

**ACUERDO No. 020 DE 2017**  
**(27 de Julio de 2017)**

**“POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD 2017, CORRESPONDIENTE AL I SEMESTRE DE 2017 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 el Gobierno Nacional mediante la Ley 1753 del 2015 adopto el Plan de Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 “Todos por un nuevo País”.

Que la Gobernación de Cundinamarca a través de la Ordenanza 006 de 2016, de la Asamblea Departamental, adopto el Plan de Desarrollo Departamental 2016 – 2020 “Unidos Podemos más”.

Que el Sistema General de Seguridad Social en salud se ajusta al Decreto 780 de 2016 por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario de Sector Salud y Protección Social.

Que el Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021 busca lograr la equidad en salud y el desarrollo humano mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que buscan intervenir, preservar o mejorar, la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial.

Que la Junta Directiva de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas en concordancia al Plan de Desarrollo Departamental adoptó Plan de Gestión 2017 – 2019 según acuerdo No 023 del 15 de diciembre de 2016.

Que la Gerencia de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha presentó a la Oficina Asesora de Planeación Sectorial en Salud del Departamento de Cundinamarca el Proyecto de Plan Indicativo 2017-2020; exponiéndose las metas de resultado y de producto, en concordancia con los Planes Nacionales y Departamentales, el cual se ajustó según las observaciones realizadas.

Que mediante Acuerdo de Junta Directiva 04 del 13 de febrero de 2017 se aprobó el Plan Indicativo 2017-2020 y con Acuerdo de Junta Directiva 05 del 13 de febrero de 2017 se aprobó el Plan de Acción en Salud PAS 2017.

**ACUERDO No. 020 DE 2017**  
**(27 de Julio de 2017)**

Que debido a que se requería dar claridad a algunos indicadores se realizó modificación del Plan de Acción en Salud 2017 mediante Acuerdo 015 del 21 de junio de 2017.

Que la Secretaria Departamental de Salud expidió la Circular 014 donde estableció los lineamientos para el seguimiento al Plan de Acción en Salud PAS I semestre.

Que en mérito de lo expuesto.

**ACUERDA**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Realizar el seguimiento y aprobar el resultado de los indicadores del Plan de Acción en Salud de acuerdo con el siguiente listado:

Plan de Acción en Salud PAS 2017	
Metas de producto anual	Indicadores de producto
55	57

**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:

Resumen del Seguimiento con corte I Semestre 2017	
Metas de producto	55
Indicadores de Producto	57
Indicadores No aplicables	9
<b>Promedio de % de avance en metas de producto</b>	<b>63%</b>

**ARTÍCULO TERCERO:** La matriz con el consolidado del resultado del seguimiento del I semestre de 2017 de cada uno de los indicadores y actividades incluidas en el Plan de Acción en Salud hace parte integral del presente Acuerdo en Diez (10) folios.

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

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dado en Soacha a los 27 días del mes de Julio de 2017.

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. CARLOS ARTURO MARÍA JULIO**  
**PRESIDENTE**

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. LUIS EFRAÍN FERNÁNDEZ OTÁLORA**  
**SECRETARIO EJECUTIVO**

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

ESSE HOSPITAL MARIO GAITAN VANGUAS DE SOACHA  
257540030  
09 DE FEBRERO DE 2017  
LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Nombre de la IPS  
Codigo de habilitación de la IPS  
Nombre del Gerente



Vista del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de	Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Indicador de progreso	Valor esperado Año 1	% Avance meta 2016 TRM I	Descripción de estrategias y actividades	% Avance meta 2016 TRM II	II trimestre	Ejecución II trimestre	Total ejecutado II trimestre	Aporte de la actividad al cumplimiento	Descripción	Evidencia
TEJIDO SOCIAL CUNDINAMARCA 2036. INTEGRACION Y COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE.	10. Mejorar la imagen corporativa fundamentada en nuestros valores, instituciones y enfocada a la salud y el medio ambiente.	DIMENSION DE SALUD AMBIENTAL	1. Implementar en 40% la estrategia hospitalaria definida en el Plan Ambiental (5 líneas de acción)	Actividades implementadas	# Actividades implementadas # actividades definidas para las cinco líneas de acción	Porcentaje	10%	0%	Actualizar el documento de acuerdo a la normatividad vigente (20%)	N.A	0%	77%	77%	20%	Plan de gestión ambiental actualizado y documentado, sin embargo se continúa dando avance al mismo.	GA-PL-11
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSION DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	2. Realizar atención integral a niños de 0 a 5 años para determinar para el 2017 el índice COP	índice COP	Sumatoria de COP individuales de niños de 0-5 atendidos # Total de niños de 0-5 atendidos en odontología por consulta externa * 100	Porcentaje	Linea base	100%	Realizar demanda indicada a odontología a todos los niños que asisten a cualquier servicio institucional. Hacer seguimiento a los niños menores de 5 años para terminar tratamiento.	100%	25%	25%	100%	A los pacientes mayores que tengan hijos menores se les orienta y se les sigue vía inmediata para valoración y tratamiento	Historia clínica	
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSION DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	3. Aumentar a 85% la población controlada con HTA	Pacientes crónicos con HTA controlados	# de pacientes con HTA controlada # total de pacientes con diagnóstico de HTA atendidos * 100	Porcentaje	82%	77%	Realizar seguimiento a los pacientes diagnosticados como hipertensos	76%	100%	100%	100%	50%	Realizar seguimiento a los pacientes crónicos y se lleva el registro juicioso de las intervenciones y actividades realizadas.	Registro de pacientes identificados durante la consulta
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSION DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	4. Aumentar a 80% la población controlada con diabetes	Pacientes crónicos con diabetes controlados	# de pacientes con diabetes controlada # total de pacientes con diagnóstico de diabetes atendidos * 100	Porcentaje	74%	74%	Realizar seguimiento a los pacientes diagnosticados con diabetes	74%	100%	100%	100%	50%	SE REALIZA SEGUIMIENTO A TRAVES DEL REGISTRO DE LA BASE DE DATOS DE CRONICOS DONDE SE REGISTRA PACIENTE POR PACIENTE	base de datos con el registro de pacientes
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSION DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	5. Alcanzar en el 2020 en un porcentaje de 80% la población con tamizaje de cáncer de mama.	Seguimiento a la solicitud de tamizajes de cáncer de seno	numero de seguimientos a tamizajes solicitados a mujeres > de 45 años /numero ordenes de tamizaje de seno a mujeres > 45 años	Porcentaje	50%	50%	Realizar seguimiento telefónico	50%	100%	100%	100%	100%	EL INDICADOR LLEVA UNA TENDENCIA ASCENDENTE DESDEPOA LOS ASESISTENTES Y LA CAPACITACION A PROFESIONALES DEL AREA COMUNITARIA EN EL MANEJO DE ESTA PATOLOGIA.	base de datos con el registro de pacientes
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSION DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	6. Alcanzar en el 2020 en un porcentaje del 80% la población con tamizaje de próstata	Seguimiento al resultado de PSA alterado	numero de tamizajes realizados con PSA Positivo / total de pacientes con resultado de PSA positivo	Porcentaje	80%	100%	Solicitar la actualización de datos generales para mejorar la eficiencia de los seguimientos.	80%	80%	100%	100%	100%	Como acciones de mejora se plantea la actualización de datos desde el inicio de la base generada en la consulta de seno con el fin de tener información renovada y poder hacer el seguimiento al 100% de población mayor de 45 años que se le ordena mamografía en la consulta de seno. El tener los datos actualizados facilita el seguimiento a las usuarias así como brindar apoyo para el proceso con las EPS cuando hay demoras en las autorizaciones o algún tipo de barrera	Solicitud actualización de datos. Seguimientos telefónicos
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSION DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	7. Alcanzar en el 2020 en un porcentaje del 90% la población con cáncer de cuello uterino	Seguimiento a resultados positivos de citologías	total de seguimientos efectivos a las citologías positivas /total de citologías positivas	Porcentaje	80%	80%	Realizar seguimiento a los reportes de laboratorio.	80%	80%	92%	92%	100%	SE REALIZA SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES CON PSA POSITIVO POR INTERMEDIO DEL APOYO TECNICO DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA.	soporte de seguimientos PSA positivos
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSION DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	8. Establecer la línea base de la mediana de la lactancia materna para el año 2017	Mediana de lactancia materna EXCLUSIVA	Numero de Meses de lactancia exclusiva	meses	Linea base identificada	0%	Realizar seguimiento telefónico	50%	100%	50%	50%	50%	El cumplimiento de este indicador está en un promedio del 92,05% del II trimestre del año 2017 superando la meta programada, el seguimiento a las citologías normales ha sido efectivo en su mayoría encontrado que de las usuarias con reporte positivo no se la logró cualificar una usuaria por mes, en caso de no ubicar a la usuaria se remite el caso a la EPS y se secretaria de salud para que se tramite el apoyo con las gestoras para que se realice el seguimiento y se establezca el apoyo que se debe identificar en la línea base de la mediana de la lactancia materna. En la Historia Clínica de AIEPI solamente se puede registrar si realiza o no lactancia materna exclusiva, sin embargo no se deja el registro exacto de los días en los que se realiza.	Historia clínica AIEPI









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

		Nombre de la IPS		Nombre del Gerente		Código de habilitación de la IPS		Nombre del Gerente		Código de habilitación de la IPS		Nombre del Gerente		Código de habilitación de la IPS			
		ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGÜAS DE SOACHA		LUIS EFRAIN FERNÁNDEZ OTALORA		257540030		LUIS EFRAIN FERNÁNDEZ OTALORA		257540030		LUIS EFRAIN FERNÁNDEZ OTALORA		257540030			
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	26. Certificar en el Sistema Único de Habilitación el 100% de las sedes de la ESE (UDG)	Certificación en habilitación	# de Líneas de acción desarrolladas y cumplidas de acuerdo a plan de trabajo /# de Líneas de acción propuestas en el plan de Trabajo = 100	Porcentaje	0	2016	100%	45%	Completar con las actividades programadas para el entorno trabajo Siglo a condiciones del convenio y matriz programática.	80%	95%	0%	95,0%	24%	Cronograma de habilitación. Actas de visitas realizadas, instrumentos aplicados según resolución 2003 de 2014.
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	27. Uta (1) autoevaluación de acreditación en cada vigencia	Autoevaluación de acreditación en la Vigencia	Unidad	1,00	2015	1,00	100%	0%	Cumplir con la actividad programada para el entorno trabajo Siglo a condiciones del convenio y matriz programática.	80%	89%	0%	89,0%	22%	Consolidado de ejecuciones
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	28. Alcanzar el 90% de cumplimiento de los planes de mejoramiento formulados para el SUA	Promedio del porcentaje de cumplimiento alcanzado en los planes formulados para el SUA	Porcentaje	90%	2016	90%	0%	Realizar visita de diagnóstico del 100% de los servicios y sedes mediante la autoevaluación del SUH	30%	30%	0%	30,0%	25%	Cronograma de habilitación. Actas de visitas realizadas, instrumentos aplicados según resolución 2003 de 2014.	
																	Consolidado de ejecuciones
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	29. Mantener al 100% la actualización del portafolio de servicios y novedades en el REPS.	Mantener al 100% la actualización del portafolio de servicios y novedades en el REPS.	50%	50%	0%	50,0%	20%	Para el segundo trimestre se formularon planes de mejoramiento de habilitación derivado de las visitas a los centros, puestos y servicios del hospital. El seguimiento para el cumplimiento de dichos planes está programado para el segundo semestre.	60%	0%	0,0%	0%	0%	Planes de mejoramiento de habilitación.	
																	Planes de mejoramiento de habilitación.
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	30. Realizar las intervenciones necesarias para lograr y mantener la habilitación de los servicios (2DX)	Realizar las intervenciones necesarias para lograr y mantener la habilitación de los servicios (2DX)	80%	80%	0%	0,0%	0%	Se realizaron las actualizaciones en el REPS como cambio de datos del prestador y de cada una de las sedes del hospital. Se actualizó el portafolio de servicios ofertado con modificaciones en los horarios de atención de los centros y puestos de salud.	50%	50%	0%	50,0%	20%	Portafolio actualizado, certificaciones de constancia de habilitación vigentes	
																	Portafolio actualizado, certificaciones de constancia de habilitación vigentes
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	31. Establecer mesas de trabajo y realizar cronograma de desarrollo del ciclo.	Establecer mesas de trabajo y realizar cronograma de desarrollo del ciclo.	100%	100%	0%	0,0%	0%	Para el segundo trimestre se terminaron las visitas los puestos de salud de Ciudad Latina, La Despesta, Charquito, centro de salud de Guandá, a los servicios de cirugía, sala de partos, Laboratorio clínico, toma de muestras de laboratorio, servicio transfusional, Odontología, Gastroenterología y endoscopía digestiva, oftalmología, terapias, centro de promoción y educación, centro de consulta externa, centro de diagnóstico, laboratorio de diagnóstico.	100%	100%	0%	0,0%	0%	Actas de mesas de trabajo, cronograma de mesas de trabajo y de seguimiento	
																	Actas de mesas de trabajo, cronograma de mesas de trabajo y de seguimiento
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	32. Realizar autoevaluación cuantitativa y cualitativa y socializar resultados a la institución.	Realizar autoevaluación cuantitativa y cualitativa y socializar resultados a la institución.	100%	100%	0%	0,0%	0%	Se culmina con las mesas de acreditación dando como resultado la autoevaluación de acreditación. La priorización de las oportunidades de mejoramiento y los planes de mejora de acreditación.	100%	100%	0%	0,0%	0%	Actas mesas de acreditación, matriz de autoevaluación, matriz de priorización y planes de mejora de acreditación	
																	Actas mesas de acreditación, matriz de autoevaluación, matriz de priorización y planes de mejora de acreditación
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	33. Realizar la formulación de planes de mejoramiento efectivos que permitan avanzar en la implementación del sistema Único de Acreditación	Realizar la formulación de planes de mejoramiento efectivos que permitan avanzar en la implementación del sistema Único de Acreditación	100%	100%	0%	0,0%	0%	Para el segundo trimestre se culmina con la autoevaluación de acreditación, se priorizan las oportunidades de mejora y se plantean las acciones para los planes de mejoramiento.	100%	100%	0%	0,0%	0%	matriz de plan de mejora de acreditación	
																	matriz de plan de mejora de acreditación
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	34. Realizar seguimiento periódico a los planes de mejoramiento y matrices de tareas	Realizar seguimiento periódico a los planes de mejoramiento y matrices de tareas	45%	45%	0%	0,0%	0%	Como resultado de la priorización se plantean 77 acciones en los planes de mejora de acreditación sumatoria de todos los estamentos.	45%	45%	0%	0,0%	0%	Cronograma de seguimiento a planes de mejora. Los seguimientos están estructurados de acuerdo al cronograma de los planes.	
																	Cronograma de seguimiento a planes de mejora. Los seguimientos están estructurados de acuerdo al cronograma de los planes.

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

ESSE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA  
2515400380  
07 DE FEBRERO DE 2017  
LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Nombre de la IPS  
Codigo de habilitación de la IPS  
Nombre del Gerente

TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	DIMENSión DE LA GESTIÓN EN SALUD	Mejorar la imagen corporativa fundamentada en los principios institucionales y enfocada a los usuarios, la comunidad y el medio ambiente.	29. Disminución progresiva de PQRS por fallas en calidad y trato digno en 2% por cada vigencia (SDG)	% de disminución de PQRS (D) en la vigencia anterior) y 100	Porcentaje	se mide primera vez con los indicadores de humanización	2016	2%	100%	Seguimiento a los PQRS clasificados según fallas en trato digno y calidad de atención	100%	25%	25%	25%	25%	100%	Se cumple con el seguimiento mensual a la clasificación de las PQRS.	Seguimiento PQRS	
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	DIMENSión DE LA GESTIÓN EN SALUD	Generar una cultura organizacional del autocuidado en el usuario, en el personal, en el equipo de trabajo, en los riesgos, gestión de tecnología y humanización.	30. Fortalecer la cultura de seguridad del paciente mediante la adherencia al programa de seguridad (SDG)	# de items contestados correctamente / # de items incluidos en la encuesta * 100	Porcentaje	48%	2014	65%	20%	Participación en las jornadas de inducción de personal nuevo en temas: Política de Seguridad y programa de seguridad del Paciente.	52%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	30%	Durante el I Trimestre de 2017 se realizaron 20 jornadas de capacitación con el personal asistencial en donde se abordaron las siguientes temáticas: Comunicación Asertiva Política y Programa de Seguridad del Paciente. Higienización de manos, Limpieza y Desinfección y Protocolo de Prevención de Caídas. Durante el II Trimestre de 2017 se realizó el primer seguimiento a los pacientes con riesgo de seguridad del paciente se realizó participación en las 3 jornadas programadas. Durante el mes de Mayo y en julio se realizaron jornadas de capacitación y reorientación. Durante el Proceso de Trabajo del I Trimestre de 2017 se realizaron jornadas de capacitación en la Escuela de Formación Sanitaria y la Escuela de Salud San Pedro Claver, en donde se logró sensibilizar a los académicos en formación respecto a la importancia de la Política de seguridad del paciente, la no realización de procedimientos de riesgo, la no realización de procedimientos de riesgo, la no realización de procedimientos de riesgo.	Actas de Capacitación y Presentación Utilizada	
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	DIMENSión DE LA GESTIÓN EN SALUD	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.	31. Disminución progresiva de eventos adversos mediante la aplicación del 99% de los planes de seguridad según correspondiente (SDG)	Sumatoria del porcentaje de planes de seguridad en los paquetes instruccionales aplicables a la institución	Porcentaje	0%	2016	20%	8%	Elaboración de piezas comunicativas para fortalecer la educación.	29%	50%	0%	50%	50%	N.A	Durante el I Trimestre de 2017 no se realizaron piezas comunicativas al respecto de Seguridad del Paciente. Sin embargo se planea para el mes de agosto el inicio de la ejecución de dicha actividad.	No elaborada	
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	DIMENSión DE LA GESTIÓN EN SALUD	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.	32. Cumplimiento del 100% de los planes de mejoramiento de seguridad del paciente (SDG)	Porcentaje de avance en la implementación de los planes de seguridad instruccionales	Porcentaje	50%	2016	80%	16%	Fortalecer planes de riesgo para fortalecer la cultura de gestión del riesgo institucional.	29%	25%	25%	25%	25%	40%	Se elaboraron los 7 mapas de riesgo fallantes y fueron publicados en la página web	Mapas de riesgo	
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	DIMENSión DE LA GESTIÓN EN SALUD	Implementar soluciones de tecnología de la salud, innovación y la innovación de las decisiones y la innovación.	33. Cumplir con el reporte de la Resolución 256 de 2016 y la Circular 012 de 2016	% de cumplimiento de los planes de mejoramiento	Porcentaje	50%	2016	80%	16%	Mejorar la formulación de planes de mejoramiento que generen barreras de seguridad efectivas.	29%	25%	25%	25%	25%	68%	Durante el I Trimestre de 2017 se formularon 7 planes de mejoramiento, con el fin de reducir la ocurrencia de eventos adversos, los planes de mejoramiento se formularon a partir del 30 de mayo de 2017, con el fin de reducir la ocurrencia de eventos adversos.	#/REF	
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	DIMENSión DE LA GESTIÓN EN SALUD	Implementar soluciones de tecnología de la salud, innovación y la innovación de las decisiones y la innovación.	33. Cumplir con el reporte de la Resolución 256 de 2016 y la Circular 012 de 2016	% de cumplimiento de los planes de mejoramiento	Porcentaje	50%	2016	80%	16%	Elaboración y seguimiento al avance de los paquetes instruccionales a través de la matriz.	29%	25%	25%	25%	25%	68%	Durante el I Trimestre de 2017 se realizó la construcción de una matriz de seguimiento a la implementación de los Paquetes Instruccionales 2 versión en donde se describe: Objetivo Alcanzar, Estrategias Implementadas, Estrategias a Implementar, Documentación Institucional y Porcentaje de avances.	Matriz de Seguimiento a PM	
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	DIMENSión DE LA GESTIÓN EN SALUD	Implementar soluciones de tecnología de la salud, innovación y la innovación de las decisiones y la innovación.	33. Cumplir con el reporte de la Resolución 256 de 2016 y la Circular 012 de 2016	% de cumplimiento de los planes de mejoramiento	Porcentaje	50%	2016	80%	16%	Hacer seguimiento a los planes de mejoramiento resultado de auditorías a través de una matriz.	29%	25%	25%	25%	25%	100%	Durante el II Trimestre de 2017 se realizó la formulación de 4 planes de mejoramiento dados el aumento de EA, teniendo en cuenta la ficha de formulación el Primer Seguimiento Correspondiente al 31 de Julio, sin embargo se elaboró la matriz de Matriz de Seguimiento a Planes de Mejoramiento.	Reporte oportuno de la Circular 012 de 2016 con vigencia II semestre de 2016 y Resolución 256 de 2016 de vigencia II semestre de 2016 y I semestre de 2017	Soporte de Envío y Validación en plus





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

ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA  
2575400300  
09 DE FEBRERO DE 2017  
LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Nombre de la IPS  
Codigo de habilitación de la IPS  
Nombre del Gerente

TEJIDO SOCIAL INTEGRACION Y GOBERNANZA	DIMENSION FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTION EN SALUD	34. Cumplir en 90% al final del trimestre en la implementación de los elementos del MECI 2014	% de implementación de los elementos de gestión documental	Opportunidad en la notificación de los eventos de interés y calidad en la información y los registros del SVIGILA (LIDG) (LIDG)	# de estrategias utilizadas para mejorar la oportunidad y calidad de acciones	Porcentaje	0	ENE LINEA	90%	27%	Realizar diagnóstico por elemento MECI para definir cuanti y cualitativamente el avance	0%	0.0%	N.A	No aplica	no aplica
TEJIDO SOCIAL INTEGRACION Y GOBERNANZA	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad que permita el mejoramiento continuo de los servicios	34. Cumplir en 90% al final del trimestre en la implementación de los elementos del MECI 2014	% de implementación de los elementos de gestión documental	Opportunidad en la notificación de los eventos de interés y calidad en la información y los registros del SVIGILA (LIDG) (LIDG)	# de estrategias utilizadas para mejorar la oportunidad y calidad de acciones	Porcentaje	0	ENE LINEA	90%	27%	Realizar diagnóstico por elemento MECI para definir cuanti y cualitativamente el avance	0%	0.0%	N.A	No aplica	no aplica
TEJIDO SOCIAL INTEGRACION Y GOBERNANZA	Implementar soluciones de tecnología de la salud, información y comunicación como apoyo a la toma de decisiones y la innovación	35. Implementar en un 80% el programa de Gestión documental (MS)	% de implementación de los elementos de gestión documental	Opportunidad en la notificación de los eventos de interés y calidad en la información y los registros del SVIGILA (LIDG) (LIDG)	# de acciones del programa de gestión documental a implementar * 100	Porcentaje	0	N.A	20%	0%	Realizar diagnóstico para definir cumplimiento cuanti y cualitativamente el avance del programa de gestión documental	6%	100.0%	30%	Se realizó diagnóstico y plan de trabajo	Plan de Trabajo
TEJIDO SOCIAL INTEGRACION Y GOBERNANZA	Implementar soluciones de tecnología de la salud, información y comunicación como apoyo a la toma de decisiones y la innovación	36. Notificar oportunamente el 100% de los eventos de interés y vigilancia epidemiológica	Opportunidad en la notificación de los eventos de interés y calidad en la información y los registros del SVIGILA (LIDG) (LIDG)	# de estrategias utilizadas para mejorar la oportunidad y calidad de acciones	# de acciones del programa de gestión documental a implementar * 100	Porcentaje	0	2016	95%	95%	Realizar diagnóstico para definir cumplimiento cuanti y cualitativamente el avance del programa de gestión documental	95%	50.0%	100%	Se elaboró el Plan de Trabajo en el mes de junio para la implementación del programa de gestión documental el cual contempla 24 actividades.	Reportes de notificación Actas de Capacitaciones
TEJIDO SOCIAL INTEGRACION Y GOBERNANZA	Implementar soluciones de tecnología de la salud, información y comunicación como apoyo a la toma de decisiones y la innovación	37. Lograr la unificación de la HC sistematizada en el 100% de las sedes de la institución	% de implementación de la HC sistematizada	# de sedes con HC implementada / # de sedes * 100	# de estrategias utilizadas para mejorar la oportunidad y calidad de acciones	Porcentaje	75%	2016	77%	77%	Realizar las intervenciones necesarias para implementar la HC sistematizada en todas las sedes.	77%	77.0%	100%	Para el segundo trimestre de 2017 se tiene que el HMGY tiene Historia Clínica Electrónica en 10 de las 13 sedes, alcanzando un nivel del cumplimiento del indicador del 77%. Las sedes que están pendientes de implementación son: Puesto de Salud de Charquillo, Centro de Salud Grande y Puesto de Salud de Pablo Neruda, básicamente por inconvenientes con la conectividad debido a problemas geográficos en estas zonas, que impiden una comunicación constante y efectiva con el servidor central de la institución. El personal de la HMGY es: HMGY CDS Sede El Estero, HMGY CDS Sede PDS Pablo Neruda, CDS Ciudad Latina, CDS PNP, Sede Consulta Externa, Sede Central, CDS Desperpeto, PDS Samillana, PDS Clases, PDS cauzaca 2, Archivo Central.	Historia clínica implementada, Servicio de internet en cada sede Informe de conectividad Manual.
TEJIDO SOCIAL INTEGRACION Y GOBERNANZA	Optimizar los recursos físicos, financieros, tecnológicos y las competencias del talento humano que faciliten el logro de la misión institucional.	38. Fortalecer el sistema de información interno en 90% de acuerdo a plan de trabajo	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos de información implementados	# de estrategias utilizadas para mejorar la oportunidad y calidad de los datos / # de acciones	# de acciones del programa de gestión documental a implementar * 100	Porcentaje	0	2016	80%	94%	Realizar diagnóstico para definir las principales dificultades en el sistema de información	19%	0%	21%	Se continúa con la actualización de la información publicada en página web conforme a lo establecido en la Ley 1712 de 2016 y Gobierno en Línea. Se solicita a la gerencia la creación del Comité de Gobierno en Línea, pendiente su conformación mediante resolución. Se elaboró diagnóstico de equipos de cómputo requeridos en la actualidad en las diferentes sedes.	Resolución del Comité de Gobierno en Línea
TEJIDO SOCIAL INTEGRACION Y GOBERNANZA	Implementar soluciones de tecnología de la salud, información y comunicación como apoyo a la toma de decisiones y la innovación	39. Establecer el cumplimiento institucional frente a la norma ISO 27000-2013.	Cumplimiento de Requisitos de la Norma	# de requisitos cumplidos en la institución / # de requisitos establecidos en la norma	# de acciones del programa de gestión documental a implementar * 100	Porcentaje	0%	2016	20%	N.A	Realizar diagnóstico para definir el cumplimiento de la norma	8%	2.0%	3%	De las 43 acciones programadas en el Plan de Trabajo del área de Sistemas, con corte al 30 de Junio se han desarrollado en su totalidad 36 que corresponden al 83%, quedando en ejecución 7 actividades que corresponden al 17%.	Matriz de Plan de trabajo vigencia 2017
TEJIDO SOCIAL INTEGRACION Y GOBERNANZA	Implementar soluciones de tecnología de la salud, información y comunicación como apoyo a la toma de decisiones y la innovación		Cumplimiento de Requisitos de la Norma	# de requisitos cumplidos en la institución / # de requisitos establecidos en la norma	# de acciones del programa de gestión documental a implementar * 100	Porcentaje	0%	2016	20%	N.A	Realizar diagnóstico para definir el cumplimiento de la norma	8%	70.0%	28%	Se usó un inicio a la revisión de las actividades establecidas en la estrategia CEL para su implementación en la institución. Se elaboró matriz de seguimiento de información a reportar en página web institucional. Se elaboró documento borrador para la creación del Comité de Gobierno en línea institucional. Se están estableciendo las medidas de seguridad informática, en línea institucional.	Documento Diagnóstico.
TEJIDO SOCIAL INTEGRACION Y GOBERNANZA	Implementar soluciones de tecnología de la salud, información y comunicación como apoyo a la toma de decisiones y la innovación		Cumplimiento de Requisitos de la Norma	# de requisitos cumplidos en la institución / # de requisitos establecidos en la norma	# de acciones del programa de gestión documental a implementar * 100	Porcentaje	50%	2016	10.0%	12%	Documentar e implementar un plan de trabajo para alcanzar el 20% de cumplimiento de la norma	50%	10.0%	12%	Esta en continuación el documento diagnóstico con base en lo establecido en la Norma ISO 27000 y Gobierno en Línea. Se cuenta con la matriz de seguimiento de información en página web.	Documento Diagnóstico.





