

ACUERDO N° 020 DE 2020  
(10 DE AGOSTO DE 2020)

"POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL PLAN OPERATIVO PARA LA VIGENCIA 2020 DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA"

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA EN USO DE LAS FACULTADES LEGALES Y  
ESTATUTARIAS CONFERIDAS, EN ESPECIAL POR LA LEY 1122 DE 2007, Y

CONSIDERANDO:

Que mediante la resolución 1841 de 2013, el Ministerio de Salud y la Protección Social Adopto el Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012 - 2021, que se constituye como la política sectorial, transectorial y comunitaria de salud pública, en la cual se definen los objetivos, metas estratégicas, dimensiones, componentes, metas sanitarias, estrategias, líneas de acción, recursos y responsables de la Salud Pública en el país.

Que la Ley 1474 de 2011 en su artículo 74 establece que todas las entidades del estado, a más tardar el 31 de enero de cada vigencia deberá publicar en su respectiva página web el plan de acción para el año siguiente, el cual comprende objetivos, estrategias, las metas, los responsables.,

Que mediante la resolución 1536 de 2015, se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud, asignando responsabilidades a Gobernadores y Asambleas departamentales para la elaboración de los Planes Territoriales de Salud y su articulación con el Plan Decenal de Salud Pública.

Que mediante la ordenanza 0011 de 2020 la Asamblea de Cundinamarca adopta el Plan de Desarrollo de Cundinamarca "Unidos Podemos Más", para el periodo 2020 - 2024, que incluye el Plan Territorial de Salud Pública "Cundinamarca Región que Progresa en Salud 2020-2023".

Que mediante la ordenanza 007 de 2020 la Asamblea de Cundinamarca dispone la reorganización y modernización de la red pública de prestadores de servicios de salud del departamento de Cundinamarca y se dictan otras disposiciones, acto administrativo que debe ser incluido dentro del contexto para la formulación del POA y el Plan Indicativo en sus metas, logros progresivos.

Que de conformidad con la circular 013 de 2020 y la asistencia técnica realizadas por la Secretaria de Salud departamental, las Instituciones de Salud de la red pública del Departamento, elaborarán un Plan Indicativo para la vigencia 2020-2024 y un Plan Operativo Anual - POA, en los cuales se realizará la programación anual de metas y actividades para garantizar el cumplimiento del Plan de desarrollo institucional, relacionando el Plan de desarrollo Departamental y el Plan Territorial de Salud adoptados por la asamblea de Cundinamarca, orientando a la revisión y actualización de la plataforma estratégica y establecer las metas institucionales por procesos.

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,

**ACUERDO N° 020 DE 2020  
(10 DE AGOSTO DE 2020)**

**"POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL PLAN OPERATIVO PARA LA VIGENCIA 2020 DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA"**  
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° 013 del 18 de junio de 2020 emanada por la Secretaría de Salud de Cundinamarca se establece que los hospitales de la red pública del departamento formularan un el Plan Operativo Anual Armonizado para el segundo semestre de la vigencia 2020 y los años siguientes periodo 2020-2024, el cual deberá ser aprobado por la Junta Directiva.

Que la Oficina Asesora de Planeación Sectorial de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, verifica y emite concepto de cumplimiento metodológico del Plan Operativo Anual para la vigencia del II semestre 2020 de la Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha,

Que como contexto para un adecuado análisis de los resultados la vigencia 2019 y línea base de cada indicador se han tenido en cuenta los efectos en los indicadores como resultado de la emergencia sanitaria y la pandemia a nivel orbital, su respectiva declaración en el país por el Gobierno Nacional, el Ministerio de Salud y Seguridad Social y las autoridades territoriales.

Que la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha tiene entre sus funciones el discutir y aprobar los Planes de Desarrollo de la Empresa, así como Aprobar los Planes Operativos Anuales, mediante el respectivo acuerdo de Junta Directiva.

Que los señores miembros de la Junta Directiva en sesión ordinaria del día 10 de agosto de 2020, procedieron a analizar y verificar el contenido del Plan Operativo Anual para la vigencia del II semestre 2020, y este se encuentra ajustado a los lineamientos y soportes correspondientes.

Que la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha en uso de sus atribuciones legales y de conformidad con lo anterior

**ACUERDA:**

**ARTÍCULO PRIMERO** Aprobar el Plan Operativo de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha para la vigencia 2020; documento que hace parte integral del presente acuerdo contenido en un archivo en medio magnético.

**ACUERDO N° 020 DE 2020**  
**(10 DE AGOSTO DE 2020)**

**" POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL PLAN OPERATIVO PARA LA VIGENCIA 2020 DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA "**

| PROCESO                      | Meta de producto anual   | Indicador de producto                                  |   |                  |                    |      | Valor esperado Año 1 |
|------------------------------|--|--|---|------------------|--------------------|------|----------------------|
|                              |  | Nombre del indicador                                   | Descripción de la fórmula   | Unidad de medida | Línea base         |      |                      |
|                              |  |  |   |                  | Valor              | Año  |                      |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | 1. Elaborar y ejecutar en un 90% Plan de trabajo en: Habilitación de las sedes de Sibate, Ciudad Latina, La Despensa y Especialistas   | % cumplimiento del plan de habilitación                | # actividades ejecutadas/# actividades programadas +100   | Porcentaje       | 68/72= 94%         | 2019 | 90%                  |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | 2. Mantener por encima del 90% el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad.  | % de cumplimiento del PAMEC                            | # acciones implementadas/# total de acciones propuestas *100  | Porcentaje       | 13 / 13 = 100%     | 2019 | 100%                 |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | 3. Implementar el monitoreo en un 40% para el cumplimiento de las actividades de acuerdo con los indicadores del Plan de Mejoramiento de la Calidad- MOCA de la ESE, con base en los indicadores de la Resolución 256 de 2016. | % de cumplimiento del plan                             | # actividades ejecutadas/# actividades programadas +100   | Porcentaje       | 30%                | 2019 | 40%                  |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | 4. Mantener en 1.2 la autoevaluación de acreditación, respecto a la vigencia anterior  | Promedio calificación autoevaluación                   | Promedio de calificación de autoevaluación en la vigencia/promedio de calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior | Número           | 1,2 Autoevaluación | 2019 | 1,4                  |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | 5. Implementar en un 70% el programa de seguridad del paciente   | Porcentaje implementación programa seguridad paciente. | No. Actividades del plan de acción de SP cumplidas/No. De actividades propuestas.   | Porcentaje       | 70%                | 2019 | 70%                  |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | 6. Ejecutar el plan de trabajo definido en forma conjunta por las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud públicas que conforman la Región en Salud a la que  | % de ejecución   | # actividades ejecutadas/# actividades programadas +100   | Porcentaje       | 0%                 | 2019 | 5%                   |

ACUERDO N° 020 DE 2020  
(10 DE AGOSTO DE 2020)

"POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL PLAN OPERATIVO PARA LA VIGENCIA 2020 DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA"

| PROCESO  | Meta de producto anual  | Indicador de producto  |   |                  |                      |      | Valor esperado Año 1 |
|--|---|--|---|------------------|----------------------|------|----------------------|
|  |   | Nombre del indicador   | Descripción de la fórmula   | Unidad de medida | Línea base           |      |                      |
|  |   |  |   |                  | Valor                | Año  |                      |
|  | los biológicos trazadores que hacen parte del esquema PAI   |  | dosis, triple viral < 1 año y triple viral < 5 años.  |                  |                      |      |                      |
| GESTION DE SERVICIOS DE SALUD DE HOSPITALIZACION | 29. Reducir la proporción de reingreso hospitalario por IRA, en menores de 5 años, durante el periodo a un 1% | Proporción de reingreso de pacientes menores de 5 años con diagnóstico de IRA. | No. De menores de 5 años con reingreso hospitalario por IRA dentro de los 20 días después del primer egreso por IRA en la misma institución / No. De menores de 5 años con al menos un egreso por IRA.    | Porcentaje       | 25 / 1765<br>1,4%    | 2019 | 1%                   |
| GESTION DE SERVICIOS AMBULATORIOS                | 30. Mantener en 250 consultas de los servicios amigables para adolescentes en la ESE.                         | No. De consultas a través de los Servicios amigables implementados             | No. Consultas en los servicios amigables implementados  | Numero           | 504                  | 2019 | 250                  |
| GESTION DE SERVICIOS AMBULATORIOS                | 31. Mantener la Ruta Materno Perinatal Vigente en un 90% de acuerdo a la normatividad Vigente.                | Ruta Materno Perinatal   | No. De actividades cumplidas en la ruta de Maternidad Segura/ No. De actividades programadas en la Ruta de Maternidad Segura  | Porcentaje       | 9 / 10<br>90%        | 2019 | 90%                  |
| ENLACE CON EL USUARIO, FAMILIA Y COMUNIDAD       | 32. Mantener en 90% la satisfacción global de los usuarios de la IPS  | Satisfacción global de los usuarios  | No de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta ¿cómo calificaría su experiencia global de atención en los servicios de salud de su IPS?/No de usuarios que respondieron la pregunta. | Porcentaje       | 3805 / 4044<br>= 94% | 2019 | 90%                  |
| ENLACE CON EL USUARIO, FAMILIA Y COMUNIDAD       | 33. Ejecutar en 70% el plan de mejora de PQRS.  | Ejecución del plan de PQRS   | No. Actividades ejecutadas/No. De actividades propuestas.   | Porcentaje       | 14 / 20<br>70%       | 2019 | 70%                  |
| GESTION DEL AMBIENTE FISICO INSTITUCIONAL        | 34. Aumentar en un 3% del total de residuos reciclables generados en la institución a través                  | Porcentaje de residuos reciclables   | Número total de residuos reciclables/Total de residuos generados +100   | % residuos       | 0%                   | 2019 | 3%                   |

ACUERDO N° 020 DE 2020  
(10 DE AGOSTO DE 2020)

"POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL PLAN OPERATIVO PARA LA VIGENCIA 2020 DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA"

| PROCESO                                   | Meta de producto anual   | Indicador de producto                                |  |                  |               |      | Valor esperado Año 1 |
|---|--|--|--|------------------|---------------|------|----------------------|
|   |  | Nombre del indicador                                 | Descripción de la fórmula  | Unidad de medida | Línea base    |      |                      |
|   |  |  |  |                  | Valor         | Año  |                      |
|   | de la prestación de servicios.   |  |  |                  |               |      |                      |
| GESTION JURIDICA                          | 35. Establecer la línea base de implementación de la ordenanza 108 de 2019 del departamento relacionada con compras sostenibles.                           | total de compras con criterios sostenibles / compras | total de compras con criterios de sostenibilidad/ total pto PAA  | %                | 0%            | 2019 | 5%                   |
| GESTION DEL AMBIENTE FISICO INSTITUCIONAL | 36. Disminuir en 1 toneladas la huella de carbono medida con la calculadora ambiental Dptal. implementando las líneas de acción (AGUA, ENERGIA, RESIDUOS). | INDICADOR DE CALCURA AMBIENTAL Decreciente           | cant de toneladas de CO2 medidas en el año 2020-cant de toneladas de CO2 medidas en el año 2019                  | cant toneladas   | 157           | 2018 | 156                  |
| GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS       | 37. Recuperar el 40% de la cartera mayor a 360 días  | % de recuperación de cartera mayor a 360 días.       | Valor del recaudo de cartera > 360 días/ Total cartera > 360 días * 100  | Porcentaje       | 40%           | 2019 | 40%                  |
| GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS       | 38. Recuperar el 63% de la cartera establecida en presupuesto  | % de recuperación                                    | Valor del recaudo de cartera establecida en presupuesto / Total cuentas por cobrar proyectadas en el presupuesto | Porcentaje       | 63%           | 2019 | 63%                  |
| GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS       | 39. Mantener en un 90% el plan de implementación del sistema de costos en la E.S.E. HMGY de Soacha   | Ejecución del plan de implementación de Costos       | No. Actividades ejecutadas/No. De actividades propuestas.  | Porcentaje       | 21 / 24 = 90% | 2019 | 90%                  |
| GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS       | 40. Mantener en 70% el plan de acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos.  | % cumplimiento del plan de acción                    | Número actividades ejecutadas/Número actividades programadas *100  | Porcentaje       | 70%           | 2019 | 70%                  |
| GESTION DEL MEJORAMIENTO CONTINUO         | 41. Mantener el 93% la adherencia a las guías de práctica clínica de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 10 años.                                     | % de adherencia a GPC                                | No. De auditorías que cumplen con la GPC/No. Auditorías realizadas   | Porcentaje       | 93%           | 2019 | 93%                  |

ACUERDO N° 020 DE 2020  
(10 DE AGOSTO DE 2020)

"POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL PLAN OPERATIVO PARA LA VIGENCIA 2020 DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA"

| PROCESO                           | Meta de producto anual   | Indicador de producto                       |  |                  |            |      | Valor esperado Año 1 |
|-----------------------------------|--|---|--|------------------|------------|------|----------------------|
|                                   |  | Nombre del indicador                        | Descripción de la fórmula  | Unidad de medida | Línea base |      |                      |
|                                   |  |   |  |                  | Valor      | Año  |                      |
| GESTION DEL MEJORAMIENTO CONTINUO | 42. Mantener el 92% la adherencia a las guías de práctica clínica de hipertensión.                                       | % de adherencia a GPC                       | No. De auditorías que cumplen con la GPC/No. Auditorías realizadas | Porcentaje       | 92%        | 2019 | 92%                  |
| GESTION DEL MEJORAMIENTO CONTINUO | 43. Cumplir en 90% los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externas. | % de cumplimiento del plan de mejoramiento. | No. Actividades ejecutadas /No. Actividades programadas +100.      | Porcentaje       | 80%        | 2019 | 90%                  |

ARTICULO SEGUNDO. Para la medición del avance del POA 2020 se realizara la evaluación de acuerdo al peso porcentual por Macroproceso y ponderación para cada una de las metas, descritas a continuación:

| TIPO DE PROCESO      | Nro. METAS | PESO % |
|----------------------|------------|--------|
| ESTRATEGICO          | 8          | 10%    |
| MISIONAL             | 25         | 70%    |
| APOYO                | 7          | 16%    |
| CONTROL Y EVALUACION | 3          | 4%     |
| TOTAL                | 43         | 100%   |

| TIPO DE PROCESO | META DE PRODUCTO ANUAL   | PORCENTAJE PONDERACIÓN |
|-----------------|--|------------------------|
| ESTRATEGICO     | 1. Elaborar y ejecutar en un 90% Plan de Habilitación de la ESE y sedes dependientes.  | 1%                     |
| ESTRATEGICO     | 2. Mantener por encima del 90% el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad.  | 1%                     |
| ESTRATEGICO     | 3. Implementar el monitoreo en un 40% para el cumplimiento de las actividades de acuerdo con los indicadores del Plan de Mejoramiento de la Calidad- MOCA de la ESE, con base en los indicadores de la Resolución 256 de 2016.   | 1%                     |
| ESTRATEGICO     | 4. Mantener en 1.2 la autoevaluación de acreditación, respecto a la vigencia anterior  | 1%                     |
| ESTRATEGICO     | 5. Implementar en un 70% el programa de seguridad del paciente   | 1%                     |
| ESTRATEGICO     | 6. Ejecutar el plan de trabajo definido en forma conjunta por las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud públicas que conforman la Región en Salud a la que pertenecen de acuerdo a la Reorganización de la Red de acuerdo con la Hoja de Ruta establecida por la Secretaria de Salud. | 2%                     |
| ESTRATEGICO     | 7. Implementar el portafolio de servicios en un 10% de acuerdo con la tipología definida en la Reorganización de la Red teniendo en cuenta el trabajo articulado de la Región en salud y la sostenibilidad financiera de los servicios en el tiempo.   | 2%                     |
| ESTRATEGICO     | 8. Mantener el porcentaje de cumplimiento del Plan de Acción del Programa de Humanización de la ESE por encima del 90%.  | 1%                     |
| MISIONAL        | 9. Mantener en 40% la población sin caries de primera infancia (0 a 5 años) con sitio de atención la empresa social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas.  | 0.5%                   |

ACUERDO N° 020 DE 2020  
(10 DE AGOSTO DE 2020)

“POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL PLAN OPERATIVO PARA LA VIGENCIA 2020 DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA”

| TIPO DE PROCESO | META DE PRODUCTO ANUAL  | PORCENTAJE PONDERACIÓN |
|-----------------|---|------------------------|
| MISIONAL        | 10. Mantener en 29% la población sin caries de niñez (6 a 11 años) con sitio de atención la empresa social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas, este indicador de valor inverso.                     | 0,5%                   |
| MISIONAL        | 11. Mantener en el 55% tamizaje para diabetes de la población mayor de 19 a 69 años con sitio de atención ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas De Soacha.  | 2%                     |
| MISIONAL        | 12. Mantener la canalización de 9% de la población, mayor de 19 a 69 años con riesgo de diabetes, con sitio de atención ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas De Soacha.                                      | 2%                     |
| MISIONAL        | 13. Mantener controlados a 60% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus.   | 6%                     |
| MISIONAL        | 14. Mantener en 55% tamizaje para hipertensión de la población mayor de 19 a 69 años con sitio de atención ESE.   | 2%                     |
| MISIONAL        | 15. Mantener la canalización de 24% de la población, mayor de 19 a 69 años con riesgo de hipertensión arterial, con sitio de atención ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas De Soacha                         | 2%                     |
| MISIONAL        | 16. Mantener controlados a 60% de los pacientes diagnosticados con Hipertensión.  | 6%                     |
| MISIONAL        | 17. Realizar tamizaje de cáncer de mama al 25% de las mujeres entre 50 - 69 años, acorde a la guía de detección temprana de cáncer de seno se les debe practicar el tamizaje.                             | 3%                     |
| MISIONAL        | 18. Realizar tamizaje de cáncer cuello uterino al 50% de las mujeres mayores de 25 años, con sitio de atención en la ESE.   | 6%                     |
| MISIONAL        | 19. Mantener tamizaje para detección temprana de cáncer de próstata en 25%, con antígeno prostático, en hombres mayores de 50 años.   | 4%                     |
| MISIONAL        | 20. Mantener en un 85% la proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 al control prenatal en la ESE Mario Gaitán Yanguas de Soacha.  | 6%                     |
| MISIONAL        | 21. Mantener la Proporción de gestantes con mínimo cuatro controles prenatales (mínimo 1 en cada trimestre)   | 7%                     |
| MISIONAL        | 22. Implementar el plan de acción de morbilidad materna extrema en un 100%  | 2%                     |
| MISIONAL        | 23. Reducir los casos la incidencia de Sífilis Congénita (cero casos)   | 1%                     |
| MISIONAL        | 24. Realizar seguimiento en un 100% a los casos de salud mental reportados (diferentes tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastornos mentales) identificados. | 2%                     |
| MISIONAL        | 25. Mantener en 4.1 meses la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses.   | 2%                     |
| MISIONAL        | 26. Mantener la prevalencia de desnutrición aguda en un 7%  | 2%                     |
| MISIONAL        | 27. Implementar al 100 % la estrategia IAMI en la ESE Mario Gaitán Yanguas  | 1%                     |
| MISIONAL        | 28. Alcanzar el 95% de coberturas útiles de vacunación con los biológicos trazadores que hacen parte del esquema PAI  | 4%                     |
| MISIONAL        | 29. Reducir la proporción de reingreso hospitalario por IRA, en menores de 5 años, durante el periodo a un 1%   | 2%                     |
| MISIONAL        | 30. Mantener en 250 consultas de los servicios amigables para adolescentes en la ESE.   | 1%                     |
| MISIONAL        | 31. Mantener la Ruta Materno Perinatal Vigente en un 90% de acuerdo a la normatividad Vigente   | 1%                     |
| MISIONAL        | 32. Mantener en 90% la satisfacción global de los usuarios de la IPS  | 3%                     |
| MISIONAL        | 33. Ejecutar en 70% el plan de mejora de PQRS.  | 2%                     |
| APOYO           | 34. Aumentar en un 3% del total de residuos reciclables generados en la institución a través de la prestación de servicios.   | 1%                     |
| APOYO           | 35. Establecer la línea base de implementación de la ordenanza 108 de 2019 del departamento relacionada con compras sostenibles.  | 1%                     |
| APOYO           | 36. Disminuir en 1 toneladas la huella de carbono medida con la calculadora ambiental Dptal, implementando las líneas de acción (AGUA, ENERGIA, RESIDUOS).  | 1%                     |
| APOYO           | 37. Recuperar el 40% de la cartera mayor a 360 días   | 1%                     |
| APOYO           | 38. Recuperar el 63% de la cartera establecida en presupuesto   | 2%                     |

ACUERDO N° 020 DE 2020  
(10 DE AGOSTO DE 2020)


" POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL PLAN OPERATIVO PARA LA VIGENCIA 2020 DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA "

| TIPO DE PROCESO      | META DE PRODUCTO ANUAL   | PORCENTAJE PONDERACIÓN |
|----------------------|--|------------------------|
| APOYO                | 39. Mantener en un 90% el plan de implementación del sistema de costos en la E.S.E, HMGY de Soacha                       | 2%                     |
| APOYO                | 40. Mantener en 70% el plan de acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos.  | 8%                     |
| CONTROL Y EVALUACION | 41. Mantener el 93% la adherencia a las guías de práctica clínica de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 10 años.   | 1%                     |
| CONTROL Y EVALUACION | 42. Mantener el 92% la adherencia a las guías de práctica clínica de hipertensión.                                       | 1%                     |
| CONTROL Y EVALUACION | 43. Cumplir en 90% los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externas. | 2%                     |

ARTICULO TERCERO: El presente acuerdo rige a partir de su aprobación por parte de la Junta Directiva.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Soacha a los diez (10) días del mes de agosto de dos mil veinte (2020)

  
Ana Lucía Restrepo Escobar  
Presidente Junta Directiva

  
Alexandra Gonzalez Moreno  
Secretaria Junta Directiva

Elaboró: José Luis Rodríguez Díaz – Referente de Planeación.



GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA  
SECRETARÍA DE SALUD  
PLAN OPERATIVO ANUAL  
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Hospital María Guadalupe Vargas de Soacha  
Código de Habilitación de la IPS: E390000085  
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva: Agosto 10 de 2020  
Resolución que Resuelve: CDR, 2020-0000000000000000



| Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo | Dimensión Afiliada con el Plan Nacional de Salud Pública | PROCESO                      | Objetivo Estratégico Institucional   | RESPONSABLE HOSPITAL MARIO GARCIA VARGAS | Meta de producto anual   | Indicador de producto                                  |   |                  |                | Valor esperado Año 1 | Actividades | I trimestre   | II trimestre  | III trimestre | IV trimestre | Evidencia    | Recursos     | Responsables Institucionales                                     | E mail Responsable                  |                         |                        |                         |
|--|--|------------------------------|--|--|--|--|---|------------------|----------------|----------------------|-------------|---|---|---------------|--------------|--------------|--------------|--|-------------------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
|  |  |                              |  |  |  | Nombre del indicador                                   | Descripción de la fórmula   | Unidad de medida | Línea base     |                      |             |   |   |               |              |              |              |  |                                     |                         |                        |                         |
|  |  |                              |  |  |  |  |   |                  | Valor          |                      |             |   |   |               |              |              |              |  |                                     | Año                     |                        |                         |
| PROCESOS ESTRATEGICOS                                  |  |                              |  |  |  |  |   |                  |                |                      |             |   |   |               |              |              |              |  |                                     |                         |                        |                         |
| MAS GOBERNANZA   | FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA                | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud manteniendo positivamente en la satisfacción del usuario y la familia.    | Dr. Leyda Munivar Montoya                | 1. Elaborar y ejecutar un 90% Plan de trabajo en Habilitación de las salas de Salud, Ciudad Salma, La Dispensa y Especialistas   | % cumplimiento del plan de habilitación                | # actividades ejecutadas * 100 / # actividades programadas  | Porcentaje       | 68/72-94%      | 2019                 | 90%         | Definir cronograma de verificación de estándares de habilitación de la resolución 5100 de 2019 en las diferentes salas de la institución.<br>Definir herramientas de evaluación por servicios incluidos en el REPS con el fin de realizar la actualización de acuerdo a la normatividad vigente en habilitación en cada una de las salas.<br>Aplicar herramientas de evaluación por servicios incluidos en el REPS con el fin de realizar la actualización de acuerdo a la normatividad vigente en habilitación en cada una de las salas.<br>Realizar autoevaluación: Se identificarán los posibles problemas de calidad en la institución, mediante la elaboración de un diagnóstico enfocado en los ejes establecidos por la institución.<br>Realizar la selección de Procesos a Monitorear: Se identificarán y seleccionaran los procesos que presenten o están afectando esas oportunidades de mejora.<br>Realizar la priorización de Procesos: Se priorizarán aquellas oportunidades de mejora que estén afectando la calidad de la atención y tiene mayor impacto en los usuarios   |   |               |              |              |              |  | Referente Habilitación              | habilitacion@mgv.gov.co |                        |                         |
| MAS GOBERNANZA   | FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA                | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.  | Ing. Shonatan Ortega Gomez               | 2. Mantener por encima del 90% el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad.  | % de cumplimiento del PAMEC                            | Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del seguimiento de auditoría registrados en el PAMEC | Porcentaje       | 11 / 13 * 100% | 2019                 | 100%        | Definir la Calidad Esperada: Definir el nivel de calidad esperada significa asegurar la meta hacia la que quiere llegar la organización, según el problema de calidad priorizado para ser atendido.<br>Realizar la medición inicial del Desempeño de los Procesos: Se relacionará también el estado actual de cada uno de las variables priorizadas.<br>Elaborar y socializar Plan de Acción para los Procesos seleccionados: Se elaborará, validará y socializará el plan de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas.<br>Recibir, comunicar y validar información resolución 256 (actitud que se realiza Transversalmente)<br>Analizar resultados Versus la norma y priorización de indicadores que presenten alteración.<br>Realizar mesas de trabajo para planteamiento de planes de mejora para los indicadores de riesgo alto o extremo (según norma 8 256)<br>Recibir evidencias de las actividades realizadas planteadas en el Plan de mejoramiento establecido.<br>Realizar seguimiento al plan de mejoramiento y a los resultados obtenidos en siguiente periodo reportado. (resolución 256)   |   |               |              |              |              | referente de Calidad   | calidad@mgv.gov.co                  |                         |                        |                         |
| MAS GOBERNANZA   | FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA                | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.  | Tic. Mónica Rana                         | 3. Implementar el plan de mejoramiento del Monitoreo de la calidad en un 40% MOCA de la ESE, con base en los indicadores de la Resolución 256 de 2016.   | % de cumplimiento del plan                             | # actividades ejecutadas * 100 / # actividades programadas  | Porcentaje       | 30%            | 2019                 | 40%         | Realizar cronogramas de aplicación de las fases de mejoramiento de acreditación, (autoevaluación, priorización, planes de mejoramiento)<br>Realizar autoevaluación preliminar<br>Realizar autoevaluación preliminar<br>Realizar autoevaluación preliminar<br>Realizar la priorización de oportunidades de mejora<br>Definir planes de mejoramiento que surgen de evidencias   |   |               |              |              |              | Referente de SIC sistema de Información de Calidad - Estadística | estadistica@mgv.gov.co              |                         |                        |                         |
| MAS GOBERNANZA   | FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA                | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.  | Dr. Leyda Munivar Montoya                | 4. Mantener en 1.2 la actualización de acreditación, respecto a la vigencia anterior   | Promedio calificación autoevaluación                   | Promedio de calificación de autoevaluación en la vigencia/ promedio de calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior  | Número           | 1,2            | Autoevaluación       | 2019        | 1,2   | Realizar cronogramas de aplicación de las fases de mejoramiento de acreditación, (autoevaluación, priorización, planes de mejoramiento)<br>Realizar autoevaluación preliminar<br>Realizar autoevaluación preliminar<br>Realizar autoevaluación preliminar<br>Realizar la priorización de oportunidades de mejora<br>Definir planes de mejoramiento que surgen de evidencias |               |              |              |              |  | Referente de Acreditación           | acreditacion@mgv.gov.co |                        |                         |
| MAS GOBERNANZA   | FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA                | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | Generar una cultura organizacional del autocuidado con énfasis en atención centrada en el usuario, seguridad, enfoque a riesgos, gestión de tecnología y humanización. |  | 5. Implementar en un 70% el programa de seguridad del paciente   | Porcentaje implementación programa seguridad paciente. | No. Actividades del plan de acción de SP completadas. De actividades propuestas.  | Porcentaje       | 0%             | 2019                 | 70%         | Garantizar el adecuado funcionamiento del Comité mediante la realización de reuniones, supervisión y seguimiento a los planes de mejoramiento.<br>Realizar capacitación y sensibilización a los funcionarios en la política, programa, estrategia, reporte de eventos relacionados con la seguridad del paciente, con énfasis al personal nuevo que ingresa a la institución y a los convenios docencia servico de la ESE IMSCC<br>Implementar la Guía técnica en Buenas Prácticas de Atención en la Seguridad del Paciente en la ved epidemiológica con la finalidad de reducir la incidencia de eventos adversos.<br>Realizar Rondas de Seguridad hospitalaria: son visitas planificadas que permiten abrir espacios de comunicación entre ellos para interactuar directamente con el personal de salud y los pacientes y sus familias, con el fin de lograr un entorno seguro de atención en salud, buscando activamente situaciones que puedan generar lesiones al paciente a través de listas de chequeo, para minimizar los riesgos, disminuir los eventos adversos y contribuir a la cultura de Seguridad de pacientes y la implementación de barreras de seguridad. |   |               | 3            | 3            | 150 personas |  | Referente de seguridad del paciente | seguridad@mgv.gov.co    |                        |                         |
| MAS GOBERNANZA   | FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA                | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | Lograr la sostenibilidad financiera y económica  | Dr. Andrea Gómez                         | 6. Ejecutar el plan de trabajo definido en forma conjunta por las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud públicas que conforman la Región en Salud a la que pertenecen de acuerdo a la Reorganización de la Red de               | % de ejecución   | # actividades ejecutadas/ # actividades programadas *100  | Porcentaje       | 0%             | 2019                 | 5%          | Conformar equipos de redes para el manejo de la ruta<br>Definir plan de trabajo para la implementación de la ruta   |   |               |              |              |              | Referente de Contratación y Mercados                             | contratacion@mgv.gov.co             |                         |                        |                         |
| MAS GOBERNANZA   | FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA                | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | Lograr la sostenibilidad financiera y económica  | Dr. Andrea Gómez                         | 7. Implementar el portafolio de servicios en un 10% de acuerdo con la tipología definida en la Reorganización de la Red teniendo en cuenta el trabajo articulado de la Región en Salud y la sostenibilidad financiera de los servicios en el tiempo. | % de implementación                                    | # actividades ejecutadas *100 / # actividades programadas   | Porcentaje       | 0%             | 2019                 | 10%         | Definir los CRPS Actualizados a la normatividad vigente<br>Reorganizar paquetes para oferta de servicios.<br>Socializar Contratos a las subregiones y referentes.<br>Realizar seguimiento a los supervisores administrativos y técnicos de la ejecución del contrato  |   |               |              |              |              | Referente de Contratación y Mercados                             | contratacion@mgv.gov.co             |                         |                        |                         |
| MAS GOBERNANZA   | FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA                | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | Generar una cultura organizacional del autocuidado con énfasis en atención centrada en el usuario, seguridad, enfoque a riesgos, gestión de tecnología y humanización. | Dr. Carol Hernández                      | 8. Mantener el porcentaje de cumplimiento del Plan de Acción del Programa de Humanización de la ESE por encima del 90%   | Porcentaje implementación programa de humanización.    | No. Actividades del plan de acción de Humanización completadas * 100 / No. De actividades propuestas.   | Porcentaje       | 93%            | 2019                 | 93%         | Dirigir en el Hospital María Guadalupe Vargas de Soacha el programa de humanización con vigencia 2020<br>Socializar programa de Humanización al cliente externo<br>Realizar Orientación del programa de Humanización al cliente interno   |   |               | 160 personas | 160 personas | 100 personas | 100 personas   | 160 personas                        | 160 personas            | Referente Humanización | humanizacion@mgv.gov.co |





GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA  
SECRETARÍA DE SALUD  
PLAN OPERATIVO ANUAL

Nombre de la IPS: Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha  
Código de habilitación de la IPS: 257500400380  
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva: Agosto 10 de 2020  
Nombre del Gerente: Dra. Alexandra González Moreno



| Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo | Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública | PROCESO                                   | Objetivo Estratégico Institucional   | RESPONSABLE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS | Meta de producto anual   | Indicador de producto                                |  |                  |               | Valor esperado Año 1 | Actividades | III trimestre  | IV trimestre | Evidencia | Recursos | Responsables Institucionales | E mail Responsable   |     |
|--|--|---|--|---|--|--|--|------------------|---------------|----------------------|-------------|--|--------------|-----------|----------|------------------------------|--|-----|
|  |  |   |  |   |  | Nombre del indicador                                 | Descripción de la fórmula  | Unidad de medida | Línea base    |                      |             |  |              |           |          |                              |  |     |
|  |  |   |  |   |  |  |  |                  | Valor         |                      |             |  |              |           |          |                              |  | Año |
| PROCESO: APOYO   |  |   |  |   |  |  |  |                  |               |                      |             |  |              |           |          |                              |  |     |
| MAS SOSTENIBILIDAD                                     | DECRETO 612  | GESTION DEL AMBIENTE FISICO INSTITUCIONAL | Mejorar la imagen corporativa fundamentada en nuestros valores institucionales y enfocada a los usuarios, la comunidad y el medio ambiente.    | Ingeniera Paula Sánchez Rojas             | 34. Aumentar en un 3% del total de residuos reciclables generados en la institución a través de la prestación de servicios.                                | Porcentaje de residuos reciclables                   | $\frac{\text{Número total de residuos reciclables}}{\text{Total de residuos generados}} * 100$   | % residuos       | 0%            | 2019                 | 3%          | Realizar Plan de capacitación a Funcionarios del Hospital MGY sobre reciclaje.<br>Realizar la medición y seguimiento del recaudo por aprovechamiento con el área de tesorería comparándolo con el trimestre inmediatamente anterior.<br>Realizar Campañas ambientales (trimestrales, sobre temas que enriquezcan el manejo del material aprovechable) a través de la implementación de líneas de acción de agua, energía o residuos.<br>Documentar manual de compras verdes. | 100%         | 100%      |          | Ing. Ambiental               | <a href="mailto:ambiente@hmgv.gov.co">ambiente@hmgv.gov.co</a>     |     |
| MAS GOBERNANZA   | DECRETO 612  | GESTION JURIDICA                          | Mejorar la imagen corporativa fundamentada en nuestros valores institucionales y enfocada a los usuarios, la comunidad y el medio ambiente.    | Ingeniera Paula Sánchez Rojas             | 35. Establecer la línea base de implementación de la ordenanza 108 de 2019 del departamento relacionada con compras sostenibles.                           | total de compras con criterios sostenibles / compras | $\frac{\text{total de compras con criterios de sostenibilidad}}{\text{total pto PAA}} * 100$   | %                | 0%            | 2019                 | 5%          | Socializar manual de compras verdes.   | 50%          | 50%       |          | Ing. Ambiental               | <a href="mailto:ambiente@hmgv.gov.co">ambiente@hmgv.gov.co</a>     |     |
| MAS SOSTENIBILIDAD                                     | DECRETO 612  | GESTION DEL AMBIENTE FISICO INSTITUCIONAL | Mejorar la imagen corporativa fundamentada en nuestros valores institucionales y enfocada a los usuarios, la comunidad y el medio ambiente.    | Ingeniera Paula Sánchez Rojas             | 36. Disminuir en 1 toneladas la huella de carbono medida con la calculadora ambiental Dptal. implementando las líneas de acción (AGUA, ENERGIA, RESIDUOS). | INDICADOR DE CALCULO AMBIENTAL<br>___Decreciente___  | $\frac{\text{cant de toneladas de CO2 medidas en el año 2020}}{\text{cant de toneladas de CO2 medidas en el año 2019}}$                      | cant toneladas   | 157           | 2018                 | 156         | Ejecutar actividades línea de acción Agua<br>Ejecutar actividades línea de acción Energía<br>Ejecutar actividades línea de acción Residuos<br>Llevar el consolidado correspondiente a la huella de carbono.<br>Realizar medición de CO2 mediante calculadora ambiental de la Gobernación de Cundinamarca   | 100%         | 100%      |          | Ing. Ambiental               | <a href="mailto:ambiente@hmgv.gov.co">ambiente@hmgv.gov.co</a>     |     |
| MAS GOBERNANZA   | DECRETO 612  | GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS       | Gestionar Recursos Físicos, financieros, tecnológicos y las competencias del talento humano que faciliten el logro de la misión institucional. | Dra. Yaneth Gil Cartera                   | 37. Recuperar el 40% de la cartera mayor a 360 días  | % de recuperación de cartera mayor a 360 días        | $\frac{\text{Valor del recaudo de cartera > 360 días}}{\text{Total cartera > 360 días}} * 100$   | Porcentaje       | 40%           | 2019                 | 40%         | Continuar con el proceso de depuración de cartera con las EAPB.<br>Analizar casos de cartera en el Comité de Sostenibilidad Contable, proponiendo alternativas para la recuperación y/o castigo.   | 100%         | 100%      |          | Referente Cartera            | <a href="mailto:cartera@hmgv.gov.co">cartera@hmgv.gov.co</a>       |     |
| MAS GOBERNANZA   | DECRETO 612  | GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS       | Gestionar Recursos Físicos, financieros, tecnológicos y las competencias del talento humano que faciliten el logro de la misión institucional. | Dra. Yaneth Gil Cartera                   | 38. Recuperar el 63% de la cartera establecida en presupuesto  | % de recuperación                                    | $\frac{\text{Valor del recaudo de cartera establecida en presupuesto}}{\text{Total cuentas por cobrar proyectadas en el presupuesto}} * 100$ | Porcentaje       | 63%           | 2019                 | 63%         | Realizar seguimiento permanente a la Cartera conciliada con las EAPB.<br>Analizar casos de cartera en el Comité de Sostenibilidad Contable, proponiendo alternativas para la recuperación.<br>Realizar gestión oportuna a la Glosa y devoluciones presentadas como conciliación ante la supersalud en caso que se requiera, con las diferentes EAPBS.  | 100%         | 100%      |          | Referente Cartera            | <a href="mailto:cartera@hmgv.gov.co">cartera@hmgv.gov.co</a>       |     |
| MAS GOBERNANZA   | DECRETO 612  | GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS       | Gestionar Recursos Físicos, financieros, tecnológicos y las competencias del talento humano que faciliten el logro de la misión institucional. | Ing. Victoria Bohórquez                   | 39. Mantener en un 90% el plan de implementación del sistema de costos en la E.S.E. HMGV de Soacha   | Ejecución del plan de Implementación de Costos       | $\frac{\text{No. Actividades ejecutadas}}{\text{No. De actividades propuestas}} * 100$   | Porcentaje       | 21 / 24 = 90% | 2019                 | 90%         | Socialización de cronograma de trabajo 2020, con los responsables del proceso financiero y sistemas de información.<br>Seguimiento y reestructuración de los costos por proceso en el sistema y parametrización<br>Realizar presentación de costos al equipo o junta directiva   | 100%         | 100%      |          | Referente Costos             | <a href="mailto:costos@hmgv.gov.co">costos@hmgv.gov.co</a>         |     |
| MAS GOBERNANZA   | DECRETO 612  | GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS       | Gestionar Recursos Físicos, financieros, tecnológicos y las competencias del talento humano que faciliten el logro de la misión institucional. | Ing. Jose Luis Rodríguez Diaz             | 40. Mantener en 70% el plan de acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos.  | % cumplimiento del plan de acción                    | $\frac{\text{Número actividades ejecutadas}}{\text{Número actividades programadas}} * 100$   | Porcentaje       | 70%           | 2019                 | 70%         | Realizar Seguimiento a los Planes del Decreto 612<br>Definir y realizar seguimiento a Planes por Dimensión<br>Realizar seguimiento a los Planes Operativos Anuales por Proceso P06-P   | 100%         | 100%      |          | Referente Planeacion         | <a href="mailto:planeacion@hmgv.gov.co">planeacion@hmgv.gov.co</a> |     |



GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA  
SECRETARÍA DE SALUD  
PLAN OPERATIVO ANUAL

Nombre de la IPS: Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha  
Código de habilitación de la IPS: 257500400380  
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva: Agosto 10 de 2020  
Nombre del Gerente: Dra. Alexandra González Moreno



| Eje del Plan Departamental de Desarrollo | Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública | PROCESO | Meta de producto anual | Indicador de producto |                           |                  |            |     | Valor esperado Año 1 | Actividades | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | Evidencia | Recursos | Responsables Institucionales | E mail Responsable |
|--|--|---------|------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------|------------|-----|----------------------|-------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-----------|----------|------------------------------|--------------------|
|  |  |         |                        | Nombre del indicador  | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base |     |                      |             |             |              |               |              |           |          |                              |                    |
|  |  |         |                        |                       |                           |                  | Valor      | Año |                      |             |             |              |               |              |           |          |                              |                    |

PROCESO: EVALUACION Y CONTROL

|                |                                     |                                   |  |   |  |            |     |      |     |   |  |  |      |      |      |  |                                   |  |
|----------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|---|--|------------|-----|------|-----|---|--|--|------|------|------|--|-----------------------------------|--|
| MAS BIENESTAR  | FORTALECIMIENTO AUTORIDAD SANITARIA | GESTION DEL MEJORAMIENTO CONTINUO | 41. Mantener el 93% la adherencia a las guías de práctica clínica de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 10 años.   | % de adherencia a GPC                       | No. De auditorías que cumplen con la GPC / No. Auditorías realizadas * 100 | Porcentaje | 93% | 2019 | 93% | Realizar auditoría de forma mensual.<br>Definir planes de mejoramiento con relacion al resultado trimestral de la auditoría   |  |  | 3    | 3    |      |  | Referente Crónicos                | <a href="mailto:referentecronicos@hmgv.gov.co">referentecronicos@hmgv.gov.co</a>           |
|                |                                     |                                   |  |   |  |            |     |      |     | Realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento.<br>Entregar resultados a Planeacion para socializar a gerencia. Resolución 408 de 2018.   |  |  | 100% | 100% |      |  |                                   |  |
| MAS BIENESTAR  | FORTALECIMIENTO AUTORIDAD SANITARIA | GESTION DEL MEJORAMIENTO CONTINUO | 42. Mantener el 92% la adherencia a las guías de práctica clínica de hipertensión.                                       | % de adherencia a GPC                       | No. De auditorías que cumplen con la GPC / No. Auditorías realizadas * 100 | Porcentaje | 92% | 2019 | 92% | Realizar auditoría de forma mensual.<br>Definir planes de mejoramiento con relacion al resultado trimestral de la auditoría   |  |  | 3    | 3    |      |  | Referente Subgerencia Comunitaria | <a href="mailto:subgerenciacomunitaria@hmgv.gov.co">subgerenciacomunitaria@hmgv.gov.co</a> |
|                |                                     |                                   |  |   |  |            |     |      |     | Realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento.<br>Entregar resultados a Planeacion para socializar a gerencia. Resolución 408 de 2018.   |  |  | 100% | 100% |      |  |                                   |  |
| MAS GOBERNANZA | FORTALECIMIENTO AUTORIDAD SANITARIA | GESTION DEL MEJORAMIENTO CONTINUO | 43. Cumplir en 90% los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externas. | % de cumplimiento del plan de mejoramiento. | No. Actividades ejecutadas / No. Actividades programadas * 100.            | Porcentaje | 80% | 2019 | 90% | Consolidar las auditorías que realizan calidad, Planeacion y oficina de control interno en un solo plan de auditorías internas y externas del Hospital MGY.<br>Hacer seguimiento a la ejecución de los planes de mejora propuestos. |  |  |      | 100% | 100% |  | Jefe oficina de control interno   | <a href="mailto:controlinterno@hmgv.gov.co">controlinterno@hmgv.gov.co</a>                 |
|                |                                     |                                   |  |   |  |            |     |      |     |   |  |  | 100% | 100% |      |  |                                   |  |