauxiliadora.gov.co
32	Implementar al 90% el plan de acciòn 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%	291	305	95%	100%	100%	Realizar comité trimestral de humanización	50%	25% (1)	3	25%	13%	25% (1)	3	25%	13%	25% (1)	3	25%	13%	25% (1)	3	25%	13%		50%	12	actas comite de humanizcion	lider humanizacion Yazmin Publido	psicologia@esemariaauxiliadora.gov.co
													Realizar talleres de humanización dirigidos a todo el personal del hospital de manera trimestral	50%	25% (1)	1	25%	13%	25% (1)	7	25%	13%	25% (1)	2	25%	13%	25% (1)	1 taller 41 personas	25%	13%		50%	#¡VALOR!	actas talleres de humanizacion	lider humanizacion Yazmin Publido	psicologia@esemariaauxiliadora.gov.co
33	Mantener el indice 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 de su IPS?/No de usuarios que respondieron la pregunta.	porcentaje	(7565/8090) 94%	2018	90%	8.803	9.541	92%	100%	100%	Realizar mensualmente el informe de las encuestas aplicadas para obtener el índice de satisfacción de los usuarios del hospital	100%	25% (3)	3	25%	25%	25% (3)	3	25%	25%	25% (3)	3	25%	25%	25% (3)	3	25%	25%		100%	12	informes de satisfaccion	lider siau (Rafael)	siau@esemariaauxiliadora.gov.co
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%	12	12	100%	100%	100%	Realizar mensualmente los reportes asistenciales al SIUS	100%	25% (3)	3 Reportes	25%	25%	25% (3)	3 Reportes	25%	25%	25% (3)	3	25%	25%	25% (3)	3	25%	25%		100%	#¡VALOR!	informes de SIUS asistencial	lider sistemas (cesar penagos)	sistemas1@esemariaauxiliadora.gov.co
35	Iniciar la implmentacion de los modulos admiinistrativos con el fin de resportar 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%	5	5	100%	100%	100%	Realizar la implementacion de los modulos administrativos de CNT para cumplir con el reporte del SIUS financiero	100%	25%	3 Reuniones	25%	25%	25%	4 Reuniones	25%	25%	25%	5 reuniones	25%	25%	25%	4 reuniones	25%	25%		100%	7	informes de SIUS asistencial	lider sistemas (cesar penagos)	sistemas1@esemariaauxiliadora.gov.co
36	Mantener en un 45% la recuperación de cartera no corriente (vigencias anteriores)	% de recuperación	recaudo cartera no corriente (vigencia actual) / cartera no corriente vigencias anteriores	porcentaje	(2050/2938) 70%	2018	45%	486.401.819	1.039.545.527	47%	100%	100%	Realización de procedimientos facturación y circularización para el cobro.	50,0%	3	39 EAPB	25%	13%	3	20 EAPB	25%	13%	3	22 EAPB	25%	13%	3	10 EAPB	25%	13%		50%	59	Reporte de recuperación de cartera 2193.	Subgerente administrativa	recaudocartera@esemariaauxiliadora.gov.co
													Realizar actividades de Conciliacion ante a SNS y realizar Cobro Ejecutivo trimestralmente	50,0%	1	2 MESAS	25%	13%	1	2 MESAS	25%	13%	1	2 MESAS	25%	13%	1	1 MESAS	25%	13%		50%	4		Subgerente administrativa	recaudocartera@esemariaauxiliadora.gov.co