

ACUERDO NÚMERO 003 DEL

(04 FEB. 2019)

Por medio del cual se aprueba el Plan de Acción Integrado 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 con el Acuerdo No. 016 de 26 de Julio de 2018, se aprueba al Plan de Acción Integrado II semestre 2018 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

Que el Plan de Acción Integrado vigencia 2019 cumple con los lineamientos metodológicos y de contenido establecidos en el Plan de Desarrollo Departamental 2016-2020 “Unidos podemos más”, el Plan territorial de Salud 2016-2020 “Unidos podemos más por la Salud y la Felicidad, Plan Decenal de Salud Pública, Decreto 612 de 2018 y demás normas que le regulan, adicionen o sustituyan.

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.

Que con el Acuerdo No. 001 de 4 de febrero de 2019, se aprueba el cierre del Plan de Acción Integrado para la vigencia 2018 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

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 2019, y el mismo hace parte integral al presente Acuerdo en 11 folios.


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

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.


Dado en Bogotá D.C. a los cuatro (04) días del mes de Febrero de dos mil diecinueve (2019).



DR. ANA LUCÍA RESTREPO ESCOBAR
PRESIDENTE



DR. JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA
SECRETARIO

Proyectó: 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: Lunes 4 de Febrero de 2019
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 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% | | 25% | 50% | 25% | Informes de seguimiento a la ejecución de planes de mejoramiento | 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% | | 50% | 50% | Actas de capacitación Planillas de asistencia | 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 | 3,4 | 2018 | 3,4 | Evaluación de Estándares de Acreditación realizada por ente externo (Seguimiento) | 100% | | | 100% | Informe de seguimiento de Acreditación realizado por ente externo | 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% | | | | PAMEC formulado | Jefe de Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad | |
| 3.2 | | | | | | | | Seguimiento a la ejecución del PAMEC | 50% | | 50% | 50% | Informes de seguimiento a la ejecución del PAMEC | | |
| 4.1 | Cumplimiento oportuno del reporte relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC) Bogotá | Porcentaje de cumplimiento del reporte oportuno del Sistema de Información para la Calidad | 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% | 50% | Pantallazos de envío de reporte de indicadores | Dirección de Atención al Usuario Líder de Proyecto de Estadística | |
| 4.2 | | | | | | | | Seguimiento al envío oportuno de los reportes del SIC | 30% | | | | Informe de seguimiento al envío oportuno de los reportes SIC | Jefe de Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad | |

6

| # 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 2018 | | Valor esperado Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 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% | | | Informe de auditoria interna | Jefe oficina asesora de planeacion y garantia 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 Seguimiento a la ejecución de los Planes de Mejoramiento | |
| 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 Bogotá | 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% | 50% | 50% | | | Documentos actualizados en el SGC | Jefe oficina asesora de planeacion y garantia de la calidad Lider de Gestión Ambiental |
| 6.2 | | | | | | | | Socializar a los colaboradores del HUS los temas que afecten el desempeño del Sistema de Gestion Ambiental | 20% | | | 50% | 50% | Plan de capacitación en gestión ambiental Listas de asistencia | |
| 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% | | 25% | 50% | 25% | Informes de seguimiento a Planes de Mejoramiento producto de la Auditoria al Sistema de Gestión Ambiental realizada en la vigencia 2018 | |
| 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, Energía, junto con la estrategia de uso de papel. | 100% | 25% | 25% | 25% | 25% | 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% | 2018 | 90% | Implementar el Plan de Accion 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | 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 | Línea base AÑO 2018 | | Valor esperado: Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 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 Cògia) | 100% | 25% | 25% | 25% | 25% | | 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% | 100% | 100% | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | |
| 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% | 100% | | | | Plan de Mejoramiento de Habilitación elaborado | Coordinador General UFZ |
| 11.2 | | | | | | | | 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 | |
| 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 Cògua 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% | 100% | | | | Plan de Mejoramiento de Habilitación elaborado | Coordinador General UFZ |
| 12.2 | | | | | | | | 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 | |
| 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% | | | Documentos de autoevaluación de estándares de acreditación Informe Consolidado por Grupo de Estándares | Coordinador General UFZ |
| 14.1 | | | | | | | | Elaborar el PAMEC | 25% | | 100% | | | PAMEC formulado | |

| # 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 2018 | | Valor esperado Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 14.2 | 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% | Ejecutar el PAMEC | 50% | | | 50% | 50% | Informe de seguimiento a la ejecución del PAMEC | Coordinador General de la UFZ |
| 14.3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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% | | 50% | Pantallazos de envío de reporte de indicadores | Dirección de Atención al Usuario Lider de Proyecto de Estadística |
| 16.1 | Ejecutar el Programa de Gestión Integral del Riesgo institucional | Porcentaje de cumplimiento Programa de Gestión Integral del Riesgo | Número de actividades desarrolladas / Total actividades propuestas * 100 | Porcentaje | 71,0% | 2018 | ≥90% | Formulación de Planes de Mejora de los Riesgos institucionales que lo requieran | 50% | 25% | 50% | 25% | Planes de mejora de Riesgos | Directores Líderes de Proceso | |
| 16.2 | | | | | | | | Realizar Seguimientos periódicos a los controles establecidos por la institución | 50% | | | 100% | Informe de seguimiento | 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% | | 50% | | 50% | Informe de ejecución del Programa de Seguridad del Paciente Bogotá | 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% | | 50% | | 50% | Informe de ejecución del Programa de Seguridad del Paciente UFZ | Coordinador General de la UFZ |
| 18.1 | Implementar las Acciones 5 y 6 de la Estrategia de Buenas Prácticas | Cumplimiento de las Acciones 5 y 6 establecidas en la Estrategia de | Número de actividades realizadas / Total de actividades | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | Informes de ejecución | Director Científico |

Director Científico
y


| # Estrategia | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | | Descripción de estrategias y actividades | Peso % de la actividad frente a la meta | I Trím | II Trím | III Trím | IV Trím | EVIDENCIA | RESPONSABLE |
|--------------|--|--|--|------------------|---------------------|------|----------------------|---|---|--------|---------|----------|--|--|-------------|
| | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base AÑO 2018 | | Valor esperado Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 18.2 | en Quirófano (OBP) en Bogotá | Buenas Prácticas en Quirófano (OBP) | programadas | | | | | 50% | | 25% | 25% | 50% | | Líder del Servicio Quirúrgico | |
| 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% | 25% | 25% | 25% | Informe comparativo 2018-2019 de interconsultas en el servicio de urgencias. | 1- Dirección Atención al Usuario 2. Subdirección Urgencias 3. Subdirectores asistenciales (Ortopedia, Neurocirugía, Urología, Medicina Interna, Cirugía General) | |
| 19.2 | | | | | | | | Reportarlos en el TUC1, realizar los análisis correspondientes trimestralmente y comunicar las desviaciones a los responsables si los hubiese | 50% | 25% | 25% | 25% | Informe de gestión de urgencias incluir el análisis realizado en el TUC1 que demuestre la reducción del tiempo | | |
| 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% | | | 100% | Documentos de radicación ante los Entes que lo avalan Documentos que soportan el proyecto | 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 | | | | Realizar seguimiento a los proyectos radicados y en ejecución | 100% | | | | | Jefe oficina Asesora de Planeación | |
| 22.1 | Oblención de la Certificación de | | | | | | | Realizar una nueva autoevaluación de hospital universitario (30%) | 30% | | | 100% | | Director científico Subdirector de Educación e Investigación | |
| 22.2 | | | | | | | | Elaborar planes de mejora producto de la autoevaluación de Hospital Universitario (30%) | 30% | | | 50% | 50% | | |

| # 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 2018 | | Valor esperado Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 22.3 | Hospital Universitario | Hospital Universitario certificado | NA | Número | 30% | 2018 | 30% | Mantener la participación activa en dos Redes de investigación nacional (30%) | 30% | | 25% | 25% | 50% | Actas de asistencia a reuniones de redes de investigación | Subdirector de Educación e Investigación Médica |
| 22.4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| k4 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Director científico Subdirector de Educación e Investigación Médica |
| 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% | | | 50% | 50% | Convenio suscrito | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Director científico Subdirector de Educación e Investigación Médica |
| 25.2 | | | | | | | | Realizar la VI jornada de investigación del HUS | 50% | | | 100% | | | |
| 26 | Elaborar e implementar proyecto para la implementación del Centro de Excelencia en el servicio de Neurocirugía con enfoque en Trauma Raquímedular 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 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% | | 50% | | 50% | | Director Científico y Director de Neurocirugía |

60

| # 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 2018 | | Valor esperado Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 27 | Mantener el servicio de Clínica del Dolor en el HUS | Aumento de citas Servicio de Clínica del dolor en funcionamientos | # 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Dirección Científica Anestesiología |
| 28 | Mantener por debajo del máximo aceptable en oportunidad de citas en Ginecología establecido por las diferentes normas. Para sede Bogotá < 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% | ≤ 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 |
| 29.1 | Mantener por debajo del máximo aceptable en oportunidad de citas en Obstetricia establecido por las diferentes normas. Para sede Bogotá < 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | certificación oportunidad asignación de citas Obstetricia | Dirección de Atención al Usuario Subdirector Consulta Externa |
| 29.2 | | | | | | | | Coordinación con servicio para ajuste de agendas | 50% | 25% | 25% | 25% | 25% | | |
| 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% | ≤ 5 días (100%) | ≤ 5 días (100%) | ≤ 5 días (100%) | ≤ 5 días (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 | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | EVIDENCIA | RESPONSABLE |
|--------------|---|---|--|------------------|---------------------|-----------|-------------------------|--|---|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-----------|--|
| | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base AÑO 2018 | | Valor esperado Año 2019 | | | | | | | | |
| | | | | | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 31.2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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% | > ó = 90% (100%) | > ó = 90% (100%) | > ó = 90% (100%) | > ó = 90% (100%) | | 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 auditoría 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 periódica y sistemáticamente reuniones para la gestión directa de la mismas | 50% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Dirección Científica |
| 33.2 | | | | | | | | Continuar con la gestión de auditoría concurrente Realizando al menos 4 acuerdos de servicio en la vigencia relacionados a estancia profundadas atribuible a interdependencia de servicio | 50% | 25% | 25% | 25% | 25% | | |
| 34.1 | 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 | Número total de módulos del Programa Educativo desarrollados y desplegados a los médicos internos del HUS / Total de módulos del Programa Educativo desarrollados en el HUS *100 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Dirección Científica Subdirección de Ginecología |
| 34.2 | | | | | | | | Evaluación del modelo educativo desplegado a los médicos internos del HUS (50%). | 50% | | | | 100% | | |

W

| # 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 2018 | | Valor esperado Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | Informe del Cumplimiento del cronograma de actividades | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | Contar con soportes de evidencia de la "Celebración de Cumpleaños" a Ptes hospitalizados. | 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 del servicio 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% | | 30% | 30% | 40% | | |
| 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | Informe del Cumplimiento del cronograma de actividades | 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 su IPS?/No de usuarios que respondieron la pregunta. | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | Adjuntar informe resultado de proporción de satisfacción del usuario, que incluye correcciones y/o acciones de mejora | Dirección de Atención al Usuario Subdirectores y Líderes de Proceso o Coordinadores de Área |
| | | | | | | | | Mantener los tiempos promedios de espera para la atención en Urgencias de acuerdo a los estándares establecidos. | 40% | 25% | 25% | 25% | 25% | | |
| | | | | | | | | 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% | 100% | 100% | 100% | 100% | | |

| # 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 Trím | IV Trim | EVIDENCIA | RESPONSABLE |
|--------------|---|---|--|------------------|---------------------|------|----------------------|--|---|--------|---------|----------|---------|---|---|
| | | Nombre del Indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Linea base AÑO 2018 | | Valor esperado Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 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 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | Adjuntar informe resultado de proporción de satisfacción del usuario, que incluye correcciones y/o acciones de mejora | Coordinador General de Zipaquirá Dirección de Atención al Usuario Coordinadores y/o Líderes de Proceso o Coordinadores de Área |
| 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 vigencia*100 | Porcentaje | 100% | 2018 | 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 Coordinador General de la U.F de Zipaquirá / Profesional de Atención al Usuario U.F zipaquirá Subdirectores y Líderes de Proceso o Coordinadores de Área |
| 41.1 | 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 2018) | # 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 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | Actas de reunion con soportes según pertinencia | Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Defensoría del Usuario, Subdirectores de C Externa, Urgencias, Enfermería, otros y demás Líderes de proceso involucrados |
| 41.2 | | | | | | | | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | Planes publicados en el PUM de cada Proceso Actas de Reunión, Anexando soportes que evidencien los avances descritos | Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Defensoría del Usuario |
| 41.3 | | | | | | | | Resaltar y Comunicar a los Colaboradores y Líderes de Procesos las felicitaciones manifestadas por los usuarios y su familia. | 10% | 25% | 25% | 25% | | Informar las felicitaciones a los jefes de servicios. Anexar soportes | Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Defensoría del Usuario |
| 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% | 50% | | 50% | | Estrategia documentada ajustada e informe de implementación de estrategia anexando soportes respectivos | Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Defensoría del Usuario |

W

| # 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 2018 | | Valor esperado Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinador General UFZ |
| 42.2 | | | | | | | | Seguimiento a la Implementación de los Planes de Mejoramiento formulados | 30% | 25% | 25% | 25% | | | |
| 43 | Cumplimiento del Componente estructural del Índice de Seguridad Hospitalaria | Índice 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% | | | FINALIZACION DEL CONTRATO 178 DEL 2017 CON LA DOCUMENTACION CONSOLIDADA Y PRESUPUESTO DE OBRA ACTUALIZADO | Dirección Administrativa - líder de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento |
| | | | | | | | | Radicar y hacer ajustes solicitados por el Ministerio de Salud | 30% | | 100% | | RADICADO Y REBIDO POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD | Dirección de planeación | |
| | | | | | | | | Elaborar los estudios previos una vez se cuente con la aprobación del Ministerio de Salud | 20% | | 100% | | RECIBIDO DE ESTUDIO PREVIO RADICADO AL AREA DE COMPRA Y SUMINISTROS | Dirección Administrativa - líder de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento | |
| 44.1 | Cumplimiento del Componente No Estructural del Índice de Seguridad Hospitalaria en Bogotá | Índice de seguridad Hospitalaria | NA | Porcentaje | 63,51 | 2018 | 65% | Ejecución del plan mantenimiento hospitalario | 40% | 25% | 25% | 25% | 25% | TODOS LOS CONTRATOS CON SUS SOPORTES TECNICOS Y PLANILLA FIRMADA | Dirección Administrativa - líder de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento |
| 44.2 | | | | | | | | 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% | | RECIBIDO DE DOCUMENTACION POR PARTE DE CODENSA | Dirección Administrativa - líder de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento | |
| 44.3 | | | | | | | | Oblener 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% | | 100% | | OFICIO DE APROBACION POR PARTE DE CODENSA | Dirección de planeación | |

(10)

| # 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 2018 | | | | | | | | | | Valor esperado Año 3 | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | | | | | |
| 44.4 | | | | | | | 10% | | | 100,00% | | RECIBIDO DE ESTUDIO PREVIO RADICADO AL AREA DE COMPRA Y SUMINISTROS | Dirección Administrativa - líder de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento | | | | | | |
| 44.5 | | | | | | | | | | | | Contratar para la ejecución de la obra e interconectoria | 15% | | | 100% | CONTRATO PROYECTO POR JURIDICA | Dirección de bienes y suministros Y Jurídica | |
| 44.6 | | | | | | | | | | | | Asegurar o anclar todos los lockers.(cuantificar los lockers y realizar anclaje) | 5% | 10% | 30% | 40% | 10% | ORDENES DE TRABAJO TRABAJO Y FOTOS DE LOS LOCKERS ANCLADOS SEGUN LISTADO INICIAL | Dirección Administrativa - líder de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento |
| 45.1 | Cumplimiento del Componente Funcional del Índice de Seguridad Hospitalaria en Bogotá | Indice de seguridad Hospitalaria | NA | Porcentaje | 83,0% | 2018 | 86% | | | | | | | NA | | | | | |
| 45.2 | | | | | | | | | | | | | | Ejecutar el Plan de Emergencias Institucional según lo definido en el cronograma de la vigencia | 70% | | | | 90% |
| 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% | | | | | | | Actualizar el documento Plan de emergencias hospitalario. | 50% | | | 100% | |
| 46.2 | | | | | | | | | | | | | | Socializar el plan con unidad de gestión del riesgo municipal. | 50% | | | | 100% |
| 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% | Realizar el reporte mensual de eventos de atenciones de Pacientes por URGENCIAS origen laboral | 100% | | | 100% | 100% | Anexar correo de reportar mensualmente al Sistema de Vigilancia en Salud Laboral de los eventos de origen laboral de Pacientes atendidos en el HUS Bogotá | 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% | Realizar el reporte mensual de eventos de atenciones de Pacientes por URGENCIAS origen laboral en la U.F de Zipaquirá | 100% | | | 100% | 100% | Anexar correo de reportar mensualmente al Sistema de Vigilancia en Salud Laboral de los eventos de origen laboral de pacientes atendidos en la UFZ | Coordinador General UFZ Líder 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 | Linea base AÑO 2018 | | Valor esperado Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 49.1 | 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 en Teleconsulta + Telecardiología / Total de actividades programadas en Teleconsulta + Telecardiología para la vigencia *100 | Porcentaje | 90,0% | 2018 | 10% | Realizar el Proceso de Contratación de Desarrollo de la Plataforma de Telecardiología | 20% | | 100% | | | | Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas |
| 49.2 | | | | | | | | Desarrollo de la Plataforma de Telecardiología | 30% | | | 100% | | | |
| 49.3 | | | | | | | | Prueba Piloto de la Plataforma de Telecardiología | 10% | | | 100% | | | |
| 49.4 | | | | | | | | Puesta en Producción de la Plataforma de Telecardiología | 20% | | | | 100% | | |
| 49.5 | | | | | | | | Ampliar la contratación en el número de contratos nuevos para prestar servicios en Teleconsulta | 20% | | | | 100% | | |
| 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% | 100% | 100% | 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% | 100% | 100% | 100% | 100% | | |
| 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% | Consección de información actividades tiempos y movimientos de 30 Unidades de Negocio DE LAS 60 UNIDADES DE NEGOCIO | 100% | 25% | 50% | 75% | 100% | | Dirección Financiera |
| 52.1 | | | | | | | | Fortalecer el proceso de cierres de Egresos Hospitalarios en el módulo de facturación | 80% | 100% | 100% | 100% | 100% | | |
| | | | Valor facturado vigencia anterior | | | | | | | | | | | | |

(11)

| # 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 2018 | | Valor esperado Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 52.2 | Aumentar la Facturación | % aumento en la facturación | (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% | 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% | 100% | 100% | 100% | 100% | | Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo |
| 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% | 95% | > 95% | > 95% | > 95% | | 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 más representativos de manera trimestral. (30%) | 30% | 100% | 100% | 100% | 100% | | Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo |
| Ejecutar acciones de pre auditoría técnica y administrativa a las facturas entregadas a cuentas médicas dentro del periodo, a una muestra igual al 40% sobre lo facturado, de manera trimestral (50%) | | | | | | | | 50% | 100% | 100% | 100% | 100% | | | |
| 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% | 100% | 100% | 100% | 100% | | | |
| 54.3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55.1 | | % de recaudo vigencia anterior | Valor recaudado de cuentas por cobrar vigencia anterior / Cartera neta de la vigencia anterior *100 | % cumplimiento | 43% | 2018 | | Alcanzar el 50% del recaudo de cuentas por cobrar radicadas por servicios prestados en vigencias anteriores. (20%) | 20% | | | | 100% | | Dirección Financiera Líder de Cartera |

(6)

| # 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 2018 | | Valor esperado Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 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 | 54,00% | 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% | Soporte de radicación del trámite ante los despachos judiciales y la Superintendencia Nacional de Salud | Dirección Financiera Líder de Cartera Jefe Oficina Asesora Jurídica |
| 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% | | | | 100% | | 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%) | | | | | 100% | Informe de seguimiento al programa | Jefe Oficina Asesora Jurídica |
| 56.2 | | | | | | | | Expedientes de procesos judiciales en medio físico (60%) | | | | | 70% | 1. Matriz de procesos judiciales de la entidad 2. Informe del auditor 3. Inclusión de 1a, 2a y 3a víctima en Matriz de procesos judiciales de la entidad | |
| 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% | | 100% | | | Procedimientos actualizados | Jefe Oficina Asesora Jurídica |
| 57.2 | | | | | | | | Realizar el archivo del proceso contractual de la vigencia 2018 (30%) | 30% | | | | 100% | Informe de la realización del archivo del proceso contractual de la vigencia 2018 | 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% | | 100% | | | Planillas de capacitación | Jefe Oficina Asesora Jurídica |
| 57.4 | | | | | | | | liquidación de contratos en los que proceda de la vigencias 2018 (10%) | 10% | | | | 70% | Informe de liquidación de contratos y requerimientos a los supervisores | 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 | Linea base AÑO 2018 | | Valor esperado Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 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 | 76,0 | 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% | 100% | | | | | |
| 58.3 | 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% | Elaboración del Plan de Acción del MECI que incluya las recomendaciones emitidas por el DAFP y la Oficina Asesora de Control Interno | 10% | | 100% | | | Jefe Oficina Asesora de Planeación | |
| 58.4 | | | | | | | | Ejecutar del Plan de Acción del MECI | 90% | | 100% | 100% | Directores Lider de Proceso | | |
| 59 | Incremento en grado de madurez en la implementación del MECI | Calificación del grado de madurez del MECI emitida por el DAFP | NA | porcentaje | 71,80% | 2018 | 73,8% | Socializar los resultados de la evaluación emitida por el DAFP según la encuesta diligenciada en el aplicativo dispuesto por el DAFP | 100% | | 100% | | | Jefe Oficina Asesora Control Interno | |
| 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% | 50% | 0% | 50% | 0% | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ | |
| 60.2 | | | | | | | | Auditorías de verificación de adherencia a las GPC de Diabetes | 35% | 0% | 50% | 0% | 50% | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ | |
| 61.1 | Aumentar el cumplimiento de la estrategia institucional SAMIS en | Porcentaje de cumplimiento de la | Número de indicadores de la estrategia institucional SAMIS en cumplimiento / Total de | Porcentaje | 83% | 2018 | 83,0% | Mantener la medición de los indicadores de la estrategia institucional SAMIS | 50% | 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 2018 | | Valor esperado Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 61.2 | un 5% | estrategia institucional SAMIS | indicadores de la estrategia institucional SAMIS *100 | | | | | | | | | | | | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 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 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 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 65.1 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 65.2 | | | | | | | | Medir la demanda efectiva realizada a la población objeto del programa de crónicos | 30% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |

(u)

| # 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 2018 | | Valor esperado Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 66 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 67 | 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 Findrísk como prueba de tamizaje para Diabetes Mellitus a la población atendida entre los 18 años y 69 años en los programas de PyD | 100% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 68.1 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 68.2 | | | | | | | | Medir la demanda efectiva realizada a la población objeto del programa de crónicos | 30% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 69 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 70.1 | 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 examen de tamizaje para cáncer de próstata | 50% | 50% | 50% | 0% | 0% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 70.2 | | | | | | | | Realizar seguimiento a los PSA con resultado anormales de los usuarios con EAPB Convida e IPS HUS UFZ | 50% | 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 2018 | | Valor esperado Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 71.1 | 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% | Mantener las acciones de sensibilización al equipo de salud, sobre la importancia de la notificación de los eventos de interés en salud pública | 50% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 71.2 | | | | | | | | Continuar la Búsqueda Activa Institucional (BA) semanal | 50% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 72 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 73.1 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 73.2 | | | | | | | | Socialización de los resultados de la auditoría al equipo de salud responsable de la atención evaluada | 35% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 73.3 | | | | | | | | 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% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 74.1 | 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 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 |
| 74.2 | | | | | | | | Mantener la ejecución de Club de Lactancia Materna en el servicio de salud infantil | 30% | 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 2018 | | Valor esperado Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 75 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 76 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 77 | 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 | 10% | 2018 | 20 | 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 |
| 78 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 79.1 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 79.2 | | | | | | | | Continuar los seguimientos a los usuarios del grupo poblacional objeto del programa de planificación familiar que así lo ameriten | 40% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 80.1 | Disminuir la proporción de adolescentes embarazadas en un | 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 | Porcentaje | 16% | 2018 | 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 |

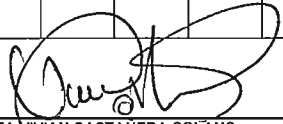
UW

| # 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 2018 | | Valor esperado Año 3 | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 80.2 | 5% | | de gestantes nuevas en el período *100 | | | | | | | | | | | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 81.1 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 81.2 | | | | | | | | Continuar la administración estrictamente supervisada del tratamiento | 60% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 82.1 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 82.2 | | | | | | | | Continuar el seguimiento a cohortes de vacunación | 70% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 83.1 | 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% | 0% | 50% | 0% | 50% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 83.2 | | | | | | | | Fortalecer la educación sobre cuidados en casa posterior a la atención médica (ambulatoria u hospitalaria) | 50% | 0% | 50% | 0% | 50% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 84.1 | 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 | 6 | Realizar 2 auditorías de adherencia a la guía de CyD | 50% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 84.2 | | | | | | | | Socialización de los resultados de la auditoría al equipo de salud responsable de la atención evaluada | 50% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 85 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |
| 86 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ |

Ua

| # 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 2018 | | | | | | | | | | Valor esperado Año 3 |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 87.1 | Fortalecer el programa de crecimiento y desarrollo de la UFZ | % de niños en el programa de crecimiento y desarrollo | Número de inscriptos 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ | |
| 87.2 | | | | | | | | | | | | | | | Mantener el seguimiento a población objeto en las bases de datos de las EAPB (50%) |
| 88 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ | |
| 89 | 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 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 | |
| 90 | 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% | 25% | 25% | 25% | 25% | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ | |
| 91 | 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 Zipaquirá | 100% | 25% | 25% | 25% | 25% | Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ | |


JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA
Gerente


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