

ACUERDO NÚMERO 001 DEL 2020**(29 ENE 2020)****Por medio del cual se aprueba el cierre a la ejecución del Plan de Acción Integrado vigencia 2019 y seguimiento al Plan Indicativo 2017-2020 correspondiente a la vigencia 2019 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA**

La Junta Directiva del HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA – EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, en uso de sus facultades legales y Estatutarias, y

CONSIDERANDO

Que la Ordenanza 072 de 1995 “Por la cual se transforma el Hospital Universitario de la Samaritana en Empresa Social del Estado de orden Departamental” determinó que es una Institución con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

Que el Decreto 1876 de 1994 emanado por el Presidente de la República, le asignó a las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado entre sus funciones aprobar los Planes Operativos Anuales.

Que el Acuerdo 006 de 2005 de la Junta Directiva, dispone que la Junta Directiva entre sus funciones debe aprobar los Planes Operativos Anuales.

Que el Hospital debe cumplir con lo establecido en el Decreto 357 de 2008, Resolución 473 de 2008, y demás normas concordantes, además de lo descrito en la Guía para la Formulación de Planes.

Que la ORDENANZA NÚMERO 006 DE 2016 (mayo 25) por la cual se adopta el Plan de Desarrollo Departamental 2016 – 2020 “Unidos Podemos Más”, en su Título III INSTANCIAS Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN Artículo 72. DE LA ACTUACIÓN TRANSECTORIAL, Parágrafo 2°. Coordinación con las Entidades Descentralizadas. Establece que: El Plan de Desarrollo Departamental 2016 – 2020 “Unidos Podemos Más” implementará mecanismos de gestión con la entidad descentralizada del Departamento para contribuir a la mejora de su desempeño con calidad, el cual se fundamenta, en la corresponsabilidad en los cambios favorables y las transformaciones de la población y el territorio cundinamarqués. Razón por la cual los Establecimientos Públicos, las Empresas Industriales y Comerciales, las Empresas Sociales del Estado, las Unidades Administrativas con Personería Jurídica y las Sociedades de Economía Mixta en cumplimiento del artículo 209 de la Constitución Nacional socializaran sus planes estratégicos y de acción, seguimiento y evaluación. Para tal efecto la Secretaria de Planeación definirá el mecanismo de rendición de los informes de gestión.

Que para dar cumplimiento a lo establecido en la Ordenanza número 006 de 2016 se aprueba el Plan Territorial de Salud 2016-2020 en el que establece dentro de sus objetivos 'Fortalecer la rectoría en salud a través de la gestión institucional implementando políticas departamentales con la participación de los actores del sistema y la corresponsabilidad de las Empresas Sociales del Estado – ESE-, las Entidades Promotoras de Salud –EPS- y demás Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB en articulación con los prestadores de servicios de salud, bajo la coordinación de la Entidad Territorial, con la finalidad de garantizar el acceso a la prestación de los servicios de salud con calidad para fomentar la Promoción de la Salud, la Gestión del Riesgo y la Gestión de la Salud Pública de los cundinamarqueses.

Que con el Acuerdo No. 002 de 04 de febrero de 2019, se aprueba la modificación del Plan Indicativo vigencia 2017-2020 correspondiente a la vigencia 2019 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

Que con el Acuerdo No. 003 de 04 de febrero de 2019, se aprueba el Plan de Acción Integrado vigencia 2019 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

Que la Circular 004 de 02 de diciembre de 2019 emitida por la Secretaría de Salud de Cundinamarca con asunto Evaluación Plan Indicativo y Plan de Acción 2019, formulación Plan de Acción 2020 que dichos planes deben ser aprobados por Junta Directiva e indica el plazo de radicación de los Acuerdos antes del 31 de enero de 2020.

Que con fundamento en lo anteriormente expuesto:

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el seguimiento al cierre del cumplimiento de las Metas de Producto Anual definidas en el Plan de Acción Integrado vigencia 2019 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana el cual hace parte integral del presente Acuerdo con los siguientes resultados:

Cumplimiento 92.43%

ARTÍCULO SEGUNDO: Aprobar el cierre de la ejecución de las actividades del Plan de Acción Integrado vigencia 2019 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana el cual hace parte integral del presente Acuerdo con los siguientes resultados:

Cumplimiento 91.0%

Parágrafo primero: Para la Meta de Producto Anual #59 que se encuentra asociada con el Decreto 1499 de 2017 expedido por Departamento Administrativo de la Función Pública el cual modifica la metodología de evaluación del Modelo Estándar de Control Interno – MECI (ajustes en el Instrumento), la Junta Directiva determina que los resultados de desempeño institucional vigencia 2019 no son objeto de comparación por lo tanto, se retira dicha Meta de la presente medición.



Parágrafo segundo: Plan de Acción Integrado cierre vigencia 2019 del cual se aprueba tanto su Ejecución como el cumplimiento de Metas de Producto Anual hace parte integral del presente Acuerdo.

ARTÍCULO TERCERO: Aprobar el seguimiento a la ejecución del Plan Indicativo 2017-2020 en lo correspondiente a la vigencia 2019 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana con los siguientes resultados:

Cumplimiento 95.0%

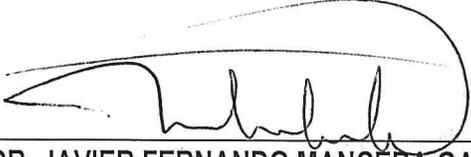
ARTICULO CUARTO: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D.C. a los veintinueve (29) días del mes de enero de dos mil veinte (2020).



DR. ANA LUCÍA RESTREPO ESCOBAR
PRESIDENTE



DR. JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA
SECRETARIO

Proyectó: Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad 

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD
PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS
PLAN DE ACCIÓN EN SALUD

Nombre de la IPS **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA**
 Código de habilitación de la IPS **1100109224**
 Fecha de Aprobación de la Junta Directiva **Miércoles 29 de enero de 2020**
 Nombre del Gerente **JAVIER FERNANDO MANCERA GARCÍA**

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3				
					Valor	Año					
1.1	Mantener las condiciones de Habilitación de HUS Bogotá	Cumplimiento a la ejecución de planes de mejoramiento producto de la autoevaluación de Habilitación	Número de actividades ejecutadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación / Total de actividades programadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación	Porcentaje	100%	2018	100%	Seguimiento a la ejecución de Planes de Mejoramiento producto de la Autoevaluación de los servicios de Habilitación realizado en la vigencia 2018	30%	100%	Jefe de Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad
1.2								Capacitación en los nuevos estándares del Sistema Único de Habilitación a Líderes de procesos y/o servicios (Borrador o Resolución aprobada)	70%		Directores Líder de Proceso
2.	Mantener el certificado de Acreditación para el HUS Bogotá	Promedio de Evaluación de los Estándares de Acreditación	Sumatoria de Evaluación cuantitativa de los estándares de Acreditación / Total de estándares autoevaluados	Promedio	3,2	2018	3,3	Evaluación de Estándares de Acreditación realizada por ente externo (Seguimiento)	100%	100%	Jefe de Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad
3.1	Cumplimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) Bogotá	% de Cumplimiento del PAMEC	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	porcentaje	91%	2018	≥90%	Formulación del PAMEC 2019	50%	100%	Jefe de Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad
3.2								Seguimiento a la ejecución del PAMEC	50%		
4.1	Cumplimiento oportuno del reporte relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC)	Porcentaje de cumplimiento del reporte oportuno del	Número de reportes del SIC enviados de manera oportuna /	porcentaje	100%	2018	100%	Reporte de los Indicadores del SIC dentro de los términos establecidos	70%	100%	Dirección de Atención al Usuario Líder de Proyecto de Estadística

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto					Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE	
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018						Valor esperado Año 3
					Valor	Año					
4.2	Información para la Calidad (IC) Bogotá	Sistema de Información para la Calidad	Total de reportes del SIC							Jefe de Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	
5.1	Mantener los servicios Certificados en Gestión de la Calidad bajo la NTC ISO 9001:2015 Bogotá	Certificado de Calidad bajo la NTC ISO 9001:2015	NA	Unidad	6	2018	6	Auditoria Interna para ISO 9001:2015	60%	100%	Jefe oficina asesora de planeación y garantía de la calidad
5.2								Seguimiento a la ejecución de los Planes de Mejoramiento producto de la Auditoria Interna para ISO 9001:2015	40%		
6.1	Obtener la Certificación del Sistema de Gestión Ambiental bajo la NTC ISO 14001:2015 en la Sede Bogotá	Implementación de los numerales del Sistema de Gestión Ambiental bajo la NTC ISO 14001:2015 en la Sede Bogota	Numerales Implementados / Total de Numerales de la Norma *100	Porcentaje	60%	2018	70%	Actualización de los documentos existentes al Sistema de Gestión Ambiental dando cumplimiento a todos los requisitos de la norma ISO 14001-2015	30%	100%	Jefe oficina asesora de planeacion y garantía de la calidad Líder de Gestión Ambiental
6.2								Socializar a los colaboradores del HUS los temas que afecten el desempeño del Sistema de Gestión Ambiental	20%		
6.3								Realizar seguimiento a la ejecución de los Planes de mejora producto de la Auditoria al Sistema de Gestión Ambiental realizada en la vigencia 2018	50%		
7	Implementar el Plan de Acción de la estrategia Hospital Verde para el HUS Bogotá	Ejecución del Plan de Acción de la estrategia Hospital Verde para el HUS Bogotá	N°. Acciones implementadas del plan de acción / Total de acciones programadas del Plan de Acción de la Estrategia Hospital Verde	Porcentaje	100%	2018	90%	Implementar el Plan de Accion de Hospital Verde del HUS Bogotá articulando los programas de Ahorro y uso eficiente de agua, Energia, junto con la estrategia de uso de papel.	100%	100%	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3				
					Valor	Año					
8	Implementar el plan de acción de la estrategia hospital verde para la UFZ	Ejecución del Plan de Acción de la Estrategia Hospital Verde para la UFZ	N°. Acciones implementadas del plan de acción / Total de acciones programadas del Plan de Acción de la Estrategia Hospital Verde	Porcentaje	100%	2018	90%	Implementar el Plan de Acción de Hospital Verde del HUS Unidad Funcional Zipaquirá articulando los programas de Ahorro y uso eficiente de agua, Energía, junto con la estrategia de uso de papel.	100%	100%	Coordinador General UFZ
9	Implementar la línea estratégica de Reciclaje definida desde el Programa de Hospital Verde en la UFZ (Incluye Cogua)	Ejecución la línea estratégica de Reciclaje en la UFZ (Incluye Cogua)	N°. Acciones implementadas de la Línea Estratégica de Reciclaje / Total de acciones programadas de la Línea Estratégica de Reciclaje*100	Porcentaje	100%	2018	90%	Ejecutar la Línea Estratégica de Reciclaje de la UFZ (incluye Cógia)	100%	100%	Coordinador General UFZ
10.1	Implementar la línea de ahorro de energía, agua y papel definidas en el Programa Hospital Verde para HUS Bogotá	Ejecución de la línea de ahorro de energía, agua y papel definidas en el Programa Hospital Verde en HUS Bogotá	N°. Acciones implementadas de la línea de ahorro de energía, agua y papel definidas en el Programa Hospital Verde / Total de acciones programadas para la línea de ahorro de energía, agua y papel definidas en el Programa Hospital Verde *100	Porcentaje	100%	2018	90%	Realizar mediciones del consumo de ahorro energía, agua, papel	50%	100%	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad
10.2								Ejecutar las actividades establecidas en la línea de ahorro de energía, agua y papel definidas en el Programa Hospital Verde	50%		
11.1	Dar cumplimiento al Plan de Mejora producto de la Autoevaluación de Habilitación para la Unidad funcional de Zipaquirá (excepto Infraestructura - Equipos Biomédico)	% de avance de implementación de Habilitación en la UFZ	Número de actividades realizadas del Plan de Mejora para Habilitación / Total de actividades programadas del Plan de Mejora para Habilitación	Porcentaje	59%	2018	100%	Elaboración de Plan de Mejoramiento producto de la Evaluación de los servicios de Habilitación realizado por la SSC	30%	97%	Coordinador General UFZ
11.2								Ejecución del Plan de Mejoramiento de Habilitación para la vigencia	70%		

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3				
					Valor	Año					
12.1	Dar cumplimiento al Plan de Mejora producto de la Autoevaluación de Habilitación para la CS Cogua y San Cayetano (excepto Infraestructura - Equipos Biomédico)	% de avance de implementación de Habilitación del Centro de Salud de Cógua y Puesto de Salud de San Cayetano	Número de actividades realizadas del Plan de Mejora para Habilitación / Total de actividades programadas del Plan de Mejora para Habilitación	Porcentaje	58%	2018	100%	Elaboración de Plan de Mejoramiento producto de la Evaluación de los servicios de Habilitación realizado por la SSC	30%	96%	Coordinador General UFZ
12.2								Ejecutar el Plan de Mejora de Habilitación para la vigencia	70%		
13	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a instituciones no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio calificación autoevaluación	Promedio de calificación de autoevaluación en la vigencia / promedio de calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	Número	1,87	2018	1,90	Realizar autoevaluación de los Estándares de Acreditación	100%	100%	Coordinador General UFZ
14.1	Ejecutar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) UFZ	% de Cumplimiento del PAMEC	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas *100	porcentaje	91%	2018	≥90%	Elaborar el PAMEC	25%	95%	Coordinador General de la UFZ
14.2								Ejecutar el PAMEC	50%		
14.3								Realizar seguimiento al cumplimiento del avance del PAMEC	25%		
15	Cumplimiento oportuno del reporte relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC) UFZ	Porcentaje de cumplimiento del reporte oportuno del Sistema de Información para la Calidad de la UFZ	Número de reportes del SIC enviados de manera oportuna / Total de reportes del SIC	porcentaje	100%	2018	100%	Reporte de los Indicadores del SIC dentro de los términos establecidos	70%	50%	Dirección de Atención al Usuario Líder de Proyecto de Estadística
16.1	Ejecutar el Programa de Gestión	Porcentaje de cumplimiento Programa	Número de actividades desarrolladas / Total actividades	Porcentaje	71.0%	2018	>90%	Formulación de Planes de Mejora de los Riesgos institucionales que lo requieran	50%	42%	Directores Líderes de Proceso

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3				
					Valor	Año					
16.2	Integral del Riesgo institucional	de Gestión Integral del Riesgo	$\frac{\text{Número de actividades desarrolladas}}{\text{Total de actividades propuestas}} * 100$	Porcentaje	100%	2018	100%	Realizar Seguimientos periódicos a los controles establecidos por la institución	50%		Jefe Oficina Asesora Control Interno
17.1	Avance en la implementación del Programa de Seguridad del Paciente	Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente	Número de actividades desarrolladas / Total de actividades propuestas * 100	Porcentaje	96,7%	2018	≥90%	Ejecutar las Líneas estratégicas del Programa de Seguridad del Paciente en Bogotá según cronograma establecido	60%	85%	Jefe Oficina Asesora de Planeación
17.2								Ejecutar las Líneas estratégicas del Programa de Seguridad del Paciente en la Unidad Funcional según cronograma establecido	40%		Coordinador General de la UFZ
18.1	Implementar las Acciones 5 y 6 de la Estrategia de Buenas Prácticas en Quirófano (OBP) en Bogotá	Cumplimiento de las Acciones 5 y 6 establecidas en la Estrategia de Buenas Prácticas en Quirófano (OBP)	Número de actividades realizadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	100%	2018	90%	Realizar un comité quirúrgico trimestral, con el fin de revisar indicadores de la unidad quirúrgica y tomar acciones frente a desviaciones.	50%	100%	Director Científico y Líder del Servicio Quirúrgico
18.2								Hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones tomadas en cada comité.	50%		
19.1	Mejorar la oportunidad de atención de interconsultas en el servicio de urgencias	Tiempo de interconsulta por especialidades (ortopedia, neurocirugía, urología)	Sumatoria de Horas transcurridas entre la solicitud de la interconsulta y la respuesta	Horas	4	2018	4 horas	Continuar el seguimiento a los tiempos de respuesta de Interconsulta reportados en DGH por las especialidades auditadas de manera mensual	50%	100%	1- Dirección Atención al Usuario 2. Subdirección Urgencias 3. Subdirectores asistenciales (Ortopedia, Neurocirugía, Urología, Medicina Interna, Cirugía General)
19.2								Reportarlos en el TUCI, realizar los análisis correspondientes trimestralmente y comunicar las desviaciones a los responsables si los hubiese	50%		

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado AÑO 3				
					Valor	Año					
20	Documentar y radicar los Proyectos presentados en plan bienal para la modernización de infraestructura y dotación"	Proyectos elaborados y radicados para la modernización de infraestructura y dotación	(Proyectos documentados y Radicados / Proyectos en Plan Bienal)*100	Porcentaje	40%	2018	50%	Presentar los proyectos a las entidades del orden Territorial o Nacional que autorizan la viabilidad	100%	92%	Jefe oficina Asesora de Planeación
21	Lograr ejecución de los proyectos radicados y aprobados para la modernización de infraestructura y dotación	Proyectos ejecutados para la modernización de infraestructura y dotación	# actividades realizadas del proyecto / Total de actividades del proyecto	Porcentaje			50%	Realizar seguimiento a los proyectos radicados y en ejecución	100%	100%	Jefe oficina Asesora de Planeación
22.1	Obtención de la Certificación de Hospital Universitario	Hospital Universitario certificado	NA	Número	98%	2018	98%	Realizar una nueva autoevaluación de hospital universitario (30%)	30%	90%	Director científico Subdirector de Educación e Investigación Médica
22.2								Elaborar planes de mejora producto de la autoevaluación de Hospital Universitario (30%)	30%		
22.3								Mantener la participación activa en dos Redes de investigación nacional (30%)	30%		
22.4								Recepción de visita por parte del ente Acreditador	10%		
23	Cumplimiento del desarrollo del Modelo de Docencia e Investigación del HUS (III fase)	Plan de acción de docencia ejecutado del modelo propio de Docencia e Investigación del HUS	Numero de actividades propuestas en el plan de acción realizadas/ Total de actividades propuestas en el plan de acción*100	Porcentaje	90%	2018	90%	Cumplimiento del plan de acción para la vigencia avalado por la Gerencia y la Dirección Científica (100%)	100%	100%	Director científico Subdirector de Educación e Investigación Médica

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3				
					Valor	Año					
24	Mantener la Relación Docencia Servicio con Universidades Internacionales que actualmente se tienen en convenio	Formalización de propuestas a Universidades Internacionales	# de propuestas formales presentadas / Total de contactos establecidos con Universidades Internacionales	Número	3	2018	3	Presentación de propuesta a Universidades Internacionales	100%	100%	Director científico Subdirector de Educación e Investigación Médica
25.1	Mantener el número de grupos de investigación avalados por el HUS, ante Colciencias	Grupos de Investigación reconocidos por Colciencias	Numero de grupos de investigación avalados por Colciencias que se mantienen	Unidad	12	2018	12	Seguimiento a todos los Grupos de Investigación avalados por Colciencias	50%	100%	Director científico Subdirector de Educación e Investigación Médica
25.2								Realizar la VI jornada de investigación del HUS	50%		
26	Elaborar e implementar proyecto para la Implementación del Centro de Excelencia en el servicio de Neurocirugía con enfoque en Trauma Raquimedular u otras condiciones o patologías	Desarrollo de la segunda fase del proyecto para la puesta en funcionamiento del centro de excelencia	Numero de actividades desarrolladas de acuerdo al cronograma en la segunda fase / Total de actividades propuestas en el cronograma de la segunda fase*100	Porcentaje	100%	2018	25%	Desarrollar la segunda Fase de Planeación el proyecto para la implementación del centro de excelencia	100%	95%	Director Científico y Director de Neurocirugía
27	Mantener el servicio de Clínica del Dolor en el HUS	Aumento de citas Servicio de Clínica del dolor en funcionamiento	# de citas nuevas realizadas / Total de citas realizadas en el periodo de la vigencia anterior *100	Porcentaje	100%	2018	80%	Asignar citas para Clínica de Dolor	100%	100%	Dirección Científica Anestesiología

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3				
					Valor	Año					
28	Mantener por debajo del máximo aceptable en oportunidad de citas en Ginecología establecido por las diferentes normas. Para sede Bogota < a 13 días	Oportunidad en asignación de citas en Ginecología	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha que el usuario quiere le sea asignada la cita para ser atendido en la consulta médica especializada ginecología y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas especializadas ginecología asignadas en la entidad	días	1,2	2018	≤ 5 días	Seguimiento trimestral a Oportunidad en ginecología y/o Coordinación con servicio de gineco para ajuste de agendas en el momento y en caso de ser necesario por aumento de la oportunidad por encima de la meta	100%	100%	Dirección de Atención al Usuario Subdirector Consulta Externa
29.1	Mantener por debajo del máximo aceptable en oportunidad de citas en Obstetricia establecido por las diferentes normas. Para sede Bogota < a 13 días	Oportunidad en asignación de citas en Obstetricia	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha que el usuario quiere le sea asignada la cita para ser atendido en la consulta médica especializada Obstetricia y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas especializadas Obstetricia asignadas en la entidad	días	0,2	2018	< 5 días	Seguimiento periódico a Oportunidad en Obstetricia	50%	100%	Dirección de Atención al Usuario Subdirector Consulta Externa
29.2								Coordinación con servicio para ajuste de agendas	50%		
30	Mantener por debajo del máximo aceptable en oportunidad de citas en Ginecología establecido por las diferentes normas. Para sede UFZ < a 13 días	Oportunidad en asignación de citas en Ginecología	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha que el usuario quiere le sea asignada la cita para ser atendido en la consulta médica especializada ginecología y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas especializadas ginecología asignadas en la entidad	días	1,2	2018	≤ 5 días	Seguimiento trimestral a Oportunidad en ginecología y/o Coordinación con servicio de gineco para ajuste de agendas en el momento y en caso de ser necesario por aumento de la oportunidad por encima de la meta	100%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3				
					Valor	Año					
31.1	Mantener por debajo del máximo aceptable en oportunidad de citas en Obstetricia establecido por las diferentes normas. Para sede UFZ < a 13 días	Oportunidad en asignación de citas en Obstetricia	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha que el usuario quiere le sea asignada la cita para ser atendido en la consulta médica especializada Obstetricia y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas especializadas Obstetricia asignadas en la entidad	días	0,2	2018	< 5 días	Seguimiento periódico a Oportunidad en Obstetricia	50%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
31.2								Coordinación con servicio para ajuste de agendas	50%		
32	Mantener la Capacidad Ofertada en Consulta Externa > ó = 90% en Bogotá	% Uso de capacidad ofertada	No. De consultas realizadas / No. De consulta ofertadas o disponibles	94%	2017	> ó = 90%	> ó = 90%	Monitoreo trimestral al porcentaje de uso de capacidad de oferta por especialidad y/o Coordinación con servicio que se encuentre por debajo de la meta para ajuste de agendas en caso y momento de ser necesario.	100%	96,60%	Dirección de Atención al Usuario Subdirector Consulta Externa
33.1	Mantener el giro cama mediante la Implementación de estrategias de gestión clínica con el acompañamiento de la auditoria concurrente	Giro Cama	Número de egresos en el periodo / Camas disponibles en el periodo	Razon	4,3	2018	4,3	Conformar equipo de análisis de estancias hospitalarias e implementar periodica y sistemáticamente reuniones para la gestión directa de la mismas	50%	100%	Dirección Científica
33.2								Continuar con la gestión de auditoria concurrente Realizando al menos 4 acuerdos de servicio en la vigencia relacionados a estancia prolongadas atribuible a interdependencia de servicio	50%		
34.1	Contribuir con la disminución de la razón de mortalidad materna de Cundinamarca, a través del desarrollo del programa educativo	Programa educativo desarrollado en el HUS	Número total de módulos del Programa Educativo desarrollados y desplegados a los médicos internos del HUS / Total de módulos del Programa	Porcentaje	70%	2018	70%	Desplegar a los médicos internos del Hospital Universitario la Samaritana de acuerdo al cronograma (un módulo por trimestre) " el programa educativo del HUS para contribuir con la disminución de la mortalidad materna en Cundinamarca".de acuerdo a la estrategia establecida por el servicio de ginecología (50%).	50%	100%	Dirección Científica Subdirección de Ginecología

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto					Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE	
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base AÑO 2018						Valor esperado AÑO 3
					Valor	Año					
34.2	establecido en el HUS		Educativo desarrollados en el HUS *100								
35.1	Implementar el Plan de Acción de Humanización en el HUS Bogotá	% de cumplimiento de las 7 Líneas Estratégicas implementadas	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	100%	2017	95%	Definir y ejecutar cronograma actividades del Programa de Humanización que en todas sus 7 Líneas estratégicas	70%	100%	Dirección de Atención al Usuario y Comité de Humanización
35.2								Continuar ejecutando nueva estrategia de Acompañamiento a los Pacientes Hospitalizados que fortalezcan la atención humanizada e imagen institucional (Celebración Cumpleaños a Ptes hospitalizados)	30%		Dirección de Atención al Usuario
36.1	Colaboradores con desarrollo de competencias hacia la humanización del servicio, independiente del tipo de contratación	Colaboradores con competencias hacia la humanización del servicio	Número de Colaboradores con competencias desarrolladas hacia la Humanización de los servicios a través de capacitación / Total de Colaboradores de la Institución	Porcentaje	49,0%	2018	60%	Elaborar Programa de formación en Competencias de humanización (20%)	20%	100%	Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano
36.2								Ejecutar el Programa de Formación en Competencias de humanización (80%)	80%		
37	Implementar el Plan de Acción de Humanización en el HUS Zipaquirá	% de Implementación de las 7 Líneas Estratégicas del Programa	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas *100	Porcentaje	100%	2018	90%	Definir y ejecutar cronograma actividades del Programa de Humanización que en todas sus 7 Líneas estratégicas	100%	100%	Coordinador General de Zipaquirá Dirección de Atención al Usuario Grupo de Apoyo de Humanización de la U.F
38	Mantener la Satisfacción Global de los Usuarios en el HUS Bogotá	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	Porcentaje	99.7%	2018	95%	Identificar y solucionar oportunamente las necesidades del Paciente hospitalizado a través de las Rondas y visitas diarias a Pacientes hospitalizados.	40%	100%	Dirección de Atención al Usuario Subdirectores y Líderes de Proceso o Coordinadores
								Mantener los tiempos promedios de espera para la atención en Urgencias de acuerdo a los estándares establecidos.	40%		

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3				
					Valor	Año					
			IPS?/No de usuarios que respondieron la pregunta.					Realizar informe de resultados de satisfacción de usuarios donde se incluya las acciones de acciones de mejora propuestas de acuerdo a la medición del Departamento	20%		de Area
39	Mantener la Satisfacción Global de los Usuarios en el HUS Zipaquirá	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	95,3%	2018	81%	Realizar informe de resultados de satisfacción de usuarios donde se incluya las acciones de acciones de mejora propuestas de acuerdo a la medición del Departamento	100%	100%	Coordinador General de Zipaquirá Dirección de Atención al Usuario Coordinadores y/o Líderes de Proceso o Coordinadores de Area
40	Lograr la efectividad de los mecanismos de participación social implementados en articulación con el municipio	% de cumplimiento del plan de acción	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas para la pvigencia*100	Porcentaje	100%	2018	100%	Ejecutar el Plan de acción de la Política de Participación Social según lo programado para la vigencia	100%	93%	Directora de Atención al Usuario Coordinador General de la U:F de Zipaquirá / Profesional de Atención al Usuario U.F zipaquirá Subdirectores y Líderes de Proceso o Coordinadores de Area
41.1								Realizar acompañamiento a Líderes de Proceso en el análisis y formulación de planes de mejoramiento producto de las quejas y reclamos por Demora en la comunicación en la Central de Citas, fallo en calidez y trato digno, llamado de Enfermería, Novedades de seguridad y/o las más críticas	20%		
41.2	Disminución progresiva de PQRS por Demora en la comunicación en la central de citas, fallo en calidez y trato digno, llamado de Enfermería, Novedades de seguridad y/ o las más críticas en Bogotá	Quejas y Reclamos por Demora en la comunicación en la Central de Citas, fallo en calidez y trato digno, llamado de Enfermería, Novedades de seguridad y/o las más críticas (Primeras 5	# de Quejas y Reclamos por Demora en la comunicación en la Central de Citas, fallo en calidez y trato digno, llamado de Enfermería, Novedades de seguridad y/o las más críticas/ # Total de QR recepcionadas	Porcentaje	16%	2018	16%	Realizar seguimiento y Control al cumplimiento de las acciones de mejoramiento definidos por los Líderes de Proceso evaluando la efectividad de las acciones correctivas implementadas frente a las quejas y reclamos por Demora en la comunicación en la central de citas, fallo en calidez y trato digno, llamado de Enfermería, Novedades de seguridad y/o las más críticas	50%	0%	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Defensoría del Usuario, Subdirectores de C Externa, Urgencias , Enfermería, otros y demás Líderes de proceso involucrados

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3				
					Valor	Año					
41.3		causas de QR 2018)						Resaltar y Comunicar a los Colaboradores y Líderes de Procesos las felicitaciones manifestadas por los usuarios y su familia.	10%		
41.4								Ajustar e Implementar estrategia de acogida, orientación, información al usuario y su familia durante el proceso de atención. Ajustar según observaciones DAU	20%		
42.1	Disminución progresiva de PQRS por fallo en calidez y trato digno en la UFZ	Quejas y Reclamos por fallo en calidez y trato digno	# de Quejas y Reclamos por fallo en la calidez y trato amable / Total de QR recepcionadas	Porcentaje	30%	2018	28%	Formular e Implementar Planes de Mejoramiento por Proceso o Dependencia, como resultado del análisis de las quejas y reclamos por fallo en calidez y trato digno e incluirlas en el PUMP	70%	50%	Coordinador General UFZ
42.2								Seguimiento a la Implementación de los Planes de Mejoramiento formulados	30%		
43	Cumplimiento del Componente estructural del Índice de Seguridad Hospitalaria	Indice de seguridad Hospitalaria	NA	Porcentaje	58,75%	2018	60%	Actualizar la documentación y el presupuesto de obra para la segunda etapa del Proyecto de Reforzamiento Estructural en las áreas Críticas (Urgencias, Salas de Cirugía, Sala de Partos, Imagenología)	50%	100,0%	Dirección Administrativa - líder de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento
								Radicar y hacer ajustes solicitados por el Ministerio de Salud	30%		Dirección de planeación
								Elaborar los estudios previos una vez se cuente con la aprobación del Ministerio de Salud	20%		Dirección Administrativa - líder de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento
44.1								Ejecución del plan mantenimiento hospitalario	40%		Dirección Administrativa - líder de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto					Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE	
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018						Valor esperado Año 3
					Valor	Año					
44.2	Cumplimiento del Componente No Estructural del Índice de Seguridad Hospitalaria en Bogotá	Índice de seguridad Hospitalaria	NA	Porcentaje	63,51	2018	65%	Radicar prorroga ante CODENSA y obtener aprobación para continuar con la ejecución de la obra correspondiente a implementación de la actualización del sistema eléctrico según normativa RETIE y NTC 2050 primera etapa adecuación de la subestación eléctrica	15%	100,00%	Dirección Administrativa - líder de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento
44.3								Obtener permisos para aprobación de proyecto de ejecución de la obra correspondiente a implementación de la actualización del sistema eléctrico según normativa RETIE y NTC 2050 primera etapa adecuación de la subestación eléctrica	15%		Dirección de planeación
44.4								Estudios previos para contratar la ejecución de la obra correspondiente a la implementación de la actualización del sistema eléctrico según normativa RETIE y NTC 2050 primera etapa adecuación de la subestación eléctrica	10%		Dirección Administrativa - líder de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento
44.5								Contratar para la ejecución de la obra e interventoría	15%		Dirección de bienes y suministros Y Jurídica
44.6								Asegurar o anclar todos los lockers.(cuantificar los lockers y realizar anclaje)	5%		Dirección Administrativa - líder de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento
45.1								Cumplimiento del Componente Funcional del Índice de Seguridad Hospitalaria en Bogotá	Índice de seguridad Hospitalaria		NA
45.2	Ejecutar el Plan de Emergencias Institucional según lo definido en el cronograma de la vigencia	70%									

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto					Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE	
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018						Valor esperado Año 3
					Valor	Año					
46.1	Actualizar el plan de emergencias hospitalario en articulación con el plan de gestión del riesgo municipal - UFZ	Plan de emergencias hospitalario actualizado	NA	Porcentaje	0	2018	90%	50%	100%	QUEDÓ SIN DEFINIR Dirección Administrativa: Emergencias quedó bajo la dirección del Comité de Emergencias presidido por la Subdirección de Personal y hace parte del Proceso de G. Talento Humano SSST Lo ejecuta William Gómez quien depende de la Subdirección de Urgencias y a su vez de la Dirección de Atención al Usuario	
46.2											Socializar el plan con unidad de gestión del riesgo municipal.
47	Reportar mensualmente al Sistema de Vigilancia en Salud Laboral el 100% de los eventos de origen laboral de acuerdo al lineamiento en el HUS Bogotá	Reporte al SIVISALA	# de reprotes entregados / Total reprotes programados	Porcentaje	100%	2018	100%	100%	100%	Dirección de Atención al Usuario Líder de Estadística	
48	Reportar mensualmente al Sistema de Vigilancia en Salud Laboral el 100% de los eventos de origen laboral de acuerdo al lineamiento en la UFZ	Reporte al SIVISALA	# de reprotes entregados / Total reprotes programados	Porcentaje	100%	2018	100%	100%	100%	Coordinador General UFZ Líder de Estadística	
49.1	Implementación en el HUS como		Numero de Actividades					20%		Dirección Administrativa	
49.2								Realizar el Proceso de Contratación de Desarrollo de la Plataforma de Telecardiología			30%

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto					Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE			
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018						Valor esperado Año 3		
					Valor	Año							
49.3	Centro de Referencia en Telemedicina en las modalidades de Teleconsulta y telecardiología para los Hospitales de Cundinamarca	% de Avance en la implementación de Telecardiología en el HUS	Realizadas en Teleconsulta + Telecardiología / Total de actividades programadas en Teleconsulta + Telecardiología para la vigencia *100	Porcentaje	90,0%	2018	10%	Prueba Piloto de la Plataforma de Telecardiología	10%	100%	Subdirección de Sistemas		
49.4												Puesta en Producción de la Plataforma de Telecardiología	20%
49.5												Ampliar la contratación en el número de contratos nuevos para prestar servicios en Teleconsulta	20%
50.1	Ampliar el mercadeo de servicios	% facturación con respaldo contractual	AUMENTAR EN 5% DE UN VALOR FACTURADO CON CONTRATO CON REFERENCIA A LA VIGENCIA ANTERIOR	Porcentaje	72,1%	2018	80%	Ejecutar un plan de oferta y presentación del portafolio de servicios a las diferentes empresas responsables de pago que se consideren nuevos clientes estratégicos	60%	100%	Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo		
50.2								Gestionar la contratación con las diferentes EPS que representen el 80% de la Facturación del Hospital (Régimen Subsidiado 60% , Régimen Contributivo 20% y otros pagadores 20%)	40%				
51	Continuar con la Implementación de costos por producto	% de avance según actividades y estrategias.	Actividades realizadas de las estrategias / Total de actividades programadas de las estrategia. * 100	Porcentaje	50%	2018	100%	Consecución de información actividades tiempos y movimientos de 30 Unidades de Negocio DE LAS 60 UNIDADES DE NEGOCIO	100%	100%	Dirección Financiera		
52.1	Aumentar la Facturación	% aumento en la facturación	Valor facturado vigencia anterior (incluidos ingresos abiertos a corte 31 de diciembre) / Valor facturado vigencia actual (incluidos ingresos abiertos a corte 31 de diciembre) *100 - 100	Porcentaje	2,4%	2018	2%	Fortalecer el proceso de cierres de Egresos Hospitalarios en el módulo de facturación	80%	100%	Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo		
52.2			Desarrollar reuniones con el equipo operativo de facturación para determinar las oportunidades de mejora involucrando las áreas que afecten este proceso, las cuales se realizarán de manera trimestral					20%					

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3				
					Valor	Año					
53	Mantener la Radicación oportuna por encima del 90% de la Facturación.	% de facturación radicada dentro del término de ley.	valor de facturación radicada dentro de términos / valor de facturación que debe estar radicada * 100	% cumplimiento	97,0%	2018	≥ 90%	Acordar y realizar cortes de facturación mensual, según se establezca con cada EPS.	100%	100%	Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo
54.1	Mantener el % de Glosa aceptada ≤5% en relación con la Facturación	% Disminución aceptación glosa	% Aceptación periodo actual y vigencias anteriores / total facturado periodo actual y vigencias anteriores	Porcentaje	4,4%	2018	≤5%	Realizar socialización de los motivos de glosa y devoluciones a los procesos responsables de las mismas y/o servicios mas representativos de manera trimestral. (30%)	30%	100%	Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo
Ejecutar acciones de pre auditoria tecnica y administrativa a las facturas entregadas a cuentas medicas dentro del periodo, a una muestra igual al 40% sobre lo facturado, de manera trimestral (50%)								50%			
Desarrollar reunión trimestral sobre los hallazgos y motivos de glosa socializados con facturación y farmacia (NO POS), que evidencie las acciones correctivas y preventivas en curso (20%)								20%			
54.2	Mantener el % de Glosa aceptada ≤5% en relación con la Facturación	% Disminución aceptación glosa	% Aceptación periodo actual y vigencias anteriores / total facturado periodo actual y vigencias anteriores	Porcentaje	4,4%	2018	≤5%	Ejecutar acciones de pre auditoria tecnica y administrativa a las facturas entregadas a cuentas medicas dentro del periodo, a una muestra igual al 40% sobre lo facturado, de manera trimestral (50%)	50%	100%	Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo
54.3								Desarrollar reunión trimestral sobre los hallazgos y motivos de glosa socializados con facturación y farmacia (NO POS), que evidencie las acciones correctivas y preventivas en curso (20%)	20%		
55.1								% de recaudo vigencia anterior	Valor recaudado de cuentas por cobrar vigencia anterior / Cartera neta de la vigencia anterior *100		
55.2	Poner en Marcha estrategias para la recuperación de cartera de la Vigencia y Vigencias Anteriores incluyendo acciones judiciales con estas últimas El cumplimiento de la meta se realizará producto del promedio de los tres (3) indicadores	% de entrega cartera que cumple los requisitos para trámites jurídicos	Número de documentación para recuperación de cartera radicada con la totalidad de los requisitos a la Oficina Asesora Jurídica / Número de trámites judiciales y jurisdiccionales adelantados por la Oficina Asesora Jurídica *100	% cumplimiento	64%	2018	55,00%	Realizar los trámites judiciales y jurisdiccionales correspondientes, frente a la documentación radicada por el área de Cartera que cumpla con la totalidad de los requisitos normativos (60%)	60%	100%	Dirección Financiera Líder de Cartera Jefe Oficina Asesora Jurídica

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3				
					Valor	Año					
55.3		% de Recaudo de la vigencia actual	valor recaudado de la vigencia actual / valor total de la facturación radicada de la vigencia actual *100	% cumplimiento	54%	2018		Alcanzar el 65% del recaudo de cuentas por cobrar radicadas servicios prestados en la vigencia actual. (20%)	20%		Dirección Financiera Líder de Cartera
56.1	Implementar y mantener la Política de Riesgo Antijurídico	Política de Riesgo Antijurídico implementada	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	100%	2018	80%	Ejecución de la Política de daño antijurídico (40%)	40%	100%	Jefe Oficina Asesora Jurídica
56.2								Expedientes de procesos judiciales en medio físico (60%)	60%		
57.1	Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia	Desarrollo de las actividades contractuales que sean de competencia de la Oficina Jurídica	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	100%	2018	100%	Actualización de los procedimientos de contratación de acuerdo al Nuevo Manual de Contratación del HUS (30%)	30%	60%	Jefe Oficina Asesora Jurídica
57.2								Realizar el archivo del proceso contractual de la vigencia 2018 (30%)	30%		Dirección Administrativa Subdirector de Compras y Suministros Gestión Documental
57.3								Capacitación en Estatuto y Manual de Contratación y funciones de Supervisores e interventores (30%)	30%		Jefe Oficina Asesora Jurídica
57.4								liquidación de contratos en los que proceda de la vigencias 2018 (10%)	10%		Jefe Oficina Asesora Jurídica
58.1	Autoevaluación sobre el grado de implementación del MECI	Promedio en el incremento en el grado de implementación del MECI según resultado de la Encuesta	Sumatoria de los factores del MECI según el resultado de cada funcionario encuestado / Total de Encuestados	Promedio	79,93%	2018	74,0	Aplicación de Encuesta a los funcionarios para medir el grado de implementación del MECI (50%)	50%	100%	Jefe Oficina Asesora Control Interno
58.2								Elaborar y socializar el Informe de Auditoría Anual del MECI (vigencia 2018) (50%)	50%		

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor esperado Año 3	Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018						
					Valor	Año					
59,1	Ejecución del Plan de Acción del MECI	Cumplimiento del Plan de Acción del MECI	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	porcentaje	90%	2018	90%	Socializar los resultados de la evaluación emitida por el DAFP según la encuesta diligenciada en el aplicativo dispuesto por el DAFP	10%	100%	Jefe Oficina Asesora Control Interno
59,2								Ejecutar del Plan de Acción del MECI	90%		Directores Líder de Proceso
60.1	Incrementar el número de auditorías de adherencia a guías para los programas de enfermedades crónicas (HTA y DM2) a por lo menos una cada dos meses	No. De auditorías realizadas	No. De auditorías de HC realizadas	Número	2	2018	6	Auditorías de verificación de adherencia a las GPC de Hipertensión	35%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
60.2								Auditorías de verificación de adherencia a las GPC de Diabetes	35%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
60.3								Socialización de los resultados de la auditoría al equipo de salud responsable de la atención evaluada	30%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
61.1	Aumentar el cumplimiento de la estrategia institucional SAMIS en un 5%	Porcentaje de cumplimiento de la estrategia institucional SAMIS	Número de indicadores de la estrategia institucional SAMIS en cumplimiento / Total de indicadores de la estrategia insitucional SAMIS *100	Porcentaje	83%	2018	83,0%	Mantener la medición de los indicadores de la estrategia institucional SAMIIS	50%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
61.2								Socializar los resultados de indicadores de la estrategia SAMIIS y generar acciones de mejoramiento (si aplica)	50%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
62	Aumentar en 1% la proporción de mujeres entre 50 y 69 años con orden de mamografía en los últimos dos años.	Proporción de mujeres entre 50 y 69 años con orden de mamografía.	Número de mujeres de 50 a 69 años que cuentan con orden de mamografía en los últimos 2 años / Total de mujeres entre 50 y 69 años atendidas en la estrategia Consultorio Rosado en el periodo evaluado	Porcentaje	86,0%	2018	87,0%	Realizar demanda inducida a las mujeres de 50 a 69 años para toma de mamografía	100%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto					Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE	
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018						Valor esperado Año 3
					Valor	Año					
63.1	Aumentar en 1 punto porcentual 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 atendidas en los programas de PyD en el periodo * 100	Porcentaje	42,0%	2018	43,0%	Realizar demanda inducida a las mujeres de 25 a 69 años para la toma de citología.	70%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
63.2								Medir la demanda efectiva realizada a las mujeres de 25 a 69 años toma de citología.	30%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
64	Aumentar en 10% el tamizaje para hipertensión arterial en población mayor de 18 a 69 años.	No. de pacientes de 18 a 69 años con tamizaje para hipertensión arterial	No. de pacientes de 18 a 69 años con tamizaje para hipertensión arterial más el 10%	Número	3769	2018	4140	Realizar toma de tensión arterial como prueba de tamizaje para hipertensión arterial en la población mayor de 35 años atendida en el periodo.	100%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
65,1	Mejorar significativamente la atención en obstetricia (reducción de número de días) en UFZ	oportunidad de atención en obstetricia	sumatoria de días de espera para atención en obstetricia / total de pacientes atendidos en obstetricia	Días	2 días	2018	< 5 días	Continuar la apertura de agendas médicas con las horas ofertadas (40%)	40%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
65,2								Mantener la reunión de sensibilización sobre el proceso (20%)	20%		
65,3								Mantener la medición mensual del indicador (40%)	40%		
66	Aumentar el 10% el detartraje supragingival en adultos	Número de adultos con detartraje supragingival	Número de adultos con detartraje supragingival	Número	1600	2018	1760	Realizar demanda inducida a los adultos que consultan en la Unidad Funcional Zipaquirá para las actividades de odontología	100%	100%	Líder de Odontología HUS UFZ
67,1	Aumentar en 10% la canalización efectiva de pacientes hipertensos al programa.	No. de pacientes de 18 a 69 años diagnosticados con hipertensión arterial que ingresan al programa.	No. de pacientes de 18 a 69 años diagnosticados con hipertensión arterial que ingresan al programa, canalizados de los programas de P y D en el periodo.	Número	149	2018	157	Mantener el seguimiento de la implementación a las estrategias de búsqueda de población objeto del programa de crónicos	70%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
67,2								Medir la demanda efectiva realizada a la población objeto del programa de crónicos	30%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3				
					Valor	Año					
68	Mantener el control de hipertensión arterial por encima del 80% anual	% de pacientes con Control de cifras de Hipertensión arterial	Número de pacientes con cifras tensionales controladas seis meses después de su ingreso al programa * 100 / Número total de pacientes nuevos ingresados seis meses antes	Porcentaje	87%	2018	>80%	Continuar con la ejecución de actividades educativas colectivas de hábitos de vida saludables	100%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
69	Aumentar en 5% el tamizaje para diabetes en personas de 18 a 69 años respecto a la línea de base establecida en la entidad para la vigencia 2017.	Número de pacientes entre 18 y 69 años con tamizaje de Diabetes Mellitus	Número de pacientes entre 18 y 69 años con tamizaje de Diabetes Mellitus atendidos en los programas de PyD en el periodo	Número	134	2018	184	Aplicar Test de Findrisk como prueba de tamizaje para Diabetes Mellitus a la población atendida entre los 18 años y 69 años en los programas de PyD	100%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
70,1	Mantener la canalización efectiva de pacientes diabéticos al programa.	Número de pacientes entre 18 y 69 años diagnosticados con diabetes que ingresan al programa.	Número de población entre 18 y 69 años con diagnóstico de diabetes que ingresó al programa canalizados de los programas de P y D en el periodo	Número	45	2018	45	Mantener el seguimiento de la implementación a las estrategias de búsqueda de población objeto del programa de crónicos	70%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
70,2								Medir la demanda efectiva realizada a la población objeto del programa de crónicos	30%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
71	Mantener el control de pacientes con diabetes a partir de la línea base 2018 en un 10% anual	Número de pacientes con Control de la diabetes mellitus	Numero de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus con hemoglobina glicosilada menor a 7% en los últimos 6 meses.	Número	446	2018	446	Continuar con la ejecución de actividades educativas colectivas de hábitos de vida saludables	100%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
72,1	Aumentar el tamizaje en 10% para la detección de cáncer de próstata, con antígeno prostático, en hombres mayores de 50 años.	Número de hombres mayores de 50 años con antígeno prostático realizado	Número de hombres mayores de 50 años, asignados a la UFZ, con antígeno prostático realizado en el periodo	Número	522	2018	524	Generar acciones de aumento de orden del exámen de tamizaje para cáncer de próstata	50%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
72,2								Realizar seguimiento a los PSA con resultado anormales de los usuarios con EAPB Convida e IPS HUS UFZ	50%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto					Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE		
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018						Valor esperado Año 3	
					Valor	Año						
73,1	Realizar el reporte del 100% de los eventos en salud mental (diferentes tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida) identificados.	Eventos de salud mental reportados	N° de eventos de salud mental reportados/N° total de eventos de salud mental identificados *100	Porcentaje	100%	2018	100%	100%	Mantener las acciones de sensibilización al equipo de salud, sobre la importancia de la notificación de los eventos de interés en salud pública	50%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
73,2									Continuar la Búsqueda Activa Institucional (BAI) semanal	50%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
74	Disminuir la oportunidad de atención en psiquiatría a 10 días (Año 1 24 días - Año 2 18 días - Año 3 15 días - Año 4 10 días)	Oportunidad en la asignación de citas para psiquiatría	Sumatoria de días de espera de cada paciente para recibir su cita de psiquiatría/Total de pacientes que tiene cita de psiquiatría en el periodo	Número	11	2018	<15	Realizar seguimiento al indicador de oportunidad de citas de psiquiatría	100%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	
75,1	Mantener por debajo de 10% la proporción de nacidos con bajo peso al nacer	Proporción de nacidos con Bajo peso al nacer	N° de nacidos vivos con peso menor a 2500 gr al nacer de la EAPB Convida con IPS HUS UFZ / N° Total de nacidos vivos en la UFZ de la EAPB Convida con IPS HUS UFZ *100	Porcentaje	8,0%	2018	<10%	Realizar 4 auditorías de adherencia a la guía de CPN	35%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	
75,2								Socialización de los resultados de la auditoría al equipo de salud responsable de la atención evaluada	35%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	
75,3								Realizar seguimiento desde programa de salud materna a las usuarias gestantes con riesgo de tener recién nacidos con bajo peso al nacer	30%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	
76,1	Mantener como mínimo 5.5 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses	Duración media lactancia materna	Sumatoria del número de días de lactancia materna exclusiva en niños de 6 meses / N° total de niños de 6 meses atendidos en el periodo	Número	5,6	2018	>5	Mantener la ejecución de actividades de formento y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en los servicios ambulatorios y hospitalarios	70%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	
76,2								Mantener la ejecución de Club de Lactancia Materna en el servicio de salud infantil	30%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3				
					Valor	Año					
77	Realizar el reporte en el sistema de vigilancia alimentario y nutricional para la Gobernación de Cundinamarca - MANGO, del 100% de las personas atendidas en los programas de PyD	Reporte nutricional	N° de personas reportadas / N° total de personas atendidas en los programas de PyD en el periodo *100	Porcentaje	97%	2018	>95%	Medir semanalmente el porcentaje del reporte de MANGO, respecto a los usuarios atendidos en los programas de PyD	100%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
78	Realizar el seguimiento de los casos reportados en el sistema de vigilancia alimentario y nutricional para la Gobernación de Cundinamarca - MANGO, de desnutrición aguda en menores de 6 años en más del 80% de los mismos en el periodo	Seguimiento nutricional	N° de casos de DNT aguda en menores de 6 años con seguimiento / N° total de casos de DNT aguda en menores de 6 años identificados en el periodo *100	Porcentaje	88%	2018	80%	Mantener la ejecución de la Ruta institucional de atención integral a la desnutrición en menores de 6 años	100%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
79	Mantener por encima del 20% la proporción de gestantes captadas antes de la semana 10 de gestación	Gestantes captadas antes de la semana 10	N° de gestantes captadas antes de la semana 10 / N° total de gestantes captadas en el periodo *100	Porcentaje	ND	2018	60%	Realizar seguimiento desde programa de salud materna a las usuarias reportadas desde el servicio de laboratorio clínicos UFZ con prueba de embarazo positiva que tengan EAPB Convida con IPS HUS UFZ	100%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
80	Mantener por encima del 85% las mujeres gestantes con 4 o más controles prenatales	Proporción de mujeres con mas de 4 controles prenatales	N° de gestantes con 4 o más controles / N° total atenciones de parto en la UFZ de usuarias con EAPB Convida con IPS HUS UFZ durante el periodo *100	Porcentaje	87%	2018	>85%	Realizar seguimiento desde programa de salud materna a las usuarias gestantes inasistentes	100%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
81,1	Mantener por encima del 80% el uso de métodos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (15-49 años)	Proporción de mujeres de 15 a 49 que utilizan métodos de anticoncepción	N° de mujeres de 15 a 49 años que utilizan métodos de anticoncepción / N° total de mujeres de 15 a 49 años atendidas en los programas de PyD durante el periodo *100	Porcentaje	99,0%	2018	>80%	Continuar la canalización de usuarios del grupo poblacional objeto al programa de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	60%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
81,2								Continuar los seguimientos a los usuarios del grupo poblacional objeto del programa de planificación familiar que así lo ameriten	40%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3				
					Valor	Año					
82,1	Disminuir la proporción de adolescentes embarazadas en un 5%.	Proporción de mujeres embarazadas de 10 a 19 años	N° de gestantes adolescentes nuevas (10 a 19 años) / N° total de gestantes nuevas en el periodo *100	Porcentaje	16%	2018	15,6%	Continuar la canalización de usuarios del grupo poblacional objeto al programa de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	60%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
82,2								Continuar los seguimientos a los usuarios del grupo poblacional objeto del programa de planificación familiar que así lo ameriten	40%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
83,1	Identificar y realizar el tratamiento oportuno a los pacientes con TBC	Pacientes diagnosticados y con tratamiento con TBC	N° de usuarios diagnosticados y en tratamiento / N° total de usuarios diagnosticados	Porcentaje	100%	2018	100%	Mantener la solicitud oportuna de tratamiento	40%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
83,2								Continuar la administración estrictamente supervisada del tratamiento	60%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
84,1	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	91%	2018	≥95%	Mantener la disponibilidad permanente de biológicos en los puntos de vacunación	30%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
84,2								Continuar el seguimiento a cohortes de vacunación	70%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
85,1	Mantener la proporción de reingreso hospitalario por IRA, en menores de 5 años, por debajo de 2% durante el periodo.	Proporción de reingreso de pacientes menores de 5 años con diagnóstico de IRA.	N° 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 / N° de menores de 5 años con al menos un egreso por IRA.	Porcentaje	1%	2018	<2%	Capacitar al equipo de salud de los servicios de pediatría, consulta externa y urgencias sobre el manejo de la IRA	50%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
85,2								Fortalecer la educación sobre cuidados en casa posterior a la atención médica (ambulatoria u hospitalaria)	50%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3				
					Valor	Año					
86,1	Aplicar auditorías de adherencia a la guía de práctica clínica de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 10 años.	Auditorías a CyD	N° de auditorías de HC realizadas a la adherencia a la guía de práctica clínica de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 10 años.	Número	2	2018	4	Realizar 2 auditorías de adherencia a la guía de CyD	50%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
86,2								Socialización de los resultados de la auditoría al equipo de salud responsable de la atención evaluada	50%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
87	Mantener los servicios amigables para adolescentes en la UFZ	Servicios amigables implementados	N° de servicios amigables para adolescentes implementados	Número	1	2018	1	Mantener la ejecución de la Ruta institucional SAS en la UFZ	100%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
88	Documentar el modelo de atención en salud por etapas de curso de vida.	Modelo de atención	Modelo de atención documentado	Número	0	2018	0,5	Documentar la RIAS de promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida	100%	50%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
89,1	Fortalecer el programa de crecimiento y desarrollo de la UFZ	% de niños en el programa de crecimiento y desarrollo	Número de inscritos de primer vez en el programa de crecimiento y desarrollo de la UFZ * 100 / Población estimada para ingresar al programa por la EAPB	Porcentaje	100%	2018	100%	Continuar la búsqueda activa de la población objeto en la UFZ (50%)	50%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
89,2								Mantener el seguimiento a población objeto en las bases de datos de las EAPB (50%)	50%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
90	Aumentar en el 10% el tamizaje de agudeza visual en la etapa de infancia	% de niños en etapa de infancia con tamizaje de agudeza visual	% de niños en etapa de infancia con tamizaje de agudeza visual / Total de niños en etapa de infancia atendidos en el programa de crecimiento y desarrollo	Número	84	2018	92%	Realizar demanda inducida a los niños en etapa de infancia para la realización de tamizaje de agudeza visual	100%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3				
					Valor	Año					
91	Aumentar el 5% las consultas de detección temprana de alteraciones del joven	% de jóvenes atendidos en el programa de detección temprana de alteraciones del joven	% de jóvenes atendidos en el programa de detección temprana de alteraciones del joven / Total de jóvenes atendidos en los programas de PyD	Número	1446	2018	1518	Realizar demanda inducida a los los jóvenes para la realización de la consulta de detección temprana de las alteraciones del joven	100%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
92	Aumentar el 10% en la calidad de las muestras para citología cervicouterina	% de muestras para citología cervicouterina con buena calidad	% de muestras para citología cervicouterina con buena calidad / Total de muestras para citología entregadas al servicio de patología	Número	818	2018	899	Realizar seguimiento a la técnica de la toma de citología cervicouterina	100%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
93	Mantener el 100% de los recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo	% de recién nacido con tamizaje para hipotiroidismo	% de recién nacido con tamizaje para hipotiroidismo / Total de nacidos vivos	Porcentaje	100%	2018	100%	Realizar seguimiento a la toma de la muestra y procesamiento de la prueba de hipotiroidismo en los recién nacido vivos de la Unidad Funcional Zapaquirá	100%	100%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
94	Plan Institucional de Archivos de la Entidad - PINAR	% cumplimiento de actividades establecidas en el cronograma del plan institucional de archivos - PINAR para el periodo evaluado	Numero de actividades realizadas (4) / Total de actividades programadas para la vigencia (6) * 100	Porcentaje	100%	N/A	80%	Ejecución de las actividades establecidas en el cronograma para el año 2019	100%	100%	Dirección Administrativa Subdirector de Sistemas Líder de Gestión Documental
95	Plan Anual de Adquisiciones	% de cumplimiento de ejecución del Plan Anual de Adquisiciones	Valor de las compras ejecutadas en el Plan Anual de Adquisiciones / Total de compras programadas en el Plan Anual de Adquisiciones	Porcentaje	82%	2018	82%	Ejecutar el PAA acorde a lo aprobado y sus modificaciones de acuerdo al presupuesto	100%	100%	Dirección Administrativa Subdirección de Compras
96	Plan Anual de Vacantes	% de ejecución Programa Plan Anual de Vacantes 2019	Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia * 100	Porcentaje	100%	2018	60%	Ejecutar actividades establecidas en el cronograma de ejecución el Programa del Plan Anual de Vacantes 2019	100%	100%	Dirección Administrativa Subdirección de Personal

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto					Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE	
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018						Valor esperado Año 3
					Valor	Año					
97	Plan de Previsión de Recursos Humanos	% de ejecución Programa Plan de Previsión de Recursos Humanos 2019	Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia * 100	Porcentaje	45%	2018	60%	Ejecutar actividades establecidas en el cronograma de ejecución el Programa del Plan de Previsión de Recursos Humanos 2019	100%	100%	Dirección Administrativa Subdirección de Personal
97.1	Plan Estratégico de Talento Humano	Porcentaje de ejecución del Plan Estratégico de Talento Humano	Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia * 100	Porcentaje		2018	80%	1. Ejecutar el cronograma de Inducción, entrenamiento en puesto de trabajo y reinducción.	50%	100%	Dirección Administrativa Subdirección Desarrollo Humano Subdirección de Personal
97.2								2. Ejecutar el cronograma de compensaciones y elementos relacionados en todos los sistemas de vinculación (seg. social, prestaciones, pagos a contratistas, costos relacionados)	50%		
98	Plan Institucional de Capacitación	Porcentaje de ejecución del Programa de Capacitación y Educación Continuada	Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia * 100	Porcentaje	90%	2018	80%	Ejecutar el cronograma de capacitación.	100%	100%	Dirección Administrativa Subdirección Desarrollo Humano
99	Plan de Incentivos Institucionales	Porcentaje de ejecución del Programa de Bienestar Social Laboral e Incentivos	Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia * 100	Porcentaje	100%	2018	80%	Ejecutar el cronograma de Bienestar Social Laboral e incentivos..	100%	100%	Dirección Administrativa Subdirección Desarrollo Humano
100	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	Porcentaje de ejecución del Programa de Trabajo del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia * 100	Porcentaje	90%	2018	77%	Ejecutar el Programa de Trabajo del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo requeridos por el SG-SST en el Decreto 1072/2015 y Resolución 1111 de 2017	100%	100%	Dirección Administrativa Subdirección Desarrollo Humano

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor esperado Año 3	Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	TOTAL AÑO 2019	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018						
					Valor	Año					
101	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	% de cumplimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia * 100	%	86%	2018	90%	Ejecutar las actividades propuestas en el Plan Anticorrupción y de atención al Ciudadano aprobado para la vigencia	100%		Directores y Jefes de Oficina Asesora
102	Implementación de Plan estregico de tecnologías de la información	% Avance Plan estregico de tecnologías de la información	Numero de actividades realizadas (3) / Total de actividades programadas para la vigencia (10) * 100	porcentaje	100%	2018	90%	Ejecución del Cronograma de Actividades Plan estregico de tecnologías de la información - PETI según lo programado para la vigencia 2018	100%	100%	Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas
103	Implementación de Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	% Avance Plan De Tratamiento De Riesgos De Seguridad Y Privacidad De La Información	Numero de actividades realizadas (0) / Total de actividades programadas para la vigencia (5) * 100	porcentaje	100%	2018	70%	Cronograma de Actividades Plan De Tratamiento De Riesgos De Seguridad Y Privacidad De La Información	100%	100%	Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas
104	Implementación de Plan De Seguridad Y Privacidad De La Información	% Avance Plan De Seguridad Y Privacidad De La Información	Numero de actividades realizadas (0) / Total de actividades programadas para la vigencia (5) * 100	porcentaje	100%	2018	70%	Cronograma de Actividades Plan De Seguridad Y Privacidad De La Información	100%	100%	Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas

96%



JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA
Gerente



AITZA VIVIAN CASTAÑEDA SOLANO
Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
PLANES ESTRATEGICOS HOSPITALARIOS
PLAN INDICATIVO 2017-2020

Nombre de la IPS		E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
Código de habilitación de la IPS		1100109224						
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva		Miércoles 29 de enero de 2020						
Nombre del Gerente		JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA						
Meta de Resultado	Indicador de resultado					Valor esperado en el cuatrienio	Ejecutado meta resultado Año 3 - 2019	% avance meta resultado Año 3 - 2019
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base				
				Valor	Año			
Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad Voluntario de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana (Bogotá)	Porcentaje de cumplimiento de los componentes del SOGC y Voluntario (Bogotá)	# de componentes que cumplen / Total de Componentes del SOGC y Voluntario	Porcentaje	97,8	2016	98	100%	100%
Fortalecer la Gestión Ambiental institucional	Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Acción en Gestión Ambiental de la Institución	# de Planes de Acción en Gestión Ambiental cumplidos / Total de Planes de Acción proyectados	Porcentaje	100%	2017	80%	100%	100%
Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana (UFZ)	Porcentaje de cumplimiento de los componentes del SOGC (UFZ)	# de componentes que cumplen / Total de Componentes del SOGC	Porcentaje	62,5	2016	98%	75,0%	76,5%
Fortalecer los procesos que garanticen la atención segura	Disminución de la reincidencia de Eventos Adversos	Disminución de la reincidencia de Eventos Adversos	Porcentaje	ND	2016	Disminucion del 5%	-3%	100%

Meta de Resultado	Indicador de resultado					Valor esperado en el cuatrienio	Ejecutado meta resultado Año 3 - 2019	% avance meta resultado Año 3 - 2019
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base				
				Valor	Año			
Mejorar el Desempeño en el Desarrollo e Implementación de Proyectos para la modernización de la infraestructura y dotación	Promedio porcentual del avance de los Proyectos viabilizados de infraestructura y dotación	Sumatoria[(etapa actual del proyecto segun ciclo de vida del proyecto/ Numero de etapas de ciclo de vida)] / total de proyectos viabilizados por el ente territorial	Porcentaje	NA	NA	75	82%	100%
Obtener la Acreditación como Hospital Universitario ante la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. (Ministerio de Educación y Ministerio de Salud y Protección Social), una vez se obtenga la acreditación institucional	Acreditación como Hospital Universitario	Acreditación otorgada	Número	0%	2016	1	0%	0%
Centro de Excelencia Implementado	Implementación de Centro de Excelencia	Centro de Excelencia implementado	Unidad	NA	2016	100%	100%	100%
Gestionar el mejoramiento permanente en la experiencia de atención y servicio que promueva una relación de dignidad y respeto en la institución	Funcionamiento de la Clínica del dolor	NA	Unidad	0	2016	1	1	100%

Meta de Resultado	Indicador de resultado					Valor esperado en el cuatrienio	Ejecutado meta resultado Año 3 - 2019	% avance meta resultado Año 3 - 2019
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base				
				Valor	Año			
Optimizar la eficiencia de la capacidad instalada de los diferentes servicios ofertados	oportunidad de atención en gineco-obstetricia en Bogotá y UFZ	Sumatoria de días de espera para atención en gineco-obstetricia / Total de pacientes atendidos en gineco-obstetricia en Bogotá y UFZ	Días	1,3	2016	≤ 5 días	1.8 días	100%
				1,4	2016	≤ 5 días	0,9 días	
				31	2016	≤ 5 días	3,3 días	
				23	2016	≤ 5 días	2,6 días	
	% Uso de capacidad ofertada Bogotá	No. De consultas realizadas / Total de consulta ofertadas o disponibles	porcentaje	92%	2016	> ó = 90%	90.1%	
Giro Cama	Numero de egresos en el periodo / Total de Camas disponibles en el periodo	Razon	4,2	2016	4,4	4.1		
Diseño e implementación del Modelo Educativo multidisciplinario de mejoramiento a la calidad en la atención materna que contribuya a la reducción de la mortalidad materna a mediano y largo plazo en la Red de Cundinamarca	Cumplimiento de las Líneas Estratégicas del Modelo Educativo en la Calidad de la Atención Materna	# de Líneas Estratégicas implementadas / Total de las Líneas Estratégicas definidas en el Modelo Educativo en la Calidad de la Atención Materna	Porcentaje	0%	2016	90%	100%	100%
Implementar estrategias o prácticas administrativas o asistenciales que velen por el cumplimiento efectivo de la Política Institucional de Humanización (HUS Bogotá)	Programa de Humanización Implementado (Bogotá)	(Numero de actividades del programa ejecutadas / Numero total de actividades programadas) * 100	Porcentaje	30%	2016	70%	100%	100%

Meta de Resultado	Indicador de resultado					Valor esperado en el cuatrienio	Ejecutado meta resultado Año 3 - 2019	% avance meta resultado Año 3 - 2019
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base				
				Valor	Año			
Implementar estrategias o prácticas administrativas o asistenciales que velen por el cumplimiento efectivo de la Política Institucional de Humanización (HUS Zipaquirá)	Programa de Humanización Implementado (UFZ)	(Numero de actividades del programa ejecutadas / Numero total de actividades programadas) * 100	Porcentaje	30%	2016	80	100%	100%
Mantener la Satisfacción Global de los Usuarios a nivel institucional (HUS Bogotá y Unidades Funcionales)	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	93,40%	2017	93%	97%	100%
Fortalecer los mecanismos de Participación Social del HUS	% de cumplimiento del plan de acción	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas para la pvigencia*100		NA	2017	70%	95%	100%
Gestionar el mejoramiento permanente en la experiencia de atención y servicio que	Quejas y Reclamos por fallo en calidez y trato digno (Bogotá)	# de Quejas y Reclamos por fallo en la calidez y trato amable/ # Total de QR recepcionadas *100	Porcentaje	25%	2016	20%	13%	100%

Meta de Resultado	Indicador de resultado					Valor esperado en el cuatrienio	Ejecutado meta resultado Año 3 - 2019	% avance meta resultado Año 3 - 2019
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base				
				Valor	Año			
la experiencia de atención y servicio que promueva una relación de dignidad y respeto en la institución	Quejas y Reclamos por fallo en calidez y trato digno (UFZ)	# de Quejas y Reclamos por fallo en la calidez y trato amable/ # Total de QR recepcionadas *100	Porcentaje	38%	2016	28%	30%	98%
<p>Ser un hospital cuyos servicios permanezcan accedibles y funcionando a su maxima capacidad inmediatamente despues de que ocurra una emergencia y/o desastre (Hospital Seguro)</p> <p>Fortalecer el Sistema de Vigilancia en Salud Laboral</p>	<p>Indice de seguridad hospitalaria</p> <p>Reporte al SIVISALA</p>	<p>NA</p> <p># de reprotes entregados / Total reprotes programados</p>	<p>Porcentaje</p> <p>Porcentaje</p>	<p>0,47</p> <p>ND</p>	<p>2015</p> <p>2017</p>	<p>0.66</p> <p>100%</p>	<p>85%</p> <p>100%</p>	<p>100%</p> <p>100%</p>
Implementar en el HUS el Centro de referencia telemedicina para los Hospitales de Cundinamarca	% Implementación de centro de referencia de telemedicina en el HUS	Numero de actividades realizadas / numero de actividades programadas para la vigencia * 100	Porcentaje	0	0	100%	100%	100%
Fortalecer los procesos administrativos que promuevan la estabilidad económica y financiera de la institución	Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Ingresos totales recaudados sean mayores que los gastos comprometidos	Valor numérico	>1	2016	>1	>1	100%

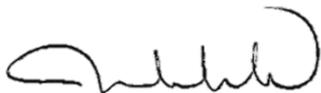
Meta de Resultado	Indicador de resultado					Valor esperado en el cuatrienio	Ejecutado meta resultado Año 3 - 2019	% avance meta resultado Año 3 - 2019
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base				
				Valor	Año			
Fortalecer el Proceso de Gestión Jurídica institucional	Porcentaje de cumplimiento del Proceso de Gestión Jurídica	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas del Proceso de Gestión Jurídica	Porcentaje	No Definido	2016	90%	100%	100%
A 2021, incrementar en el 10% la población del departamento sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez	% población de primera infancia, niñez y adolescencia sin caries	# población sin caries / total de población atendida primera infancia, niñez y adolescencia atendidos durante el periodo.	Porcentaje	20%	2018	77,0%	100,0%	100,0%
Incrementar la Detección Temprana para identificar los cánceres (de Mama, Próstata, o Cuello Uterino) en la UFZ.	Proporción de detección de cánceres (mama, próstata, o cuello uterino)	Número de modelos implementados / Total de Modelos a implementar	Número	2	2016	3	4	100%
Aumentar la cobertura de la identificación temprana y canalización efectiva del 100% de la población con HTA y diabetes, en la UFZ	Porcentaje de pacientes controlados con HTA y DM (nuevos y antiguos)	Número de pacientes controlados seis meses después de su ingreso al programa * 100 / Número total de pacientes nuevos ingresados seis meses antes	porcentaje	67%	2016	80%	92%	100%
Contribuir a la implementación de la Política de Salud Mental del Departamento desde la UFZ	Programa de Salud Mental implementado	NA	NA	NA	2016	1	1	100%

Meta de Resultado	Indicador de resultado					Valor esperado en el cuatrienio	Ejecutado meta resultado Año 3 - 2019	% avance meta resultado Año 3 - 2019
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base				
				Valor	Año			
Contribuir al Objetivo Departamenta en la reducción de 2 por 100.000 NV la mortalidad evitable por y asociada a desnutrición en menores de 5 años desde la UFZ	Mortalidad por o asociada a desnutrición	# casos de defunciones asociadas a desnutrición/# total de niños menores de 5 años	Tasa	0	2016	Tasa de mortalidad evitable por y asociada a desnutrición por en menores de 5 añosdebajo de 2 por 100.000 nacidos vivos	0	100%
Contribuir al Objetivo Departamenta en la disminución de 9/1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad Departamental en menores de 5 años desde la UFZ	Tasa de mortalidad estimada en menores de 5 años	Número de muertes en menores de 5 años * 1000 / Número de nacidos vivos	Tasa	0%	2016	Menor a 9 por 1000 nacidos vivos	0	100%
Contribuir a la disminución de la proporción de adolescentes (entre los 10 y 19 años) actualmente embarazadas alguna vez madres de Departamento desde la UFZ	Proporcion de embarazo adolescente	Número de adolescentes embarazadas y subsecuentes * 100 / Número total de mujeres gestantes	porcentaje	6%	2016	< 10%	15%	85%
Disminuir mortalidad por mycobacterias a 1,66 x 100,000 habitantes	Mortalidad por mycobacterias	Número de muertes causadas directamente por mycobacterias * 100.000 / total de la población	Tasa	0	2016	menor a 1,66	0	100%

Meta de Resultado	Indicador de resultado					Valor esperado en el cuatrienio	Ejecutado meta resultado Año 3 - 2019	% avance meta resultado Año 3 - 2019
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base				
				Valor	Año			
Fortalecer el cumplimiento normativo respecto de lo establecido por el Decreto 612 de 2018 que permita la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión	Cumplimiento de los Planes Institucionales y Estratégicos de la Institución	# de Planes Institucionales y Estratégicos cumplidos / Total de Planes Institucionales y Estratégicos definidos a cumplir	Porcentaje	ND	2017	90%	100%	100%

95%

Responsables



JAVIER FERNANDO MANCERA GARCÍA

Gerente



VIVIAN CASTAÑEDA SOLANO

Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad