

 <p>E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas De Soacha</p>	ACUERDO DE GESTIÓN – SUBGERENCIA CIENTIFICA
E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA COMPROMISOS 2018	
Fecha: 01 de Agosto 2018	
OBJETIVOS	
<p>La SUBGERENCIA CIENTIFICA de la E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS, como apoyo al desarrollo de los procesos asistenciales (misionales) para cumplimiento de la misión del Hospital, tiene como fin brindar servicios de salud con calidad para lograr el desarrollo de los planes y programas de gestión garantizando una adecuada planeación, organización, supervisión y evaluación de la gestión científica y asistencial del hospital; ejecutando las políticas en materia de asistencia médica que busquen soluciones a las necesidades en materia de salud en el área de influencia enmarcada dentro de la normatividad vigente.</p> <p>Adicionalmente aportar dentro de su gestión al cumplimiento del Plan de Acción Integrado II Semestre 2018 (acuerdo No 011 de 2018) y los compromisos establecidos en el Plan de Gestión del Gerente y sus indicadores Resolución 408 de 2018.</p>	
CONSIDERACIONES GENERALES	
<p>1. El presente ACUERDO DE GESTIÓN está basado en la guía metodológica para la gestión del rendimiento de los gerentes públicos, Acuerdos de Gestión publicada en enero de 2017 por la Función Pública.</p> <p>Siguiendo la metodología establecida se determinan las cuatro etapas que componen los acuerdos de gestión: concertación, la formalización, el seguimiento y la retroalimentación y evaluación de los compromisos del gerente público.</p>	
<p>2. En el municipio de Soacha el 01 de Agosto de 2018, se reúne el <u>Dr. Luis Efraín Fernández Otalora</u>, Gerente del Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, en adelante superior jerárquico, y la <u>Dra. Waldetrudes Aguirre Ramirez</u> titular del cargo subgerente científico, en adelante GERENTE PÚBLICO, a efectos de suscribir el presente ACUERDO DE GESTIÓN.</p> <p>Las partes que suscriben este acuerdo lo hacen entendiendo que este instrumento constituye una forma de evaluar la gestión con base en los compromisos asumidos por la Sub gerencia respecto al <u>logro de resultados y en las habilidades gerenciales requeridas</u>, las cuales se encuentran establecidas en los anexos que hacen parte integral del presente Acuerdo.</p>	
<p>El GERENTE PÚBLICO, se compromete, durante el lapso de vigencia del presente ACUERDO, a alcanzar los resultados que se detallan en los anexos, el cual hace parte constitutiva de este ACUERDO; así mismo se compromete a poner a disposición de la entidad sus habilidades técnicas y gerenciales para contribuir al logro de los objetivos institucionales.</p>	

Guía metodológica para la Gestión del Rendimiento de los Gerentes Públicos - Acuerdos de Gestión

Manual de diligenciamiento Anexos 1 y 2

Gerente Publico: Dra. Waldetrudes Aguirre Ramirez

ANEXO 1

<p>Objetivos Institucionales</p>	<p>Son los definidos por el proceso de Planeación y Calidad del Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha en concordancia con lo establecido con el Plan Departamental de Cundinamarca, el Plan Estratégico Institucional, el Plan de Acción en Salud PAS y el Plan de Gestión del Gerente y que deberán estar relacionados con los compromisos de cada <u>Gerente Público</u>.</p>
<p>Compromisos Gerenciales</p>	<p>Comprenden los resultados a ser medidos, cuantificados y verificados que adelantará el gerente público para el cumplimiento efectivo de los objetivos del Hospital. Los compromisos acordados en el ejercicio están relacionados con la gestión de cada Gerente Público frente al Plan de Acción en Salud PAS, Evaluación del plan de gestión del Gerente del Hospital, La Gestión del Riesgo (seguimiento y Planes de mejoramiento) de los procesos que están bajo la responsabilidad del gerente Público y Seguimiento al sistema PQRS del Hospital de los procesos que están bajo la responsabilidad del gerente Público. Los compromisos Gerenciales deben ser mínimo 3 y máximo 5 por cada Gerente Público.</p>
<p>Indicador</p>	<p>Es la representación cuantitativa en número o porcentaje, de los indicadores definidos según ficha. Los resultados debe ser verificable objetivamente, mediante la presentación, seguimiento de los soportes de la evaluación de los indicadores. Para lo cual se aportará las evidencias de que determinan el cumplimiento de los compromisos gerenciales</p>
<p>Fecha inicio – fin</p>	<p>Corresponde al lapso de ejecución del compromiso concertado en el cual deberán adelantarse las acciones necesarias para el cumplimiento del mismo. Para el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha se define las fechas de Inicio y Final. De acuerdo a lo definido por el Gerente del Hospital se define fecha de inicio: Febrero 23 de 2018 y Fecha Final: Diciembre 31 de 2018</p>
<p>Actividades</p>	<p>Corresponden a las principales acciones definidas por el Gerente Público que harán posible el logro de los compromisos gerenciales generando así las evidencias que permitan el seguimiento a la gestión. (Plan de Acción en Salud PAS, Evaluación del Plan de Gestión del Gerente del Hospital, La Gestión del Riesgo (seguimiento y Planes de mejoramiento) de los procesos que están bajo la responsabilidad del Gerente Público y Seguimiento al Sistema PQRS del Hospital de los procesos que están bajo la responsabilidad del Gerente Público. Las evidencias de cada indicador deben ser aportadas para dar soporte a los resultados obtenidos. Estas no deberán ser menos de 3 ni más de 5 por cada compromiso gerencial.</p>
<p>Peso ponderado</p>	<p>Corresponde al porcentaje de cada compromiso concertado con el superior jerárquico, en función de las metas del Hospital. La asignación del peso porcentual por cada compromiso no podrá ser mayor de 40% ni menor a 10%, obteniendo en la sumatoria del porcentaje de todos los compromisos un máximo de 105%. Los factores del 5% adicional al 100% serán acordados entre el gerente público y su superior jerárquico (por ejemplo, el cumplimiento de las metas concertadas en menor tiempo al programado, el logro de un mayor número de actividades de las pactadas, es decir, el 5% de factor adicional se otorga por el cumplimiento de más de lo esperado). En cualquier caso, un gerente público debe concertar como mínimo el cumplimiento del 100% de sus compromisos gerenciales.</p> <p>Para la definición de los porcentajes se debe tener en cuenta la importancia estratégica de cada meta y compromiso concertado, otorgando así mayor ponderación a los compromisos que atiendan metas y/o resultados de mayor impacto para el cumplimiento de las metas Institucionales.</p>

Guía metodológica para la Gestión del Rendimiento de los Gerentes Públicos - Acuerdos de Gestión

Manual de diligenciamiento Anexos 1 y 2

Continuación ANEXO 1

Porcentaje de cumplimiento programado al primer semestre	Se registra el porcentaje programado de cumplimiento de cada compromiso gerencial para este periodo
Porcentaje de cumplimiento de indicador primer semestre	Se verifica el avance de los compromisos e indicadores definidos en la etapa de concertación y se registra el resultado del indicador asociado al compromiso con corte al primer semestre del año
Observaciones del avance y Oportunidades de mejora	Se registran los aspectos de mejora para el cumplimiento de los compromisos concertados que se encuentren retrasados conforme a lo programado.
Porcentaje de cumplimiento programado al segundo semestre:	Se registra el porcentaje programado de cumplimiento de cada compromiso gerencial durante este periodo.
Porcentaje de cumplimiento de indicador segundo semestre	se verifica el avance de los compromisos e indicadores definidos en la etapa de concertación y se registra el resultado del indicador asociado al compromiso con corte al segundo semestre del año (no acumulado). Este deberá expresarse en términos porcentuales reflejando lo ejecutado frente a lo programado durante este periodo
Porcentaje de cumplimiento del año	Se refiere al resultado final alcanzado, que se obtiene de la sumatoria entre el cumplimiento del primer y segundo semestre de acuerdo con lo concertado.
Resultado	Será el porcentaje de cumplimiento de los compromisos gerenciales del año de acuerdo con el peso ponderado que se asignó al compromiso institucional.
Evidencias	Comprende los soportes que acompañan la ejecución de los compromisos gerenciales y que pueden encontrarse de forma física y/o virtual. Para ello se deberá consignar una breve descripción del producto o actividad indicada como evidencia, así como la ubicación de la misma ya sea en medios físicos o electrónicos.

ANEXO 2

Para llevar a cabo el ejercicio de valoración de las competencias se dispone del Anexo 2: *Evaluación de competencias*, se incluyen los campos cuyo alcance es el siguiente:

Las competencias se valorarán en una escala de 1 a 5 que mide el desarrollo de las conductas esperadas, de acuerdo a los siguientes criterios de valoración:

Criterio de valoración	Puntaje
Es consistente en su comportamiento, da ejemplo e influye en otros, es un referente en su organización y trasciende su entorno de gestión.	5
Es consistente en su comportamiento y se destaca entre sus pares y en los entornos donde se desenvuelve. Puede afianzar.	4
Su comportamiento se evidencia de manera regular en los entornos en los que se desenvuelve. Puede mejorar.	3
No es consistente en su comportamiento, requiere de acompañamiento. Puede mejorar.	2
Su comportamiento no se manifiesta, requiere de retroalimentación directa y acompañamiento. Puede mejorar.	1

Esta valoración contempla la percepción que el superior jerárquico, el par y los subalternos tienen sobre las competencias comunes y directivas del Gerente Público.

Competencias y conductas asociadas	Son las establecidas en el artículo 2.2.4.2 del Decreto 1083 de 2015.
Evaluación anterior	Se registre la información de la última evaluación disponible, resultado de la evaluación de competencias de la evaluación anterior. En caso de no contar con información se deja en blanco la casilla en mención.
Evaluación actual	Este resultado se obtiene de la valoración de cada una de las conductas asociadas a todas las competencias en una escala de 1 a 5, obteniendo por cada competencia un promedio simple. Este valor debe multiplicarse por el porcentaje previamente asignado a cada evaluador (superior jerárquico, 60%; par, 20%; subordinados, 20%)
Comentarios para la retroalimentación	El superior jerárquico visualiza la totalidad de la valoración integral de competencias e identifica y registra las fortalezas y oportunidades de desarrollo del gerente público que acompañan su gestión.
Evaluación final	Es el resultado final de la valoración realizada por su superior jerárquico, el par y sus subalternos de las competencias comunes y directivas

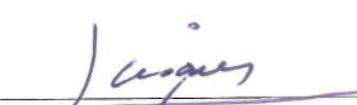
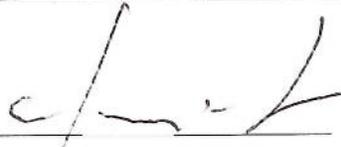


CONCERTACIÓN DE COMPROMISOS GERENCIALES

Concertación					
N°	Objetivos institucionales por Perspectiva	Compromisos gerenciales	Indicador	Fecha inicio-final	Peso ponderado
1	2 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. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	40-Realizar cinco seguimientos en comité directivo a los indicadores del sistema de información para la calidad.	# acciones implementadas/# total de acciones propuestas *100	01/07/2018 31/12/2018	20%
2	1 Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	39-Cumplir con un 39% de cumplimiento del plan de mantenimiento del SUH	# actividades cumplidas/# actividades propuestas x 100	01/07/2018 31/12/2018	20%
3	1 Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	41-Cumplir en un 90% el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad.	# acciones implementadas/# total de acciones propuestas *100	01/07/2018 31/12/2018	30%
4	10 Mejorar la imagen corporativa fundamentada en nuestros valores institucionales y enfocada a los usuarios, la comunidad y el medio ambiente. (Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento)	54-Implementar al 90% el plan de acción de humanización de la ESE	# acciones implementadas/# total de acciones propuestas *100	01/07/2018 31/12/2018	30%
Total					100%

Concertación para el desempeño sobresaliente (5% adicional. Describir los compromisos gerenciales adicionales)

5	9 Generar una cultura organizacional del autocontrol con énfasis en atención centrada en el usuario, seguridad, enfoque a riesgos, gestión de tecnología y humanización (Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento)	52-cumplir con los tiempos de respuesta 10 días de las PQRSFD en la ESE HMGY de Soacha	Fecha en la cual se da respuesta efectiva a la PQRSFD - Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual se recibe la PQRSFD	01/07/2018 31/12/2018	5%
---	--	--	--	--------------------------	----

 Dra. Waldetrudes Aguirre Ramirez Firma del Gerente Público	 Dr. Luis Efraín Fernández Ojalora Firma del Supervisor Jerárquico
FECHA	01 de Agosto de 2018
VIGENCIA	Año 2018

ANEXO 2. VALORACION DE COMPETENCIAS

Criterios de valoración

Es consistente en su comportamiento, da ejemplo e influye en otros, es un referente en su organización y trasciende su entorno de gestión	5
Es consistente en su comportamiento y se destaca entre sus pares y en los entornos donde se desenvuelve. Puede avanzar.	4
Su comportamiento se evidencia de manera regular en los entornos en los que se desenvuelve. Puede mejorar	3
No es consistente en su comportamiento, requiere de acompañamiento. Puede mejorar	2
Su comportamiento no se manifiesta, requiere de retroalimentación directa y acompañamiento. Puede mejorar	1

Competencias comunes y directivas	Conductas asociadas	valoración de los servidores públicos [1-5]			Valoración anterior	Valoración actual	Comentarios para la retroalimentación
		Superior	Par	Subalterno			
		60%	20%	20%			
1	Orientación a resultados	Cumple con oportunidad en función de estándares, objetivos y metas establecidas por la entidad, las funciones que le son asignadas	5	5	5	5,0	
		Asume responsabilidad por sus resultados	5	5	5		
		Compromete recursos y tiempos para mejorar la productividad tomando las medidas necesarias para minimizar los riesgos	5	5	5		
		Realiza todas las acciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos enfrentando los obstáculos que se presentan	5	5	5		
	Total Puntaje del valorador	3,0	1,0	1,0			
2	Orientación al ciudadano	Atiende y valora las necesidades y peticiones de los usuarios y de ciudadanos en general	5	5	5	5,0	
		Considera las necesidades de los usuarios al diseñar proyectos o servicios	5	5	5		
		Da respuesta oportuna a las necesidades de los usuarios de conformidad con el servicio que ofrece la entidad	5	5	5		
		Establece diferentes canales de comunicación con el usuario para conocer sus necesidades y propuestas y responde a las mismas	5	5	5		
	Reconoce la interdependencia entre su trabajo y el de otros	5	5	5			
Total Puntaje Evaluador	3,0	1,0	1,0				
3	Transparencia	Proporciona información veraz, objetiva y basada en hechos	5	5	5	5,0	
		Facilita el acceso a la información relacionada con sus responsabilidades y con el servicio a cargo de la entidad en que labora	5	5	5		
		Demuestra imparcialidad en sus decisiones	5	5	5		
		Ejecuta funciones con base en las normas y criterios aplicables	5	5	5		
	Utiliza los recursos de la entidad para el desarrollo de las labores y prestación del servicio	5	5	5			
Total Puntaje Evaluador	3,0	1,0	1,0				
4	Compromiso con la organización	Promueve las metas de la organización y respeta sus normas	5	5	5	5,0	
		Anticipa las necesidades de la organización e sus propias necesidades	5	5	5		
		Apoya a la organización en situaciones difíciles	5	5	5		
		Demuestra sentido de pertenencia en todas sus actuaciones	5	5	5		
Total Puntaje Evaluador	3,0	1,0	1,0				
5	Liderazgo	Mantiene a sus colaboradores motivados	5	5	5	5,0	
		Fomenta la comunicación clara, directa y concreta	5	5	5		
		Constituye y mantiene grupos de trabajo con un desempeño conforme a los estándares. Promueve la eficacia del equipo	5	5	5		
		Genera un clima positivo y de seguridad en sus colaboradores	5	5	5		
	Fomenta la participación de todos en los que utilice recursos hacia objetivos y metas institucionales	5	5	5			
Total Puntaje Evaluador	3,0	1,0	1,0				
6	Planeación	Anticipa situaciones y escenarios futuros con acierto	5	5	5	5,0	
		Establece objetivos claros y concisos, estructurados y coherentes con las metas organizacionales	5	5	5		
		Traduce los objetivos estratégicos en planes prácticos y factibles	5	5	5		
		Busca soluciones a los problemas	5	5	5		
		Distribuye el tiempo con eficiencia	5	5	5		
	Establece planes alternativos de acción	5	5	5			
Total Puntaje Evaluador	3,0	1,0	1,0				

[Handwritten signature]



ANEXO 2: VALORACION DE COMPETENCIAS

Criterios de valoración

Es consistente en su comportamiento, da ejemplo e influye en otros, es un referente en su organización y trasciende su entorno de gestión.	5
Es consistente en su comportamiento y se destaca entre sus pares y en los entornos donde se desenvuelve. Puede afianzar.	4
Su comportamiento se evidencia de manera regular en los entornos en los que se desenvuelve. Puede mejorar.	3
No es consistente en su comportamiento, requiere de acompañamiento. Puede mejorar.	2
Su comportamiento no se manifiesta, requiere de retroalimentación directa y acompañamiento. Puede mejorar.	1

Competencias comunes y directivas	Conductas asociadas	valoración de los servidores públicos [1-5]			Valoración anterior	Valoración actual	Comentarios para la retroalimentación
		Superior	Par	Subalterno			
		60%	20%	20%			
7	Toma de Decisiones	Elige con oportunidad, entre muchas alternativas, los proyectos a realizar	5	5	5	5,0	
		Efectúa cambios complejos y comprometidos en sus actividades o en las funciones que tiene asignadas cuando detecta problemas o dificultades para su realización	5	5	5		
		Decide bajo presión	5	5	5		
		Decide en situaciones de alta complejidad e incertidumbre	5	5	5		
		Total Puntaje Evaluador	3,0	1,0	1,0		
8	Dirección y Desarrollo de Personal	*Identifica necesidades de formación y capacitación y propone acciones para satisfacerlas	5	5	5	5,0	
		*Permite niveles de autonomía con el fin de estimular el desarrollo integral del empleado	5	5	5		
		*Delega de manera efectiva sabiendo cuando intervenir y cuando no hacerlo	5	5	5		
		*Hace uso de las habilidades y recurso de su grupo de trabajo para alcanzar las metas y los estándares de productividad	5	5	5		
		*Establece espacios regulares de retroalimentación y reconocimiento del desempeño y sabe manejar hábilmente el bajo desempeño	5	5	5		
		Tienen en cuenta las opiniones de sus colaboradores	5	5	5		
		Mantiene con sus colaboradores relaciones de respeto	5	5	5		
Total Puntaje Evaluador	3,0	1,0	1,0				
9	Conocimiento del Entorno	Es conciente de las condiciones específicas del entorno organizacional	5	5	5	5,0	
		Está al día en los acontecimientos claves del sector y del Estado	5	5	5		
		Conoce y hace seguimiento a las políticas gubernamentales	5	5	5		
		Identifica las fuerzas políticas que afectan la organización y las posibles alianzas para cumplir con los propósitos organizacionales	5	5	5		
		Total Puntaje Evaluador	3,0	1,0	1,0		
TOTAL		3,0	1,0	1,0			
valoración final					5,0	100%	

FECHA	22 de Febrero de 2019
VIGENCIA	Año 2018

Fuente: Proceso de Planeación



Dr. Luis Efraín Fernández Ojalora	Dra. Waldetrudes Aguirre Ramírez
Firma Superior Jerárquico	Firma del Gerente Público

Anexo 3. Consolidado de evaluación del Acuerdo de Gestión

Nombre del Gerente Público: Dra. Waldetrudes Aguirre Ramirez

en la que se desempeña: Subgerencia Científica

Fecha: 22 de Febrero de 2019

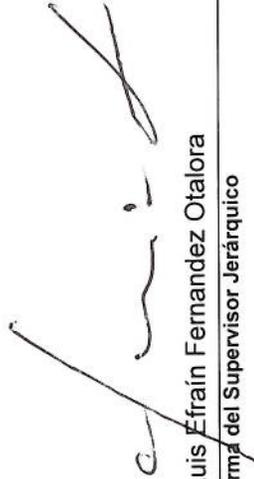


ANEXO 3: CONSOLIDADO DE EVALUACION DEL ACUERDO DE GESTION

CONCERTACIÓN, SEGUIMIENTO, RETROALIMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE	95%	76%
PONDERADO	80%	
VALORACION DE COMPETENCIAS	5,0	20%
PONDERADO	20%	
NOTA FINAL		96%

CONCERTACION	5%	3%
--------------	----	----

CUMPLIMIENTO FINAL **99%**


 Dr. Luis Efraín Fernandez Ojalora
 Firma del Supervisor Jerárquico


 Dr. Waldetrudes Aguirre Ramirez
 Firma del Gerente Publico.

FECHA: 22 de Febrero de 2019

VIGENCIA: Año 2018

Fuente: Proceso de Planeacion



**ACTA DE COMPROMISO
GESTION PARA EL RESULTADO, SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO
PLAN INTEGRADO DE GESTION
SEGUNDO SEMESTRE
2018**

Yo, NOHEMI ORJUELA, identificado(a) con cedula de ciudadanía No: 51.714.501 de Bogota, como Referente del Proceso (Cargo) COORDINADOR TRABAJO SOCIAL, me comprometo ante el Gerente, a gestionar las actividades descritas en el Plan Integrado de Gestión para el cumplimiento de la meta de producto anual que me fue asignada como desarrollo de mis responsabilidades con la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

META: LOGRAR LA EFECTIVIDAD DEL 100% DE LOS MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL IMPLEMENTADOS EN ARTICULACIÓN CON EL MUNICIPIO, de igual forma a diligenciar oportunamente el indicador de producto:

Nombre del indicador: EFECTIVIDAD DE LOS MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN

Formula del indicador: # DE REUNIONES REALIZADAS/ # DE REUNIONES PROGRAMADAS.

Así mismo me comprometo a informar las desviaciones del resultado del indicador con respecto a la Meta, al subgerente Científico y al Referente de Planeación.

Mensualmente diligenciaré la ficha del indicador que le fue asignada, por el proceso de planeación, anexando soportes y la evidencia necesaria para garantizar la veracidad del dato e información.

Ficha técnica No: PS 50

Proceso: ATENCION AL USUARIO

Fecha de Entrega: 31 de agosto de 2018

En constancia se firma el día 31 del mes 08 de año 2018

Firma

Nombre

Responsable: NOHEMI ORJUELA

Cargo: Referente SIAU

Firma

Nombre

Vo Bo: WALDETRUDES AGUIRRE

Subgerente Científica

**ACTA DE COMPROMISO
GESTION PARA EL DE RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO
PLAN INTEGRADO DE GESTION
SEGUNDO SEMESTRE
2018**

Yo, NOHEMI ORJUELA, identificado(a) con cedula de ciudadanía No: 51.714.501 de Bogota como Referente del Proceso (Cargo) COORDINADOR DE TRABAJO SOCIAL, me comprometo ante el Gerente, a gestionar las actividades descritas en el Plan Integrado de Gestión para el cumplimiento de la meta de producto anual que me fue asignada como desarrollo de mis responsabilidades con la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

META MANTENER EL PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN 90%, de igual forma a diligenciar oportunamente el indicador de producto:

Nombre del indicador: % DE SATISFACCIÓN

Formula del indicador: # USUARIOS SATISFECHOS/ # USUARIOS ENTREVISTADOS * 100.

Así mismo me comprometo a informar las desviaciones del resultado del indicador con respecto a la Meta, al subgerente Científico y al Referente de Planeación.

Mensualmente diligenciaré la ficha del indicador que le fue asignada, por el proceso de planeación, anexando soportes y la evidencia necesaria para garantizar la veracidad del dato e información.

Ficha técnica No: PS 51

Proceso: ATENCION AL USUARIO

Fecha de Entrega: 31 de agosto de 2018

En constancia se firma el día 31 del mes 08 de año 2018

Firma

Nombre

Responsable: NOHEMI ORJUELA

Cargo: Referente SIAU

Firma

Nombre

VoBo: WALDETRUDES AGUIRRE

Subgerente: Científica

**ACTA DE COMPROMISO
GESTION PARA EL DE RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO
PLAN INTEGRADO DE GESTION
SEGUNDO SEMESTRE
2018**

Yo, NOHEMI ORJUELA, identificado(a) con cedula de ciudadanía No: 51.714.501 de Bogota, como Referente del Proceso (Cargo) COORDINADOR DE TRABAJO SOCIAL, me comprometo ante el Gerente, a gestionar las actividades descritas en el Plan Integrado de Gestión para el cumplimiento de la meta de producto anual que me fue asignada como desarrollo de mis responsabilidades con el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

META CUMPLIR CON LOS TIEMPOS DE RESPUESTA DE 10 DÍAS DE LAS PQRSFD EN LA ESE HMGY DE SOACHA, de igual forma a diligenciar oportunamente el indicador de producto:

Nombre del indicador: Número de días de respuesta

Formula del indicador: Fecha en la cual se da respuesta efectiva a la PQRSFD - Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual se recibe la PQRSFD.

Así mismo me comprometo a informar las desviaciones del resultado del indicador con respecto a la Meta, al subgerente Científico y al Referente de Planeación.

Mensualmente diligenciaré la ficha del indicador que le fue asignada, por el proceso de planeación, anexando soportes y la evidencia necesaria para garantizar la veracidad del dato e información.

Ficha técnica No: PS 52

Proceso: ATENCION AL USUARIO

Fecha de Entrega: 31 de agosto de 2018

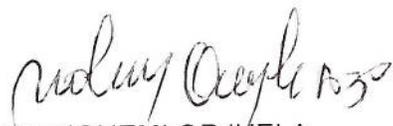
En constancia se firma el día 31 del mes 08 de año 2018

Firma

Nombre

Responsable: NOHEMI ORJUELA

Cargo: Referente SIAU



Firma

Nombre

VoBo: WALDETRUDES AGUIRRE

Subgerente: Científico



**ACTA DE COMPROMISO
GESTION PARA EL DE RESULTADO, SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO
PLAN INTEGRADO DE GESTION
SEGUNDO SEMESTRE
2018**

Yo, RODOLFO MIRANDA RIVERA, identificado(a) con cedula de ciudadanía No: 72.255.138 de Barranquilla, como Referente del Proceso (Cargo) COORDINADOR MEDICO, me comprometo ante el Gerente, a gestionar las actividades descritas en el Plan Integrado de Gestión para el cumplimiento de la meta que me fue asignada como desarrollo de mis responsabilidades con la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

META: REALIZAR UNA AUDITORIA DE ADHERENCIA A GUIAS EN EL PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (DM2) EN EL 2DO SEMESTRE DE 2018, de igual forma a diligenciar oportunamente el indicador asignado.

Nombre del indicador: NO. DE AUDITORÍAS REALIZADAS

Formula del indicador: NO. DE AUDITORÍAS DE HC REALIZADAS/NO. AUDITORÍAS PROGRAMADAS

Así mismo me comprometo a informar las desviaciones del resultado del indicador con respecto a la Meta, al subgerente Científico y al Referente de Planeación.

Mensualmente diligenciaré la ficha del indicador que le fue asignada, por el proceso de planeación, anexando soportes y la evidencia necesaria para garantizar la veracidad del dato e información.

Ficha técnica No: PS-05 DB

Proceso: Auditoria Concurrente – Subgerencia Científica

Fecha de Entrega: 31 de agosto de 2018

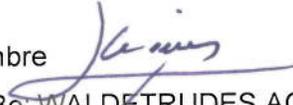
En constancia se firma el día 31 de agosto de 2018

Firma 

Nombre 
Responsable: RODOLFO MIRANDA RIVERA

Cargo: Auditor Concurrente

Firma

Nombre 
Vo Bó: WALDETRUDES AGUIRRE

Subgerente Científica

**ACTA DE COMPROMISO
GESTION PARA EL RESULTADO, SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO
PLAN INTEGRADO DE GESTION
SEGUNDO SEMESTRE
2018**

Yo, XAVIER NORIEGA, identificado(a) con cedula de ciudadanía No: 70.001.931 de Barranquilla, como Referente del Proceso (Cargo) AUDITOR CONCURRENTE, me comprometo ante el Gerente, a gestionar las actividades descritas en el Plan Integrado de Gestión para el cumplimiento de la meta de producto anual que me fue asignada como desarrollo de mis responsabilidades con la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

META: REALIZAR DOS AUDITORIAS DE ADHERENCIA A GUIAS EN EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL 2DO SEMESTRE DE 2018, de igual forma a diligenciar oportunamente el indicador de producto

Nombre del indicador: NO. DE AUDITORÍAS REALIZADAS

Formula del indicador: NO. DE AUDITORÍAS DE HC REALIZADAS/NO. AUDITORÍAS PROGRAMADAS

Así mismo me comprometo a informar las desviaciones del resultado del indicador con respecto a la Meta, al subgerente Científico y al Referente de Planeación.

Mensualmente diligenciaré la ficha del indicador que le fue asignada, por el proceso de planeación, anexando soportes y la evidencia necesaria para garantizar la veracidad del dato e información.

Ficha técnica No: PS-05 C y D

Proceso: Auditoria Concurrente – Subgerencia Científica

Fecha de Entrega: 31 de agosto de 2018

En constancia se firma el día 31 de agosto de 2018

Firma

Nombre XAVIER NORIEGA SIZOLI

Responsable: XAVIER NORIEGA

Cargo: Auditor Concurrente

Firma

Nombre

Vo Bo: WALDETRUDES AGUIRRE

Subgerente Científica

**ACTA DE COMPROMISO
GESTION PARA EL RESULTADOS, SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO
PLAN INTEGRADO DE GESTION
SEGUNDO SEMESTRE
2018**

Yo, LORENA ÁLVAREZ, identificado(a) con cedula de ciudadanía No: 1013616592 de Bogota, como Referente del Proceso (Cargo) REFERENTE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, me comprometo ante el Gerente, a gestionar las actividades descritas en el Plan Integrado de Gestión para el cumplimiento de la meta de producto anual que me fue asignada como desarrollo de mis responsabilidades en la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

META FORTALECER EL SISTEMA DE RIESGOS MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, de igual forma a diligenciar oportunamente el indicador de producto:

Nombre del indicador: Programa de seguridad del paciente implementado

Formula del indicador: N° . ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CUMPLIDAS / N° DE ACTIVIDADES PROPUESTAS DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE * 100.

Así mismo me comprometo a informar las desviaciones del resultado del indicador con respecto a la Meta, al subgerente científico y al Referente de Planeación.

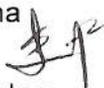
Mensualmente diligenciaré la ficha del indicador que le fue asignada, por el proceso de planeación, anexando soportes y la evidencia necesaria para garantizar la veracidad del dato e información.

Ficha técnica No: PS 53

Proceso: SEGURIDAD DEL PACIENTE

Fecha de Entrega: 31 de agosto de 2018

En constancia se firma el día 31 del mes agosto de año 2018

Firma 

Nombre

Jefe Lorena Álvarez

Cargo: referente de Seguridad Paciente

Firma

Nombre 

Dra. Waldetrubés Aguirre Ramírez

Subgerente Científica

**ACTA DE COMPROMISO
GESTION PARA EL RESULTADO, SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO
PLAN INTEGRADO DE GESTION
SEGUNDO SEMESTRE 2018**

Yo, NORIS ESPELETA, identificado(a) con cedula de ciudadanía No: 63.541.819 de Bucaramanga, como Referente del Proceso (Cargo) ALIMENTOS Y NUTRICION, me comprometo ante el Gerente, a gestionar las actividades descritas en el Plan Integrado de Gestión para el cumplimiento de la meta de producto anual que me fue asignada como desarrollo de mis responsabilidades con el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

META: MANTENER al 100% DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON VALORACIÓN NUTRICIONAL IDENTIFICADOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO de igual forma a diligenciar oportunamente el indicador de producto:

Nombre del indicador: PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON VALORACIÓN NUTRICIONAL IDENTIFICADOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Formula del indicador: #DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON VALORACIÓN NUTRICIONAL IDENTIFICADOS CON MALNUTRICION EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO / # DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE MALNUTRICIÓN IDENTIFICADOS EN EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO A CARGO DE LA HOSPITAL

Así mismo me comprometo a informar las desviaciones del resultado del indicador con respecto a la Meta, al subgerente Científico y al Referente de Planeación.

Mensualmente diligenciaré la ficha del indicador que le fue asignada, por el proceso de planeación, anexando soportes y la evidencia necesaria para garantizar la veracidad del dato e información.

Ficha técnica No: PS 18

Proceso: REFERENTE DE NUTRICION – SUBGERENTE CIENTIFICA

Fecha de Entrega: 31 DE AGOSTO DE 2018

En constancia se firma el día 31 de agosto de 2018

Firma

Nombre

Responsable: NORIS ESPELETA

Cargo: NUTRICION

Firma

Nombre

Vo Bo: WALDETRUDES AGUIRRE

Subgerente científica

**ACTA DE COMPROMISO
GESTION PARA EL RESULTADO, SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO
PLAN INTEGRADO DE GESTION
SEGUNDO SEMESTRE
2018**

Yo, ALEXANDRA GONZALEZ, identificado(a) con cedula de ciudadanía No: 52.089.134 de Bogota, como Referente del Proceso (Cargo) COORDINADORA ACREDITACION, me comprometo ante el Gerente, a gestionar las actividades descritas en el Plan Integrado de Gestión para el cumplimiento de la meta de producto anual que me fue asignada como desarrollo de mis responsabilidades en la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

META: REALIZAR DOS AUDITORIAS DE ADHERENCIA A GUIAS EN EL PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRONICAS HTA EN EL 2DO SEMESTRE DE 2018, de igual forma a diligenciar oportunamente el indicador de producto

Nombre del indicador: NO. DE AUDITORÍAS REALIZADAS

Formula del indicador: NO. DE AUDITORÍAS DE HC REALIZADAS/NO. AUDITORÍAS PROGRAMADAS

Así mismo me comprometo a informar las desviaciones del resultado del indicador con respecto a la Meta, al subgerente Científico y al Referente de Planeación.

Mensualmente diligenciaré la ficha del indicador que le fue asignada, por el proceso de planeación, anexando soportes y la evidencia necesaria para garantizar la veracidad del dato e información.

Ficha técnica No: PS-05 HTA

Proceso: COORDINADORA ACREDITACION

Fecha de Entrega: 31 de agosto de 2018

En constancia se firma el día ____ del mes ____ de año 2018

Firma

Nombre

Responsable: ALEXANDRA GONZALEZ

Cargo: Auditor Concurrente

Firma

Nombre

Vo Bo: WALDETRUDES AGUIRRE

Subgerente Científica

**ACTA DE COMPROMISO
GESTION PARA EL RESULTADO, SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO
PLAN INTEGRADO DE GESTION
SEGUNDO SEMESTRE
2018**

Yo, XIOMARA MUÑOZ, identificado(a) con cedula de ciudadanía No: 53.114.736 de Bogota, como Referente del Proceso (Cargo) referente Calidad, me comprometo ante el Gerente, a gestionar las actividades descritas en el Plan Integrado de Gestión para el cumplimiento de la meta de producto anual que me fue asignada como desarrollo de mis responsabilidades contractuales, suscritas con el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

META CUMPLIR EN UN 90% EL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, de igual forma a diligenciar oportunamente el indicador de producto:

Nombre del indicador: % DE CUMPLIMIENTO DEL PAMEC

Formula del indicador: # ACCIONES IMPLEMENTADAS/# TOTAL DE ACCIONES PROPUESTAS *100

Así mismo me comprometo a informar las desviaciones del resultado del indicador con respecto a la Meta, al Subgerente Científico y al Referente de Planeación.

Mensualmente diligenciaré la ficha del indicador que le fue asignada, por el proceso de planeación, anexando soportes y la evidencia necesaria para garantizar la veracidad del dato e información.

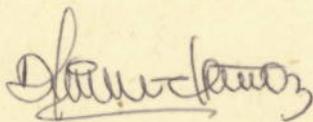
Ficha técnica No: P41

Proceso: AUDITORIA CALIDAD – SUBGERENTE CIENTIFICO

Fecha de Entrega: 15 de septiembre de 2018

En constancia se firma el día: 15 de septiembre de 2018

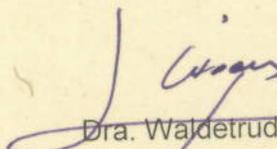
Firma



Ing Xiomara Muñoz

Cargo Referente Calidad

Firma



Dra. Waldetrudes Aguirre Ramírez

Subgerente Científica



**ACTA DE COMPROMISO
GESTION PARA EL RESULTADO, SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO
PLAN INTEGRADO DE GESTION
SEGUNDO SEMESTRE
2018**

Yo, XIOMARA MUÑOZ, identificado(a) con cedula de ciudadanía No: 53.114.736 de Bogota, como Referente del Proceso (Cargo) REFERENTE CALIDAD, me comprometo ante el Gerente, a gestionar las actividades descritas en el Plan Integrado de Gestión para el cumplimiento de la meta de producto anual que me fue asignada como desarrollo de mis responsabilidades contractuales, suscritas con la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

META REALIZAR CINCO SEGUIMIENTOS EN COMITÉ DE GERENCIA A LOS INDICADORES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD. (AGOSTO A DICIEMBRE), de igual forma a diligenciar oportunamente el indicador de producto:

Nombre del indicador: % DE CUMPLIMIENTO DE SEGUIMIENTO A INDICADORES SIC POR PARTE DEL COMITÉ DIRECTIVO

Formula del indicador: # INFORMES CON SEGUIMIENTO/# TOTAL DE SESIONES PROPUESTAS DE COMITÉ DIRECTIVO * 100

Así mismo me comprometo a informar las desviaciones del resultado del indicador con respecto a la Meta, al Subgerente Científico y al Referente de Planeación.

Mensualmente diligenciaré la ficha del indicador que le fue asignada, por el proceso de planeación, anexando soportes y la evidencia necesaria para garantizar la veracidad del dato e información.

Ficha técnica No: PS 41

Proceso: AUDITORIA CALIDAD – SUBGERENTE CIENTIFICO

Fecha de Entrega: 15 de septiembre de 2018

En constancia se firma el día 15 de septiembre de 2018

Firma

Dra. Xiomara Muñoz

Cargo Referente Calidad

Firma

Dra. Waldetrudes Aguirre Ramirez

Subgerente Científica

**ACTA DE COMPROMISO
GESTION PARA EL RESULTADOS, SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO
PLAN INTEGRADO DE GESTION
SEGUNDO SEMESTRE
2018**

Yo, PAOLA GUTIERREZ, identificado(a) con cedula de ciudadanía No: 52.882.072 de Bogotá, como Referente del Proceso (Cargo) REFERENTE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, me comprometo ante el Gerente, a gestionar las actividades descritas en el Plan Integrado de Gestión para el cumplimiento de la meta de producto anual que me fue asignada como desarrollo de mis responsabilidades con el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

META REALIZAR EL REPORTE DEL 100% DE LOS EVENTOS EN SALUD MENTAL (DIFERENTES TIPOLOGÍAS DE VIOLENCIA, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, CONDUCTA SUICIDA, TRASTORNOS MENTALES), de igual forma a diligenciar oportunamente el indicador de producto

Nombre del indicador: % EVENTOS REPORTADOS

Formula del indicador: # EVENTOS REPORTADOS/#TOTAL DE EVENTOS IDENTIFICADOS

Así mismo me comprometo a informar las desviaciones del resultado del indicador con respecto a la Meta, al subgerente Científica y al Referente de Planeación.

Mensualmente diligenciaré la ficha del indicador que le fue asignada, por el proceso de planeación, anexando soportes y la evidencia necesaria para garantizar la veracidad del dato e información.

Ficha técnica No: PS 32

Proceso: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

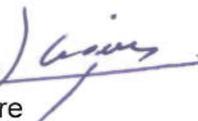
Fecha de Entrega: 31 de agosto de 2018

En constancia se firma el día 31 del mes 08 de año 2018

Firma: 
Nombre

Responsable: PAOLA GUTIERREZ

Cargo: Referente de vigilancia Epidemiológica

Firma: 
Nombre

Vo Bo: WALDETRUDES AGUIRRE

Subgerente Científica

ANALISIS INDICADOR P.A.S.
PLAN DE ACCION EN SALUD – II SEMESTRE 2018

CODIGO DEL INDICADOR : PS-18
 NOMBRE DEL INDICADOR : Porcentaje de niños menores de 5 años con valoración nutricional identificados en crecimiento y desarrollo
 FORMULA : No. de niños menores de 5 años con valoración nutricional identificados con malnutrición en crecimiento y desarrollo / No. de niños menores de 5 años con diagnóstico de malnutrición identificados en el programa de crecimiento y desarrollo
 META : Alcanzar el 77 % de los niños valorados
 RESPONSABLE : SUBGERENCIA CIENTIFICA – REFERENTE NUTRICION
 RESULTADO DEL INDICADOR :

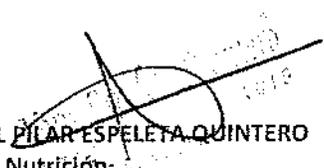
	PERIODO					
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
NUMERADOR	1	2	10	7	2	8
DENOMINADOR	1	2	16	7	3	9
RESULTADO	100%	100%	62.5%	100%	66.67%	88.8%

ANALISIS :

Se ha logrado un avance significativo en lograr que los niños diagnosticados con algún grado de malnutrición (déficit y/o exceso) sean remitidos a valoración por nutrición en consulta externa. Se ha logrado articulación con el área de facturación para el trámite de autorizaciones en casos especiales.

Con lo anterior se obtiene un cumplimiento del **86.3%** en la valoración nutricional de niños menores de 5 años identificados con malnutrición, cumpliendo así la meta propuesta.

Se expide en Soacha Cundinamarca a los diez (10) días del mes de Enero de 2019.



NORIS DEL PILAR ESPELETA QUINTERO
 Referente Nutrición
 E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha
 Tel.: 7309230 Ext. 2029

	FICHA TÉCNICA DE INDICADOR			
	PLAN INTEGRADO DE ACCIÓN EN SALUD PAS 2018			
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		Código:	CA-011-17
		Vigencia:	07/03/2018	

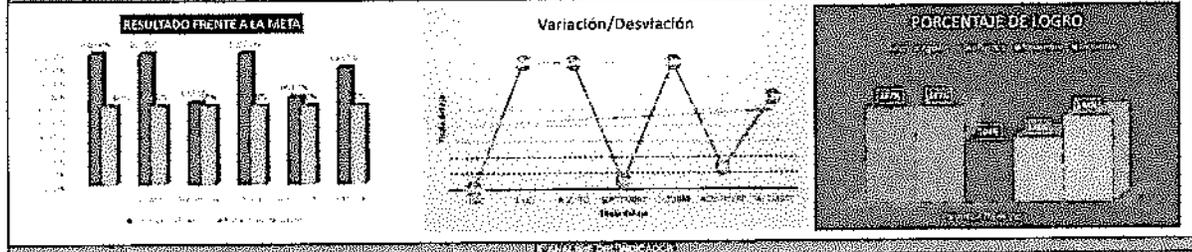
Indicador	Objetivo del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Relacionado con el Plan General de Salud Pública
Fig. 18	TEJIDO SOCIAL	2 Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
Nombre del Indicador de Producto		Porcentaje de niños menores de 5 años con valoración nutricional	Meta de producto (Año) (Base)
			18 Mantener el 77% de niños menores de 5 años con valoración nutricional

Descripción de la Fórmula			
Numerales	No. de niños menores de 5 años con valoración nutricional identificados con malnutrición en crecimiento y desarrollo	Fuente de información del numerador	Base de datos autorizada por el referente de sistemas de información en Salud (SIS) del programa de crecimiento y desarrollo con valoración nutricional
Denominador	Número de niños menores de 5 años con diagnóstico de malnutrición identificados en el programa de crecimiento y desarrollo	Fuente de información del denominador	Base de datos autorizada por el referente de sistemas de información en Salud (SIS) del programa de crecimiento y desarrollo con valoración nutricional
Valor esperado año 2018	60%	2017	77% (184 pacientes - 207 consultas)
Cargo responsable del indicador	Referente de Nutrición	Unidad de medida	Porcentaje
Código electrónico	indicador@bpb.gov.co	Tipo de Acción	Preventiva
Meta de resultado de Plan Indicativo Asociada			
18-Mantener el 77% de niños menores de 5 años con valoración nutricional			
Niveles del indicador			
Aceptable			

Indicador a Reportar	Clasificación del Indicador	Ambito de Cobertura	Tipo de Indicador	Tendencia Esperada	Frecuencia de la medición	Vigencia	Proceso
PAS Plan Integral al Gestor MIE	REGIONAL	ACCIONES O	EFFECTIVIDAD	CRECIENTE	SEMANAL	2018	SUPERVISORIA CENTRICA

Actividad (A)	Año de inicio (A) Inicio a la meta (B)	Tiempo (C)	Programa (D) (E)	Declarado (F) (G)	Spreads de (H) al mes (I) (J) (K) (L) (M) (N) (O) (P) (Q) (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z)	Descripción	Responsable	Indicador de Seguimiento	Actividad de Seguimiento	Meta asociada
Realizar seguimiento programa de crecimiento y desarrollo trimestralmente, donde se verifique la valoración nutricional	2018	Trimestre	0%	100%	0%	Se realiza la valoración de todos los niños que son remitidos a el servicio de nutrición y atención con valoración para realización de seguimiento de los cambios a el servicio de nutrición y atención con valoración para realización de valoraciones de los niños en cambio	UNIDAD DE NUTRICIÓN Y ATENCIÓN CON VALORACIÓN NUTRICIONAL	# DIVISOR	# DIVISOR	# DIVISOR
TOTAL APOORTE		100%	PLAN INDICATIVO	METAS PROGRAMADAS AÑO 2018	60%	Meta Producto Esperado base	0.00	Meta Producto Lograda el 2017	77%	50%

PERIODO	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Monetador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Denominador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valor del Indicador	# DIVISOR	# DIVISOR	# DIVISOR	# DIVISOR								
Meta (valor esperado)	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
Variación/Desviación	# DIVISOR	# DIVISOR	# DIVISOR	# DIVISOR								
Porcentaje (%) de logro	# DIVISOR	# DIVISOR	# DIVISOR	# DIVISOR								



LOGROS	DESAFÍOS
Logros I Trimestre	Desafíos I Trimestre
Logros II Trimestre	Desafíos II Trimestre
Logros III Trimestre	Desafíos III Trimestre
Logros IV Trimestre	Desafíos IV Trimestre

ANALISIS INDICADOR P.A.S.
PLAN DE ACCION EN SALUD – II SEMESTRE 2018

CODIGO DEL INDICADOR : PS-21
NOMBRE DEL INDICADOR : BAJO PESO AL NACER
FORMULA : No de nacidos vivos con peso menor a 2500 gr al nacer / No. Total de nacidos vivos con la variable identificada en el certificado de nacido vivo.
META : 21-Mantener con el 5% la proporción de nacidos con bajo peso al nacer (según línea base 2017)
RESPONSABLE : Referente de Vigilancia Epidemiológica
RESULTADO DEL INDICADOR :

	PERIODO					
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
NÚMERADOR	6	6	6	14	7	7
DENOMINADOR	169	177	182	180	178	195
RESULTADO	3,55%	3,39%	3,30%	7,78%	3,93%	3,59%

ANALISIS

Este indicador se establece a partir del número de nacimientos en nuestra institución que para el segundo semestre de 2018 fue de 1079 nacimientos con un aumento del 13% de nacimientos en relación al primer semestre que fue de 947 nacimientos; y el número de recién nacidos vivos que cumplen criterios para reporte de bajo peso (peso menor a 2500 gramos y más de 37 semanas de gestación en el momento del nacimiento) el cual se realizó semanal a la plataforma SIVIGILA.

En el tercer trimestre el indicador alcanzo al 3% sin superar la meta establecida, para el cuarto trimestre este indicador quedo en el 5% y es allí donde se encuentra el mes con más número de reportes de bajo peso con 14 nacidos vivos; para un consolidado para el semestre del 4% indicador por debajo de la meta esperada.

Se debe tener en cuenta que si bien no se superó la meta la cual fue del 5%, es importante identificar los recién nacidos de madres captadas en primer nivel con la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas y evaluar la posibilidad de ajustes para próximos reportes.

Como logro está el reporte oportuno por el servicio de pediatría en el momento de que se cumplen los criterios de inclusión.

Como debilidad esta la confirmación del aseguramiento de las madres durante su gestación, este reporta es en el momento de hacer la búsqueda en el sistema de información.

Se expide en Soacha Cundinamarca a los diez (15) quince días del mes de Enero de 2019.

Paola Gutiérrez
 ENFERMERA U. NAL
PAOLA GUTIÉRREZ G
 Referente de Vigilancia Epidemiológica
 E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha
 Tel.: 7309230 Ext. 1104

GENERALIDAD DEL INDICADOR	
Concepto	Eje del Plan Departamental de Desarrollo
Objetivo Estratégico Institucional	3. Implementar soluciones de tecnología de la salud, información y comunicación como apoyo a la toma de decisiones y la innovación. (Perspectiva del proceso interno)
Dimensión	Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública
PS-21	TEJIDO SOCIAL
DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	

Nombre del Indicador de Producción	Bajo peso al nacer	Medida de producción anual (9x16)	21-Mantener con el 5% la proporción de nacidos con bajo peso al nacer (según línea base 2017)
------------------------------------	--------------------	-----------------------------------	---

Descripción de la fórmula			
Numerador	No de nacidos vivos con peso menor a 2500 gr al nacer	Fuente de información del numerador	Base de datos realizada por el referente de sistemas de información en calidad S.C. del programa de crecimiento y desarrollo con valoración nutricional
Denominador	No Total de nacidos vivos con la variable identificada en el certificado de nacido vivo	Fuente de información del denominador	Base de datos realizada por el referente de sistemas de información en calidad S.C. del programa de crecimiento y desarrollo con valoración nutricional

Valor esperado año 2018	5%	2017	5%	Plazo de realización (en meta)	PLAN DE ACCION EN SALUD PAS 2018
-------------------------	----	------	----	--------------------------------	----------------------------------

Cargo responsable del indicador	epidemiología	Unidad de medida	Porcentaje	Caso Valor 2017	45 / 1859	Base Año 2018	5%
Centro de referencia	Infemat-PTD	Tipo de Acción		Niveles del indicador			
Meta de resultado de Plan Indicativo Asociado				Cumplido	Acceptable		

21-Mantener con el 5% la proporción de nacidos con bajo peso al nacer (según línea base 2017)

entidad a reportar	Calificación del indicador	Atributo de calidad	Tipo de indicador	Tendencia Esperada	Frecuencia de la medición	Vigencia	Proceso
PAS (Plan Integrado de Datos 2018)	REGIONAL	SATISFACCION N DEL USUARIO	EFFECTIVIDAD	ESTABLE	MESES	2018	SUBGERENCIA CIENTIFICA

ACTIVIDADES ASOCIADAS PARA CUMPLIR CON INDICADOR DE PRODUCCIÓN										
Actividad (A)	Porcentaje de la (A) frente a la meta (B)	Términos	Programado (C) trimestre	Ejecutado (D) trimestre	Resolución al cumplimiento de la meta (E) (D/C)	Descripción	Evidencia	FUENTE: Diferencia programada vs ejecutada	acabando ejecución	Aporte económico
Realizar seguimiento mensual al registro de los datos al sistema de vigilancia alimentaria y nutricional. META: la gobernanza de calidad en el Matern	100%	1 trimestre	0%	0,00%	#DIV/0!			0	0%	#DIV/0!
		2 trimestre	0%	0,00%	#DIV/0!			0%	0%	#DIV/0!
		3 trimestre	25%	150,00%	0%	registro de nacidos vivos de acuerdo a los certificados generados y la aplicación de RUAF NV	descargue de la base del aplicativo a la cual se cruza con semana de gestación y peso base de datos para descargada por aplicativo RUAF NV - SINUSILA	-12%	150%	0%
		4 trimestre	25%	233,33%	0%	registro de nacidos vivos y cruce con fichas de notificación de evento SINUSILA		30%	333%	0%
TOTAL APORTE	100%		PLAN INDICATIVO		META Programada (A-C) 2018	0	META Programada Ejecutada (E) 2018	0,00	Meta Producto Ejecutado (F) 2018	50%

PERIODO	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Numerador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Denominador	169	177	162	169	177	162	169	177	162	169	177	162
Valor del indicador	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Meta (línea base)	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
Variación/Desviación	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Porcentaje (%) de logro	4,85%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

RESULTADO FRENTE A LA META

Variación/Desviación

PORCENTAJE DE LOGRO

LOGROS	ANÁLISIS DEL LOGRO	INDICADORES
Logros I Trimestre		Dificultad I Trimestre
Logros II Trimestre		Dificultad II Trimestre
Logros III Trimestre	lograr un compromiso con las áreas y variables que intervienen en la notificación de eventos y actualización oportuna del evento.	Dificultad III Trimestre
Logros IV Trimestre	consolidación del personal médico de los centros para notificación (peso y semanas de gestación) para realizar un reporte efectivo y con calidad del dato.	Dificultad IV Trimestre

ANALISIS INDICADOR P.A.S.
PLAN DE ACCION EN SALUD – II SEMESTRE 2018

CODIGO DEL INDICADOR : PS-32
NOMBRE DEL INDICADOR : Oportunidad en la notificación de los eventos de interés y calidad en la información y los registros del SIVIGILA
FORMULA : # de estrategias utilizadas para mejorar la oportunidad y calidad de los datos/# de acciones establecidas en el Plan de Trabajo * 100 / # de acciones establecidas en el Plan de Trabajo * 100
META : 32-Notificar oportunamente el 100% de los procesos institucionales para la vigilancia epidemiológica
RESPONSABLE : Referente de Vigilancia Epidemiológica
RESULTADO DEL INDICADOR :

	PERIODO					
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
NUMERADOR	128	138	160	171	145	135
DENOMINADOR	128	138	160	171	145	135
RESULTADO	100%	100%	100%	100%	100%	100%

ANALISIS

De acuerdo al decreto 3518 de 2016 se establece como obligatoriedad el reporte de los eventos de salud pública independiente del nivel de complejidad, es importante y hace parte de las actividades de responsabilidad social, la notificación de todo evento de salud pública identificado en la atención integral de los pacientes.

Durante el 2018 nuestra institución generó un reporte de 1697 eventos, de los cuales 819 fueron identificados en el primer semestre, para el segundo semestre la identificación aumento un 7% con 878. El reporte de los eventos al finalizar la vigencia 2018, nos genera información relacionada a la dinámica de atención de nuestra población para los eventos de priorización (muerte materna, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal, sífilis gestacional y congénita)

Realizar esta identificación parte de la valoración por parte del cuerpo médico, sin embargo es necesario realizar el análisis de los RIPS – CIE 10 de manera semanal junto con la macro para identificar todo evento que no cuente con notificación en SIVIGILA, estas actividades aseguraron una notificación al 100% de los eventos de salud pública con atención en nuestra institución.

El indicador se construye con el total de los reportes de sivigila, los soportes y evidencias están directamente cargadas al SIVIGILA 2018.

Se expide en Soacha Cundinamarca a los diez (15) quince días del mes de Enero de 2019.

Paola Gutiérrez
 ENFERMERA - N. NAL.
 C.C. 121882072

PAOLA GUTIERREZ C
 Referente de Vigilancia Epidemiológica
 E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha
 Tel.: 7309230 Ext. 1104

Conf. No	CA-PTO-47
Version	1
Vigencia	07/02/2018

GENERALIDAD DEL INDICADOR	Dimension
Concepto	Relacionado con el Plan Decenal de Salud Publica

PS-32	Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimension
	TEJIDO SOCIAL INTEGRACION Y GOBERNANZA	2. 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. (Perspectiva de Usuario / Cliente)	DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Nombre del Indicador de Producto:	Oportunidad en la notificación de los eventos de interés y calidad en la información y los registros del SIVIGILA (H30G) (H40G)	Meta de producto anual (valor)	32-Notificar oportunamente el 100% de los procesos institucionales para la vigilancia epidemiológica
--	--	---------------------------------------	---

Descripción de la fórmula	Numrador	Denominador	Unidad de medida
	# de instancias utilizadas para mejorar la oportunidad y calidad de los datos de eventos declarados en el Plan de Trabajo # 100	% de acciones declaradas en el Plan de Trabajo # 100	Porcentaje

Valor esperado Año 2018	100.00%	2017	100%	Fuente de información meta	PLAN DE ACCION EN SALUD PAS 2018
--------------------------------	---------	------	------	-----------------------------------	---

Cargo responsable del indicador	Vigilancia epidemiológica	Unidad de medida	Porcentaje	Base Año 2017	100%	Base Año 2018	100%
--	---------------------------	-------------------------	------------	----------------------	------	----------------------	------

Código electrónico	epidemiologia@mun.gov.co	Tipo de Acción	Preventiva
---------------------------	--------------------------	-----------------------	------------

Medio de resultado de Plan Indicativo Asociado:	epidemiologia@mun.gov.co	Niveles del Indicador	Superior, Aceptable, Inferior
--	--------------------------	------------------------------	-------------------------------

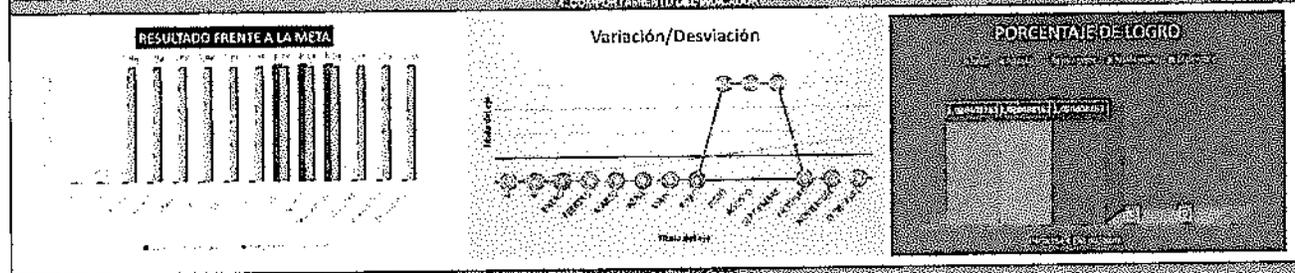
32 Notificar oportunamente el 100% de los procesos institucionales para la vigilancia epidemiológica	Clasificación del Indicador	Alcance de Calidad	Tendencia Esperada	Frecuencia de la medición	Vigencia	Proceso
	MISORAL	ACEPTABLE	CRESCIENTE	MENSUAL	2018	SUBSECUENCIA CIENTIFICA

ESTADÍSTICA DE REPORTES	Clasificación del Indicador	Alcance de Calidad	Tendencia Esperada	Frecuencia de la medición	Vigencia	Proceso
PAS (Plan Integrado de Oportunidad 2018)	MISORAL	ACEPTABLE	CRESCIENTE	MENSUAL	2018	SUBSECUENCIA CIENTIFICA

ACTIVIDADES ASOCIADAS PARA CUMPLIR CON RENDIMIENTO DE PRODUCTO	Actividad	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Procentaje	Unidad de medida	Meta	Realización	Porcentaje	Observaciones
---	------------------	------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------	-------------	--------------------	-------------------	----------------------

Establecer y ejecutar un Plan de trabajo para la vigencia con cronograma en cada una de las dependencias del hospital	I Trimestre	0%	# DIV/CI	# DIV/CI				# DIV/CI	# DIV/CI	# DIV/CI
	II Trimestre	0%	# DIV/CI	# DIV/CI				# DIV/CI	# DIV/CI	# DIV/CI
	III Trimestre	75%	# DIV/CI	# DIV/CI	ingreso de datos a la aplicación de SIVIGILA de acuerdo a los eventos identificados y verificados por medio de más fechas de notificación	desarrollo de la base de datos de acuerdo a los eventos totales de notificación		# DIV/CI	# DIV/CI	# DIV/CI
	IV Trimestre	25%	# DIV/CI	# DIV/CI	cuando se activa por el SPS diagnóstico y uno a uno para evidenciar si se cumple con criterio para envío en SIVIGILA	esquema de fondo (formato) macro generada desde dinámica general		# DIV/CI	# DIV/CI	# DIV/CI
TOTAL APORTE	100%	PLAN INDICATIVO	Meta Programada Año 2018	100%	Meta Programada	0.00	Meta Producto Ejecutado	50%		

PERIODO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	AGOSTO
Numrador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Denominador												
Valor del indicador	# DIV/CI	# DIV/CI	# DIV/CI	# DIV/CI								
Meta (nivel deseado)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Variación/Desviación	# DIV/CI	# DIV/CI	# DIV/CI	# DIV/CI								
Porcentaje (%) de logro	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%



LOGROS	ACTIVIDADES ASOCIADAS	DIFICULTADES
---------------	------------------------------	---------------------

Logros I Trimestre		Dificultades I Trimestre
Logros II Trimestre		Dificultades II Trimestre
Logros III Trimestre	Se realizó adelantamiento de laboratorio clínico para buscar análisis de reporte de exámenes priorizados para atención a salud pública y analizar posibles puntos críticos	Dificultades III Trimestre
Logros IV Trimestre	Se aumentó la notificación (verificada en las diferentes acciones de SIVIGILA) de los reportes de la secretaria, con el uso, revisión de cartas, revisión de bases de datos	Dificultades IV Trimestre

ANALISIS INDICADOR P.A.S.
PLAN DE ACCION EN SALUD -- II SEMESTRE 2018

CODIGO DEL INDICADOR : PS-5.2 DM
NOMBRE DEL INDICADOR : Número de auditorías realizadas DM
FORMULA : No. De auditorías de HC realizadas / No. Auditorías programadas
META : Realizar una (1) auditoria de adherencia a guías en el programa de enfermedades crónicas (DM2) en el 2do semestre de 2018
RESPONSABLE : Referente de urgencias y Hospitalización.
RESULTADO DEL INDICADOR : 87,1

	PERIODO					
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
NUMERADOR	16	16	17	17	17	17
DENOMINADOR	14	14	16	14,7	14,7	14,7
RESULTADO	87%	87%	87%	87%	87%	87,1%

ANALISIS :

Se ha logrado un avance significativo en el diligenciamiento de la historia clínica sin embargo es importante reconocer que debemos mejorar en los procesos que relaciono a continuación:

- Los datos básicos de la historia clínica son insuficiente no diligencian todos los campos ej: datos del acompañante, dirección del acompañante, teléfonos etc.
- Diligenciamiento incompleto de la historia clínica, existen ítem que no son registrados en la historia clínica como por Ej: examen visual, sistema nervioso central.
- En la historia clínica de pacientes crónicos no registran la revisión por sistema en todas las HC.

Formula de la muestra:

$$n = N / (1 + N * de) \quad n = 750 / (1 + 750 * 0,0100) = 99.$$

Donde desviación estándar: 0.0100

Con lo anterior se obtiene un cumplimiento del **87,1%** en adherencia a la Guía de Ministerio de Salud referente a Diabetes Mellitus, cumpliendo así la meta propuesta referente al No. De auditorías de HC realizadas / No. Auditorías programadas en el segundo semestre del 2018.

Se expide en Soacha Cundinamarca a los diecisiete (17) días del mes de Enero de 2019.



RODOLFO MIRANDA RIVERA
Referente de Urgencias y Hospitalización
E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha
Tel.: 3202200333 Ext.

INFORME DE SEGUIMIENTO INDICADORES P.A.S.

PLAN DE ACCION EN SALUD – II SEMESTRE 2018

CODIGO DEL INDICADOR : PS-05
 NOMBRE DEL INDICADOR : % de cumplimiento del Plan de Acción de Crecimiento y Desarrollo
 RESPONSABLE : Referente de Auditoria
 RESULTADO DEL INDICADOR : 100%

	PERIODO					
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
NUMERADOR	1	1	1	1	1	1
DENOMINADOR	1	1	1	1	1	1
RESULTADO	100%	100%	100%	100%	100%	100%

ANALISIS :

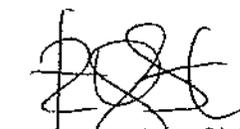
Se evaluaron 99 historias clínicas, el 100% de las mismas corresponde a usuarios que cumplen con criterios de inclusión en el programa Crecimiento y Desarrollo.

El resultado final del consolidado fue:
 92.1% Para un resultado **SATISFACTORIO**

Con respecto a los ítems evaluados encontramos:

En las historias manuales hay fallas en el registro de Motivo de Consulta, Enfermedad Actual, antecedentes y módulo de encuesta para cáncer infantil (Ley 1388 de 2010)
 En las historias por sistemas hay fallas en Antecedentes familiares y antecedentes personales nuevos.

Se expide en Soacha Cundinamarca a los diez (17) días del mes de Enero de 2019.



Xavier Noriega Sirtori
 Referente de Auditoria
 E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha
 auditormedicoconurrencia@hmgv.gov.co

ANALISIS INDICADOR P.A.S.
PLAN DE ACCION EN SALUD – II SEMESTRE 2018

CODIGO DEL INDICADOR : PS-50
NOMBRE DEL INDICADOR : Efectividad de los Mecanismos de Participación.
FORMULA : No. de Reuniones Realizadas / No. de Reuniones Programadas.
META : Lograr la efectividad del 100% de los mecanismos de participación social implementados en articulación con el Municipio
RESPONSABLE : REFERENTE DE TRABAJO SOCIAL
RESULTADO DEL INDICADOR :

	PERIODO					
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
NUMERADOR	1	5	3	1	4	3
DENOMINADOR	1	5	3	1	4	3
RESULTADO	100%	100%	100%	100%	100%	100%

ANALISIS:

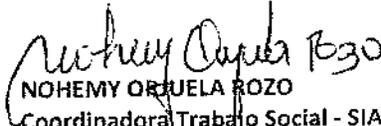
Con los espacios de Participación se procuró formar ciudadanos con una cultura de intervención democrática corresponsable y crítica con capacidad para conocer y transformar la realidad social en Soacha mediante la participación en las mesas de trabajo participativo (Comité de Ética, Asociación de usuarios, Copacos, veedurías) en coordinación con la institucionalidad.

Se incentivó además a los ciudadanos a generar procesos de formación en las instituciones a través de su participación en los diferentes programas institucionales, impulsando el conocimiento y uso de los mecanismos de participación ciudadana.

Con la participación de la comunidad y de las instituciones en los espacios democráticos de participación se logró robustecer los procesos de empoderamiento ciudadano que fomento el co-ejercicio de la autoridad, dando voz a los ciudadanos en el establecimiento de mesas de trabajo y promoviendo las capacidades de planificación de las instituciones y de las organizaciones sociales para incrementar su legitimidad, su participación sostenible y su voz en la toma de decisiones públicas.

Con lo anterior se obtiene un cumplimiento de los 100% de efectividad en la implementación de los mecanismos de participación social implementados en articulación con el Municipio, cumpliendo así la meta propuesta.

Se expide en Soacha Cundinamarca a los dieciséis (16) días del mes de Enero de 2019.


NOHEMY ORJUELA ROJO
 Coordinadora Trabajo Social - SIAU
 E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha
 Tel.: 7309230 Ext. 1109

ANALISIS INDICADOR P.A.S.
PLAN DE ACCION EN SALUD – II SEMESTRE 2018

CODIGO DEL INDICADOR : PS-51
NOMBRE DEL INDICADOR : % de Satisfacción
FORMULA : No. de Usuarios Satisfechos / No. de Usuarios entrevistados* 100.
META : Mantener el porcentaje de satisfacción de los usuarios mayor o igual 90%.
RESPONSABLE : REFERENTE DE TRABAJO SOCIAL
RESULTADO DEL INDICADOR :

	PERIODO					
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
NUMERADOR	351,58	1088,28	1109,35	1107,53	1374,09	1496,07
DENOMINADOR	390	1200	1214	1214	1497	1586
RESULTADO	90%	91%	91%	91%	92%	94%

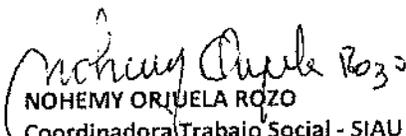
ANALISIS:

El reporte del indicador de satisfacción por servicio permitió realizar un seguimiento de la gestión de la calidad y una evaluación de los servicios de la ESE Mario Gaitán Yanguas, incluyendo los servicios operados por terceros; con el objetivo de que los resultados obtenidos permitieran realizar planes de mejoramiento en beneficio de los usuarios que demandan servicios en la institución. Para garantizar resultados óptimos en la aplicación del instrumento, se realizaron algunas acciones:

- 1.- Se aplicó un instrumento inicial propuesto por la Secretaría de salud de Cundinamarca, oficina de participación social. Esta aplicación justifico la necesidad de ajustar el instrumento a los contextos de la entidad, generando el rediseño del instrumento de medición de la satisfacción del usuario, con el objetivo de captar la información de manera ágil, segura y garantizando los estándares de calidad requeridos.
- 2.- Se realiza sensibilización a todo el personal responsable de las áreas frente a la importancia de la aplicación del instrumento de evaluación de manera técnica
- 3.- Con el apoyo de cada una de las unidades funcionales, se realizó la aplicación del instrumento de evaluación, dando a conocer el objetivo general y los periodos de aplicabilidad del instrumento de evaluación, la estructura de la encuesta, el contenido, los tipos de preguntas, las categorías de información y calificación.
- 4.- Se recomendó el control de la calidad del instrumento aplicado a los usuarios con el objetivo de obtener resultados confiables.

Con lo anterior se obtiene un cumplimiento del 91,66% de porcentaje de Satisfacción de los usuarios, obteniendo un cumplimiento del 100% del indicador sobre la meta propuesta del 90%.

Se expide en Soacha Cundinamarca a los dieciséis (16) días del mes de Enero de 2019.


NOHEMY ORJUELA ROZO
 Coordinadora Trabajo Social - SIAU
 E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha
 Tel.: 7309230 Ext. 1109

ANALISIS INDICADOR P.A.S.
PLAN DE ACCION EN SALUD – II SEMESTRE 2018

CODIGO DEL INDICADOR : PS-52
NOMBRE DEL INDICADOR : Número de días de Respuesta.
FORMULA : Sumatoria de días de Respuesta de PQRSDf mes- Base de Datos PQRSDf/ Total de PQRSDf recibidas Mes - Base de Datos PQRSDf.
META : Cumplir con los tiempos de respuesta 10 días de las PQRSDf en la ESE HMGY de Soacha.
RESPONSABLE : REFERENTE DE TRABAJO SOCIAL
RESULTADO DEL INDICADOR :

	PERIODO					
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
NUMERADOR	395	342	571	521	363	216
DENOMINADOR	55	75	77	80	56	43
RESULTADO	7	5	7	7	6	5

ANALISIS:

El proceso de gestión de las PQRSDf de los usuarios, es insumo útil para la ESE Mario Gaitán Yanguas, ya que proporciona un valor adicional para su gestión, al identificar las necesidades sentidas de los pacientes cuando demandan servicios en la institución. Este procedimiento de gestión de PQRSDf permite medir el nivel de calidad con el que se prestan los servicios y productos ofrecidos por el Hospital y genera participación efectiva de los usuarios en la mejora integral de los servicios.

Para que dicho sistema se estructurara en un instrumento eficaz y operativo, se hizo necesarias algunas consideraciones básicas para su implementación:

- 1.- Se dispuso de personal responsable de la gestión de las PQRSDf. Este personal se capacito para las actividades de recolección, gestión, tramitación, resolución, comunicación, especialmente la capacidad de respuesta al cliente.
- 2.- Se diseñó un procedimiento formal para la gestión de las PQRSDf.
- 3.- Difusión y comunicación de la existencia de la oficina SIAU que tramita y gestiona las PQRSDf presentadas por los usuarios.
- 4.- Disponibilidad de diversos medios para la presentación de las sugerencias y quejas, incluyendo formatos escritos, electrónicos o vía telefónica, por ejemplo.

Con lo anterior se obtiene un cumplimiento del 100% al tener un promedio semestral 6.16 días en tiempos de respuesta de las PQRSDf interpuestas por los usuarios, cumpliendo así la meta propuesta.

Se expide en Soacha Cundinamarca a los dieciséis (16) días del mes de Enero de 2019.


NOHEMY ORIUELA ROZO
 Coordinadora Trabajo Social - SIAU
 E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha
 Tel.: 7309230 Ext. 1109

ANÁLISIS INDICADOR P.A.S.
PLAN DE ACCIÓN EN SALUD – II SEMESTRE 2018

CODIGO DEL INDICADOR : PS-17
NOMBRE DEL INDICADOR : Número de días transcurridos para la atención de consulta de Psiquiatría
FORMULA : Sumatoria de días calendario transcurridos entre la fecha que solicito la cita hasta la fecha en que se asignó la cita / Total citas asignadas mes de consulta de Psiquiatría
META : Alcanzar el 80% de la implementación de los módulos del sistema de información adquiridos pos la E.S.E.
RESPONSABLE : REFERENTE DE CONSULTA EXTERNA

RESULTADO DEL INDICADOR :

PERIODO	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Promedio
Numerador	2301	691	2044	1001	772	1727	1423
Denominador	283	163	280	212	246	628	298
Valor del Indicador	8,13	4,24	7,86	4,72	3,14	2,75	5
Meta (nivel deseado)	15	15	15	15	15	15	15
Variación/Desviación	-7	-11	-7	-10	-12	-12	-10
Porcentaje (%) de logro	54%	28%	52%	31%	21%	18%	34%

ANÁLISIS :

Como se evidencia en la gráfica anterior, se demuestra un avance significativo en la disminución del tiempo de espera en el que un usuario solicita cita de consulta externa de la Especialidad de Psiquiatría en el segundo semestre del año 2018, llegando a obtener un promedio de oportunidad de días de espera de 5.14 días, superando la meta propuesta de máximo 15 días de espera de oportunidad, establecidas para el indicador.

Todo esto debido a las estrategias implementadas para el logro de los objetivos como:

- Oferta de lunes a sábado de consulta de Psiquiatría.
- Contratación de dos Psiquiatras para el cubrimiento de la demanda de citas.
- Asignación de citas extras para lograr mayor cubrimiento de pacientes.

Se expide en Soacha Cundinamarca a los diez (15) días del mes de Enero de 2019.



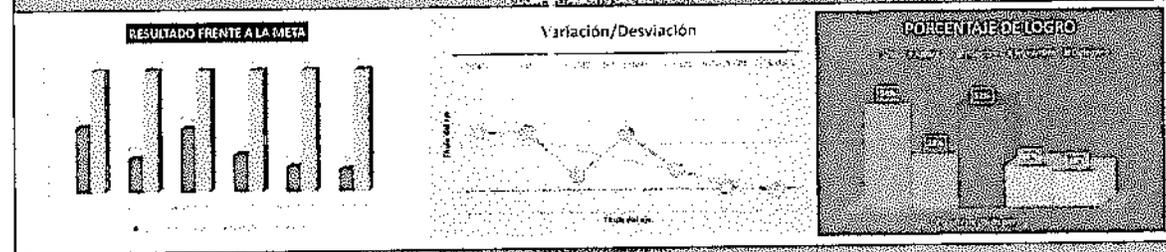
Liliana Parrado Delgado
Referente Consulta externa
E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha

INDICADOR	Objetivo del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensiones
PS-17	TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	3 Implementar evoluciones de tecnología de la salud, información y comunicación como apoyo a la toma de decisiones y la innovación (Perspectiva del proceso interno)	Relacionada con el Plan Operativo de Salud Pública
Nombre del indicador de Proceso:		numero de días trabajados por la atención de consulta de Psiquiatría	Meta de producción anual (objet): 17-Lograr una oportunidad del servicio de atención en psiquiatría a 15 días

Descripción de la fórmula			
Numerador	Sumatoria de días atendidos hasta el cierre de la fecha de actualización de la fecha en que se asigna la meta	Fuente de información del numerador	Base de datos elaborada por el sistema de información en Unidad S-7, con diagnósticos (tránsito de salud mental) oportunidad de atención por su año a 27.0 en (Año 1 12 días Año 2 15 días Año 3 15 días Año 4 15 días)
Denominador	Total días de consulta de Psiquiatría en el año	Fuente de información del denominador	Base de datos elaborada por el sistema de información de (tránsito de salud mental) oportunidad de atención en psiquiatría a 15 días (Año 1 12 días Año 2 15 días Año 3 15 días Año 4 15 días)
Valor esperado año 2018	16	2017	28
Cargos responsables del indicador		Unidad de medida	PLAN DE ACCIÓN EN SALUD PAS 2018
Cargos ejecutivos		Unidad de medida	Base Valor 2017: 28 Base Año 2018: 18
Meta de resultado de Plan Indicativo Asociado		Unidad de medida	28
17-Lograr una oportunidad del servicio de atención en psiquiatría a 15 días		Unidad de medida	28
Unidad a reportar		Clasificación del indicador	Proceso
PAS (Plan Integrado de Gestión 2018)		MISIÓN	EFICIENCIA

Actividad (s)	Meta (%)	Trimestre I	Trimestre II	Trimestre III	Trimestre IV	Desarrollado	Evidencia	Porcentaje cumplimiento	Actuación	Aporte consultivo
Aumentar la capacidad ofertada de un servicio de Psiquiatría y Psicología en horas ofertadas	100%	Trimestre I	0%	0,00%	0,00%	Asignación de citas de Tránsito de Control por el servicio de Psiquiatría	Se reporta el indicador a través de la plataforma de Dinámico por el área de Sistemas, en el cual se calcula el total de consultas por la diferencia de la Sumatoria de Días entre la velocidad de la cita y el día en que hace la cita el paciente y se obtiene por medio del desarrollo de la base	0%	0%	0,00%
		II Trimestre	25%	17,64%	0%	Asignación de citas de Tránsito de Control por el servicio de Psiquiatría	Se reporta el indicador a través de la plataforma de Dinámico por el área de Sistemas, en el cual se calcula el total de consultas por la diferencia de la Sumatoria de Días entre la velocidad de la cita y el día en que hace la cita el paciente y se obtiene por medio del desarrollo de la base	0%	0%	0,00%
		III Trimestre	25%	17,64%	0%	Asignación de citas de Tránsito de Control por el servicio de Psiquiatría	Se reporta el indicador a través de la plataforma de Dinámico por el área de Sistemas, en el cual se calcula el total de consultas por la diferencia de la Sumatoria de Días entre la velocidad de la cita y el día en que hace la cita el paciente y se obtiene por medio del desarrollo de la base	0%	0%	0,00%
		IV Trimestre	25%	17,64%	0%	Asignación de citas de Tránsito de Control por el servicio de Psiquiatría	Se reporta el indicador a través de la plataforma de Dinámico por el área de Sistemas, en el cual se calcula el total de consultas por la diferencia de la Sumatoria de Días entre la velocidad de la cita y el día en que hace la cita el paciente y se obtiene por medio del desarrollo de la base	0%	0%	0,00%
TOTAL APORTE	100%	PLAN INDICATIVO		Meta Programada AÑO 2018	15	Meta Producción Ejecutada hasta el fin	0,00%	0%	0,00%	

PERIODO	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Numerador	3342	3117	7722	1883	2000	214	207	201	2244	1601	772	1727
Denominador	28	233	238	27	106	274	283	403	200	212	246	228
Valor del Indicador	117,22	13,37	32,44	69,74	18,86	7,81	7,32	5,01	11,22	7,55	3,14	7,58
Meta (valor deseado)	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Variancia/Desviación	102,22	-1,67	17,44	54,74	3,86	-7,19	-7,68	-9,99	-3,78	-7,45	-11,86	-7,42
Porcentaje (%) de logro	781,47%	89,14%	216,27%	464,93%	125,73%	51,14%	48,80%	33,40%	74,80%	50,33%	20,93%	50,53%



TRIMESTRE	DESCRIPCION	Observaciones
Logros I Trimestre		Observaciones I Trimestre
Logros II Trimestre		Observaciones II Trimestre
Logros III Trimestre	Se estableció una oportunidad de citas con un promedio trimestral de 6,9 días	Observaciones III Trimestre
Logros IV Trimestre	En el último trimestre de 2018 se evidenció una disminución importante en la oportunidad, así como también con los tiempos de respuesta por el indicador	Observaciones IV Trimestre