

ACUERDO NÚMERO 002 DEL 2020**(29 ENE 2020)****Por medio del cual se aprueba el Plan de Acción Integrado vigencia 2020 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 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 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 en cumplimiento con los lineamientos emitidos por la Oficina Asesora de Planeación Sectorial de la Secretaría de Salud de Cundinamarca vía capacitación virtual el día lunes 17 de diciembre de 2018, el Plan de Acción Integrado vigencia 2019 debe estar articulado con el Plan Indicativo 2017-2020 para la vigencia y vigencias posteriores.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto:

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el Plan de Acción Integrado de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana para la vigencia 2020, y el mismo hace parte integral al presente Acuerdo.

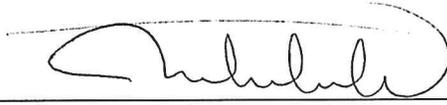
ARTÍCULO SEGUNDO: El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición.

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	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					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	94%	2019	100%	Socialización de la Resolución 3100 de 2019 a Líderes de Procesos y Líderes de Servicios del HUS Bogotá	20%	100%				Aclas de capacitación Planillas de asistencia	Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
1.2								Autoevaluación condiciones de Habilitación según Resolución 3100 de 2019	50%		100%		Informe de Autoevaluación de condiciones de Habilitación según Res. 3100 de 2019		
1.3								Actualización del portafolio de servicios	10%		100%		Portafolio de servicios del REPS y portafolio de servicios de mercadeo		
1.4								Elaboración planes de mejoramiento según resultados de Autoevaluación de condiciones de Habilitación Res. 3100 de 2019	20%		100%		Planes de Mejoramiento por Procesos o servicios, según aplique.		
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	3,34	2019	3,4	Evaluación de Estándares de Acreditación realizada por ente externo (Segundo Seguimiento)	100%			100%	Informe de segundo seguimiento de Acreditación entregado por el Ente Evaluador (lcontec)	Oficina Asesora de 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%	2019	≥90%	Formulación del Documento PAMEC vigencia 2020 (Plan de Mejoramiento para el HUS Bogotá)	40%	100%				Documento en Word con metodología de implementación Planes de Mejora propuestos y aprobados	Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
3.2								Ejecución del Plan de Mejoramiento para Acreditación del HUS Bogotá	40%	20%	40%	25%	15%	Informe de ejecución del Plan de Mejoramiento para Acreditación	
3.3								Seguimiento al cumplimiento del PAMEC, Resultado de los indicadores	20%			50%	50%	Informe de PAMEC 2020	
4.1	Cumplimiento oportuno del reporte relacionado con el Sistema de Información para	Porcentaje de cumplimiento del reporte oportuno del Sistema de	Número de reportes del SIC enviados de manera oportuna / Total de reportes	porcentaje	100%	2019	100%	Reporte de los Indicadores del SIC dentro de los términos establecidos (HUS - UFZ - HRZ)	70%		50%	50%	Reporte de envío de indicadores SIC	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	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
4.2	la Calidad (SIC)	Información para la Calidad	del SIC					Seguimiento al envío oportuno de los reportes del SIC	30%		50%	50%		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	2019	6	Auditoria Interna para ISO 9001:2015	60%	100%			Informe de Auditoria Interna de NTC ISO 9001:2015	Jefe de Oficina Asesora 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%		50%	50%	Informe de seguimiento a Planes de Mejoramiento producto de la Auditoria al Sistema de Gestión Calidad NTC ISO 9001:2015		
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	90%	2020	100%	Realizar preauditoria al sistema de gestión ambiental según lineamientos de la ISO 14001:2015 por parte del ente certificador	25%	100%			Estudios previos de la visita de preauditoria Informe de la preauditoria al sistema de gestión ambiental	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	
6.2								Capacitación a los procesos priorizados del HUS los temas referentes al Sistema de Gestión Ambiental	25%	25%	25%	50%	Plan de capacitación en gestión ambiental Listas de asistencia de capacitación de los procesos priorizados		
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 2019	25%		50%	50%	Informe de seguimiento a Planes de Mejoramiento producto de la Auditoria al Sistema de Gestión Ambiental realizada en la vigencia 2018		
6.4								Solicitar la visita de certificación del sistema de gestión ambiental según lineamientos de la ISO 14001:2015 por parte del ente certificador	25%			100%	Estudios previos de la visita de certificación ISO 14001:2015 Certificado del sistema de gestión ambiental bajo la NTC ISO 14001:2015		
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%	2019	≥ 90%	Ejecutar las Líneas Estratégicas Plan de Acción de Hospital Verde según cronograma establecido en el HUS Bogotá	100%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	Informes y seguimiento al cronograma de ejecución del Plan de Acción de Hospital Verde del HUS	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad
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%	2019	≥ 90%	Ejecutar las Líneas Estratégicas Plan de Acción de Hospital Verde según cronograma establecido en la UFZ	100%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	Informes y seguimiento al cronograma de ejecución del Plan de Acción de Hospital Verde de la UFZ	Coordinador General UFZ

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
9	Implementar el plan de acción de la estrategia hospital verde para la HRZ	Ejecución del Plan de Acción de la Estrategia Hospital Verde para la HRZ	N°. Acciones implementadas del plan de acción / Total de acciones programadas del Plan de Acción de la Estrategia Hospital Verde	Porcentaje	NA	2019	≥ 90%	Ejecutar las Lineas Estrategicas Plan de Accion de Hospital Verde según cronograma establecido en el HRZ	100%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	Informes y seguimiento al cronograma de ejecución del Plan de Accion de Hospital Verde del HRZ	Director HRZ
10,1	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 para la 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	100%	2019	100%	Elaboración de Plan de Mejoramiento producto de la Autoevaluación de los servicios de Habilitación realizado por la SSC	30%	100%				Plan de Mejoramiento de Habilitación elaborado	Coordinador General UFZ
10,2								Ejecución del Plan de Mejoramiento de Habilitación para la vigencia	70%		25%	50%	25%	Informe de seguimiento a la ejecución del Plan de Mejoramiento de Habilitación	
11,1	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 para la 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	100%	2019	100%	Elaboración de Plan de Mejoramiento producto de la Evaluación de los servicios de Habilitación realizado por la SSC	30%	100%				Plan de Mejoramiento de Habilitación elaborado	Coordinador General UFZ
11,2								Ejecutar el Plan de Mejora de Habilitación para la vigencia	70%		25%	50%	25%	Informe de seguimiento a la ejecución del Plan de Mejoramiento de Habilitación	
12,1	Dar cumplimiento al Plan de Mejora producto de la Autoevaluación de Habilitación para el HRZ	% de avance de implementación para la Habilitación del HRZ	Número de actividades realizadas del Plan de Mejora para Habilitación / Total de actividades programadas del Plan de Mejora para Habilitación	Porcentaje	ND	2019	100%	Realizar autoevaluación de los estándares de habilitación con los parámetros de la norma 2003 de 2014	40 %	100 %				Autoevaluación realizada bajo los parámetros de la norma 2003 de 2014	Director HRZ
12,2								Desarrollar el plan de mejora de los estándares de Habilitación bajo los parámetros de la Resolución 2003 de 2014	40 %		40 %	50 %	10 %	% cumplimiento al plan de mejora	
12,3								Solicitud de visita de habilitación a la Secretaría Departamental de Salud bajo los parámetros de la Resolución 2003 de 2014	20 %			100 %	Acta de Visita de habilitación de la SSC		
13,1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a instituciones no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior HRZ	Promedio calificación autoevaluación	Promedio de calificación de autoevaluación en la vigencia / promedio de calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	Número	1,60	2019	0,94	Elaborar plan de Mejoramiento producto de Autoevaluación de Acreditación realizada en el HUS Bogotá en los estándares específicos de Sedes Integradas en Red	35%	100%				Plan d emejoramiento elaborado	Director HRZ
13,2								Ejecución del plan de Mejoramiento producto de Autoevaluación de Acreditación realizada en el HUS Bogotá en los estándares específicos de Sedes Integradas en Red	35%		25%	50%	25%	Informe de ejecución del Plan de Mejoramiento para Acreditación	

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
17,3															
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	4/4	2019	90%	Continuar realizando un comité quirúrgico trimestral, con el fin de revisar indicadores de la unidad quirúrgica y tomar acciones frente a desviaciones.	50%	25%	25%	25%	25%	Actas de comité quirúrgico	Director Científico Lider del Servicio Quirúrgico
18,2								Hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones tomadas en cada comité.	50%	25%	25%	25%	25%	Actas de comité que soportan el seguimiento de las acciones tomadas en el comité quirúrgico	
19,1	Evaluar la gestión clínica de los Pacientes de Urgencias	Oportunidad en la definición de conducta médico/quirúrgica en el paciente de urgencias (Medicina Interna, Cirugía General, Ortopedia y Vascular periférico)	Tiempo transcurrido entre la valoración médica especializada hasta la definición de conducta médica especializada (Medicina Interna, Cirugía General, Ortopedia y Vascular periférico)	horas	ND	2019	90%	Elaboración de Plan de Mejoramiento producto del análisis de los resultados de las auditorías médicas concurrentes realizadas a las Historias Clínicas de los pacientes de urgencias en el 2019	35%		50%		50%	Informe cualitativos y cuantitativos	Dirección de Atención al Usuario Subdirector de Urgencias
19,2								Monitorear y analizar la mortalidad menor a 24 horas en Pacientes de urgencias y con base a los resultados formular las acciones de mejora a que haya lugar	35%	50%		50%	Informe cualitativos y cuantitativos		
19,3								Medir la oportunidad de definición de conducta médica/quirúrgica especializada en el servicio de urgencias de las especialidades específica de: Medicina Interna, Cirugía General, Ortopedia y Vascular periférico	30%	25%	25%	25%	25%	Informe cualitativos y cuantitativos	
20,1								Documentar el Banco de ideas o estrategias innovadoras de hotelería Hospitalaria ara mejorar la comodidad del paciente durante la atención	5%	100%			Documento con ideas y /o estrategias		
20,3								Implementar Una (1) Estrategia de Innovación de Hotelería Hospitalaria para mejorar la comodidad del paciente durante la atención	20%		25%	50%	25%	Documento con informe de implementación	
20,4								Implementar una (1) Estrategia que fortalezca la intervención de Trabajo Social en el Paciente ambulatorio de Consulta Externa	25%		25%	50%	25%	Documento con informe de implementación	

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE						
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4														
					Valor	Año															
20,5	Contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención en salud del usuario en los atributos de Humanización y Seguridad	Construcción de línea base del indicador basado en comportamiento de Quejas - Reclamos (QR) relacionadas con Atributo de Humanización en Hotelería y Trabajo Social y Atributo de Seguridad en Enfermería	Número de QR relacionadas con Atributo de Humanización en Hotelería y Trabajo Social y Atributo de Seguridad en Enfermería / Total QR relacionadas con Atributo de Humanización y Seguridad *100	Porcentaje	ND	2019	NA Se determinará una vez identificado el % de línea base	Realizar Jornadas de capacitación al personal de enfermería en los siguientes procedimientos y/o programas priorizados: 1. Prevención de lesiones de Piel por Presión 2. Estrategia multimodal 3. Administración de medicamentos 4. Soporte Nutricional 5. Entrega de turno 6. Prevención de Caídas 7. Flebitis	10%	25%	25%	25%	25%	Informe de ejecución de jornadas de capacitación Listados de asistencia de capacitación fotos u otros	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Hotelería Hospitalaria Subdirección de Enfermería Lider de Proyecto de Trabajo Social						
20,6																Medir adherencia a los Procedimientos y/o Protocolos de Enfermería y definir acciones de mejora según resultados	15%	25%	50%	25%	1. Informe de medición de adherencia a Procedimientos y/o Protocolos de Enfermería 2. Planes de Mejoramiento según resultados
20,7																Realizar Campaña de estimulación a la lectura y consulta de Protocolos, Procedimientos y Guías publicados en la intranet al personal de Enfermería	5%	25%	25%	25%	Documento con informe de implementación
20,8																Mejorar la pertinencia en la formulación y cumplimiento del PAE en Pacientes hospitalizados Fortalecer la Atención de Enfermería a través del mejoramiento de la pertinencia en la formulación y cumplimiento de los Planes de Atención de Enfermería (PAE) realizando seguimiento a los siguientes Indicadores: 1. % de PAE's formulados correctamente - Fórmula: # de PAE's formulados correctamente / Total de PAE's Formulados. Meta 85% 2. % de PAE's Cumplidos - Fórmula: # de PAE's Cumplidos por Auxiliar de Enfermería / Total de PAE's Formulados. Meta 65%	20%	25%	25%	25%	25%
21,1	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	54%	2019	90%	Actualización del Plan Bienal	30%		50%		50%	oficios de radicación de los proyectos ante el ente Departamental	Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad						
21,2								Capacitación en Gestión de Proyectos y MGA a Directores, Subdirectores, Líderes de Proyecto y Líderes de Proceso del HUS	40%	50%	50%			Listados de Asistencia de Capacitación							
21,3								Definir procedimiento para avanzar en la metodología de Gestión por Proyectos en el HUS y sus Unidades Funcionales	30%			100%		Procedimiento documentado, aprobado y publicado							
22	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	71%	2019	80%	Realizar seguimiento a los proyectos radicados y en ejecución	100%		50%	50%	Seguimiento a las actividades y viabilidades técnicas emitidas por el ente revisor	Oficina Asesora de 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	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE	
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4									
					Valor	Año										
23	Generar todas las condiciones que permitan recibir la visita por parte del Ente Acreditador como Hospital Universitario	Cumplir con los requisitos para la Acreditación de Hospital Universitario	NA	Número	0%	2019	1	Recepción de visita por parte del ente Acreditador para Hospital Universitario	100%				100%	Resultado de la autoevaluación	Director científico Subdirector de Educación e Investigación Médica	
24,1	Cumplir el 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	87%	2019	90%	Revisión de plan de acción del Modelo docencia y aprobación por la Gerencia y la Dirección Científica	30%		100%			Plan de acción modificado de acuerdo a la revisión.	Director científico Subdirector de Educación e Investigación Médica	
24,2								Desarrollo del plan de acción del modelo de docencia para la vigencia	70%		10%	40%	50%	Soportes de las diferentes actividades programadas en el plan de acción		
25	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	2019	3	Formalización de las propuestas con Universidades Internacionales	100%			50%	50%	Convenio docencia-servicio firmado por las partes responsables	Director científico Subdirector de Educación e Investigación Médica	
26,1	Elaborar 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 el 4 año / Total de actividades propuestas en el cronograma en el cuarto año *100	Porcentaje	95%	2019	25%	Replantear el cronograma del proyecto para la implementación del centro de excelencia y realizar los ajustes correspondientes	20%	100%						Director científico Subdirector Neurocirugía
26,2								Continuar con el desarrollo del cronograma (cuarto año) de Planeación del proyecto para la implementación del centro de excelencia correspondiente.	40%	10%	30%	5%	10%	Soportes de las diferentes actividades programadas en el cronograma		
26,3								Elaboración de Plan de Mejoramiento producto de Auditoría Interna del Sistema de Gestión de la calidad basado en ISO 9001:2015	20%		100%			Informe de ejecución de Plan de Mejoramiento producto de Auditoría Interna del Sistema de Gestión de la calidad basado en ISO 9001:2015		
26,4								Ejecución del plan Mejoramiento producto de Auditoría Interna del Sistema de Gestión de la calidad basado en ISO 9001:2015 en lo correspondiente para la vigencia 2020	20%		100%			Informe de ejecución de Plan de Mejoramiento producto de Auditoría Interna del Sistema de Gestión de la calidad basado en ISO 9001:2015		

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
27	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	1,8 días	2019	≤ 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%	≤ 5 días (100%)	≤ 5 días (100%)	≤ 5 días (100%)	≤ 5 días (100%)	certificación oportunidad asignación de citas Ginecología	Dirección de Atención al Usuario Subdirector Consulta Externa
28,1	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	0,9 días	2019	≤ 5 días	Seguimiento periódico a Oportunidad en Obstetricia	50%	25%	25%	25%	25%	certificación oportunidad asignación de citas Ginecología	Dirección de Atención al Usuario Subdirector Consulta Externa
28,2								Coordinación con servicio para ajuste de agendas	50%	25%	25%	25%	25%		
29	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	3,3 días	2019	≤ 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%	≤ 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días		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	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE						
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4														
					Valor	Año															
30,1	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	2,6 días	2019	≤ 5 días	Continuar la apertura de agendas médicas con las horas ofertadas (40%)	40%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ						
30,2																Mantener la reunión de sensibilización sobre el proceso (20%)	20%	25%	25%	25%	25%
30,3																Mantener la medición mensual del indicador (40%)	40%	25%	25%	25%	25%
31	Mantener la Capacidad Ofertada en Consulta Externa > ó = 90% en Bogotá	% Uso de capacidad ofertada	No. De consultas realizadas / No. De consulta ofertadas	94%	90,1	2019	≥ 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%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%		Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Consulta Externa						
32,1	Mantener el giro cama mediante la Implementación de estrategias de gestión clínica con el acompañamiento de la auditoría concurrente	Giro Cama Hospitalaria	Número de egresos en el periodo / Camas disponibles en el periodo	Razon	4,1	2019	4,3	Fortalecer los equipos de análisis de estancias hospitalarias periódica y sistemáticamente reuniones para la gestión directa de la mismas	50%	25%	25%	25%	25%	Actas de Reunión Equipos Indicadores de Giro Cama	Director científico Líder de Atención al paciente hospitalizado						
32,2								Continuar con la gestión de auditoría concurrente Realizando al menos 4 acuerdos de servicio en la vigencia relacionados a estancia prolongadas atribuible a interdependencia de servicio	50%	25%	25%	25%	25%	Actas de Reunión de acuerdos de servicio							
33,1	Contribuir con la disminución de la razón de mortalidad materna de Cundinamarca, a través del desarrollo del programa educativo establecido en el HUS	Programa educativo desarrollado en el HUS	Numero de entrenamientos realizados en el periodo / Numero total de entrenamientos programados para el periodo.*100	Porcentaje	100%	2019	90%	Construir y concertar el cronograma para el entrenar a los capacitadores	20%	100%				Cronograma para el entrenar a los capacitadores	Director científico Subdirector de Ginecología						
33,2								Entrenar a los capacitadores de las IPS priorizadas en el programa educativo del HUS para contribuir con la disminución de la mortalidad materna en Cundinamarca.	80%	10%	30%	30%	30%	Planillas de asistencias y el informe la evaluación realizada							
34,1								Actualizar el Programa de Humanización Institucional	30%		100%			Programa de Humanización actualizado							

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
34,2	Implementar el Plan de Acción de Humanización en el HUS BOGOTÁ	% de cumplimiento del Cronograma del Programa de Humanización	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	100%	2019	90%	Elaboración y Ejecución de cronograma actividades del Programa de Humanización para el HUS Bogotá (que incluya la implementación de tres (3) nuevas Actividades que fortalezcan la atención humanizada)	70%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	Informe del Cumplimiento del cronograma de actividades Informe Estrategias implementadas	Dirección de Atención al Usuario
35,1	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 del servicios a través de capacitación / Total de Colaboradores de la Institución	Porcentaje	66,0%	2019	70%	Elaborar cronograma de Formación de Competencias de Humanización	20%	100%				Cronograma de Formación de Competencias de Humanización aprobado y publicado en la intranet	Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano
35,2								Ejecución del Cronograma de Formación de Competencias de Humanización	80%	30%	30%	40%	Informe de ejecución del cronograma de formación de competencias de Humanización		
36	Implementar el Plan de Acción de Humanización en la UF ZIPAQUIRA	% de Implementación de las 7 Líneas Estratégicas del Programa	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas *100	Porcentaje	100%	2019	50%	Ejecución de cronograma actividades del Programa de Humanización para la UFZ	100%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	Informe del Cumplimiento del cronograma de actividades Informe Estrategias implementadas	Coordinador General UFZ
37	Implementar el Programa de Humanización en el HRZ	% de Implementación de 4 de las Líneas Estratégicas del Programa de Humanización priorizadas	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas *100	Porcentaje	NA	2019	90%	Ejecución de cronograma actividades del Programa de Humanización para el HRZ según las Líneas Estratégicas priorizadas (4) (Comunicación Asertiva, Manejo de Privacidad y Confidencialidad / Manejo del Duelo y la Muerte / ambiente y Tecnología amigable)	100%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	Informe del Cumplimiento del cronograma de actividades (Evidencia Fotográfica, Listados de asistencia)	Director HRZ
38,1	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 su IPS? / No de usuarios que respondieron la pregunta.	Porcentaje	99%	2019	95%	Identificar y solucionar oportunamente las necesidades del Paciente hospitalizado a través de las Rondas y visitas diarias	50%	25%	25%	25%	25%	informe resultado de proporción de satisfacción del usuario, que incluya Rondas y Visitas realizadas a Pacientes Hospitalizados	Directora de Atención al Usuario
38,2								Realizar seguimiento desde la Dirección de Atención al Usuario a casos especiales de Pacientes hospitalizados	50%	25%	25%	25%	25%	Seguimiento a casos especiales documentados	
39,1	Mantener la Satisfacción Global de los Usuarios en el HUS UF ZIPAQUIRA	Satisfacción Global de los Usuarios	No de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta ¿cómo calificaría su experiencia global de atención en los servicios de salud de su IPS? / No de usuarios que respondieron la pregunta.	Proporción	90%	2019	87%	Definir estrategias y Elaborar Cronograma de Actividades para intervenir las oportunidades de mejora de acuerdo a los Resultados de Encuesta de Satisfacción realizadas por la Secretaría de Salud de Cundinamarca en el 2019	20%	100%				Estrategias y cronograma documentado	Coordinador General UFZ
39,2								Ejecutar Cronograma de Actividades	30%	30%	40%	30%	Informe de resultados de las actividades ejecutadas		

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
39,3			usuarios que respondieron la pregunta.					Realizar actividades que fortalezcan la Satisfacción de usuarios durante el Proceso de Atención en salud	50%	15%	30%	30%	25%	Informe de resultados de satisfacción de usuarios donde se incluya las acciones de mejora propuestas e implementadas	
40	Lograr una buena Satisfacción Global de los Usuarios en HRZ (Hospita Regional de 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	NA	2019	85%	Identificar y solucionar oportunamente las necesidades del Paciente hospitalizado a través de las Rondas y visitas diarias	100%	25%	25%	25%	25%	informe resultado de proporción de satisfacción del usuario, que incluya Rondas y Visitas realizadas a Pacientes Hospitalizado	Director HRZ
41	Lograr la efectividad de los mecanismos de participación social implementados en articulación con la SSC y/o el municipio	% de cumplimiento del Plan de acción	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas para la pvigencia*100	Porcentaje	95%	2019	100%	Ejecutar el Plan de acción de la Política de Participación Social según lo programado para la vigencia	100%	25%	25%	25%	25%	Informe de ejecución de las actividades programadas y ejecutadas con soportes respectivos según necesidad	Directora de Atención al Usuario Director HRZ Coordinador General UFZ
42,1	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 causas de QR 2019)	# 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 *100 / 5	Porcentaje	13,15%	2019	15%	Realizar acompañamiento a Líderes de Proceso en el análisis y formulación de planes de mejoramiento (según necesidad o pertinencia)	50%	25%	25%	25%	25%	Actas de reunion con soportes según .. pertinencia	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Defensoría del Usuario
42,2								Realizar seguimiento y Control al cumplimiento de correcciones o acciones de mejoramiento definidos por los Líderes de Proceso evaluando su efectividad	25%	25%	25%	25%	25%	Planes publicados en el PUM de cada Proceso Actas de Reunion, Anexando soportes que evidencien los avances descritos	
42,3								Definir e e Implementar estrategia de acogida, orientacion, informacion al usuario y su familia durante el proceso de atención.Ajustar según observaciones DAU	25%		50%		50%	Estrategia documentada ajustada e informe de implementación de estrategia anexando soportes respectivos	
43,1	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%	2019	≥ 10%	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%	25%	25%	25%	25%	Planes de Mejora incluidos en el PUMP del Proceso involucrado	Coordinador General UFZ
43,2								Seguimiento a la Implementación de los Planes de Mejoramiento formulados	30%	25%	25%	25%	25%	Informe mensual	
44,1								Implementar base de datos de todas las QRSD recepcionadas y clasificarlas	20%	100%				Base de Datos QRSD implementada	

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
44,2	Monitorear las Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (QRSD) presentadas en el Hospital Regional de Zipaquirá	Oportunidad en la respuesta de las QRSD en el HRZ en términos de Ley	Número total de QRSD contestadas en términos de Ley con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles siguientes a la radicación / Número Total de QRSD radicadas en el HRZ *100	Porcentaje	ND	2019	100%	Dar respuesta a las Peticiones en términos de Ley bajo normativa nacional vigente, Resolución 393 de 2017 Trámite Interno de QRSD en el HUS vigente y cumplimiento al Procedimiento institucional recepción, Trámites y respuesta de peticiones de usuarios código 02AUF06 vigente	40%	100%	100%	100%	100%	Informe de Gestión de PQRS Reporte mensual específico de PQRS a través del aplicativo de la SSC	Director HRZ
44,3								Formular planes de mejoramiento producto de las QRDS recepcionadas en el HRZ	40%	100%	100%	100%	100%	Planes de mejoramiento formulados en el Sistema de Gestión de Calidad producto de la QRSD	
45,1	Cumplimiento del Componente Estructural del Índice de Seguridad Hospitalaria	Índice de seguridad Hospitalaria	NA	Porcentaje	71,25%	2019	61%	Radical al Ministerio de Cultura - Patrimonio el estudio de segunda etapa de Reforzamiento Estructural en las áreas Críticas (Urgencias, Salas de Cirugía, Sala de Partos, Imagenología)	35%	100%				Aprobado por parte de Patrimonio.	Dirección Administrativa Líder de proyecto Arquitectura, mantenimiento y Equipo Médico
45,2								Presentación de Proyecto de segunda etapa de Reforzamiento Estructural en las áreas Críticas (Urgencias, Salas de Cirugía, Sala de Partos, Imagenología) ante la CURADURIA URBANA para su aprobación previa aprobación de los estudios por parte del Ministerio de Cultura - Patrimonio	5%			100%		1. Radicado a Curaduría Urbana 2. Aprobado por parte de Curaduría Urbana	
45,3								Radical proyecto con Metodología General Ajustada (MGA) al Ministerio de Salud	10%				100,0%	Radicado a Ministeria de Salud	
45,4								Cambio cubierta del 5to piso edificio asistencial, 5 piso edificio administrativo y consulta externa (Ortopedia, oftalmología, Urología)	50%	10%	30%	30%	30%	Actas de obra o informes de avance obra del contrato 811 del 2019 en donde se evidencia dichas intervenciones	
46,1	Cumplimiento del Componente No Estructural del Índice de Seguridad Hospitalaria en Bogotá	Índice de seguridad Hospitalaria	NA	Porcentaje	95,5%	2019	70%	Ejecución del plan mantenimiento hospitalario	20%	25%	25%	25%	25%	05GIF15-V1 Plan de mantenimiento preventivo de las instalaciones físicas de servicios firmado trimestralmente	Dirección Administrativa Líder de proyecto Arquitectura, mantenimiento y Equipo Médico 46,3 Líder del Proceso de Gestión de Bienes y Suministros 46,4 Oficina de Contratos
46,2								Radical estudio previo de obra correspondiente a implementación de la actualización del sistema eléctrico según normativa RETIE y NTC 2050 primera etapa adecuación de la Subestación Eléctrica	20%	100%				Recibido del Area de Compras y Suministros de estudio previo con el objeto de SUBESTACION ELECTRICA	
46,3								Convocatoria de obra correspondiente a implementación de la actualización del sistema eléctrico según normativa RETIE y NTC 2050 primera etapa adecuación de la subestación eléctrica	20%		100%			PDF de publicación de convocatoria	

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
46,4								20%				100%	PDF del Contrato		
46,5								20%	40%	20%	20%	20%	Orden, Informe fotografico-tecnico de dicha instalacion, reportes de mantenimiento.		
47	Cumplimiento del Componente Funcional del Índice de Seguridad Hospitalaria en Bogotá	Índice de seguridad Hospitalaria	NA	Porcentaje	88,4%	2019	90%	Ejecutar el Plan de Emergencias Institucional según lo definido en el cronograma de la vigencia	100%		50%	50%	Informe de ejecución del Plan de Emergencias institucional	Dirección de Atención al Usuario Profesional de Urgencias	
48	Actualizar el plan de emergencias hospitalario en articulación con el plan de gestión del riesgo municipal UFZ	Plan de emergencias hospitalario actualizado	NA	Porcentaje	ND	2019	90%	Ejecutar el Plan de Emergencias Institucional (UFZ) según lo definido en el cronograma de la vigencia	100%	25%	25%	25%	25%	Informe de ejecución del Plan de Emergencias institucional	Coordinador UFZ
49	Ejecutar plan de emergencias hospitalario en articulación con el plan de gestión del riesgo municipal HRZ	Plan de emergencias hospitalario implementado	NA	Porcentaje	ND	2019	90%	Ejecutar el Plan de Emergencias Institucional (HRZ) según lo definido en el cronograma de la vigencia	100%	25%	25%	25%	25%	Informe de ejecución del Plan de Emergencias institucional	Director HRZ
50	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 reportes entregados / Total reportes programados	Porcentaje	100%	2019	100%	Realizar el reporte mensual de eventos de atenciones de Pacientes por URGENCIAS origen laboral en el HUS Bogotá	100%	100%	100%	100%	100%	Reportes SIVISALA	Dirección de Atención al Usuario Líder de Proyecto de Estadística
51	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 reportes entregados / Total reportes programados	Porcentaje	100%	2019	100%	Realizar el reporte mensual de eventos de atenciones de Pacientes por URGENCIAS origen laboral en la UFZ	100%	100%	100%	100%	100%	Reportes SIVISALA	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	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
52	Reportar mensualmente al Sistema de Vigilancia en Salud Laboral el 100% de los eventos de origen laboral de acuerdo al lineamiento en la HRZ	Reporte al SIVISALA	# de reprotes entregados / Total reprotes programados	Porcentaje	100%	2019	100%	Realizar el reporte mensual de eventos de atenciones de Pacientes por URGENCIAS origen laboral en la HRZ	100%	100%	100%	100%	100%	Reportes SIVISALA	Dirección de Atención al Usuario Lider de Proyecto de Estadística
53,1	Implementación en el HUS como 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	Numero de Actividades Realizadas / Total de actividades programadas *100	Porcentaje	100,0%	2019	100%	Aprobación de Tarifas para Telemedicina con enfoque a Telecardiología por parte de la Junta Directiva del HUS	20%	100%					Dirección Financiera Subdirección de Mercadeo Dirección Científica
53,2								Presentar portafolio de servicios de Telemedicina con enfoque a Telecardiología al INPEC para ofertar servicios a la Población Privada de la Libertad (PPL) y a demás Hospitales Públicos de Cundinamarca	40%		100%				
53,3								Suscripción de contratos con diferentes IPS para prestar servicios de Telemedicina con enfoque a Telecardiología	40%		25%	50%	25%		
54,1	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	81,0%	2019	80%	Actualizar el Plan de Mercadeo	50%	100%				Ofertas de servicio a EPS habilitadas	Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo
54,2								Realizar mesas de trabajo con la Dirección Científica para buscar alternativas de ventas de servicios con por lo menos cinco (5) Especialidades para organizar paquetes de servicios atractivos al mercado y rentables	25%	25%	25%	25%	25%		
54,3								Codificar servicios no incluidos en el POS	25%		50%	50%			
55,1	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 estrategias. * 100	Porcentaje	100%	2019	100%	Parametrización de archivos centros de producción y gastos generales en modulo costos DGH	20%		100%			Acta con evidencias	Dirección Financiera
55,2								Incorporación de la información de actividades tiempos y movimientos de las 20 unidades de negocio mas representativas en el modulo de costos	30%		25%	50%	25%	Actas de incorporación en DGH	
55,3								Realización proceso de distribución primaria, secundaria y terciaria de mano de obra y de activos fijos	25%		50%	40%	10%	Informe generado DGH	

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
55,4								25%			50%	50%	Reporte Generado del Sistema		
56,1	Aumentar la Facturación	% porcentaje de facturación de servicios prestados	Valor facturado / Valor de la venta de servicios efectivamente prestados	Porcentaje	6,0%	2019	5%	Fortalecer el proceso de cierres de Egresos Hospitalarios en el módulo de facturación	60%	90%	90%	90%	90%	Informe de ingresos abiertos	Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo
56,2								Ejecutar acciones de pre auditoria tecnica y administrativa a las facturas entregadas a cuentas medicas dentro del periodo	30%	90%	90%	90%	90%	Informe de auditoria de facturacion	
56,3								Elaborar planes de mejora PUMP producto de la auditoria tecnica y administrativa a las facturas entregadas a cuentas medica	10%	90%	90%	90%	90%	Planes de mejora propuestos	
57,1	Mantener la Radicación oportuna por encima del 95% de la Facturación.	% de facturación radicada dentro del término de ley.	valor de facturación radicada dentro de términos / valor de facturación del mes inmediatamente anterior	% cumplimiento	98,0%	2019	95%	Realizar actividades de pre auditoria de cuentas (antes del vencimiento de las fechas de la radicación)	50%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	Certificación con % de radicación de la facturación	Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo
57,2								Tomar correctivos inmediatos de las deficiencias de la facturación en el periodo antes de radicarlas	25%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	Planes de Mejora en el PUMP según resultados de la preauditoria de cuentas	
57,3								Realizar seguimiento a la facturación pendiente por radicar	25%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	Informe de seguimiento a la facturación pendiente por radicar	
58,1	Mantener el % de Glosa aceptada ≤5% en relación con la Facturación	% Disminución aceptación glosa	% Aceptación periodo actual / total facturado periodo actual	Porcentaje	2,2%	2019	≤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.	25%	25%	25%	25%	25%	Socialización de glosa a las áreas implicadas	Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo
58,2								Generar mecanismos que permitan realizar las conciliaciones de manera oportuna	25%	25%	25%	25%	25%	Informe de conciliaciones	
58,3								Hacer cronograma de visitas con los ejecutivos de cuentas y monitoreo continuo	25%	50%		50%		Cronograma de visita de ejecutivos de cuentas	
58,4								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	25%	25%	25%	25%	25%	Actas de reunion	

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
59,1	<p>Poner en Marcha estrategias para la recuperación de cartera de la Vigencia y Vigencias Anteriores incluyendo acciones judiciales con estas últimas</p> <p>El cumplimiento de la meta se realizará producto del promedio de los tres (3) indicadores</p>	% de recaudo vigencia anterior	Valor recaudado de cuentas por cobrar vigencia anterior / Cartera de la vigencia anterior *100	% cumplimiento	47%	2019	65%	Alcanzar el 45% del recaudo de cuentas por cobrar radicadas por servicios prestados en vigencias anteriores.	30%	7%	7%	8%	8%	Informe de recaudo vigencia anterior	<p>Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo</p>
59,2		% 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	100%	2019		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	30%	7%	7%	8%	8%	Soporte entrega de cartera a jurídica y certificación meta producto área jurídica	
59,3		% de Recaudo de la vigencia actual	valor recaudado de la vigencia actual / valor total de la facturación radicada de la vigencia actual *100	% cumplimiento	37%	2019		Alcanzar el 60% del recaudo de cuentas por cobrar radicadas de servicios prestados en la vigencia actual.	40%	5%	10%	10%	15%	Informe de recaudo vigencia actual	
60,1	<p>Implementar y mantener la Política de Riesgo Antijurídico</p>	Política de Riesgo Antijurídico implementada	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	100%	2019	90%	Ejecución de la Política de daño antijurídico	40%				100%	Informe de seguimiento a la ejecución de la Política	<p>Jefe Oficina Asesora Jurídica</p>
60,2								Actualización del 90% de los Expedientes de los procesos Judiciales en que la entidad es parte en medio físico reportados en el SIHO 2193 con corte 30 octubre de 2020	40%				70%	Informe Auditor	
60,3								Análisis y exposición por parte de los abogados colaboradores de la Oficina Asesora Jurídica de casos jurídicos relevantes para la gestión de la Oficina Asesora Jurídica.	10%				100%	Memoria del caso expuesto	
60,4								En los casos en que se imponga una sanción a la entidad, se deberá identificar la causa que generó el proceso administrativo sancionatorio y remitir la solicitud de acción de mejora al área que defina el Comité de Conciliación y Defensa Judicial de la entidad.	10%				100%	Informe de análisis de las causas y soporte de remisión solicitud plan de mejora al área correspondiente	
61,1	Cumplimiento de las Flajas	Desarrollo de las						Seguimiento a las actividades producto de gestión contractual a cargo de la Oficina Asesora Jurídica. (Evaluaciones, minutas contractuales, adiciones y prorrogas, aprobación de póliza, actas de liquidación, tramite de incumplimientos contractuales)	30%				100%	Certificación de las actividades producto de la gestión	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	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
61,2	contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia	actividades contractuales que sean de competencia de la Oficina Jurídica	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	100%	2019	100%	Realizar el 80% del archivo del proceso contractual de la vigencia 2019	30%			100%	Informe de la realización del archivo del proceso contractual de la vigencia 2019	Dirección Administrativa Subdirector de Compras y Suministros Gestión Documental	
61,3								Liquidación del 80% de los contratos en los que proceda de la vigencias 2019	40%			100%	Informe de liquidación de contratos y requerimientos a los supervisores	Jefe Oficina Asesora Jurídica	
62,1	Autoevaluación sobre el grado de implementación del MECI	Promedio en el incremento en el grado de implementación de MECI según resultado de la Encuesta	Sumatoria de los factores del MECI según el resultado de cada funcionario encuestado / Total de Encuestados	Promedio	74,12%	2019	80%	Aplicación de Encuesta a los funcionarios para medir el grado de implementación del MECI	50%	100%			Encuesta enviada por correo electrónico	Jefe Oficina Asesora Control Interno	
62,2								Elaborar y socializar el Informe de Auditoría Anual del MECI (vigencia 2019)	50%	100%	Informe de Auditoría Anual del MECI Listados de asistencias a la socialización (Comité Directivo y Equipo MECI)				
63,1	Ejecución del Plan de Acción del MECI	Cumplimiento del Plan de Acción del MECI	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	porcentaje	92,3%	2019	90%	Brindar apoyo y asesoría al Equipo MECI para la propuesta de Plan de Acción del MECI Consolidar Informe y socializar ante Comité Coordinador de Control Interno	20%	100%			Plan de Acción MECI consolidado y aprobado por Comité Coordinador de Control Interno	Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	
63,2								Ejecutar el Plan de Acción del MECI	20%		25%	50%	25%	Informe de Ejecución del Plan de Acción MECI - Acta de Comité Coordinador de Control Interno	Equipo MECI
63,3								Consolidar el Plan de Acción para la implementación de MIPG	20%	100%				Plan de Acción MIPG consolidado y aprobado por Comité de Planeación y Gestión	Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
63,4								Ejecutar el Plan de Acción de MIPG	20%		25%	50%	25%	Informe de Ejecución del Plan de Acción MIPG - Acta de Comité de Planeación y Gestión	Directores y Subdirectores con responsabilidades en MIPG
63,5								Realizar seguimiento a la ejecución de los Planes de Acción MECI y MIPG	20%	25%	25%	25%	25%	Informe de Seguimiento a los Planes de Acción de MECI y MIPG	Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
64,1	Reducir en 1 punto porcentual la presencia de caries en la población de primera infancia, niñez y adolescencia 0 - 18 años.	% población de primera infancia, niñez y adolescencia sin caries	# población con caries/total de población atendida primera infancia, niñez y adolescencia atendidos durante el trimestre	Porcentaje	80%	2019	77,0%	realizar control de placa a 3000 usuarios y educación en higiene oral a 3400.	35%	25%	25%	25%	25%	informe y certificación de las actividades	Coordinación general UFZ Coordinación científica UFZ
64,2								Aplicación de barniz de fluor a 3000 usuarios	35%	25%	25%	25%	25%	informe y certificación de las actividades	

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
64,3								aplicación 4500 sellantes al los usuarios del servicio	30%	25%	25%	25%	25%	informe y certificación de las actividades	
65,1	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	2019	6	Auditorías de verificación de adherencia a las GPC de Hipertensión	35%	50%		50%		Acta de reunión y anexos (listado de asistencia y soporte fotográfico)	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
65,2								Auditorías de verificación de adherencia a las GPC de Diabetes	35%		50%		50%		
65,3								Socialización de los resultados de la auditoría al equipo de salud responsable de la atención evaluada	30%	25%	25%	25%	25%		
66,1	Aumentar el cumplimiento de la estrategia institucional SAMIS en un 3%	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	90%	2019	83%	Mantener la medición de los indicadores de la estrategia institucional SAMIIS	50%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
66,2								Socializar los resultados de indicadores de la estrategia SAMIIS y generar acciones de mejoramiento (si aplica)	50%	25%	25%	25%	25%		
67	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 asignadas a la IPS	Porcentaje	93%	2019	87%	Realizar demanda inducida a las mujeres de 50 a 69 años para toma de mamografía	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
68,1	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 años con toma de citología.	Número de mujeres entre 25 y 69 años que se han tomado la citología en el periodo definido / Total de mujeres entre 25 y 69 años asignadas a la IPS * 100	Porcentaje	56%	2019	44%	Realizar demanda inducida a las mujeres de 25 a 69 años para la toma de citología.	70%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
68,2								Medir la demanda efectiva realizada a las mujeres de 25 a 69 años toma de citología.	30%	25%	25%	25%	25%		
69	Aumentar en 5% 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	4956	2019	4560	Realizar toma de tensión arterial como prueba de tamizaje para hipertensión arterial en la población mayor de 35 años atendida en el periodo.	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
70,1	Aumentar en 10% la canalización efectiva de	No. de pacientes de 18 a 69 años diagnosticados con	Número de población mayor de 35 años con diagnóstico de HTA que ingresó al					Mantener el seguimiento de la implementación a las estrategias de búsqueda de población objeto del programa de crónicos	70%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
70,2	Controlar el número de pacientes hipertensos al programa.	Programa de control de hipertensión arterial que ingresan al programa.	programa / Número total de población mayor de 35 añoson diagnóstico de de HTA *100	Número	214	2019	165	Medir la demanda efectiva realizada a la población objeto del programa de crónicos	30%	25%	25%	25%	25%		Coordinación Científica UFZ
71	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	84%	2019	>80%	Continuar con la ejecución de actividades educativas colectivas de hábitos de vida saludables	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
72	Incrementar en el 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 2019	Tamizaje de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	Número de pacientes entre 18 y 69 años con tamizaje de Diabetes Mellitus reportado / Número total de población entre 18 y 69 años a cargo de la IPS *100	Porcentaje	1,7%	2019	1,8%	Realizar acciones de articulación intersectorial para la búsqueda activa / tamizaje para diabetes en personas de 18 a 69 años	70%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
								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							
								Programar y establecer acciones de demanda inducida con el PIC; con el fin de aumentar el tamizaje cardiovascular	30%	5%	40%	40%	15%		
73,1	Mantener la canalización efectiva de pacientes diabéticos al programa.	% 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 / Número total de población ntre 18 y 69 años con diagnóstico de diabetes *100	Porcentaje	1,6%	2019	1,8%	Mantener el seguimiento de la implementación a las estrategias de búsqueda de población objeto del programa de crónicos	70%	25%	25%	25%	25%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	
73,2								Medir la demanda efectiva realizada a la población objeto del programa de crónicos	30%	25%	25%	25%	25%		
74	Mantener el control de pacientes con diabetes a partir de la línea base 2018 en un 10% anual	Control diabetes mellitus	Numero de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus con hemoglobina glicosilada menor a 7% en los últimos 6 meses / Total de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus reportados	Porcentaje	20%	2019	21%	Continuar con la ejecución de actividades educativas colectivas de hábitos de vida saludables	100%	25%	25%	25%	25%	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	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
75,1	Incrementar el tamizaje en 5% para la detección de cáncer de próstata, con antígeno prostático, en hombres mayores de 50 años.	Exámenes de antígeno prostático.	No. Exámenes de antígeno prostático ordenados / Total de hombres mayores de 50 años a cargo de la IPS	Porcentaje	20,0%	2019	21,0%	Generar acciones de aumento de orden del examen de tamizaje para cáncer de próstata	50%	50%	50%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	
75,2								Realizar seguimiento a los PSA con resultado anormales de los usuarios con EAPB Convida e IPS HUS UFZ	50%	25%	25%	25%	25%		
76,1	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%	2019	100%	Socializar con el apoyo del equipo de salud mental los eventos de notificación de salud mental al personal médico de los diferentes servicios de la UFZ	50%	25%	25%	25%	25%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	
76,2								Notificar la totalidad de los eventos de notificación en salud mental	50%	25%	25%	25%	25%		
77	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) HRZ	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	3,4	2019	<15 días	Realizar seguimiento al indicador de oportunidad de citas de psiquiatría en HRZ	100%	<15 días	<15 días	<15 días	<15 días	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	
78,1	Mantener por debajo de 11% la proporción de nacidos con bajo peso al nacer, de la población de maternas usuarias del programa de CPN de la UFZ	Proporción de nacidos con Bajo peso al nacer	No de nacidos vivos con peso menor a 2500 gr al nacer / Total de nacidos vivos con la variable identificada en el certificado de nacido vivo.	Porcentaje	11,7%	2019	<11%	Realizar 4 auditorías de adherencia a la guía de CPN	35%	25%	25%	25%	25%	RUIAF	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
78,2								Socialización de los resultados de la auditoría al equipo de salud responsable de la atención evaluada	35%	25%	25%	25%	25%		
78,3								Realizar seguimiento desde programa de salud materna a las usuarias gestantes con riesgo de tener recién nacidos con bajo peso al nacer	30%	25%	25%	25%	25%		
79,1	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	2019	>5	Mantener la ejecución de actividades de fomento y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en los servicios ambulatorios y hospitalarios	70%	25%	25%	25%	25%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	
79,2								Mantener la ejecución de Club de Lactancia Materna en el servicio de salud infantil	30%	25%	25%	25%	25%		

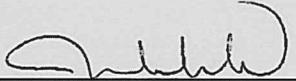
# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
80	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	No. de reportes realizados / Total de casos identificados	Porcentaje	96%	2019	100%	Medir semanalmente el porcentaje del reporte de MANGO, respecto a los usuarios atendidos en los programas de PyD	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
81	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	83%	2019	>80%	Mantener la ejecución de la Ruta institucional de atención integral a la desnutrición en menores de 6 años	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
82	Mantener por encima del 10% 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 *100	Porcentaje	53%	2019	>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%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
83	Mantener por encima del 85% las mujeres gestantes con 4 o más controles prenatales usuarias del programa de CPN de la UFZ	Proporción de mujeres con mas de 4 controles prenatales	# gestantes con 4 o más controles / Total atenciones de parto durante el periodo *100	Porcentaje	96%	2019	>85%	Implementar el uso de la APP GESTAMOS definido por la SSC para la monitorear en tiempo real la evolución, diagnóstico y seguimiento de las gestantes y sus Bebés	80%	100%	100%	100%	100%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
								Realizar seguimiento desde programa de salud materna a las usuarias gestantes inasistentes	20%	100%	100%	100%	100%		
84,1	Mantener por encima del 20% 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	No. Mujeres de 15 a 49 años que utilizan métodos de anticoncepción / Total de mujeres de 15 a 49 años a cargo de la ESE * 100	Porcentaje	20,7%	2019	>20%	Continuar la canalización de usuarios del grupo poblacional objeto al programa de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	60%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
84,2								Continuar los seguimientos a los usuarios del grupo poblacional objeto del programa de planificación familiar que así lo ameriten	40%	25%	25%	25%	25%		

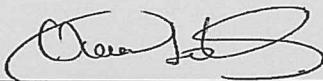
# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
85,1	Disminuir la proporción de adolescentes embarazadas en un 3%.	Proporción de mujeres embarazadas de 10 a 19 años	No. De mujeres embarazadas de 10 a 19 años / Total de mujeres embarazadas de 10 a 19 años a cargo de la ESE * 100	Porcentaje	15%	2019	15,2%	Continuar la canalización de usuarios del grupo poblacional objeto al programa de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	60%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
85,2								Continuar los seguimientos a los usuarios del grupo poblacional objeto del programa de planificación familiar que así lo ameriten	40%	25%	25%	25%	25%		
86,1	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%	2019	100%	Mantener la solicitud oportuna de tratamiento	40%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
86,2								Continuar la administración estrictamente supervisada del tratamiento	60%	25%	25%	25%	25%		
87,1	Alcanzar el 90% 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	95,7%	2019	≥95%	Contar con biológicos suficientes para dar cobertura a las necesidades del servicio	30%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
87,2								Contar con personal auxiliar de manera oportuna para realizar la vacunación en los tiempos estipulados por los lineamientos nacionales PAI	70%	25%	25%	25%	25%		
88,1	Mantener la proporción de reingreso hospitalario por IRA, en menores de 5 años, por debajo de 2% durante el período.	Proporción de reingreso de pacientes menores de 5 años con diagnóstico de IRA.	No. De menores de 5 años con reingreso hospitalario por IRA dentro de los 20 días después del primer ingreso por IRA en la misma institución / Total de menores de 5 años con al menos un ingreso por IRA.	Porcentaje	1,1%	2019	<2%	Capacitar al equipo de salud de los servicios de pediatría, consulta externa y urgencias sobre el manejo de la IRA	50%		50%	25%	50%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
88,2								Fortalecer la educación sobre cuidados en casa posterior a la atención médica (ambulatoria u hospitalaria)	50%		50%	25%	50%		
89,1	Aplicar auditorías de adherencia a la guía de práctica clínica de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 10 años.	Auditorías a CyD	No. De auditorías de HC realizadas / Total Auditorías programadas	Número	6	2019	6	Realizar 2 auditorías de adherencia a la guía de CyD	50%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
89,2								Socialización de los resultados de la auditoría al equipo de salud responsable de la atención evaluada	50%	25%	25%	25%	25%		
90	Mantener los servicios amigables para adolescentes en la UFZ	Servicios amigables implementados	N° de servicios amigables para adolescentes implementados	Número	1	2019	1	Mantener la ejecución de la Ruta institucional SAS en la UFZ	100%	25%	25%	25%	25%		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	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
91	Documentar el modelo de atención en salud por etapas de curso de vida.	Modelo de atención	Modelo de atención documentado	Número	0,5	2019	0,5	Documentar la RIAS de promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
92,1	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%	2019	100%	Continuar la búsqueda activa de la población objeto en la UFZ (50%)	50%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
92,2								Mantener el seguimiento a población objeto en las bases de datos de las EAPB (50%)	50%	25%	25%	25%	25%		
93	Aumentar en el 5% el lamizaje de agudeza visual en la etapa de infancia	% de niños en etapa de infancia con lamizaje de agudeza visual	% de niños en etapa de infancia con lamizaje de agudeza visual / Total de niños en etapa de infancia atendidos en el programa de crecimiento y desarrollo	Número	59%	2019	62%	Realizar demanda inducida a los niños en etapa de infancia para la realización de lamizaje de agudeza visual	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
94	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	Porcentaje	28%	2019	29%	Realizar demanda inducida a los jóvenes para la realización de la consulta de detección temprana de las alteraciones del joven	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
95	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	Porcentaje	84%	2019	86,5%	Realizar seguimiento a la técnica de la toma de citología cervicouterina	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
96	Aumentar en 5% la proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año.	Proporción de mujeres entre 25 y 69 con toma de citología.	Número de mujeres entre 25 y 69 años que se han tomado la citología en el periodo definido/total de mujeres entre 25 y 69 años asignadas a la IPS	CALCULAR LÍNEA DE BASE PARA DEFINIR EL COMPROMISO % EN LA MUESTRA	54,9%	2019	57,7%	Incrementar demanda inducida en todos los servicios	100%	25%	25%	25%	25%		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	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
97	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%	2019	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 Zipaquirá	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
98	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%	2019	100%	Ejecución de las actividades establecidas en el cronograma para el año 2020	100%	100%	100%	100%	100%		Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas
99	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	96%	2019	83%	Ejecutar el PAA acorde a lo aprobado y sus modificaciones de acuerdo al presupuesto	100%				100%		Dirección Administrativa subdirección de Compras, bienes y suministros
100	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%	2019	90%	Ejecutar actividades establecidas en el cronograma de ejecución el Programa del Plan Anual de Vacantes 2020	100%	25%	25%	25%	25%		Dirección Administrativa Subdirección de Personal
101	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	100%	2019	90%	Ejecutar actividades establecidas en el cronograma de ejecución el Programa del Plan de Previsión de Recursos Humanos 2020	100%	25%	25%	25%	25%		Dirección Administrativa Subdirección de Personal
102,1	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	100%	2019	80%	1. Ejecutar el cronograma de Inducción, entrenamiento en puesto de trabajo y reinducción.	50%	20%	30%	30%	20%		Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano
102,2								2. Ejecutar el cronograma de compensaciones y elementos relacionados en todos los sistemas de vinculación (seg. social, prestaciones, pagos a contratistas, costos relacionados)	50%	25%	25%	25%	25%		
103	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	92%	2019	80%	Ejecutar el cronograma de capacitación.	100%			50%	50%		Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base AÑO 2019		Valor esperado Año 4								
					Valor	Año									
104	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	90%	2019	80%	Ejecutar el cronograma de Bienestar Social Laboral e incentivos..	100%			50%	50%		Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano
105	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	97%	2019	90%	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%	20%	30%	30%	20%		Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano
106	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	%	90%	2019	80%	Realizar el seguimiento del Plan Anticorrupción y de atención al Ciudadano de conformidad con lo establecido por la norma (se realizan tres (3) seguimientos al año)	100%				100%	Tres (3) Informes de seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Oficina Asesora de Control Interno
107	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%	2019	90%	Ejecución del Cronograma de Actividades Plan estregico de tecnologías de la información - PETI según lo programado para la vigencia 2020	100%			50%	50%	Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas	Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas
108	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%	2019	90%	Cronograma de Actividades Plan De Tratamiento De Riesgos De Seguridad Y Privacidad De La Información	100%			50%	50%	Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas	Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas
109	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%	2019	90%	Cronograma de Actividades Plan De Seguridad Y Privacidad De La Información	100%			50%	50%	Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas	Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas


JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA
Gerente


VIVIAN CASTANEDA SOLANO
Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad