

ACUERDO No. 001 DE 2019
(28 de Enero de 2019)

“POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD 2do SEMESTRE 2018, DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA”

LA JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA
En uso de sus atribuciones y

CONSIDERANDO

Que la Resolución 1536 del 11 de mayo de 2016 establece disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.

Que la Asamblea de Cundinamarca aprobó a través de la Ordenanza No. 006 de 2016 el Plan Departamental de Desarrollo 2016 – 2020 “Unidos Podemos Más” y el Plan Territorial de Salud 2016 – 2020 “Unidos Podemos Más por la Salud y La Felicidad”.

Que la Circular Externa de la Superintendencia de Salud N° 009 de 2015 establece que el director o gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar la información requerida en los numerales 9 y 10, que se debe presentar el Plan de Acción y los avances de ejecución a los que se refiere el artículo N° 74 de la Ley 1474 de 2011.

Que el Decreto 612 de 2018 establece la integración de los Planes Institucionales y Estratégicos al Plan de Acción. Las Entidades del Estado de acuerdo con el ámbito del modelo Integrado de planeación y gestión, al Plan de Acción del que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deben integrar los planes institucionales y estratégicos.

Que mediante la circular N° 087 del 29 de junio de 2018, emanada por la Secretaria de Salud de Cundinamarca, determina la integración de los Planes Institucionales que trata el Decreto 612 de 2018, con el Plan de Acción en Salud, en adelante el Plan de Acción Integrado conforme a los términos establecidos en el artículo N° 2 del Decreto 612 y que determina como plazo de publicación en la página web de la ESE el día 31 de julio de 2018.

Plan de Acción en Salud (PAS)	88%
Pla de Acción (Decreto 612 de 2018)	12%
Plan de Acción Integrado	100%

Que la secretaria de Salud de Cundinamarca establece que la evaluación del Plan de Acción Integrado 2do Semestre de 2018 deberá ser radicada a más tardar el 31 de enero de 2019, previa aprobación de la Junta Directiva.

Que conforme al reglamento interno de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, les corresponde a los miembros de la Junta Directiva, dentro del desarrollo de sus funciones, la aprobación de los Planes y programas.

Que el Plan de Acción Integrado 2do semestre 2018, 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.

ACUERDO No. 001 DE 2019
(28 de Enero de 2019)

“POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD 2do SEMESTRE 2018, DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA”

Que la Junta Directiva aprobó el Plan de Acción en Salud 2do semestre 2018 de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

Que la Oficina Asesora de Planeación Sectorial de la Secretaria de Salud de Cundinamarca, verifica y da el aval al Seguimiento del Plan de Acción Integrado y al Seguimiento del Plan de Acción en Salud del segundo semestre de 2018 de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha

Que los señores miembros de la Junta Directiva en sesión del día 28 de Enero de 2018, procedieron a realizar el seguimiento al Plan de Acción Integrado 2do semestre 2018, los cuales se encuentran ajustados a los lineamientos y soportes correspondientes.

Que en mérito de lo expuesto, la Junta Directiva de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, en uso de sus atribuciones legales:

ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar en todas sus partes el Plan de Acción Integrado 2018 de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, que comprende:

Ítem	Dimensión	No. de Metas	No. de Actividades
1	Salud Ambiental	3	5
2	No transmisibles	12	19
3	Salud Mental	2	2
4	Nutrición	4	4
5	Salud Sexual y Reproductiva	7	14
6	Transmisibles	4	6
7	Emergencias y Desastres	2	4
8	Salud Laboral	1	2
9	Vulnerables	3	4
10	Fortalecimiento Institucional	18	36
11	Decreto 612	12	33
TOTAL		68	129

27.

ACUERDO No. 001 DE 2019
(28 de Enero de 2019)

“POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD 2do SEMESTRE 2018, DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA”

ARTÍCULO SEGUNDO: Una vez realizado el seguimiento de los indicadores al interior de la institución y verificada la matriz por la Oficina Asesora de Planeación Sectorial se obtienen los siguientes resultados:

No.	META	Resultado
1	Diseñar y ejecutar el plan de acción en un 40% de la estrategia hospital verde	Cumple
2	Implementar en 50% el programa de reciclaje en la sede Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.	Cumple
3	Ejecutar en un 30 % el plan de acción definido en la línea de ahorro de energía, agua, papel según estrategia de hospital verde	Cumple
4	Reducir en 2 % la población de primera infancia, niñez y adolescencia sin caries, en el 2do semestre de 2018	Cumple
5	Realizar dos (2) auditorias de adherencia a guías en el programa de enfermedades crónicas (HTA y DM2) en el 2do semestre de 2018	Cumple
6	Aumentar en 1% la proporción de mujeres entre 50 y 69 años con mamografía ordenada en los últimos dos años, en el 2do semestre de 2018	Cumple
7	Mantener en un 90% la proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año, en el 2do semestre de 2018	Cumple
8	Mantener el control de hipertensión arterial a partir de la línea base 2017.	Cumple
9	Aumentar en 2% el tamizaje arterial en la población mayor 18 años a partir de la línea base 2017	Cumple
10	Mantener el tamizaje para diabetes en personas mayores de 18 años respecto a la línea de base establecida en la entidad para la vigencia 2017.	Cumple
11	Aumentar al 1% el control de creatinina a pacientes con Dx de hipertensión en el programa.	Cumple
12	Aumentar al 1% la solicitud de LDL a pacientes diabéticos del programa.	Cumple
13	Incrementar el control de diabetes en un 2% anual respecto a la línea de base establecida en la entidad para la vigencia 2017	Cumple
14	Incrementar en un 1% el control de Hemoglobina Glicosilada a pacientes con diabetes a partir de la base 2017	Cumple
15	Mantener en 85% las coberturas de canalización, para detección temprana para cánceres de próstata, para el 2do semestre de 2018	Cumple
16	Realizar el reporte del 100% de los eventos en salud mental (diferentes tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastornos mentales) identificados.	Cumple
17	Lograr una oportunidad del servicio de atención en psiquiatría a 15 días	Cumple
18	Mantener el 77% de niños menores de 5 años con valoración nutricional	Cumple
19	Mantener en cuatro (4) meses la duración media de la lactancia materna en el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha exclusiva en menores de 6 meses.	Cumple

ACUERDO No. 001 DE 2019
(28 de Enero de 2019)

“POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD 2do SEMESTRE 2018, DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA”

20	Realizar al 100% el reporte y seguimiento de la información de personas atendidas al sistema de vigilancia alimentario y nutricional para la Gobernación de Cundinamarca - MANGO.	Cumple
21	Mantener con el 5% la proporción de nacidos con bajo peso al nacer (según línea base 2017)	Cumple
22	Mantener en 85% la proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Cumple
23	Aumentar en el 4% de porcentaje de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales	Cumple
24	Aumentar a 2% el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (15-49 años)	Cumple
25	Disminuir en el 3% la proporción de adolescentes embarazadas	Cumple
26	Avanzar en la implementación al 25% de la Ruta de Materno Perinatal	Cumple
27	Implementar en un 85% los 10 pasos de la estrategia IAMI.	Cumple
28	Reestablecer los derechos de la adolescentes embarazadas menores de 15 años en un 100%.	Cumple
29	Identificar y realizar el tratamiento oportuno al 100% de los pacientes con Diagnostico de TB	Cumple
30	Vacunar al 95 % de nacidos vivos en el HMGY	Cumple
31	Mantener el seguimiento al 97% de menores de cinco años con diagnóstico de IRA atendidos en el servicio de Sala ERA	Cumple
32	Notificar oportunamente el 100% de los procesos institucionales para la vigilancia epidemiológica	Cumple
33	Actualizar el plan de emergencias hospitalario en articulación con el plan de gestión del riesgo municipal en cada vigencia	Cumple
34	Implementar al 100% el plan de emergencias de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.	Cumple
35	Reportar mensualmente al Sistema de Vigilancia en Salud Laboral el 100% de los eventos de origen laboral de acuerdo a los Lineamientos.	Cumple
36	Mantener la cobertura para la detección de alteraciones de los niños y niñas menores de 5 años atendidos en la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.	Cumple
37	Aumentar en 2% la adherencia a la guía de práctica clínica de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 10 años.	Cumple
38	Aumentar en el 50% base año 2017 la implementación de los servicios amigables para la población adolescentes asignada a la ESE Hospital	Cumple
39	Cumplir con un 80 % de cumplimiento del plan de mantenimiento del SUH	No Cumple
40	Realizar cinco seguimientos en comité directivo a los indicadores del sistema de información para la calidad. (Agosto a Diciembre)	Cumple
41	Cumplir en un 90% el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	Cumple
42	Realizar una (1) autoevaluación de acreditación en la vigencia. (Mejoramiento continuo de calidad aplicable a instituciones no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior)	Cumple

21.

ACUERDO No. 001 DE 2019
(28 de Enero de 2019)

“POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD 2do SEMESTRE 2018, DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA”

43	Alcanzar EL 80% DE la implementación de los módulos del sistema de información adquiridos por la ESE	Cumple
44	Continuar con la implementación de Gobierno en Digital cumpliendo con los requisitos del portal interactivo en un 75%.	Cumple
45	Continuar con la prestación de cuatro servicios en la modalidad de Telemedicina.	No Cumple
46	Gestionar por lo menos un (1) proyecto para la adecuación y/o remodelación de un servicio de la ESE HMGY de Soacha, acorde a las necesidades y en cumplimiento de la normatividad de habilitación.	Cumple
47	Lograr una recuperación de la cartera 2017 en un 80%	No Cumple
48	Lograr el recaudo y depuración del 40% de cartera de la vigencia 2016 hacia atrás	Cumple
49	Estructurar e implementar el sistema de costos en la E.S.E. HMGY de Soacha en un 60%	Cumple
50	Lograr la efectividad del 90% de los mecanismos de participación social implementados en articulación con el municipio	Cumple
51	Mantener el porcentaje de satisfacción de los usuarios entre 90% y 95%.	Cumple
52	cumplir con los tiempos de respuesta 10 días de las PQRSFD en la ESE HMGY de Soacha	Cumple
53	Fortalecer el sistema de riesgos mediante la implementación del programa de seguridad del paciente	Cumple
54	Implementar al 90% el plan de acción de humanización de la ESE	Cumple
55	Realizar en un 100% los reportes asistenciales al SIUS	Cumple
56	Realizar en un 100% los reportes financieros al SIUS	Cumple
57	Elaborar y ejecutar el Plan Institucional de Archivos PINAR de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas en un 60% para el segundo semestre de 2018	Cumple
58	Elaborar y ejecutar el Plan Anual de Adquisiciones de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas en un 90% para el segundo semestre de 2018	Cumple
59	Elaborar y ejecutar el Plan de Vacantes de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas en un 80% para el segundo semestre de 2018	Cumple
60	Elaborar y ejecutar el Plan de Previsión de Recurso Humanos de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas en un 70% para el segundo semestre de 2018	Cumple
61	Elaborar y ejecutar el Plan Estratégico de Talento Humano de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas en un 60% para el segundo semestre de 2018.	Cumple
62	Elaborar y ejecutar el Plan Institucional de Capacitaciones de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas en un 80%. para el segundo semestre de 2018	Cumple
63	Elaborar y ejecutar el Plan de Incentivos Institucional de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas en un 70%.para el segundo semestre de 2018	Cumple
64	Elaborar y Ejecutar el Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas en un 50%. para el segundo semestre de 2018	Cumple

ACUERDO No. 001 DE 2019
(28 de Enero de 2019)

“POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD 2do SEMESTRE 2018, DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA”

65	Elaborar y Ejecutar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas en un 50%. para el segundo semestre de 2018	Cumple
66	66-Elaborar y Ejecutar el Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas en un 70%. para el segundo semestre de 2018	Cumple
67	Elaborar y Ejecutar el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas en un 40%. para el segundo semestre de 2018	Cumple
68	Elaborar y Ejecutar el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas en un 30%. para el segundo semestre de 2018	Cumple

ARTÍCULO TERCERO: Evaluación Plan Integrado II Semestre 2018. De acuerdo a la circular N° 087 del 29 de junio de 2018 de la secretaria de Salud de Cundinamarca discrimina la calificación de los planes que hacen parte del Plan Integrado para el segundo semestre del 2018 así:

A. Plan de Acción en Salud (PAS)	88%
B. Pla de Acción (Decreto 612 de 2018)	12%
C. Plan de Acción Integrado	100%

CALIFICACION POR RESULTADOS

A. Para lo cual las Metas definidas por Dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, el resultado es:

DIMENSIONES PDSP	
No. De metas programadas	No. De Metas cumplidas al 100%
56	53
Total de Cumplimiento del II semestre PDSP	94,64

Para un cumplimiento

Total de Cumplimiento sobre el 88%
83,29

7.

ACUERDO No. 001 DE 2019
(28 de Enero de 2019)

“POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD 2do SEMESTRE 2018, DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA”

- B. Para las Metas definidas por el Decreto 612, que corresponde al 12% de la calificación acumulada del PAS 2do Semestre 2018.

DECRETO 612	
No. De metas programadas	No. De Meta cumplidas
12	12
Total de Cumplimiento del II semestre DEC. 612	100

- C. Para un cumplimiento

Total de Cumplimiento sobre el 12%
12,00

Para un Gran total de Cumplimiento del Plan de Acción del II semestre de 2018 de 95,29%

ARTÍCULO CUARTO: Evaluación PAS Plan de Acción en Salud AÑO 2018. De acuerdo a la circular No. 087 de 2018 de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, se determina que para efectos de la evaluación del Indicador N° 3 del área de dirección y gerencia contenido en el anexo N° 2 de la Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud, se estableció la ponderación para hacer la respectiva evaluación así:

Calificación del PAS del 1er semestre 2018 y PAS del 2do Semestre de 2018, serán ponderadas para obtener la calificación Definitiva del Plan de Acción en Salud año 2018.

TOTAL DE CUMPLIMIENTO PAS I SEMESTRE 2018	TOTAL DE CUMPLIMIENTO PAS II SEMESTRE 2018	TOTAL PAS 2018
90 %	93,71%	91,86%

De acuerdo a las calificaciones obtenidas el total de cumplimiento del PAS para el año 2018 es de **91.86%** de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

ACUERDO No. 001 DE 2019
(28 de Enero de 2019)

“POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD 2do SEMESTRE 2018, DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA”

ARTÍCULO QUINTO: La matriz con el consolidado del resultado del seguimiento del 2018 de cada uno de los indicadores y actividades incluidas en el Plan de Acción en Salud hace parte integral del presente Acuerdo, veintidós (22) folios.

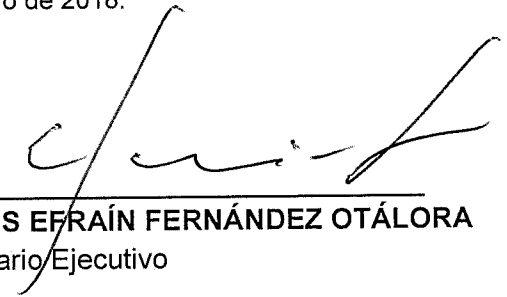
ARTÍCULO SEXTO: El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE


Dado en Soacha, Cundinamarca, a los 28 días del mes de Enero de 2018.



Dra. ANÁ LUCIA RESTREPO ESCOBAR
Presidenta



Dr. LUIS EFRAÍN FERNÁNDEZ OTÁLORA
Secretario Ejecutivo

Elaboro: John Henry Sánchez – Referente de Planeación 

ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
2.58E+09
31 de julio de 2018

Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Meta de producto anual	Nombre del indicador	Indicador de producto		Unidad de medida	Valor	Año base	Valor esperado o Año		% Cumplimiento o Meta	Descripción de la Actividad	Evidencia IV Trimestre	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales
		Descripción de la fórmula	Linea base				Año	Año						
1. Diseñar y ejecutar el plan de acción en un 40% de la estrategia hospital verde	Plan de acción diseñado y ejecutado	# actividades desarrolladas/# actividades propuestas.	Porcentaje	6/30= 19%	40%	2017	14 / 18 = 77%	100%	ENERGIA: se concientio el personal con respecto al ahorro de energía en los puestos de trabajo, generando una disminución del servicio de energía en los centros y puestos de salud. Se ha realizado el	REGISTRO FOTOGRAFICO DE MENSAJES alusivos al ahorro y uso eficiente de agua y energía, instalados en puntos de agua y energía, con el fin de generar conciencia en el personal administrativo y asistencial. Registro fotografico del cambio de luminarias de la sede asistencial. Registro fotografico luminarias entregadas. Base de datos de consumos de agua, energía. Vigencia 2018.	Después de realizar las brigadas de mantenimiento se tomaron medidas correctivas inmediatas, se cambiaron las llaves jardineras de las pocetas por unas llaves hechas en PVC, las cuales evitan los constantes goteos en las piscinas. Durante el transcurso del año 2018. Se ha venido realizando lo estipulado en el programa de saneamiento básico y agua potable, con respecto a lavados de tanques de almacenamiento de agua.	La ejecución de actividades depende en gran medida de la programación de actividades del personal asistencial y administrativo, para poder contar con la participación del 100 % del personal.	Ingeniera Ambiental Paula Sánchez	
2. Implementar en 50% el programa de reciclaje en la sede Hospital Mario Gaitan yanguas de Soacha.	% de implementación del plan de acción de reciclaje	No. Acciones implementadas /Total de acciones programadas	Porcentaje	40% En el 2017 no se maneja estos indicadores	50%	2017	7 / 8 = 87%	100%	* Implementación de actividades planeadas en el En la intranet se cuenta con un espacio específico llamado MEDIO AMBIENTE. Donde se	* Documento "PROGRAMA DE APROVECHAMIENTO DE RESIDUOS NO PELIGROSOS" actualizado, teniendo en cuenta el % de reciclaje con respecto a la cantidad de papel y cartón, siendo este el material más representativo, demostrando que las estrategias manejadas han funcionado y la participación del 100% del personal.	La programación de actividades depende en gran medida del presupuesto institucional, razón por la cual la ejecución de actividades depende en gran medida de la programación de actividades del personal asistencial y administrativo, para poder contar con la participación del 100% del personal.	Ingeniera Ambiental Paula Sánchez		
3. Ejecutar en un 30 % el plan de acción definido en la línea de ahorro de energía, agua, papel según estrategia de hospital verde	% implementación del plan de acción ahorro energía, agua, papel	No. Acciones implementadas según estrategia ahorro de energía, agua, papel /Total de acciones programadas	Porcentaje	25% En el 2017 no se maneja estos	30%	2017	30% = 7 / 7	100%	Medición de consumos de agua, energía y papel, con energía y papel, con	* Dentro del plan de acción del documento GA-PU-11 "PLAN INSTITUCIONAL DE GESTION AMBIENTAL - PGA-BAO EL INCLUIDO AL Tema de	La programación de actividades depende en gran medida del presupuesto institucional, razón por la cual la ejecución de actividades depende en gran medida de la programación de actividades del personal asistencial y	La programación de actividades depende en gran medida del presupuesto institucional, razón por la cual la ejecución de actividades depende en gran medida de la programación de actividades del personal asistencial y	Ingeniera Ambiental Paula Sánchez	

Nombre del IPS	Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	Código de habilitación de la IPS	Nombre del Gerente	Mesa de producto anual	Nombre del Indicador	Indicador de producto	Unidad de medida	Valor	Línea base	Valor esperado Año 2018	Valor Ejecutado Año 2018	% Cumplimiento Meta	Actividades	Peso % de la actividad en la meta	N trimestre	Clasificación Trimestre	Descripción de Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	Logros	Dificultades	Responsables Instituciones
4-Reducir en 2% la población de primera infancia, niñas y adolescentes de caries, en el 2do semestre de 2018								2060	4100	2017	48%	35.31%	Control de placa y educación en higiene oral.	33.33%	16.6%	16.6%	Se inició con el reporte del índice COP de manera periódica comparativo con los índices Nacional, de Dinámica Gerencial, en el cual esta la información descripta.	En el Hospital se trabaja con el software de Dinámica Gerencial el cual nos permite saber el número de pacientes atendidos de acuerdo al rango de edad solicitada. Y adicionalmente permite observar la historia clínica de cada uno de ellos con las cuales tomamos los resultados finales. Se anexa base de datos en excel exportada de DINAMICA GERENCIAL, en el cual esta la información descripta.	Se inició con el reporte del índice COP de manera periódica comparativo con los índices Nacional, de Dinámica Gerencial, en el cual esta la información descripta.	Dr. Mario Capuzano	
5-Reducir en 2% la adherencia a guía en el programa de enfermedades crónicas (HTA y DM2) en el 2do semestre de 2018								2017	3/3 = 100%	2/2 = 100%	100%	100%	Aplicación de barniz de fluor.	33.33%	16.6%	16.6%	Se retomaron las metas de cada EPS. El coordinador del servicio de odontología, sabiendo que el municipio el Ministerio de Salud lo identifica como causante de fluorosis, la aplicación de este se realiza teniendo los calificados por cada profesional al ser implementó la resolución 3280 y está siendo evaluada en sus diferentes observaciones del profesional en cada historia clínica, en dinámica y las historias clínicas, en dinámica y las observaciones del profesional en cada historia clínica, en dinámica y las historias clínicas, en dinámica y las características.	Historia clínica, en dinámica y las observaciones del profesional en cada historia clínica, en dinámica y las características.	Historia clínica, en dinámica y las observaciones del profesional en cada historia clínica, en dinámica y las características.	Dr. Mario Capuzano	
6-Aumentar en 1% la proporción de mujeres entre 50 y 69 años con mamografía ordenada en los últimos dos años, en el 2do semestre de 2018								2017	3/3 = 100%	2/2 = 100%	100%	100%	socializar y resultados de auditorías de adherencia a guías	50%	50%	50%	Se realizó de acuerdo al formato de auditoría de Historia Clínica. Establecido, se observa historias clínicas mas completas en referencia al primer semestre 2018. Se ha logrado un avance significativo en el diligenciamiento de la historia clínica, se ve la aplicación de las guías de Diabetes Mellitus del presente año, se logra realizar captación a mujeres entre los 50 y 69 años con criterios de inclusión y factores de riesgo los cuales fueron evaluados durante la consulta de caso a caso.	No se presentaron dificultades durante la ejecución de la auditoría. La Base de Historias para auditar se envía con demora lo cual requiere de premura en la ejecución de la Auditoría. La base enviada de los usuarios Hipertensos difícil la búsqueda de las atenciones de usuarios Hipertensos durante el segundo semestre 2018. Los datos básicos de la historia clínica son insuficiente no diligencian todos los campos ej: datos del acompañante, dirección del acompañante, teléfonos, etc.	Medico Auditor de Concurrencia Dra Alejandra Gonzalez Dr Rosalvo Miranda Dr Xavier Noriega		
7-Mantener en un 90% la proporción de mujeres entre 25 y 69 años en la toma de citología en el último año, en el 2do semestre de 2018								2017	3/3 = 100%	1079/ 1079 = 100%	96.08%	100%	realizar seguimiento a mujeres de 50 años a 69 años, para toma de mamografía	50%	25%	25%	Base de datos de atención "consulta de seno" (RIPS) Base de datos seguimiento telefónico a mujeres entre 50 y 69 años con orden medica para toma de mamografía.	Base de datos de atención "consulta de seno" (RIPS) Base de datos seguimiento telefónico a mujeres entre 50 y 69 años con orden medica para toma de mamografía.	Base de datos de atención "consulta de seno" (RIPS) Base de datos seguimiento telefónico a mujeres entre 50 y 69 años con orden medica para toma de mamografía.	Lic. Catalina Marentes	
8-Mantener en un 90% la proporción de mujeres entre 25 y 69 años en la toma de citología en el último año, en el 2do semestre de 2018								2017	6448/ 7100 = 90%	1079/ 1079 = 100%	96.08%	100%	Realizar promoción a la toma de mamografía a mujeres entre 50 y 69 años.	50%	25%	25%	Base de datos de registro de citologías de los diferentes centros y puestos de salud a libre demanda. Se hacen toma de 478 citologías en el mes de octubre, 408 en el mes de noviembre y 193 en el mes de diciembre.	Base de datos de registro de citologías de los diferentes centros y puestos de salud a libre demanda. Se hacen toma de 478 citologías en el mes de octubre, 408 en el mes de noviembre y 193 en el mes de diciembre.	Base de datos de registro de citologías de los diferentes centros y puestos de salud a libre demanda. Se hacen toma de 478 citologías en el mes de octubre, 408 en el mes de noviembre y 193 en el mes de diciembre.	Lic. Catalina Marentes	

ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Nombre de la IPS: 3E+109
 Código de habilitación de la IPS: 31 de julio de 2018
 Fecha de Aprobación de la Junta Directiva: Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA
 Nombre del Gerente:

Meta de producto anual	Nombre del Indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base		Valor esperado Año 2018	Valor Ejecutado Año 2018	% Cumplimiento Meta	Descripción de cumplimiento de la Actividad	Evidencia	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales
				Año	Valor								
16- Realizar el reporte del 100% de los eventos en salud mental (diferentes tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastornos mentales) identificados.	Eventos reportados	# eventos reportados/(total de eventos identificados).	Porcentaje	2017	62/62 casos reportados 100%	100%	64 / 64 = 100%	100%	Numero de eventos identificados y reportados en el aplicativo SIMGILA con relación a salud mental: SEIDENTIFICARON 30 CASOS	describa de datos básicos en la aplicación por trimestre	ACERCAMIETNO CON EL CENTRO DE SPA DEL MUNICIPIO DE SIBATE PARA REALIZAR CRUCE CON LA BASE DE DATOS DEL 2018	BUQUEDA ACTIVA NO ES EFECTIVA POR DIAGNOSTICO GE 10, POR NO SER TOMADO COMO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Referente de epidemióloga Lic. Paola Gutierrez
17- Lograr una oportunidad del servicio de atención en psiquiatría a 15 días	numero de días transcurridos par la atención de consulta de Psiquiatría	oportunidad en la asignación de consulta de psiquiatría	días	2017	28	15	8536 / 1792 = 5.4	100%	Asignación de citas de 1 vez y de Control por el servicio de Psiquiatría	Se reporta el indicador a través de la plataforma de Dinámica por el área de Sistemas, en el cual se calcula el total de consultas, por la diferencia de la Sumatoria de Días entre la solicitud de la cita y el día en que tiene la cita el paciente, y se obtiene por medio del descargue de la base	En el último trimestre de 2018 se evidenció una disminución importante en la oportunidad, así cumpliendo con los tiempos propuestos por el indicador	Bajo flujo de pacientes debido a fechas festivas, lo que conllevó a realizar la demanda de oferta	referente de consulta externa Lic. Liliana Parrado

ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

3E+09

31 de julio de 2018

DR. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Indicador de producto		Valor Ejecutado Año 2018	Valor esperado Año 2018	% cumplimiento meta	Descripción de cumplimiento de la actividad	Evidencia	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales
			Unidad de medida	Línea base								
22-Mantener en 85% la proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Mantener en 85% la captación de las gestantes antes de la semana 12 de gestación.	No. De gestantes captadas antes de la semana 12 / No. De gestantes captadas * 100	Porcentaje	2066 / 2430 = 85%	154 / 177 = 87%	85%	100%	La captación de las maternas antes de la semana 12 de gestación, se realiza mediante seguimiento telefónico a la base de gravidex positivos que reporta el laboratorio. En donde se asina cita a las gestantes captadas y a las no captadas se les direcciona a su respectiva EAPB.	Base de datos de Gravidex Clínico Base de datos de seguimiento telefónico de usuarias con gravidex positivos	Durante el III trimestre del presente año se ha logrado mantener el 85% de cumplimiento de la captación a mujeres embarazadas antes de la semana 12, mediante el seguimiento telefónico a las usuarias con reporte de Gravidex positivo. Lo que permite direccionar a las usuarias al inicio oportuno del control prenatal.	Durante el III trimestre del presente año las dificultades de la captación a mujeres con embarazo menor de 12 semanas están relacionadas en primer lugar con el no aseguramiento al sistema de salud lo que impide que las gestantes ingresen de manera oportuna a los programas de PYD especialmente al control prenatal, y en segundo lugar los problemas culturales de la población ya que no se percibe la importancia del ingreso temprano a los controles prenatales,	Lic. Catalina marentes
23-Aumentar en el 4% de porcentaje de mujeres	Proporción de mujeres con mas	# gestantes con más de 4 controles/# total	Porcentaje	1522/2120	1445 / 1911 = 75%	75%	100%	Se realiza captación y búsqueda activa a gestantes mediante seguimiento telefónico y demanda inducida a al control prenatal. Por otra parte se realiza seguimiento telefónico a las gestantes insistentes garantizando la continuidad de los controles prenatales.	Base de datos Kardex de gestantes Historia Clínica (RIPS) Base de datos de seguimiento telefónico de gestantes insistentes	Durante el III trimestre se logró el cumplimiento de la meta establecida, esto mediante el seguimiento telefónico a las gestantes insistentes al control prenatal el cual se realiza mensualmente en el cual se aquellas usuarias que no han asistido oportunamente, se informa la importancia de asistir mes a mes a control y se asigna nueva cita médica en el centro de salud mas cercano.	A pesar del cumplimiento de la meta establecida para el III trimestre se ha evidenciado que las gestantes no hacen una adecuada adherencia a los controles prenatales, por tal motivo se cuenta con la estrategia de seguimiento telefónico en el que se canalizan todas las gestantes que no han asistido de manera regular al programa, sin embargo alguno de los seguimientos telefónicos no son efectivos ya que los datos personales registrados en la historia clínica muchas veces no corresponden a la usuaria, en estos casos las usuarias son reportadas a las	Lic. Catalina marentes

ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Código de habilitación de la IPS 3E+09

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva 31 de julio de 2018

Nombre del Gerente DR. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Nombre de la IPS	Fecha de aprobación de la Junta Directiva	Código de habilitación de la IPS	Nombre del Gerente	Indicador de producto		Unidad de medida	Línea Base		Valor esperado Año 2018	Valor Ejecutado Año 2018	% cumplimiento meta	Descripción de cumplimiento de la actividad	Evidencia	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales
				Nombre del indicador	Descripción de la fórmula		Valor	Año								
gestantes que vienen a 4 o más controles prenatales	de 4 controles prenatales	gestantes identificadas *100.	e	71%	7200	7200	75%	Se realiza captación y búsqueda activa a gestantes mediante seguimiento telefónico y demanda inducida a control prenatal. Por otra parte se realiza seguimiento telefónico a las gestantes insistentes garantizando la continuidad de los controles prenatales.	Base de datos Kardex de gestantes Historia Clínica (RIPS) Base de datos de seguimiento telefónico de gestantes insistentes	Para el IV trimestre se continúa realizando seguimiento telefónico a las gestantes insistentes al control prenatal, en el cual se realiza demanda inducida al programa y también se da educación en salud resaltando la importancia de asistir a los controles prenatales mensualmente.	Para este trimestre se resalta las mismas dificultades del trimestre anterior y se continúa con la estrategia de seguimiento telefónico en el que se canalizan todas las gestantes que no han asistido de manera regular al programa, sin embargo alguno de los seguimientos telefónicos no son efectivos ya que los datos personales registrados en la historia clínica muchas veces no corresponden a la usuaria, en estos casos las usuarias son reportadas a las secretarías de salud del municipio de residencia para continuar el seguimiento.	Lic. Catalina marentes				
4-Aumentar a 2% el uso de métodos modernos 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 modernos de anticoncepción / No. Total de mujeres de 15 a 49 años a cargo de la ESE	Porcentaje	942/4810 = 19%	2017	2017	100%	Se realiza consulta de planificación familiar a libre demanda en os diferentes centros y donde se realiza la fórmula del método anticonceptivo de elección de los usuarios según los criterios de elegibilidad de la oms.	Base de datos de planificación familiar. Historia clínica Base de datos de consulta de Joven. Historia clínica	Durante el III trimestre se logró superar la meta en un 32% debido a la demanda inducida y canalización de mujeres que desean hacer uso de los métodos modernos de planificación, en los 9 centros y puestos de salud se ofrece consulta de planificación familiar y consulta del Joven en donde se captan mujeres con deseos de planificar, de brinda la educación y de ofrece el metodo elegido por la usuaria.	A pesar de lograr superar la meta establecida para el III trimestre, la planificación familiar para mujeres ha venido presentado dificultades principalmente en relación con la autorización de los diferentes metodos por mujeres accedan a metodos de planificación de larga duración lo que implicada el aumento de casos de mujer no adheridas al programa y por ende embarazos no planeados.	Lic. Catalina marentes				
								Se realiza consulta de planificación familiar a libre demanda en os diferentes centros y donde se realiza la fórmula del método anticonceptivo de elección de los usuarios según los criterios de elegibilidad de la oms.	Base de datos de planificación familiar. Historia clínica Base de datos de consulta de Joven. Historia clínica	Para el IV trimestre se ha mantenido la meta esto debido a la demanda inducida que se realiza al programa de Joven y Consulta de planificación familia. La ESE cuenta con el contrato de implantes subdermico esto ha permitido que las usuarias de eps Comparta, Salud Vida Y Ecoopsos accedan a metodos de planificación de larga duración lo que disminuye el embarazo en adolescentes.	Para este trimestre continuamos con las dificultades principalmente en relación con la autorización de los diferentes metodos por parte de las EAPBS especialment Convida, esto ha impedido que las mujeres accedan a metodos de planificación de larga duración lo que implicada el aumento de casos de mujer no adheridas al programa y por ende embarazos no planeados.	Lic. Catalina marentes				

ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

3E+09

31 de julio de 2018

Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Nombre de la IPS

Código de habilitación de la IPS

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva

Nombre del Gerente

Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Indicador de producto		Unidad de medida	Valor esperado Año 2018	Valor Ejecutado Año 2018	% cumplimiento meta	Descripción de cumplimiento de la actividad	Evidencia	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales
			Valor	Año									
									Las gestantes menores de 15 años, son remitidas al servicio de trabajo social en donde se realiza restitución de derechos, ya que estos casos son considerados abuso sexual o violencia de género según la normatividad	Base de datos restitución de derechos Historias clínicas (RIPS) Base de datos restitución de derechos Historias clínicas (RIPS)	Para el IV se continúa trabajando articuladamente con todas las áreas del hospital, con el fin de garantizar la restitución de derechos de todas las adolescentes embarazadas menores de 15 años. En la resolución 3280 de 2018 se dan lineamiento claros para la articulación de todas las áreas y de todos los profesionales que intervienen en embarazo de adolescentes.	Durante el IV trimestre no se han presentado dificultades ya que el cumplimiento es del 100%.	Lic. Catalina marentes

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLANES ESTRATEGICOS HOSPITALARIOS
PLAN DE ACCION EN SALUD

Nombre de la IPS
Código de habilitación de la IPS

ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
12575400380

Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Indicador de producto		Valor Esperado Año 2018	Valor Ejecutado Año 2018	% Cumplimiento de la Meta	Descripción de Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales
			Unidad de medida	Línea base								
			Valor	Año								
39-Cumplir con un 80 % de cumplimiento del plan de mantenimiento del SUH	% de cumplimiento del plan de sostenibilidad del SUH	# actividades cumplidas/# actividades propuestas.	45%	2017	80%	677 / 889 = 76%	95%	Se realiza seguimiento al plan de habilitación para los meses de octubre, noviembre y diciembre al cierre del trimestre se cumple con 67%. Se realiza procedimiento de implementación de GPC, e inicio del procedimiento con los lineamientos de la resolución 3280 de 2018	Matriz plan de acción de habilitación con seguimiento Procedimiento de adopción de GPC	Se realiza Seguimiento de todas las acciones de mejoramiento del plan institucional. Adopción de las GPC de todos los servicios habilitados que lo requieren. Se logra un avance general del 58% con respecto al plan.	Recursos para compra de dotación e infraestructura, falta de compromiso de algunos colaboradores con la entrega de soportes en la adopción de Guías de Práctica Clínica.	ing. Xiomara Muñoz ing. Xiomara Muñoz
40-Realizar cinco seguimientos en comité directivo a los indicadores del sistema de información para la calidad. (Agosto a Diciembre)	% de cumplimiento de los indicadores del sistema de información para la calidad. (Agosto a Diciembre)	# informes con seguimiento/# total de sesiones propuestas de comité directivo * 100	50%	2017	100%	5 / 5 = 100%	100%	El reporte de la Resolución 256 de 2016, se realiza a través de la plataforma pisis en una estructura de txt. Para el segundo semestre se realiza corte a 31 de diciembre y a la fecha (16 de enero) se encuentra en recolección, procesamiento y análisis de la información, el reporte se realiza finalizando el mes de enero. Se realiza monitoreo de calidad, donde se realiza priorización de los indicadores que no cumplieron con la meta establecida. Se realizan dos sesiones de análisis en comité directivo, prestando especial interés en aquellos que se segun mapa de calor se encontraron en alto y extremo. Las sesiones fueron realizadas en comité.	Registro en REPS, novedades realizadas en físico Pendiente soporte hasta finalizar el mes de enero	Se realiza Seguimiento de todas las acciones de mejoramiento del plan institucional. Se inicia implementación de Guía de resolución 3280 según circular 016 de 2017 emitida por el establecidas. En cumplimiento de la Resolución 256 de 2016, la entidad ha realizado seguimiento y reporte oportuno de los indicadores. Se realiza monitoreo con la intención de corregir y tomar medidas correctivas a diferentes espacios de la dirección así: Presentación de indicadores de oportunidad y de producción mensualmente en Macrocómité, se deja como evidencia el acta mensual (6); se actualizó al	No todos los referentes de áreas mostraron soportes y evidencias de las acciones para el tercer seguimiento al plan de mejoramiento institucional, así mismo se tuvo incumplimiento en el plan de acción en especial en los estándares de infraestructura y dotación, en parte debido a restricciones en los recursos para ejecutar las mejoras establecidas. Se solicitó formulación de plan de acción para aquellos indicadores con resultados críticos, de los cuales no se ha recibido información.	ing. Xiomara Muñoz
41-Cumplir en un 90% el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	% de cumplimiento del PAMEC	# acciones implementadas/# total de acciones propuestas *100	91%	2017	91%	20 / 21 = 95%	100%	No aplica. La planeación o formulación del PAMEC fue realizada en el trimestre anterior Se realizaron dos monitoreos al PAMEC, el primero en el mes de noviembre, se realizó seguimiento a 18 acciones, obteniéndose un resultado del 92%. Para el segundo seguimiento se realiza monitoreo del cumplimiento de totalidad de las acciones propuestas del PAMEC (21).	PAMEC 2018 Se realizaron dos seguimientos al PAMEC. Carpeta de evidencias.	El PAMEC fue recientemente formulado por lo que el tiempo de ejecución es muy corto para el impacto que requiere darse a las estrategias institucionales. El seguimiento del primer avance se dara retrospectivamente en el mes de octubre. Tiempo de ejecución muy corto. Cierre del PAMEC al finalizar el mes de enero de 2019.	ing. Xiomara Muñoz ing. Xiomara Muñoz	
42-Realizar una (1) autoevaluación de acreditación en la vigencia. (Mejoramiento continuo de calidad aplicable	Promedio de autoevaluación en la vigencia. (Mejoramiento continuo de calidad aplicable	Promedio de calificación de autoevaluación en la vigencia/promedio de calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	1	2017	1	1	100%	Se realizó la autoevaluación de los estándares de Acreditación correspondientes al sexto ciclo de la institución. e elaboraron Planes de Mejoramiento correspondientes a la priorización realizada	Autoevaluación realizada Formulación Planes de Mejoramiento	Falta de apoyo y compromiso de algunos referentes de la Institución, rotación de los referentes No se pudo realizar la formulación de los planes de mejoramiento de los estándares de Direcciónamiento.	Dra Alexandra Gonzalez Dra Alexandra Gonzalez	
								Se han identificado varias dificultades en la ejecución del Sistema de Información DGH.NET, las que están documentadas para una próxima contratación de soporte con la empresa SIAC. COMITÉ DE SISTEMAS	Solicitud de apalancamiento financiero para el soporte y actualización del sistema de información DGH.NET	Se ha logrado un avance significativo en la implementación del módulo de costos y se ha fortalecido la	Se realiza soporte técnico al sistema de información, a través del Administrador del Sistema, pero es necesaria la	Fernando Rodriguez

ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
2575400380

Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Indicador de producto		Valor esperado Año 2018	Valor Ejecutado Año 2018	% Cumplimiento de la Meta	Descripción de Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales
			Unidad de medida	Línea base								
			Valor	Año								
43- Alcanzar el 80% de la implementación de los módulos del sistema de información adquiridos por la ESE HMGY de Soacha	% de implementación de los módulos del sistema de información adquiridos por la ESE HMGY de Soacha	# de módulos en producción y actualizados en funcionamiento / # total de los módulos adquiridos por el Hospital	17 / 23 = 70%	2017	80%	82%	100%	Contrato 088-2018 con la empresa SYAC. Se realiza contratación de soporte y mantenimiento del sistema de información Dinámica Gerencial .NET con vigencia de 12 meses, contados desde el 28 de Diciembre de 2018. Se realiza contratación de soporte y mantenimiento del sistema de información Dinámica Gerencial .NET con vigencia de 12 meses, contados desde el 28 de Diciembre de 2018. Se realiza socialización de los inconvenientes presentados en el sistema de información DGH NET en el Comité de Gobierno en Línea y Comité de Gerencia, donde se generan alternativas de solución a los mismos.	Contrato 088-2018 con la empresa SYAC. Se ha logrado un avance significativo en la implementación del módulo de costos y se ha fortalecido la parametrización y articulación de los módulos financieros, a pesar de no contar con soporte directo de la empresa SYAC.	Se realiza soporte técnico al sistema de información, a través del Administrador del Sistema, pero es necesaria la contratación de soporte con el proveedor del software DGH-NET, ya que se presentan ajustes y solicitudes que se deben realizar desde el código fuente del aplicativo y que no pueden ser solucionadas desde la institución.	Fernando Rodriguez Fernando Rodriguez Fernando Rodriguez	
44- Continuar con la implementación de los requisitos del Gobierno Digital cumpliendo con los requisitos del portal interactivo en un 75%.	% de cumplimiento de los requisitos del Gobierno Digital interactivo en el portal interactivo en un 75%.	# de requisitos cumplidos de gobierno digital / # total de requisitos del portal interactivo para el Gobierno Digital	70%	2017	75%	82%	100%	Se realizó desde el proceso de Gestión de TIC's la actualización y publicación de información con base a lo establecido en la Ley 1712 de 2014 de Transparencia de información, el consolidado se envió a la SSC para su respectiva presentación ante Comité de Gerentes del mes de noviembre. El proceso de Control Interno realizó auditoría a la información publicada en el sitio web, el día 11 de Noviembre de 2018, tomando como base la herramienta de TIC's la actualización y publicación de información con base a lo establecido en la Ley 1712 de 2014 de Transparencia de información, el consolidado se envió a la SSC para su respectiva presentación ante Comité de Gerentes del mes de noviembre. El proceso de Control Interno realizó auditoría a la información publicada en el sitio web, el día 11 de Noviembre de 2018, tomando como base la herramienta de TIC's la actualización y publicación de información con base a lo establecido en la Ley 1712 de 2014 de Transparencia de información, el consolidado se envió a la SSC para su respectiva presentación ante Comité de Gerentes del mes de noviembre.	Se realizó la publicación de información según lo establecido en la Ley 1712, alcanzando un porcentaje de cumplimiento del 72%, ubicando al hospital en el cuarto lugar frente a los hospitales del orden departamental. Se realizó la publicación de información según lo establecido en la Ley 1712, alcanzando un porcentaje de cumplimiento del 72%, ubicando al hospital en el cuarto lugar frente a los hospitales del orden departamental. Se realizó la publicación de información publicada en el sitio web en el link "Transparencia", con base en lo establecido en la Ley 1712 de 2014. Información publicada en el sitio web en el link "Transparencia", con base en lo establecido en la Ley 1712 de 2014. Información publicada en el sitio web en el link "Transparencia", con base en lo establecido en la Ley 1712 de 2014.	Se presentan dificultades con algunas áreas en la consolidación, validación y publicación de información. Esta dificultad se viene superando con el seguimiento mensual de la información reportada y publicada. Se presentan dificultades con algunas áreas en la consolidación, validación y publicación de información. Esta dificultad se viene superando con el seguimiento mensual de la información reportada y publicada. Según acta de liquidación contrato : "No se pudo ejecutar contrato 031 de 2018, se presentaron inconvenientes debido a en cuenta las especificaciones técnicas y la imposibilidad operativa para la utilización de los equipos de electrocardiografía, debido a que la E.S.E. no cuenta con el software y drivers respectivos de los equipos, ya que estos son de uso exclusivo de la empresa ITMS (Empresa	Fernando Rodriguez Fernando Rodriguez Fernando Rodriguez	
45- Continuar con la prestación de cuatro servicios de Telemedicina.	Servicio en modalidad de telemedicina en funcionamiento	# servicios prestados en modalidad de telemedicina	4 / 4 = 100%	2017	4	25%	25%	REPS, contrato ITMS Se realizó la prestación de solamente un servicio por Telemedicina a través de Teleradiología Realizar el diagnóstico del sistema único de habilitación R 2003 de las sedes ciudad latina y Despensa así como del servicio de Urgencias del HMGY los cuales serán solucionados con la ejecución de los proyectos de adecuación de los puestos Ciudad Latina y Centro La Despensa. el mayor logro de la ejecución es poder cumplir con los requisitos del sistema único de Habilitación.	Según acta de liquidación contrato : "No se pudo ejecutar contrato 031 de 2018, se presentaron inconvenientes debido a en cuenta las especificaciones técnicas y la imposibilidad operativa para la utilización de los equipos de electrocardiografía, debido a que la E.S.E. no cuenta con el software y drivers respectivos de los equipos, ya que estos son de uso exclusivo de la empresa ITMS (Empresa	Dr. John Henry Sanchez Dra. Alexandra Gonzalez		
46- Gestionar por lo menos un (1) proyecto para la adecuación y/o remodelación de un servicio de la ESE HMGY de Soacha, acorde a las necesidades y en cumplimiento	% de cumplimiento del proyecto de adecuación y/o remodelación de un servicio de la ESE HMGY de Soacha, acorde a las necesidades y en cumplimiento	# de Proyectos gestionados / # total de proyectos planeados para la ESE	1 proyecto PBI	2017	100%	4 proyectos PBI	100%	Se realiza acompañamiento por parte de la dirección desarrollo de servicios, para la consecución de financiamiento para la ejecución de los proyectos. Se realiza inscripción de los proyectos en la MGA WEB. Se realiza legalización de los predios por parte de la alcaldía de Soacha. Se realiza entrega de la documentación solicitada por la Dirección de Servicios de	Realizar el diagnóstico del sistema único de habilitación R 2003 de las sedes ciudad latina y Despensa así como del servicio de Urgencias del HMGY los cuales serán solucionados con la ejecución de los proyectos de adecuación de los puestos Ciudad Latina y Centro La Despensa. el mayor logro de la ejecución es poder cumplir con los requisitos del sistema único de Habilitación.	Dr. John Henry Sanchez		

ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Nombre de la IPS	Código de habilitación de la IPS	Valor esperado Año 2018		Unidad de medida	Indicador de producto	Descripción de la fórmula	Línea base		Valor Ejecutado Año 2016	% Cumplimiento de la Meta	Descripción de Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales
		Año	Valor				Año	Valor							
47-Lograr una recuperación de la cartera 2017 en un 80%	2576400380	2017	80%	%	Recuperación de cuentas por cobrar en vigencia 2018 (cartera acumulada a corte de cada trimestre de 2018 / Valor pendiente de recuperar a Dic 31 de 2017		80%	2017	\$ 7.149.279.590,00 / \$ 11.556.832.925,00 = 61%	76%	Durante la vigencia 2018 se realizaron seguimientos a través de correos, trabajo etc pero por las condiciones particulares de algunas entidades no fue posible su recuperación o depuración de la misma caso especiales CONVIVIDA (falta de presupuesto) COMPARTIA, SALUDVIDA (MEDIDA DE SUPERSALUD) maestros. Conciliación de saldos vigencia 2017 con CONVIVIDA y asignación de presupuesto para el pago de los servicios prestados en vigencia 2017, morosidad por parte de SECRETARIA DE SALUD DE	actas de conciliación	Depuración de cartera de vigencia 2017 de entidades que no se habían obtenido acercamiento en otras vigencias. Conciliación de vigencia 2017 por evento con COMPARTIA.	A pesar de que los documentos legales exigidos por CONVIVIDA fueron radicados en septiembre 2018, hasta en Diciembre 27/2018 asignación cita de conciliación ante SUPERSALUD, valor conciliado pendiente de giro a diciembre 31 del 2018, esto impidió en parte el cumplimiento del indicador, pues no fue posible recaudar dicha cartera en vigencia 2018, para el cierre de vigencia 2018 presentamos a la fecha una facturación sin presupuesto de \$ 2.180.000.000 cifra que afectará los indicadores para la vigencia actual si la constante de convida se mantiene	Dra Yaneth Gil Zapata
48-Lograr el recaudado y depuración del 40% de cartera de la vigencia 2016 hasta atrás		2017	40%	%	Valor de recaudado de cartera > 360 días / Valor de la cartera >= 360 días establecida a 31 de diciembre de 2018 (balance)		30%	2017	\$ 2.074.465.769,00 / \$ 6.943.660.000 = 41%	100%	A pesar de que se obtuvo conciliación de la vigencia 2017 no ha sido posible obtener la conciliación total por concepto de glosa pendiente de conciliar, a si como avanzar en el proceso de conciliación de glosas con SEGUROS DEL ESTADO.	Se anexan actas de comité de sostenibilidad contable donde se exponen los avances y acercamientos realizados con las eps	Realizar el castigo de cartera o descuento de glos de acuerdo a los criterios de sostenibilidad contable y vigencia sobre depuración y castigo por derechos no ciertos	Pese a las gestiones realizadas durante la vigencia 2018 no fue posible depurar los saldos adeudados por CAPITA DE COMPARTIA y CONVIVIDA de vigencias 2016 hacia atrás, dicha entidad nos asigno cita para enero 31 del 2019. En el mes de Diciembre después de las gestiones realizadas con el FONDO FINANCIERO asignaron nuevamente cita para conciliar cartera definir el valor por conciliar de glosa dado al cambio de personal que se presentó en vigencia 2018.Otra dificultad fue aclarar la cartera por capita con SALUDVIDA de vigencia 2016 hacia atras. Con algunas entidades se avanzo en el proceso de depuración de cartera pero la dificultad fue lograr la conciliación de glosa y de devoluciones que permitieran obtener el recaudado de la misma	Dra Yaneth Gil Zapata
49-Estructurar e implementar el sistema de costos en la E.S.E. HMGY de Soacha en un 60%		2017	60%	%	# de acciones cumplidas (plan de trabajo) / # total de acciones (implementar sistema de costos)		0	2017	18 / 21 = 85%	100%	Se obtuvo información para establecimiento de Drivers Generales Se realizó Distribución de Gastos Se inicio Proceso de Distribución secundaria de Costos	Actualización metodología de costos 4. Actas de Capacitación del sistema Dinamica 14. Actas 2, 3 y 4 de la oficina de costos Consolidado de Maestro Cuadrados (DRIVER METROS CUADRADOS) 15. Email y anexos REFERENCIAS A IMPLEMENTACION ELECTRONICA	Se termino la parametrización de variables y se inicio el proceso de parametrización de las dispersiones	Surgio la necesidad constante de un equipo de computo para la parametrización del modulo, la cual se ha suplido mediante equipos de computo suministrados por otras areas de manera Temporal (Subgerencia Administrativa - Gerencia - Sistemas)	Ing victoria Bohorquez
50-Lograr la efectividad del 90% de los mecanismos de participación social implementados en articulación con el municipio		2017	90%	%	# de reuniones realizadas / # de reuniones programadas		80%	2017	17 / 21 = 100%	100%	Se realizaron reuniones en los siguientes espacios de participación: Comité de Ética: 3 reuniones Copacos: 1 reuniones (18 diciembre de 2018) Asociación: 4 reuniones	Se están bajando las dispersiones intermedias y secundarias de manera paralela	Los errores evidenciados en los centros de producción han hecho toda la parametrización de las distribuciones puesto que requieren de su corrección para la correcta distribución del costo	Ing victoria Bohorquez	

Nombre de la IPS: ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
Código de habilitación de la IPS: 2575400380

Meta de producto anual	Nombre del Indicador	Indicador de producto		Valor esperado Año 2018	Valor Ejecutado Año 2018	% Cumplimiento de la Meta	Descripción de Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales
		Descripción de la fórmula	Unidad de medida								
55-Realizar en un 100% los reportes asistenciales al SIUS	Realizar los Reportes asistenciales al SIUS	# folios enviados al SIUS / Total folios realizados SI	%	100%	103386 / 103386 = 100%	100%	El reporte del SIUS asistencial se ha realizado de forma online desde los equipos de consultorios de la institución, el reporte se ha realizado con éxito de forma mensual según el cronograma establecido.	Certificación de reporte de información al SIUS emitida por la Secretaría de Salud de Cundinamarca.	Se tiene un reporte del 100% de las actividades asistenciales en el SIUS desde las sedes que cuentan con un servicio de conectividad estable, con corte al 31 de Diciembre de 2018	La falta de cobertura de conectividad estable en los centros de salud de Granada y Pablo Neruda, hace que no se pueda reportar el 100% de las sedes.	Fernando Rodriguez
56-Realizar en un 100% los reportes financieros al SIUS	Realizar los Reportes financieros al SIUS	# reportes realizados / total de reportes Trimestral (18)leis mensuales)	%	100%	12 / 12 = 100%	100%	La institución realiza el reporte de información financiera al SIUS de forma trimestral, posterior al cierre financiero y reporte del Decreto 2193, según cronograma de reporte.	Certificación de Reporte emitida por la SSC.	La información financiera en sus 6 componentes fue reportada correctamente en la plataforma SIUS.	El reporte financiero se realiza de forma trimestral debido a que el mismo debe ser coherente con lo reportado en el ZISUS para el 2018 IV Trimestre se proyecta que el reporte SIUS se realice sobre el 15 de febrero de 2019, teniendo en cuenta que se presenta reporte Trimestral, Semestral y Anual..	referente TIC

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

Nombre de la IPS
ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA
Código de habilitación de la IPS
2575400380
31 de julio de 2018
Nombre del Gerente
DR. LUIS FERRAIN FERNANDEZ OTALORA

Meta de producto anual	Indicador de producto		Valor esperado Año 2018	Valor Ejecutado Año 2018	% Cumplimiento de la Meta	Descripción de Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales	
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula									Unidad de medida
33-Actualizar el plan de emergencias hospitalario en articulación con el plan de gestión del riesgo municipal en cada vigencia	Plan de emergencias hospitalario actualizado	Documento actualizado y aprobado por el CRUE.	Número	1	2017	1	100%	Se realiza reunión con gestión del riesgo para la participación en el simulacro Nacional	Acta de reunión con UNGR	Se mantiene articulado los Planes de Emergencias con entidades como Unidad de Gestión del Riesgo y Secretaría de salud de Soacha.	Adriana Giraldo
34-Implementar al 100% el plan de emergencias de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.	Plan de emergencias implementado	# actividades planeadas/# actividades realizadas * 100	%	3 / 3 = 100%	2017	100%	100%	Se realiza reunión con gestión del riesgo para la participación en el simulacro Nacional	Acta de reunión con UNGR	Se realiza acompañamiento a la referente Emergencias con entidades como Unidad de Gestión del Riesgo y Secretaría de salud de Soacha.	Adriana Giraldo
								Se realiza reunión con gestión del riesgo para la participación en el simulacro Nacional	Acta de reunión con UNGR	Se evidencia dificultad en los espacios requeridos para zona de expansión, Equipos de comunicación.	Adriana Giraldo

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

SECRETARÍA DE SALUD

PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS

PLAN DE ACCIÓN EN SALUD

ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

2675400380

31 DE JUNIO DE 2018

Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Nombre de la IPS

Código de habilitación de la IPS

Nombre del Gerente

Nombre del Indicador

Meta de producción anual	Indicador de producción		Valor esperado Año 2018	Valor Ejecutado Año 2018	% Cumplimiento de la Meta	Descripción Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales
	Nombre del Indicador	Descripción de la fórmula								
35-Reportar mensualmente al Sistema de Vigilancia en Salud Laboral el 100% de los eventos de origen laboral de acuerdo a los Lineamientos.	Reportes al SVISALA	Numero de Reportes entregados / Numero de Reportes Programados	100%	100%	100%	Mensualmente se realiza notificación de SVISALA de Base de datos de accidentes laborales y ausentismo con origen Enfermedad laboral o relacionados a Dimensión salud secretaria de salud de Cundinamarca y Soacha.	Base de datos de accidentes laborales y ausentismo con origen Enfermedad laboral o relacionados, remitidos a Secretaría de Salud de Cundinamarca y Soacha, correos electronicos	Se logro articular el reporte de los accidentes de trabajo que ingresan por el servicio de urgencias con el área de Epidemiología y Enfermería.		Adriana Giraldo
			100%	100%	100%	Mensualmente se realiza notificación de SVISALA de Base de datos de accidentes laborales y ausentismo con origen Enfermedad laboral o relacionados a Dimensión salud secretaria de salud de Cundinamarca y Soacha.	Base de datos de accidentes laborales y ausentismo con origen Enfermedad laboral o relacionados, remitidos a Secretaría de Salud de Cundinamarca y Soacha, correos electronicos	Se logro articular el reporte de los accidentes de trabajo que ingresan por el servicio de urgencias con el área de Epidemiología y Enfermería. Se realiza reporte de casos de notificación obligatoria a Secretaria de Salud de Soacha y cundinamarca	La rotación de personal asistencial y el manejo de la información en Dinamica	adriana Giraldo

ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Código de habilitación de la IPS 2575400380

Fecha de aprobación de la Junta Directiva 31 de julio de 2018

Dr. LUIS EFRAN FERNANDEZ OTALORA

Meta de producto anual	Nombre del indicador	Indicador de producto		Unidad de medida	Descripción de la fórmula	Valor Esperado Año 2018	Valor Ejecutado Año 2018	% Cumplimiento de la Meta	Descripción de Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	Logros	Dificultades	Responsables institucionales
		Línea base	Año										
57-Elaborar y ejecutar el Plan Institucional de Archivos PINAR de la ESE Hospital Mario Gaitan de Yanguas en un 60% para el segundo semestre de 2018	% de implementación del Plan Institucional de Archivos	%	2017	%	# de acciones realizadas / # Total de acciones programadas * 100	60%	6 / 7 = 85%	100%	La institución elaboró las Tablas de Retención Documental (TRD), acorde a las necesidades propias de cada proceso. Las mismas están en proceso de convalidación por el Consejo Departamental de Archivos. TRD publicadas en sitio web según matriz de transparencia. Se da inicio al periodo de prueba de validación y capacitación. Se inicia la fase de prueba del software DATADOC en los procesos priorizados, con el acompañamiento técnico de la empresa ROBRICA	Tablas de retención documental (TRD) de envío y radicación ante el Oficio de Valoración Documental, Consejo Departamental de Archivos. TRD publicadas en sitio web según matriz de transparencia. Actas de implementación y capacitación.	La institución cuenta con las Tablas de Valoración Documental, las que están en proceso de convalidación. La institución cuenta con los software DATADOC en los procesos priorizados, con el acompañamiento técnico de la empresa ROBRICA	Se han presentado inconvenientes en la puesta en funcionamiento del software debido a daños en equipos de computo y la parametrización del software. Se requiere realizar ajustes a las TRD y TVD, de acuerdo a los cambios funcionales que ha presentado la entidad, se está a la espera de la entrega de las tablas convalidadas por parte de la SSC con el fin de proceder a su respectivo ajuste	Fernando Rodriguez Fernando Rodriguez Fernando Rodriguez
58-Elaborar y ejecutar el Plan Anual de Adquisiciones de la ESE Hospital Mario Gaitan de Yanguas en un 90% para el segundo semestre de 2018	% de ejecución plan de adquisiciones	%	2017	%	# de adquisiciones realizadas / # Total de adquisiciones programadas * 100	90%	539.701.470.670 / 540.127.513.554 = 98.9%	100%	El Plan Anual de Adquisiciones, se programa en su totalidad para los doce meses de la vigencia, y las modificaciones a corte Septiembre de 2018, se estableció en contaron con recursos totales por pagina web del Hospital	El Plan Anual de Adquisiciones, se publica en su totalidad para los doce meses de la vigencia, y las modificaciones a diciembre, se contaron con recursos totales por pagina web del Hospital	se realice adiciones de convenios administrativos	busqueda de recursos	Juan David Garzon
59-Elaborar y ejecutar el Plan de Vacantes de la ESE Hospital Mario Gaitan de Yanguas en un 80% para el segundo semestre de 2018	% de ejecución Plan de Vacantes	%	2017	%	# de actividades realizadas / # Total de actividades programadas * 100	80%	3 / 3 = 100%	100%	CERTIFICACION DE CARGOS VACANTES A CORTE TERCER TRIMESTRE	oficio firmado por el profesional de talento humano	se legalizo el plan de vacantes institucional el cual se encuentra codificado y publicado por el area de calidad el cual tiene acceso a consulta en la intranet	en la elaboración del documento se presentaron algunas modificaciones debido a la normatividad y la implementación del nuevo modelo para la elaboración de dicho documento	Dra Alexandra Santos Dra Alexandra Santos
60-Elaborar y ejecutar el Plan de Provisión de Talento Humano de la ESE Hospital Mario Gaitan de Yanguas en un 70% para el segundo semestre de 2018	% de Ejecución Plan de Provisión de Recurso Humanos	%	2017	%	# de actividades realizadas / # Total de actividades programadas * 100	70%	4 / 4 = 100%	100%	DOCUMENTO SE ENCUENTRA CODIFICADO Y PUBLICADO EN INTRANET	DOCUMENTO PUL-17-PLAN INSTITUCIONAL DE PREVISON DE PERSONAL DE LA ESE HMGY	SE ELABORO EL PLAN DE PREVISON JUNTO CON EL PLAN DE ACCION	La dificultad presentada fue la recopilación de la información teniendo en cuenta la guía metodológica establecida para la elaboración del plan	Dra Alexandra Santos Dra Alexandra Santos
61-Elaborar y ejecutar el Plan Estratégico de Talento Humano de la ESE Hospital Mario Gaitan de Yanguas en un 60% para el segundo semestre de 2018.	% de cumplimiento del Plan Estratégico de Talento Humano	%	2017	%	# de acciones realizadas / # total de acciones programadas del Plan Estratégico de Talento Humano * 100	60%	4 / 4 = 100%	100%	SEGUIMIENTO A LA CONVOCATORIA 426 DE 2016 A TRAVES DE INTERNET EN LA PAGINA DE LA CNSC - VI TRIMESTRE 2018	COMUNICADOS EMITIDOS POR LA CNSC	Se legalizo el plan de prevision de personal el cual se encuentra codificado y publicado por el area de calidad el cual tiene acceso a consulta en la intranet.	Al final de la elaboración del documento se presentaron algunas modificaciones debido a la normatividad y la implementación del nuevo de dicho documento. OR SER UNA EXGENCIA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE LA DOCUMENTACION PARA LA ELABORACION DE TODO EL PROCESO SE CONTO CON UN TIEMPO MUY CORTO	Dra Alexandra Santos Dra Alexandra Santos
									SE REALIZARON LAS EVALUACIONES DE DESEMPEÑO DEL PERSONAL INSCRITO EN CARRERA ADMINISTRATIVA	EVALUACIONES DE DESEMPEÑO QUE REPOSAN EN LA OFICINA DE TALENTO HUMANO	Se realizo el plan estrategico de talento humano el cual se encuentra codificado y publicado por el area de calidad el cual tiene acceso a consulta en la intranet. En el plan de accion se logro la elaboración de los planes de incentivos, vacantes y prevision los cuales se encuentran	El plan estrategico por ser el mas extenso dentro de las dimensiones de talento humano en MIPG el tiempo para elaboración recopilación de información actualización de información y aplicación de la misma el trabajo, en estas actividades fue dispendioso y demorado.	Dra Alexandra Santos
									SE REALIZA SEGUIMIENTO AL DESEMPEÑO DE LOS ACUERDOS	ACUERDOS QUE REPOSAN EN GERENCIA			Dra Alexandra Santos
									SE AJUSTA PLAN DE CAPACITACION Y SE ENCUENTRA PUBLICADO EN LA INTRANET	DOCUMENTO CODIFICADO	SE REALIZO PLAN DE CAPACITACION Y SE PUBLICO EN LA INTRANET DONDE SE	ENTREGA DE SOPORTES DE CAPACITACION POR PARTE DEL	Dra Alexandra Santos

Nombre de la IPS: ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
Código de habilitación de la IPS: 2576400380
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva: 31 de julio de 2018

Nombre del Gerente: Dr. LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Meza de producto anual	Nombre del Indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base		Valor Esperado Año 2018	Valor Ejecutado Año 2018	% Cumplimiento de la Meta	Descripción de Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales
				Valor	Año								
62-Elaborar y ejecutar el Plan Institucional de Capacitaciones de la ESE Hospital Mario Gaitan de Yanguas en un 80%, para el segundo semestre de 2018	% de cumplimiento del Plan de Capacitaciones Institucionales	# de capacitaciones realizadas / # total de capacitaciones Programadas * 100	%	50%	2017	80%	3 / 3 = 100%	100%	SE REALIZARON LAS INDUCCIONES MENSUALMENTE PAGINA WEB DEL HOSPITAL	ACTAS DE ASISTENCIAS	ENCUENTRA EFECTUÁNDOSE EL CRONOGRAMA DE CAPACITACION	REFERENTES DE PROCESOS	Dra Alexandra Santos
63-Elaborar y ejecutar el Plan de Incentivos Institucional de la ESE Hospital Mario Gaitan de Yanguas en un 70% para el segundo semestre de 2018	% de cumplimiento del Plan de Incentivos Institucional	# de Incentivos realizados / # Total de Incentivos programados * 100	%	10%	2017	70%	3 / 3 = 100%	100%	SE ELABORO EL PLAN DE BIENESTAR E INCENTIVOS SE HAN REALIZADO LAS ACTIVIDADES DE BIENESTAR E INCENTIVO DE ACUERDO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO	DOCUMENTO CARPETA DE BIENESTAR SOCIAL	SE ELABORO EL PLAN DE BIENESTAR E INCENTIVOS Y SE REALIZARON LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO AL CRONOGRAMA	Diligenciamiento y entrega de las encuestas de satisfacción y programación de las actividades	Dra Alexandra Santos Dra Alexandra Santos
64-Elaborar y Ejecutar el Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo de la ESE Hospital Mario Gaitan de Yanguas en un 50%, para el segundo semestre de 2018	% de cumplimiento del Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	# de acciones realizadas del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo / # total de acciones programadas del Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	%	35%	2017	50%	13 / 13 = 100%	100%	SE SOCIALIZA INFORMACION AL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO INFORME DE ARL SE SOCIALIZA INFORMACION AL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO INFORME DE ARL	DOCUMENTO PARA CONSULTA CRONOGRAMA	CONOCIMIENTO DE LA NORMA Y PLAN DE TRABAJO PARA SU IMPLEMENTACION Y ACOMPAÑAMIENTO POR PARTE DE LA ARL	RESISTENCIA DE ALGUNOS FUNCIONARIOS AL CAMBIO	Adriana Giraldo Adriana Giraldo
65-Elaborar y Ejecutar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE Hospital Mario Gaitan de Yanguas en un 50%, para el segundo semestre de 2018	% de implementación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	# de acciones realizadas Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano / # Total de acciones planteadas Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano * 100	%	100%	2017	100%	12 / 12 = 100%	100%	cuatrimestralmente la oficina de control interno realiza seguimiento al PAAC 2018 Se realiza verificación por parte de la oficina de control interno, a mapa de riesgos institucional	INFORMES PUBLICADOS EN GOBIERNO DIGITAL actas de seguimiento	Se realiza la actualización del manejo de acuerdo a MIFG en el hospital. Se viene adelantando trabajo con la orientación y recomendaciones de la oficina de control interno y DAFP	La resistencia al cambio de algunos funcionarios de acuerdo a los lineamientos del departamento administrativo de la función pública	Dr. John Henry Sanchez Dr. John Henry Sanchez
66-Elaborar y Ejecutar el Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETIC / # Total de	% de implementación del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETIC	# de acciones realizadas Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETIC / # Total de	%	40%	2017	70%	8 / 11 = 70%	100%	A través de la Matriz de Necesidades Tecnológicas establecida por la SSC y la Secretaría de TIC's de la Gobernación, se realizó la solicitud En el Plan de ejecución del PETIC, se establecen los indicadores de medición de las actividades prioritizadas.	PETIC 2018 institucional. PETIC 2018	Se ha realizado gestión con la Secretaría de Salud de Cundinamarca y la Secretaría TIC's para la adquisición de equipos de comunicación e	desconocimiento de algunas acciones definidas por el DAFP para la aplicación del Modelo Integral de planeación y Gestión Consecución de recursos para la adquisición de equipos de cómputo y tecnología que permita mejorar el sistema de información institucional.	referente TICs referente TICs

ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Código de habilitación de la IPS
2576400380

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva
31 de julio de 2018

Nombre del Gerente
Dr LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base		Valor Esperado Año 2018	Valor Ejecutado Año 2018	% Cumplimiento de la Meta	Descripción de Cumplimiento de la Actividad	Evidencia	Logros	Dificultades	Responsables Institucionales
				Año	Valor								
de la ESE Hospital Mario Gaitan de Yanguas en un 70% para el segundo semestre de 2018	de la Información y la Comunicación es PETIC	acciones programadas Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicación PETIC * 100				73%			En el Plan de ejecución del PETIC, se establecen las acciones de mejora de las actividades prioritizadas. En el Plan de ejecución del PETIC, se establecen las acciones de mejora de las actividades prioritizadas.	Plan de Acción PETIC 2018 Plan de Acción PETIC 2018	Cundinamarca y la Secretaría TIC's para la adquisición de equipos de comunicación e informáticos que permitan mejorar el sistema de información institucional.	Consecución de recursos para la adquisición de equipos de cómputo y tecnología que permita mejorar el sistema de información institucional.	referente TICs referente TICs
67-Elaborar y Ejecutar el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información de la ESE Hospital Mario Gaitan de Yanguas en un 40% para el segundo semestre de 2018	% de implementación del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	# de acciones realizadas Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información / # Total de acciones programadas Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información * 100	%	12%	2017	40%	4 / 4 = 100%	100%	Se estableció la metodología para la identificación y evaluación de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información. Se estableció la metodología para la identificación y evaluación de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información. Se identificaron y priorizaron las acciones a tomar frente a los riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información en la E.S.E.	Matriz de Evaluación de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información Matriz de Evaluación de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información Matriz de Evaluación de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	Se cuenta con el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información. La institución cuenta con la metodología para la identificación y valoración de riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información.	La falta de tiempo para la realización de encuestas a los líderes de proceso para identificar los Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información. La falta de recursos para mitigar los riesgos identificados con la metodología de identificación y valoración de riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información en la E.S.E. Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha.	referente TICs referente TICs referente TICs
68-Elaborar y Ejecutar el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información de la ESE Hospital Mario Gaitan de Yanguas en un 30% para el segundo semestre de 2018	% de implementación del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	# de acciones realizadas / # Total de acciones programadas * 100	%	10%	2017	30%	5 / 4 = 100%	100%	El proceso de sistemas ha realizado el mantenimiento preventivo según el plan de trabajo para la vigencia 2018 en un 100% de lo programado. El proceso de sistemas ha realizado el mantenimiento correctivo según el plan de trabajo para la vigencia 2018 en un 100% de lo programado. La institución cuenta con varios canales de comunicación que permiten la recepción de soporte y atención de incidentes, los que se llevan en una vitacora de forma	Matriz de plan de trabajo del proceso de sistemas. Matriz de plan de trabajo del proceso de sistemas.	Se ha ejecutado al 100% las actividades programadas en el Plan de Trabajo del Proceso de Sistemas, frente al mantenimiento de equipos de cómputo y comunicaciones. Se ha ejecutado al 100% las actividades programadas en el Plan de Trabajo del Proceso de Sistemas, frente al mantenimiento de equipos de	No se cuenta con una herramienta debidamente licenciada para el HelpDesk, sin embargo, el soporte es realizado a través de los canales de comunicación establecidos por la entidad y registrados en los formatos respectivos. No se cuenta con una herramienta debidamente licenciada para el HelpDesk, sin embargo, el soporte es realizado a través de los canales de comunicación establecidos por la entidad y registrados en los formatos respectivos.	referente TICs referente TICs referente TICs