



Hospital San Rafael de Fusagasugá
 "Hospital humano, hospital comprometido"

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

PROYECCION AJUSTADA DEL PLAN INDICATIVO 2020-2024



Entidad: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL

NIT: 2529000036

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva :

Nombre del Gerente: ANDRES MAURICIO GONZALEZ CAYCEDO

| Objetivo estratégico institucional | No. de meta | PESO % | Meta de resultado | Indicador de resultado | | | | | Valor esperado 2024 | Año 3 (2022) | Año 4 (2023) | Año 5 (2024) |
|---|-------------|--------|---|---|--|------------------|------------|------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | |
| | | | | | | | Valor | Año | | | | |
| Gestión estratégica de planeación y calidad | 4 | 9 | AUMENTAR EN 2 % EL CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD SOGC EN SUS 4 COMPONENTES. | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL SOGC EN LA ESE | SUMATORIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES 30% HABILITACION, 25% PAMEC, 25% SISTEMA DE INFORMACION, 10% ACREDITACION ADICIONAL 5% HOJA DE RUTA Y 5% PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE IMPLEMENTACION DE REDES | Porcentaje | 92,79 | 2020 | 99,89% | 99,89 | 99,89 | 99,89 |

| Objetivo estratégico institucional | No. de meta | PESO % | Meta de resultado | Indicador de resultado | | | | | Valor esperado 2024 | Año 3 (2022) | Año 4 (2023) | Año 5 (2024) |
|--|-------------|--------|--|--|--|------------------|------------|-------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | |
| | | | | | | | Valor | Año | | | | |
| Gestión del riesgo | 4 | 1 | Mantener en el 46% la implementación del plan de emergencias hospitalario Mantener en el 70% la implementación del plan de emergencias hospitalario | % del desarrollo del plan de emergencias | N° de criterios cumplidos en la implementación del plan / N° total de criterios en el plan x 100 | Porcentaje | 46 | 2019 | 70% | 70% | 70% | 70% |
| Gestión estratégica de planeación y calidad Gestion Ambiental Gestion Financiera Procesos Humanizados Gestion del Talento Humano Gestión de la Tecnología | 3 | 17 | Aumentar al terminar el periodo en 5 puntos el índice de desempeño institucional | Resultado FURAG | Porcentaje de cumplimiento | Porcentaje | 68,0% | 2.019 | 76,2% | 66,0% | 67,0% | 68,0% |

| Objetivo estratégico institucional | No. de meta | PESO % | Meta de resultado | Indicador de resultado | | | | | Valor esperado 2024 | Año 3 (2022) | Año 4 (2023) | Año 5 (2024) |
|------------------------------------|-------------|--------|--|--|--|------------------|------------|------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | |
| | | | | | | | Valor | Año | | | | |
| Gestión Asistencial | 4 | 2,0 | <p>DISMINUIR LA PREVALENCIA DE CARIES EN UN 1% EN POBLACION DE 0 A 69 AÑOS</p> <p>Año 2021 86,73% Año 2022 85,73% Año 2023 84,73% Año 2024 83,73%</p> <p>Año 2021 86,73% Año 2022 62,40% Año 2023 61,40% Año 2024 60,40%</p> | <p>PROPORCION DE PACIENTES DE 0 A 69 AÑOS CON CARIES</p> | <p>No POBLACION DE 0 A 69 AÑOS CON CARIES ATENDIDOS POR PRIMERA VEZ/TOTAL POBLACION DE 0 A 69 AÑOS ATENDIDA DE PRIMERA VEZ</p> | Porcentaje | 87,73% | 2020 | 60,40% | 62,40% | 61,40% | 60,40% |

| Objetivo estratégico institucional | No. de meta | PESO % | Meta de resultado | Indicador de resultado | | | | | Valor esperado 2024 | Año 3 (2022) | Año 4 (2023) | Año 5 (2024) |
|------------------------------------|-------------|--------|---|--------------------------|--|------------------|------------|------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | |
| | | | | | | | Valor | Año | | | | |
| Gestión Asistencial | 5 | 12 | Controlar al menos al 67% al terminar el periodo los pacientes positivos identificados para la patología de HTA Año 1 el 58% Año 2 Aumentar al 65,1% Año 3 mantener sobre el 65,1% Año 4 mantener sobre el 66% Año 5 mantener sobre el 67% | Población controlada HTA | Número total de personas controladas / Número total de personas de la población a controlar *100 | Porcentaje | 62,2% | 2019 | 67,0% | 65,1 | 66 | 67 |

| Objetivo estratégico institucional | No. de meta | PESO % | Meta de resultado | Indicador de resultado | | | | | Valor esperado 2024 | Año 3 (2022) | Año 4 (2023) | Año 5 (2024) |
|------------------------------------|-------------|--------|---|--------------------------------------|--|------------------|------------|------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | |
| | | | | | | | Valor | Año | | | | |
| Gestión Asistencial | 6 | 11 | <p>Controlar al menos al 31% al terminar el periodo los pacientes positivos identificados para la patología de DM</p> <p>Año 1 el 10%</p> <p>Año 2 el 28%</p> <p>Año 3 el 29%</p> <p>Año 4 el 30%</p> <p>Año 5 el 31%</p> <p>Controlar al menos al 33% al terminar el periodo los pacientes positivos identificados para la patología de DM</p> <p>Año 1 el 10%</p> <p>Año 2 el 31,2%</p> <p>Año 3 el 31,2%</p> <p>Año 4 el 32%</p> <p>Año 5 el 33%</p> | Población controlada para DM tipo II | Número total de personas controladas / Número total de personas de la población a controlar *100 | Porcentaje | 0,131 | 2019 | 33% | 31,2 | 32 | 33 |

| Objetivo estratégico institucional | No. de meta | PESO % | Meta de resultado | Indicador de resultado | | | | | Valor esperado 2024 | Año 3 (2022) | Año 4 (2023) | Año 5 (2024) |
|------------------------------------|-------------|--------|---|--|--|------------------|------------|------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | |
| | | | | | | | Valor | Año | | | | |
| Gestión Asistencial | 7 | 12 | <p>Aumentar al 33,63% el tamizaje al terminar el periodo la población a cargo de la E.S.E. para la prevención y detección temprana de casos de cáncer de seno, cérvix y próstata</p> <p>1. SENO 40 a 69 años, ciclo de tamizaje 1-1-1 Año 1 = 20,66% Año 2 = 30% Año 3 = 32% Año 4 = 34% Año 5 = 36%</p> <p>2. CANCER DE CUELLO UTERINO 25 a 69 años, ciclo de tamizaje 1-1-1 Año 1 = 17% Año 2 = 27,6% Año 3 = 32% Año 4 = 34% Año 5 = 35%</p> <p>3. PSA 50 a 75 años, ciclo de tamizaje 1-1-1 Año 1 = 8,6% Año 2 = 24,70% Año 3 = 25% Año 4 = 26% Año 5 = 27%</p> <p>Con un cumplimiento de adherencia del 35%</p> <p>Aumentar al 42,41% el tamizaje al terminar el periodo la población a cargo de la E.S.E. para la prevención y detección temprana de casos de cáncer de seno, cérvix y próstata</p> <p>1. SENO 40 a 69 años, ciclo de tamizaje 1-1-1 Año 1 = 20,66% Año 2 = 49,23% Año 3 = 49,23% Año 4 = 50% Año 5 = 51%</p> <p>2. CANCER DE CUELLO UTERINO 25 a 69 años, ciclo de tamizaje 1-1-1 Año 1 = 17%</p> | Aumento de las coberturas de prevención y detección temprana para cáncer | Número de tamizajes realizados para cáncer de seno, cérvix, próstata, colon y cáncer infantil / Número total de la población objeto *100 | Porcentaje | 31% | 2019 | 42,41% | 40,8% | 41,41% | 42,41% |

| Objetivo estratégico institucional | No. de meta | PESO % | Meta de resultado | Indicador de resultado | | | | | Valor esperado 2024 | Año 3 (2022) | Año 4 (2023) | Año 5 (2024) |
|------------------------------------|-------------|--------|--|-----------------------------|------------------------------------|------------------|------------|------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | |
| | | | | | | | Valor | Año | | | | |
| Gestión Asistencial | 8 | 16 | Mantener en cero (0) en cada vigencia los casos de mortalidad materna evitable | Casos de mortalidad materna | No. de casos de mortalidad materna | Número | 0 | 2019 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| Objetivo estratégico institucional | No. de meta | PESO % | Meta de resultado | Indicador de resultado | | | | | Valor esperado 2024 | Año 3 (2022) | Año 4 (2023) | Año 5 (2024) |
|------------------------------------|-------------|--------|--|---|--|------------------|------------|------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | |
| | | | | | | | Valor | Año | | | | |
| Gestión Asistencial | 9 | 2 | Reducir en cada vigencia los casos de lesiones auto inflingidas intencionalmente según la línea base | Casos de lesiones auto inflingidas intencionalmente | No. de casos de lesiones autoinflingidas intencionalmente | Número | 73 | 2021 | < 73 | < 73 | < 73 | < 73 |
| Gestión Asistencial | 10 | 2 | Mantener por debajo del 4% en cada vigencia la proporción de bajo peso al nacer | Proporción de bajo peso al nacer | Número de nacidos vivos con peso menor a 2.500 gramos al nacer / Número total de nacidos vivos * 100 | Porcentaje | 3,60% | 2019 | < 4% | < 4% | < 4% | < 4% |

| Objetivo estratégico institucional | No. de meta | PESO % | Meta de resultado | Indicador de resultado | | | | | Valor esperado 2024 | Año 3 (2022) | Año 4 (2023) | Año 5 (2024) |
|------------------------------------|-------------|--------|--|--|---|------------------|------------|------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | |
| | | | | | | | Valor | Año | | | | |
| Gestión Asistencial | 11 | 2 | Disminuir en cada vigencia la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años | Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años | Número total de menores de 5 años con desnutrición aguda / Número total de menores de 5 años valorados *100 (Fuente Mango) | Porcentaje | 0,72% | 2019 | < 0,72% | < 0,72% | < 0,72% | < 0,72% |

| Objetivo estratégico institucional | No. de meta | PESO % | Meta de resultado | Indicador de resultado | | | | | Valor esperado 2024 | Año 3 (2022) | Año 4 (2023) | Año 5 (2024) |
|------------------------------------|-------------|--------|---|------------------------------------|--|------------------|------------|------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | |
| | | | | | | | Valor | Año | | | | |
| Gestión Asistencial | 12 | 7 | Mantener en cada vigencia en cero (0) la mortalidad institucional evitable asociada a desnutrición en menores de 5 años | Mortalidad asociada a desnutrición | Número total de casos de defunciones asociadas a desnutrición en niños menores de 5 años / 1.000 | Tasa | 0 | 2019 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| Objetivo estratégico institucional | No. de meta | PESO % | Meta de resultado | Indicador de resultado | | | | | Valor esperado 2024 | Año 3 (2022) | Año 4 (2023) | Año 5 (2024) |
|------------------------------------|-------------|--------|---|--|--|------------------|------------|------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | |
| | | | | | | | Valor | Año | | | | |
| Gestión Asistencial | 13 | 1 | Mantener en cada vigencia en menos del 4% la proporción de adolescentes alguna vez madres o actualmente embarazadas entre los 10 y 19 años a cargo de la E.S.E. | Proporción de adolescentes alguna vez madres o actualmente embarazadas | $(\text{Número de nacimientos de madres de 10 a 19 años} + \text{Número de abortos de mujeres de 10 a 19 a cargo de la E.S.E.}) / \text{Número total de mujeres de 10 a 19 años a cargo de la E.S.E.} * 100$ | Porcentaje | 3,58% | 2019 | < 4% | < 4% | < 4% | < 4% |

| Objetivo estratégico institucional | No. de meta | PESO % | Meta de resultado | Indicador de resultado | | | | | Valor esperado 2024 | Año 3 (2022) | Año 4 (2023) | Año 5 (2024) |
|------------------------------------|-------------|--------|---|--------------------------------|--|------------------|------------|------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | |
| | | | | | | | Valor | Año | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Gestión Asistencial | 14 | 3 | Mantener al 100% la ejecución de las acciones colectivas contratadas | Acciones colectivas ejecutadas | N° de acciones colectivas ejecutadas / N° de acciones colectivas contratadas x 100 | Porcentaje | 100% | 2019 | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Gestión Asistencial | 15 | 1 | Mantener disponible al 100% el acceso y mejoramiento de las condiciones de salud a la población víctima del conflicto armado a nivel institucional y extramural | Victimas atendidas | N° de PVCA atendidas / N° total de PVCA caracterizada por la E.S.E. x 100 | Porcentaje | 100% | 2019 | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Gestión Asistencial | 16 | 1 | Mantener al 100% el tratamiento oportuno de los pacientes afiliados diagnosticados con TBC | Pacientes con tratamiento | N° total de pacientes afiliados identificados con TBC en tratamiento / N° total de pacientes afiliados identificados con TBC x 100 | Porcentaje | 100% | 2019 | 100% | 100% | 100% | 100% |

| Objetivo estratégico institucional | No. de meta | PESO % | Meta de resultado | Indicador de resultado | | | | | Valor esperado 2024 | Año 3 (2022) | Año 4 (2023) | Año 5 (2024) |
|------------------------------------|-------------|--------|---|---------------------------------------|--|------------------|------------|------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | |
| | | | | | | | Valor | Año | | | | |
| Gestión Asistencial | 17 | 1 | Mantener en cada vigencia en cero (0) los casos de mortalidad por dengue en el área de influencia | No. de casos de mortalidad por dengue | Número de casos de mortalidad por dengue | Número | 0 | 2019 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 17 | 100 | | | | | | | | | | |

ANDRES MAURICIO GONZALEZ CAYCEDO

GERENTE

Proyecto: Tatiana Ángel - Profesional Planeación

Revisó: John Jairo Bobadilla Montenegro - Líder Planeación Institucional

Diana Forero Delgado - Subgerente Comunitaria

David Alberto Rojas Florez - Subgerente Científico

Isidro Alberto Gonzalez Rodriguez- Subgerente Administrativo

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

PROYECCION PLAN OPERATIVO ANUAL



Entidad: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL

NIT: 2529000036

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva :

Nombre del Gerente: ANDRES MAURICIO GONZALEZ CAYCEDO

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | | | |
|-------------|-----------------|--|---|---|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|---|---|--|---|---------------|--------------|----|----|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | | |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | Ejecutar como mínimo en el 94% el Plan para lograr la certificación del sistema único de Habilitación de la ESE y sedes dependientes | % cumplimiento del plan de habilitación | Número de planes ejecutados / Número de planes programados *100 | Porcentaje | 1% | 2021 | 94% | 1 | 0,333 | Realizar autoevaluación de los estándares de habilitación (Resolución 3100) | % de autoevaluaciones ejecutadas = Autoevaluaciones realizadas/total autoevaluaciones programadas | 100 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 2 | 0,333 | Elaborar plan de mejoramiento de habilitación de la E.S.E. y sedes dependientes | Plan de mejoramiento Institucional y por sedes | | 100 | | |
| | | | | | | | | | | | 3 | 0,333 | Realizar seguimiento trimestral al cumplimiento del plan de mejora de habilitación | Numero de actividades cumplidas / Numero de actividades programas *100 | | | 50 | 50 |
| 2 | 1 | Mantener en 92% el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad. | % de cumplimiento del PAMEC | Número de acciones implementadas o cumplidas / Número de acciones propuestas *100 | Porcentaje | 0,96% | 2021 | 92% | 4 | 0,250 | Documentar institucionalmente el programa de auditorias (PAMEC) aplicando la ruta critica e incorporando estándares superiores de calidad | Documento aprobado por gerencia | 100 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 5 | 0,250 | Establecer el plan de mejoramiento (PAMEC) para la vigencia y el respectivo cronograma de auditorias | Documentos aprobados por gerencia (plan y cronograma) | 100 | | | |
| | | | | | | | | | | | 6 | 0,250 | Realizar seguimiento al cumplimiento de las oportunidades establecidas en el plan de mejoramiento para PAMEC | Número de acciones implementadas o cumplidas / Número de acciones propuestas *100 | | 33 | 33 | 34 |
| | | | | | | | | | | | 7 | 0,250 | Presentar semestralmente los porcentajes de avance del plan de mejoramiento PAMEC y la estandarización de la mejora al finalizar la vigencia | Informe semestral de resultados | | 50 | | 50 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | |
|-------------|-----------------|--|---|---|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|---|---|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 3 | 1 | Implementar en 100 % el Plan de Mejoramiento de la Calidad (MOCA) de la E.S.E., con base en los indicadores de la Resolución No. 256 de 2016, estableciendo un tablero de control de calidad | % de cumplimiento del plan de mejoramiento de la calidad (MOCA) | Número de acciones implementadas / Número total de acciones propuestas *100 | Porcentaje | 1,00% | 2021 | 100% | 8 | 0,333 | Realizar de manera trimestral el análisis de los indicadores de la Resolución No. 256 en el comité de sistemas de información (MOCA) | Numero de indicadores analizados dentro del comité de sistemas de información / Numero total de indicadores de la Resolución No. 256 reportados en el periodo | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 9 | 0,333 | Elaborar planes de mejoramiento de los indicadores de la Resolución No. 256 que presenten desviaciones | Numero de indicadores con planes de mejoramiento / Numero total de indicadores con desviaciones | 100 | | | |
| | | | | | | | | | 10 | 0,333 | Realizar monitoreo trimestral al cumplimiento de los planes de mejoramiento producto del análisis de los indicadores | Número de acciones ejecutadas / Número total de acciones programadas *100 | | 33 | 33 | 34 |
| 4 | 1 | Aumentar el promedio de la autoevaluación del Sistema Único de de Acreditación, respecto a la vigencia anterior. | Promedio calificación autoevaluación | Promedio de calificación de autoevaluación de acreditación en la vigencia / Promedio de calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior | Porcentaje | 1,30 | 2021 | 1,2 | 11 | 0,333 | Realizar autoevaluación de acreditación aplicando metodología ABC del ministerio de salud | Autoevaluación realizada | | | | 100 |
| | | | | | | | | | 12 | 0,333 | Monitorear a través de la metodología de paciente trazador la calidad en la prestación de los servicios | Número de criterios cumplidos / Total de criterios evaluados *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 13 | 0,333 | Socializar mensualmente los resultados de evaluación en los equipos de mejoramiento y comité de seguridad del paciente | Acta de comité y equipos primarios | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 5 | 1 | Lograr el cumplimiento de un 90% de las acciones planteadas en el programa de seguridad del paciente para la vigencia | Porcentaje implementación programa seguridad paciente. | Actividades ejecutadas/ Actividades propuestas*100 | Porcentaje | 99% | 2021 | 90% | 14 | 0,333 | Realizar actividades de monitoreo y seguimiento al cumplimiento del plan de acción de seguridad del paciente (inspección, rondas, etc.) con alcance a la sede principal y sedes adscritas | Número de actividades del plan de acción de seguridad del paciente cumplidas / Número total de actividades propuestas | 25 | 25 | 25 | 25 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | |
|-------------|-----------------|--|--|--|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|---|---|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | 15 | 0,333 | Implementar actividades de evaluación para identificar los niveles de apropiación en el programa, política, y paquete instruccional de seguridad del paciente | Número de colaboradores con criterios apropiados / Numero total de colaboradores evaluados *100 | | 50 | | 50 |
| | | | | | | | | | 16 | 0,333 | Monitorear a través de los indicadores de seguridad y gestión del riesgo la calidad en la prestación de los servicios | Número de indicadores monitoreados intervenidos / Número total de indicadores monitoreados *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 6 | 2 | Implementar el portafolio de servicios 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 | Porcentaje de implementación | Número de servicios habilitados/servicios a habilitados de acuerdo a la tipología *100 | Porcentaje | 50,42% | 2021 | 100% | 17 | 2,000 | Realizar seguimiento trimestral a la implementación del portafolios de servicios de acuerdo con la tipología | Número de servicios habilitados/servicios a habilitados de acuerdo a la tipología *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 7 | 2 | 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 | % de ejecución del plan de trabajo de región salud | Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas *100 | Porcentaje | 0,98 | 2021 | 100% | 18 | 1,000 | Implementar el plan de trabajo definido en forma conjunta por las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud públicas que conforman la región 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 | Un plan de trabajo implementado | 100 | | | |
| | | | | | | | | | 19 | 1,000 | Realizar seguimiento trimestral al cumplimiento del plan de trabajo definido en forma conjunta por las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud públicas que conforman la región 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 | Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas *100 Informe trimestral de resultados | | 33 | 33 | 34 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | |
|-------------|-----------------|--|--|---|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|--|---|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 8 | 1 | Mantener en el 70% anual el porcentaje de cumplimiento en la implementación del plan de emergencias enfocado en la contingencia de salud pública | Porcentaje de implementación del plan de emergencias | Resultado de la calificación del Instrumento de diagnostico del Plan de emergencias | Porcentaje | 71% | 2021 | 70% | 20 | 0,500 | Actualización del plan de emergencias enfocándolo en la contingencia de salud pública | Documento aprobado por gerencia | 100 | | | |
| | | | | | | | | | 21 | 0,500 | Seguimiento a la ejecución de las actividades del Plan de emergencias para la vigencia | Resultado de la calificación del Instrumento de diagnostico del Plan de emergencias / 100% | | 33 | 33 | 34 |
| 9 | 1 | FORMULAR E IMPLEMENTAR EL EJE DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EN LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL | PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL IMPLEMENTADO | ACTIVIDADES CUMPLIDAS/ ACTIVIDADES PROGRAMADAS*100 | Promedio | 0,00 | 2021 | | 22 | 0,143 | DOCUMENTAR LA POLITICA Y EL PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL | DOCUMENTO APROBADO POR LA GERENCIA | 100 | | | |
| | | | | | | | | | 23 | 0,143 | DESPLEGAR CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL | Numero de actividades cumplidas /total de actividades programadas | | 33,3 | 33,3 | 33,3 |
| | | | | | | | | | 24 | 0,143 | MONITOREAR LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN EL PROGRAMA A TRAVÉS DE INDICADORES | TOTAL DE INDICADORES ANALIZADOS / TOTAL DE INDICADORES DEFINIDOS EN EL PROGRAMA | | 33,3 | 33 | 33,3 |
| | | | | | | | | | 25 | 0,143 | APLICAR HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DEL NIVEL DE APROPIACIÓN DE COLABORADORES DE LA ESE HSRF | TOTAL DE COLABORADORES CON NIVELES DE APROPIACIONES SUPERIORES AL 90%/ TOTAL DE COLABORADORES DE LA ESE | | 33,3 | 33 | 33,3 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | |
|-------------|-----------------|---|---|--|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|---|--|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | 26 | 0,143 | Disminuir la huella de carbono medida con la calculadora ambiental departamental, implementando las líneas de acción (agua, energía y residuos) | Resultado obtenido de la calculadora ambiental en la vigencia anterior / Resultado obtenido de la calculadora ambiental en la vigencia actual >1 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 27 | 0,143 | Realizar la medición de los factores establecidos en la calculadora ambiental de la gobernación de | Cantidad de ítems cargados / Total de ítems a cargar en el periodo | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 28 | 0,143 | Realizar la compensación de la huella de carbono y respectiva sostenibilidad de las especies vegetales sembradas en las vigencias anteriores | Número de árboles sembrados en el periodo (mantenimiento, resiembra de cobertura vegetal, cerca viva, fachadas verdes, plantas ornamentales que limpien el aire en áreas | | 50 | | 50 |
| 10 | 1 | Aumentar en 2% las compras sostenibles teniendo en cuenta la línea base de 2020 | % de compras sostenibles | Valor total de las compras sostenibles presente vigencia / Valor compras sostenibles vigencia anterior | Porcentaje | 1,08 | 2021 | >90% | 29 | 0,500 | Seguimiento a la implementación de la política de compras sostenibles | Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 30 | 0,500 | Porcentaje de cumplimiento de compras sostenibles | Valor total de las compras sostenibles presente vigencia / Valor compras sostenibles vigencia anterior | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 11 | 1 | Recuperar el 100% de las cuentas por cobrar según meta presupuestal | % de recuperación de cartera corriente menor a 360 días | Recaudo de las cuentas por cobrar / meta presupuestal de cuentas por cobrar *100 | Porcentaje | 80% | 2020 | 100% | 31 | 0,333 | Presentar informe a gerencia de la depuración y clasificación de la cartera por edades y entidad | Informe trimestral | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 32 | 0,333 | Realizar trimestralmente actividades de conciliación ante la SNS y realizar cobro ejecutivo | Actas de conciliación y cobros ejecutivos realizados | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 33 | 0,333 | Recuperar el 100% de las cuentas por cobrar según la meta presupuestal | Total recaudo de las cuentas por cobrar / meta presupuestal de cuentas por cobrar *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | | |
|-------------|-----------------|--|--|--|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|---|---|-------------|--------------|---------------|--------------|----|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | | |
| 12 | 2 | Recaudar el 61% de las ventas de la vigencia actual | % de recuperación de ventas de la vigencia | Total recaudo de ventas de la vigencia / Valor de las ventas de la vigencia *100 | Porcentaje | 60% | 2020 | 61% | 34 | 1,000 | Recuperar el 61% de las ventas de la vigencia actual | Total recaudo de ventas de la vigencia / Valor de las ventas de la vigencia *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | |
| | | | | | | | | | 35 | 1,000 | Elaborar y hacer seguimiento al plan de acción para la recuperación de la cartera establecida en el presupuesto corriente | Informe trimestral | 25 | 25 | 25 | 25 | |
| 13 | 5 | Implementar en 73% el plan de acción de MIPG acorde a los autodiagnósticos | % cumplimiento del plan de acción de MIPG | Número actividades ejecutadas / Número actividades programadas *100 | Porcentaje | 0,80% | 2021 | 73% | 36 | 0,385 | Implementar en un 73% el plan de acción del MIPG a partir de los autodiagnósticos | Número actividades ejecutadas / Número actividades programadas *100 | | 50 | | | 50 |
| | | | | | | | | | 37 | 0,385 | Actualización e implementación del Plan Institucional de Archivos (PINAR) | Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | |
| | | | | | | | | | 38 | 0,385 | Ejecutar el Plan Anual de Adquisiciones acorde a lo aprobado y sus modificaciones de acuerdo al presupuesto | Valor de las compras ejecutadas en el plan anual de adquisiciones / Total de compras programadas en el plan anual de adquisiciones *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | |
| | | | | | | | | | 39 | 0,385 | Implementar Plan Anual de Vacantes | Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | |
| | | | | | | | | | 40 | 0,385 | Implementar el Plan de Previsión de Recursos Humanos | Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | |
| | | | | | | | | | 41 | 0,385 | Implementar el Plan de Incentivos Institucionales | Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | |
| | | | | | | | | | 42 | 0,385 | Implementar el Plan Institucional de Capacitación | Numero de actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | | | | |
|-------------|-----------------|--|--|---|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|---|--|-------------|--------------|---------------|--------------|--|--|--|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | | | |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 2 | Mantener la satisfacción global de los usuarios de la IPS por encima del 90% | % de satisfacción global de los usuarios | Satisfacción global de los usuarios | Porcentaje | 95,17% | 2021 | 90,00% | 49 | 0,667 | Mantener los canales de evaluación que monitorean la satisfacción global de los usuarios | Informe mensual presentado a la gerencia | 25 | 25 | 25 | 25 | | | |
| | | | | | | | | | 50 | 0,667 | Establecer planes de mejoramiento por las desviaciones generadas en la percepción de los usuarios | Número de desviaciones con plan de mejora / Total de desviaciones generadas en el periodo *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | | | |
| | | | | | | | | | 51 | 0,667 | Medir la satisfacción global de los usuarios de la IPS | % de satisfacción de los usuarios | 25 | 25 | 25 | 25 | | | |
| 15 | 2 | Formular y ejecutar plan de mejora de los servicios involucrados con las tres principales causas de las PQRS | % de cumplimiento del plan de mejora para 3 principales causas de PQRS | Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas *100 | Porcentaje | 100,00% | 2021 | 100% | 52 | 2,000 | Realizar seguimiento y control al cumplimiento de correcciones o acciones de mejoramiento definidos por los líderes de proceso evaluando su efectividad | Número de actividades realizadas / Total de actividades programadas *100 | | 33 | 33 | 34 | | | |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | | | |
|-------------|-----------------|--|--|--|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|-----------|--|--|---|--|---------------|--------------|----|----|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | | |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | | | |
| 16 | 2 | Cumplir con los seguimientos de los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías de la oficina de control interno y externas de entes de control (contraloría departamental y nacional, súper intendencia nacional de salud, revisoría fiscal y ministerio de salud y protección social) | % de cumplimiento de planes de mejoramiento | Número de seguimientos realizados / Total de seguimientos programados para la vigencia *100 | Porcentaje | 100,00% | 2021 | 100% | 53 | 0,667 | Informe de seguimiento detallado a los planes de mejoramiento (Control interno y Planeación) y plan de mejoramiento a partir del informe final de las auditorías internas o externas | Informe trimestral | 25 | 25 | 25 | 25 | | |
| | | | | | | | | | | | Planes de mejoramiento formulados y aprobados / Total de auditorías internas y externas realizadas a la E.S.E. *100 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 54 | 0,667 | Socialización de los planes de mejoramiento elaborados a partir del informe final de las auditorías internas o externas, a cada uno de los responsables | Socialización de los planes de mejoramiento aprobados | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 55 | 0,667 | Reporte de avance del plan de mejoramiento de auditorías a los entes de control interno o externos, dentro de los tiempos de acuerdo a la norma. | Reporte de planes de mejoramiento realizados / Total de reportes a realizar *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | | | | | | | | | | | |
| 17 | 1 | Realizar la medición de la percepción del cliente interno frente a las actividades establecidas en el plan de humanización | % satisfacción cliente interno frente al programa de humanización | número de colaboradores con respuesta positiva >= al eje de humanización /total de colaboradores encuestados | % | 93,23% | 2021 | 93% | 56 | 0,3333333 | Estructurar el plan de acción del eje de humanización, que incluya actividades de cliente interno y externo | Un documento aprobado | 100 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 57 | 0,3333333 | Realizar monitoreo y seguimiento al plan de acción de humanización | numero de actividades ejecutadas /numero de actividades programadas | | 33 | 33 | 34 |
| | | | | | | | | | | | 58 | 0,3333333 | Aplicar encuesta de evaluación a la percepción de la humanización a cliente interno y externo | número de encuestas aplicadas con respuesta positiva / total de encuestas realizadas | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 18 | 1 | AUMENTAR al 24,4% el tamizaje en salud oral A TRAVÉS DE LA CONSULTA DE 1 VEZ POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA (0 A 69 AÑOS) | % población tamizada por primera vez | No CONSULTAS 1ª VEZ REALIZADAS/No TOTAL DE POBLACION A CARGO ENTRE (0Y69 AÑOS) | Porcentaje | 22,41% | 2021 | 24,4% | 59 | 0,167 | Tamizaje en salud oral A TRAVÉS DE LA CONSULTA DE 1 VEZ POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA (0 A 5 AÑOS) | No CONSULTAS 1ª VEZ REALIZADAS/No TOTAL DE POBLACION A CARGO ENTRE (0 A 5 AÑOS) 2595 | 25 | 25 | 25 | 25 | | |
| | | | | | | | | | | | 60 | 0,167 | Tamizaje en salud oral A TRAVÉS DE LA CONSULTA DE 1 VEZ POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA (6 A 11 AÑOS) | No CONSULTAS 1ª VEZ REALIZADAS/No TOTAL DE POBLACION A CARGO ENTRE (6 A 11 AÑOS) 3228 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | | | 61 | 0,167 | Tamizaje en salud oral A TRAVÉS DE LA CONSULTA DE 1 VEZ POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA (12 A 17 AÑOS) | No CONSULTAS 1ª VEZ REALIZADAS/No TOTAL DE POBLACION A CARGO ENTRE (12 A 17 AÑOS) 3832 | 25 | 25 | 25 | 25 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | | | | |
|-------------|-----------------|--|--|--|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|---|--|-------------|--------------|---------------|--------------|--|--|--|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | | | |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | 62 | 0,167 | Tamizaje en salud oral A TRAVÉS DE LA CONSULTA DE 1 VEZ POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA (18 A 28 AÑOS) | No CONSULTAS 1ª VEZ REALIZADAS/No TOTAL DE POBLACION A CARGO ENTRE (18 A 28 AÑOS) 6229 | 25 | 25 | 25 | 25 | | | |
| | | | | | | | | | 63 | 0,167 | Tamizaje en salud oral A TRAVÉS DE LA CONSULTA DE 1 VEZ POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA (29 A 59 AÑOS) | No CONSULTAS 1ª VEZ REALIZADAS/No TOTAL DE POBLACION A CARGO ENTRE (29 A 59 AÑOS) 14264 | 25 | 25 | 25 | 25 | | | |
| | | | | | | | | | 64 | 0,167 | Tamizaje en salud oral A TRAVÉS DE LA CONSULTA DE 1 VEZ POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA (60 A 69 AÑOS) | No CONSULTAS 1ª VEZ REALIZADAS/No TOTAL DE POBLACION A CARGO ENTRE (60 A 69 AÑOS) 4079 | 25 | 25 | 25 | 25 | | | |
| 19 | 1,0 | Mantener en 42% los tratamientos terminados con respecto a la población tamizada | % población con tratamiento terminado | Número total de tratamientos terminados/ Número total de la población tamizada | Porcentaje | 42,22% | 2021 | 42% | 65 | 1,000 | Tratamientos terminados con respecto a la población tamizada por momento de curso de vida | Número total de tratamientos terminados/ Número total de la población tamizada | 25 | 25 | 25 | 25 | | | |
| 20 | 2 | Tamizar en HTA el 11,85% (3286) de la población mayor de 19 años (total población a cargo de la E.S.E. 27.729) | % de población tamizada para hipertensión | Total de población nueva mayor de 19 años con tamizaje para HTA / Total de población mayor a 19 años a cargo de la E.S.E. *100 | Porcentaje | 11,85% | 2021 | 11,85% | 66 | 2,000 | Tamizar al 11,85% de la población a cargo de la ESE. (no gestantes, no incluidos en el programa de hipertensos y/o diabéticos) que permita identificar posibles casos de hipertensión (HTA) a través del test de Findrisk y a través de Consulta externa (coex) | Población nueva mayor de 19 años con tamizaje para HTA / Total de población mayor de 19 años a cargo de la E.S.E. *100 27729 | 25 | 25 | 25 | 25 | | | |
| 21 | 2 | Canalizar efectivamente al 90% de la población tamizada mayor de 19 años con riesgo de hipertensión a cargo de la E.S.E. | % de población canalizada con riesgo de hipertensión | Población nueva canalizada efectivamente al programa de HTA / Total de población canalizada con tamizaje para HTA *100 | Porcentaje | 91,61% | 2021 | 90% | 67 | 1,000 | Canalizar al servicio de medicina general sobre el 90% de los casos captados que presenten cifras tensionales alteradas. | Población nueva canalizada al programa de HTA / Total de población con tamizaje para HTA *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | | | |
| | | | | | | | | | 68 | 1,000 | Realizar seguimiento al 90% de los casos de los pacientes canalizados con resultados positivos | Total de pacientes con seguimiento / Total de pacientes diagnosticados con hipertensión canalizados al programa *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | | | |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | |
|-------------|-----------------|---|--|--|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|-----------|---|--|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 22 | 7 | Mantener controlados al 65,10% de los pacientes diagnosticados con hipertensión incluidos en el programa de crónicos a cargo de la E.S.E. | % de pacientes hipertensos controlados | Número de pacientes con diagnóstico de HTA con cifras tensionales < o = 140/90 / Número total de pacientes incluidos en el programa *100 | Porcentaje | 65,10% | 2021 | 65,10% | 69 | 7,000 | Mantener controlados al 66% de los pacientes diagnosticados con hipertensión incluidos en el programa crónicos a cargo de la E.S.E. | Número de pacientes con diagnóstico de HTA con cifras tensionales < o = 140/90 y 1, 2, 3 o 4 citas de acuerdo al momento de inclusión en el programa / Número total de pacientes incluidos en el programa *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 23 | 1 | Mantener en 90% la adherencia a las Guías de Práctica Clínica de hipertensión | % de adherencia a GPC hipertensión | Número de HC que cumplen con la GPC de hipertensión / Número total de HC auditadas *100 | Porcentaje | 98,50% | 2021 | 90% | 70 | 0,3333333 | Socialización semestral de la guía de hipertensión Arterial al personal medico y de enfermería en los niveles I y II de atención. | Personal medico y de enfermería de I y II nivel de atención capacitado / Total de médicos y de enfermería (medicina interna, urgencias, puestos de salud) *100 | | 50 | | |
| | | | | | | | | | 71 | 0,3333333 | Mantener en 90% la adherencia a las Guías de Práctica Clínica de hipertensión | Número de HC que cumplen con la GPC de hipertensión / Número total de HC auditadas *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 72 | 0,3333333 | Disminuir los casos de mortalidad por enfermedades hipertensivas | Número de casos de mortalidad por enfermedades hipertensivas | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 24 | 2 | Tamizar en DM el 11% (3050) de la población mayor de 19 años (total 27,729) a cargo de la E.S.E. | % de población tamizada para diabetes | Población nueva mayor de 19 años con tamizaje para DM / Total de población mayor a 19 años a cargo de la E.S.E. *100 | Porcentaje | 0,24% | 2021 | 11,0% | 73 | 2,000 | Tamizar en DM el 11% (3050) de la población mayor de 19 años (total 27,729) a cargo de la E.S.E. | Población nueva mayor de 19 años con tamizaje para DM / Total de población mayor a 19 años a cargo de la E.S.E. *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 25 | 2 | Canalizar efectivamente sobre el 90% la población tamizada mayor de 19 años con riesgo de diabetes a cargo de la E.S.E. a valoración medica | % de población canalizada con riesgo de diabetes | Número de población nueva canalizada efectivamente al programa de DM / Número total de población canalizada con tamizaje para DM *100 | Porcentaje | 96,27% | 2021 | 90% | 74 | 1,000 | Canalizar a medicina general sobre el 90% de la población tamizada mayor de 19 años con riesgo de diabetes a cargo de la E.S.E. | Número de población nueva canalizada al programa de DM / Número total de población con tamizaje para DM *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | |
|-------------|-----------------|--|---|--|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|--|---|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | 75 | 1,000 | Realizar seguimiento al 90% de los casos de pacientes canalizados con resultados positivos para su diagnóstico | Numero de pacientes con seguimiento / Total de pacientes canalizados que son diagnosticados con diabetes *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 26 | 7 | Mantener controlados al 32% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus incluidos en el programa crónicos a cargo de la E.S.E. | % de pacientes diabéticos controlados | Número de pacientes con diagnóstico de DM con hemoglobina glicosilada menor o igual a 7.0 en los últimos seis meses / Total de pacientes incluidos en el programa *100 | Porcentaje | 31,24% | 2021 | 32% | 76 | 7,000 | Mantener controlados al 32% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus incluidos en el programa crónicos a cargo de la E.S.E. | Número de pacientes con diagnóstico de DM con hemoglobina glicosilada menor o igual a 7.0 en los últimos seis meses / Número total de pacientes incluidos en el programa *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 27 | 5 | Realizar tamizaje de cáncer de mama al 49,23% (3471) de las mujeres entre 40 y 69 años (total 7.054) a cargo de la E.S.E. | % de mujeres con tamizaje para cáncer de mama | Número de mujeres a las que se les ordenó tamizaje de cáncer de mama / Total de mujeres entre 40 y 69 años a cargo de la E.S.E. *100 | Porcentaje | 49,23% | 2021 | 49,23% | 77 | 1,250 | Realizar tamizaje de cáncer de mama al 49,23% (3471) de las mujeres entre 40 y 69 años (total 7054) a cargo de la E.S.E. | Número de mujeres a las que se les realizó tamizaje de cáncer de mama / Número total de mujeres entre 40 y 69 años a cargo de la E.S.E. | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 78 | 1,250 | Canalizar para toma de mamografía al 90% de las mujeres tamizadas para cáncer de mama con edades entre 50 y 69 años ciclo 1-1-1 | Número de pacientes canalizadas / Total de mujeres tamizadas para cáncer de mama con edades entre 50 y 69 años | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 79 | 1,250 | Realizar seguimiento al 90% de las pacientes que se les ordena la toma de mamografía o exámenes complementarios, identificando los casos alterados y positivos | Numero de pacientes con seguimiento / Total de pacientes canalizadas para toma de mamografía o exámenes complementarios con edades entre 50 y 69 años | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 80 | 1,250 | Mantener controladas al 35% de las mujeres entre 40 y 69 años en el cumplimiento del esquema de tamizaje de cáncer de mama 1-1-1 | % de pacientes que cumplen con el esquema de tamizaje de cáncer de mama (1-1-1) | 25 | 25 | 25 | 25 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | | | |
|-------------|-----------------|---|---|--|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|---|---|---|--|---------------|--------------|----|----|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | | |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | | | |
| 28 | 4 | Realizar tamizaje de cáncer de cuello uterino al 43,44% (4650 de las mujeres entre 25 y 69 años (total 10.715) a cargo de la E.S.E. | % de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino | Número de mujeres a las que se les realizó tamizaje de cáncer de cuello uterino / Número total de mujeres entre 25 y 69 años a cargo de la E.S.E. *100 | Porcentaje | 43,44% | 2021 | 43,44% | 81 | 0,571 | Realizar tamizaje de cáncer de cuello uterino al 43,4% (4650) de las mujeres entre 25 y 69 años (total 10.715) a cargo de la E.S.E. | Número de mujeres a las que se les realizó tamizaje de cáncer de cuello uterino / Número total de mujeres entre 25 y 69 años a cargo de la E.S.E. | 25 | 25 | 25 | 25 | | |
| | | | | | | | | | | | 82 | 0,571 | Canalizar para manejo integral (medicina general , ginecología) al 90% de las mujeres tamizadas para cáncer de cuello uterino con edades entre 25 y 69 años cuyo resultado sea alterado | Número de pacientes canalizadas / Total de mujeres tamizadas para cáncer de cuello uterino con edades entre 25 y 69 años con resultado alterado | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | | | 83 | 0,571 | Realizar seguimiento al 80% de las pacientes que se les ordena manejo integral (medicina general, ginecología), identificando los casos alterados | Numero de pacientes con seguimiento por resultado alterado / Total de pacientes canalizadas para manejo integral (medicina general, ginecología) con edades entre 25 y 69 años | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | | | 84 | 0,571 | Realizar colposcopia a mujeres que presentaron resultados de tamizaje de cuello uterino alterados | Número de mujeres a las que se les realizó colposcopia / Número total de mujeres con resultados alterados | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | | | 85 | 0,571 | Realizar prueba diagnostica de ADN-VPH en mujeres entre 30 y 65 años esquema 1-5-5 | Número de mujeres a las que se les realizó la prueba ADN-VPH / Número total de mujeres entre 30 y 65 años a cargo de la E.S.E. | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | | | 86 | 0,571 | Mantener controladas al 35% de las mujeres entre 25 y 69 años en el cumplimiento del esquema de toma de citología 1-1-1 | % de pacientes que cumplen con el esquema de tamizaje de cáncer de cuello uterino (1-1-1) | 25 | 25 | 25 | 25 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | |
|-------------|-----------------|---|---|--|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|---|---|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | 87 | 0,571 | Mantener en el 90% la calidad de las muestras para citología cervicouterina | Numero de citologías tomadas que cumplen con criterios de calidad en la toma de la muestra / Total de citologías tomadas en el periodo | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 29 | 3 | Realizar tamizaje para detección temprana de cáncer de próstata al 24,70% (1330) de los hombres entre 50 y 75 años (total 5.387) a cargo de la E.S.E. | % de hombres con tamizaje de cáncer de próstata | Número de hombres a los que se les realizó tamizaje de cáncer de próstata / Número total de hombres entre 50 y 75 años a cargo de la E.S.E. *100 | Porcentaje | 24,70% | 2021 | 24,70% | 88 | 0,750 | Realizar tamizaje para detección temprana de cáncer de próstata al 24,70% (1330) de los hombres entre 50 y 75 años (total 5.387) a cargo de la E.S.E. | Número de hombres a los que se les realizó tamizaje de cáncer de próstata / Número total de hombres entre 50 y 75 años a cargo de la E.S.E. | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 89 | 0,750 | Canalizar para manejo por medico general al 100% de los casos positivos de las hombres entre 50 y 75 años | Número de pacientes canalizados / Total de casos positivos en el periodo | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 90 | 0,750 | Realizar seguimiento al 100% de los casos de PSA positivos de acuerdo a la GPC | Numero de pacientes con seguimiento / Total de casos positivos de PSA | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 91 | 0,750 | Mantener controlados al 10% de los hombres entre 50 y 75 años en el cumplimiento del esquema de toma de PSA 1-1-1 | % de pacientes que cumplen con el esquema de tamizaje de cáncer de próstata (1-1-1) | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 30 | 6 | Mantener la captacion antes de la semana 12 al 70% de las gestantes a cargo de la E.S.E. | % de gestantes captadas antes de la semana 12 | Número de gestantes captadas antes de la semana 12 / Total de gestantes captadas a cargo de la E.S.E. *100 | Porcentaje | 0,70% | 2021 | 70% | 92 | 6,000 | Captar al 70% de gestantes a cargo de la E.S.E. Antes de la semana 12 | Número de gestantes captadas antes de la semana 12 / Total de gestantes captadas a cargo de la E.S.E. *100 | 25 | 25 | 25 | 0 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | | | |
|-------------|-----------------|---|---|--|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|--|---|--|--|---------------|--------------|----|----|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | | |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | | | |
| 31 | 7 | Mantener el 90 % las gestantes con mínimo 4 (cuatro) controles prenatales de las gestantes a cargo de la E.S.E. | % de gestantes con más de 4 controles prenatales | Número de gestantes con 4 o más controles prenatales / Número total de gestantes a cargo de la E.S.E. *100 | Porcentaje | 0,90% | 2021 | 90% | 93 | 2,333 | Mantener el 90% de las gestantes a cargo de la E.S.E. con mínimo 4 (cuatro) controles prenatales | Número de gestantes con 4 o más controles prenatales / Total de gestantes a cargo de la E.S.E. *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | | |
| | | | | | | | | | | | 94 | 2,333 | Realizar valoración a las gestantes por salud oral, psicología, nutrición y ginecología | Numero de gestantes con valoración por salud oral, psicología, nutrición y ginecología / Total de gestantes a cargo de la E.S.E. | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | | | 95 | 2,333 | Clasificación del estado nutricional de las gestantes de acuerdo a la Res 2465/16 (tablas Atalah MS), por medico general | Numero de gestantes con clasificación del estado nutricional / Numero total de gestantes a cargo de la E.S.E. | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 32 | 2 | Implementar el plan de acción de morbilidad materna extrema | % de cumplimiento del plan de acción | Número de actividades ejecutadas / Número de actividades propuestas *100 | Porcentaje | 100,00% | 2021 | 100% | 96 | 1,000 | Implementar el plan de acción de morbilidad materna extrema | Número de actividades ejecutadas / Número de actividades propuestas *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | | |
| | | | | | | | | | | | 97 | 1,000 | Mantener en cero (0) los casos mortalidad materna evitable | No. de casos de mortalidad materna | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 33 | 1 | Reducir los casos de incidencia de sífilis congénita en población a cargo de la E.S.E. | Número de casos de sífilis congénita reportados en SIVIGILA | Número de casos de sífilis congénita reportados en SIVIGILA | Número | 0,0 | 2021 | 3 | 98 | 0,333 | Formular tratamiento a las gestantes con sífilis gestacional a cargo de la E.S.E. y garantizar la aplicación de la primera dosis intrahospitalaria | Numero de casos de sífilis gestacional con tratamiento / Total de casos con sífilis gestacional en pacientes a cargo de la E.S.E. | 25 | 25 | 25 | 25 | | |
| | | | | | | | | | | | 99 | 0,333 | Realizar seguimiento a casos de sífilis gestacional | Casos de sífilis gestacional con seguimiento / Total de casos con sífilis gestacional en pacientes a cargo de la E.S.E. | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | | | 100 | 0,333 | Reportar los casos de sífilis congénita en SIVIGILA | Número de casos de sífilis congénita reportados en SIVIGILA / Total de casos con sífilis congénita diagnosticada | 25 | 25 | 25 | 25 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | |
|-------------|-----------------|---|---------------------------------------|--|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|--|---|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| 34 | 2 | Realizar seguimiento a los casos de salud mental reportados (diferentes tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastornos mentales) | % de casos de salud mental reportados | Número de casos de eventos de salud mental con seguimiento / Total de eventos de salud mental reportados*100 | Porcentaje | 100% | 2021 | 100% | 101 | 0,500 | Mantener la oportunidad de atención de psiquiatría igual o menor a 10 días | Sumatoria de días entre la solicitud de la cita de psiquiatría y la fecha de asignación / Numero de citas asignadas en el periodo | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 102 | 0,500 | Realizar el reporte del 100% de los eventos identificados en salud mental (diferentes tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastornos mentales), | Numero de casos de eventos de salud mental con seguimiento / Total de eventos de salud mental reportados | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 103 | 0,500 | Reportar los casos de lesiones auto infligidas | No de casos de lesiones autoinflingidas notificados /Total de casos de lesiones autoinflingidas identificados | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 104 | 0,500 | Realizar seguimiento a población a cargo de la E.S.E. por casos de salud mental reportados (diferentes tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastornos mentales) | Seguimiento a población a cargo por casos de eventos de salud mental / Total de eventos de salud mental identificados a cargo de la E.S.E. | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 35 | 2 | Mantener sobre el 90% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 (seis) meses | Prevalencia lactancia materna | Número de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva / Numero de menores de 6 meses valorados en el periodo *100 | Porcentaje | 0,9254 | 2021 | 90% | 105 | 0,400 | Formulación y seguimiento al plan de acción para fortalecer la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años o mas. | Número de actividades realizadas / Total de actividades programadas en el plan de acción *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 106 | 0,400 | Formulación y seguimiento al plan de acción para ofertar la consulta de consejería en lactancia materna | Número de actividades realizadas / Total de actividades programadas en el plan de acción *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 107 | 0,400 | Aumentar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 (seis) meses | Número de niños/as menores de 6 meses de edad alimentados de manera exclusiva con leche materna / Total niños y niñas menores de 6 meses de edad a cargo de la E.S.E. | 25 | 25 | 25 | 25 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | |
|-------------|-----------------|---|-----------------------------------|--|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|--|---|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | 108 | 0,400 | Reportar los casos de nacidos vivos con bajo pesos al nacer menor a 2500 gr | Reporte de los casos de nacidos vivos con bajo pesos al nacer menor a 2500 gr | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 109 | 0,400 | Mantener por debajo del 4% la proporción de bajo peso al nacer a cargo de la ESE | Número de nacidos vivos con peso menor a 2.500 gramos al nacer a cargo de la ESE/ Número total de nacidos vivos a cargo de la E.S.E. | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 36 | 2 | Disminuir la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 (cinco) años | Prevalencia de desnutrición aguda | Número total de menores de 5 años con desnutrición aguda / Número total de menores de 5 años valorados *100 (Fuente Mango) | Porcentaje | 0,72% | 2020 | 0,72% | 110 | 0,333 | Clasificar el estado nutricional de la población beneficiaria, acorde a la Resolución 2465/16 del Min salud y registrar en el aplicativo MANGO y canalizar a medicina general. | Pacientes identificados con desnutrición valorados por medicina general (fuente mango)/ Total de pacientes identificados con desnutrición a cargo de la E.S.E (fuente mango)*100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 111 | 0,333 | Disminuir la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 (cinco) años | Número total de menores de 5 años con desnutrición aguda (fuente sivigila) / Número total de menores de 5 años valorados (Fuente Mango) | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 112 | 0,333 | Realizar seguimiento a los 15 días de iniciado el tratamiento ambulatorio, a los menores identificados con desnutrición aguda moderada o severa | Menores identificados con desnutrición aguda, moderada o severa con control de seguimiento a los 15 días / Total de menores identificados con desnutrición aguda, moderada o severa con tratamiento * 100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 113 | 0,333 | Realizar seguimiento a la implementación de la Ruta Integral para la atención a la Desnutrición Aguda en niñas y niños menores de 5 años | Actividades ejecutadas de la Ruta/ Actividades programadas de la Ruta | 25 | 25 | 25 | 25 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | |
|-------------|-----------------|---|---|---|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|---|---|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 25 | 25 | 25 | 25 | |
| | | | | | | | | | | | | 25 | 25 | 25 | 25 | |
| 37 | 2 | Mantener en el 90% la implementación de la estrategia IAMII en la ESE | Porcentaje de implementación de la estrategia IAMII | Número acciones ejecutadas en la estrategia IAMII / Numero de acciones de la estrategia IAMII programadas*100 | Porcentaje | 0,98% | 2021 | 90% | 116 | 0,167 | Seguimiento al PASO 1. disponer de una política institucional para la promoción, protección, atención y apoyo en salud y nutrición a la población materna e infantil. | Numero de ítems cumplidos del paso / Total de ítems de cada paso *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 117 | 0,167 | Seguimiento al PASO 2. Capacitar a todo el personal que atiende la población materna e infantil, de tal forma que esté en condiciones de poner en práctica la política IAMII institucional de salud y nutrición en favor de la mujer y la infancia. | Numero de ítems cumplidos del paso / Total de ítems de cada paso *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 118 | 0,167 | Seguimiento al PASO 3. Brindar a las mujeres gestantes y sus familias, información, educación y atención oportuna y pertinente para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación, prepararse para el parto, el puerperio, la lactancia materna y la crianza | Numero de ítems cumplidos del paso / Total de ítems de cada paso *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | |
|-------------|-----------------|------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------|------------|-----|-------------------------|--------------|---|---|-----------------------|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 119 | 0,167 | Seguimiento al PASO 4. Garantizar la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez acompañada en lo posible de una persona significativa para la madre, dentro de un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias, favoreciendo el contacto piel a piel al nacer y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora. | Numero de ítems cumplidos del paso / Total de ítems de cada paso *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | |
| | | | | | | | | 120 | 0,167 | Seguimiento al PASO 5. Ofrecer orientación y ayuda efectiva a las madres, padres y otros cuidadores sobre la promoción, protección y atención en salud y nutrición de las madres y de las niñas y los niños recién nacidos, durante el posparto. | Numero de ítems cumplidos del paso / Total de ítems de cada paso *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | |
| | | | | | | | | 121 | 0,167 | Seguimiento al PASO 6. Promover, proteger y dar apoyo efectivo a las madres y sus familias para poner en práctica la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad o más. | Numero de ítems cumplidos del paso / Total de ítems de cada paso *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | |
| | | | | | | | | 122 | 0,167 | Seguimiento al PASO 7. Favorecer el alojamiento conjunto de la madre y el niño o niña incluso en caso de hospitalización de alguno de los dos. | Numero de ítems cumplidos del paso / Total de ítems de cada paso *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | |
| | | | | | | | | 123 | 0,167 | Seguimiento al PASO 8. Proveer atención integral en salud y nutrición a todas las niñas y niños menores de seis años asegurando el seguimiento dinámico del crecimiento y el desarrollo | Numero de ítems cumplidos del paso / Total de ítems de cada paso *100 | 25 | 25 | 25 | 25 | |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | |
|-------------|-----------------|--|---|---|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--|---|---|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 25 | 25 | 25 | 25 | |
| | | | | | | | | 124 | 0,167 | Seguimiento al PASO 9. Garantizar atención con calidad y calidez en todos sus servicios partiendo del reconocimiento de las usuarias y usuarios de los servicios como sujetos de derechos, promoviendo siempre el respeto a la diferencia, la participación y el trato digno para toda la población. | Numero de ítems cumplidos del paso / Total de ítems de cada paso *100 | | | | | |
| | | | | | | | | 125 | 0,167 | Seguimiento al PASO 10. Disponer de mecanismos y estrategias de apoyo institucional y comunitario que favorezcan la continuidad de las acciones más allá de los servicios institucionales, con el fin de favorecer la salud y la nutrición materna e infantil. | Numero de ítems cumplidos del paso / Total de ítems de cada paso *100 | | | | | |
| | | | | | | | | 126 | 0,167 | Implementar al 80 % la estrategia IAMI en la E.S.E. | Número de pasos cumplidos de la estrategia IAMII / Numero de pasos de la estrategia IAMII *100 | | | | | |
| | | | | | | | | 127 | 0,167 | Mantener en cero (0) la mortalidad institucional evitable asociada a desnutrición en menores de 5 años | Número total de casos de defunciones asociadas a desnutrición en niños menores de 5 años / 1.000 | | | | | |
| 38 | 3 | Mantener el 95% de coberturas útiles de vacunación con los biológicos trazadores que hacen parte del esquema PAI | % de cumplimiento en las coberturas de vacunación | Numero de biológicos aplicados de BCG, DPT 3ra dosis, polio 3ra dosis, triple viral 1 año y triple viral 5 años / Metas establecidas en el Anexo 3 *100 | Porcentaje | 0,98% | 2021 | 95% | 128 | 0,750 | Coberturas útiles en el municipio de Fusagasugá: (BCG (Recien Nacido) A DEMANDA 2ª Rotavirus 4 meses 900 3ª Pentavalente 6 meses 900 2ª Neumococo 4 meses 900 Triple viral 1 año 564 Refuerzo Triple viral 5 años 792 | Número de biológicos aplicados en el municipio de Fusagasugá / Meta establecida | 25 | 25 | 25 | 25 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | |
|-------------|-----------------|---|---|--|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|--|---|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | 129 | 0,750 | Coberturas útiles en el municipio de Pasca (BCG (Recien Nacido) A DEMANDA 2º Rotavirus 4 meses 108 3º Pentavalente 6 meses 108 2º Neumococo 4 meses 108 Triple viral 1 año 108 Refuerzo Triple viral 5 años 108 | Número de biológicos aplicados en el municipio de Pasca / Meta establecida | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 130 | 0,750 | Coberturas útiles en el municipio de Tibacuy (BCG (Recien Nacido) A DEMANDA 2º Rotavirus 4 meses 33 3º Pentavalente 6 meses 36 2º Neumococo 4 meses 36 Triple viral 1 año 48 Refuerzo Triple viral 5 años 48 | Número de biológicos aplicados en el municipio de Tibacuy / Meta establecida | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 131 | 0,750 | Mantener el 95% de coberturas útiles de vacunación con los biológicos trazadores que hacen parte del esquema PAI | Numero de biológicos aplicados (BCG ,2º Rotavirus 3º Pentavalente 2º Neumococo Triple viral 1 año Refuerzo Triple viral 5 años) / Metas establecidas en el Anexo 3 *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 39 | 1 | Mantener en 0 (cero) la proporción de reingreso hospitalario por IRA, en menores de 5 años durante el periodo | Proporción de reingreso de pacientes menores de 5 años con diagnóstico de IRA | Número 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 / Número de menores de 5 años con al menos un egreso por IRA *100 | Porcentaje | 0,00% | 2021 | 0 | 132 | 0,200 | Capacitar a los equipos de salud de los servicios de hospitalización, consulta externa y urgencias sobre el manejo de la IRA. | Personal de equipos de salud capacitados / Total de personas capacitadas de los equipos de salud de Hospitalización, consulta externa y urgencias. *100 | 50 | | 50 | |
| | | | | | | | | | 133 | 0,200 | Implementar y socializar las GPC de las patologías de bronquiolitis, (crisis asmática, neumonía), crup | GPC implementadas y socializadas | | 50 | | 50 |
| | | | | | | | | | 134 | 0,200 | Fortalecer la educación sobre los cuidados en casa posterior a la atención medica (Ambulatoria u hospitalaria) | Actividades ejecutadas / Actividades propuestas | | 50 | | 50 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | |
|-------------|-----------------|--|---|---|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|--|---|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | 135 | 0,200 | Reducir la proporción de reingreso hospitalario por IRA, en menores de 5 años durante el periodo | Número 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 / Numero de menores de 5 años con al menos un egreso por IRA | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 136 | 0,200 | Notificar a sivilgia la mortalidad en menores de 5 (cinco) años asociada a IRA | Casos reportados en sivilgia por mortalidad en menores de cinco años asociada a IRA / Total de casos por mortalidad asociada a IRA *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 40 | 1 | Mantener en 90% la adherencia a la ruta de mantenimiento según Resolución No. 3280 en los cursos de vida de primera infancia 0 a 5 años e infancia 6 a 11 años | % de adherencia a GPC | Número total de historias clínicas auditadas que cumplen con la GPC / Número total de historias clínicas auditadas en el periodo *100 | Porcentaje | 1,00 | 2021 | 90% | 137 | 0,500 | Socialización semestral de la Resolución 3280 (primera infancia, e infancia) al personal medico y de enfermería de primer nivel de atención. | Personal medico y de enfermería de primer nivel de atención capacitado / Total de médicos y de enfermería de premier nivel *100 | | 50 | | 50 |
| | | | | | | | | | 138 | 0,500 | Mantener en 90% la adherencia a la ruta de mantenimiento según Resolución No. 3280 de los cursos de vida de primera infancia 0 a 5 años e infancia 6 a 11 años | Numero de HC que cumplen con la ruta de mantenimiento para los cursos de vida de primera infancia 0 a 5 años e infancia 6 a 11 años / Total de HC auditadas *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 41 | 1 | Mantener en 55% (1.512) el porcentaje de consultas de los servicios amigables para curso de vida de adolescencia de 12 a 17 años (total 3832) a cargo de la E.S.E. | % de consultas de los servicios amigables implementados | Número de adolescentes de 12 a 17 años que asisten a los servicios amigables / Número población a cargo de la E.S.E. | Porcentaje | 0,55 | 2021 | 55,00% | 139 | 0,250 | Mantener en 55% (1.512) el porcentaje de consultas de los servicios amigables para curso de vida de adolescencia de 12 a 17 años (total 3832) a cargo de la E.S.E. | Número de adolescentes de 12 a 17 años que asisten a los servicios amigables / total de la población entre 12 y 17 años a cargo de la E.S.E. | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 140 | 0,250 | Atención de planificación familiar para todas y todos los adolescentes que la requieran. | consultas de planificación familiar con adolescentes entre los 12 y 17 años / total de adolescentes entre los 12 y 17 años a cargo de la E.S.E. | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 141 | 0,250 | Adelantar 2 campañas educativas de educación en derechos sexuales y reproductivos en el curso de vida adolescentes. | Campañas educativas realizadas | | 50 | | 50 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | |
|-------------|-----------------|--|------------------------------------|--|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|---|---|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | 142 | 0,250 | Mantener en menos del 4% la proporción de adolescentes alguna vez madres o actualmente embarazadas entre los 10 y 19 años, que hacen parte del régimen subsidiado | Número de nacimientos de madres de 10 a 19 años + Número de abortos de mujeres de 10 a 19 años en la E.S.E. / Total de mujeres de 10 a 19 años a cargo de la ESE *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 42 | 1 | Mantener al 100% la ejecución de las acciones colectivas contratadas del municipio de Fusagasugá | Acciones de APS ejecutadas | N° acciones APS ejecutadas / N° de acciones APS contratadas *100 | Porcentaje | 100,00% | 2021 | 100% | 143 | 1,000 | Desarrollar a través del equipo contratado las intervenciones colectivas pactadas con el Municipio de Fusagasugá para el fortalecimiento de la promoción de la salud y gestión del riesgo en la población | N° acciones APS ejecutadas / N° de acciones APS contratadas x 100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 43 | 1 | Mantener al 100% la ejecución de las acciones del plan de intervenciones colectivas PIC del municipio de Pasca | Acciones de PIC Pasca ejecutadas | N° acciones colectivas ejecutadas / N° de acciones colectivas contratadas *100 | Porcentaje | 100,00% | 2021 | 100% | 144 | 1,000 | Desarrollar a través del equipo contratado las intervenciones colectivas pactadas con el Municipio de Pasca para el fortalecimiento de la promoción de la salud y gestión del riesgo en la población | N° acciones colectivas ejecutadas / N° de acciones colectivas contratadas x 100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 44 | 1 | Mantener al 100% la ejecución de las acciones del plan de intervenciones colectivas PIC del municipio de Tibacuy | Acciones de PIC Tibacuy ejecutadas | N° acciones colectivas ejecutadas / N° de acciones colectivas contratadas *100 | Porcentaje | 100,00% | 2021 | 100% | 145 | 1,000 | Desarrollar a través del equipo contratado las intervenciones colectivas pactadas con el Municipio de Tibacuy para el fortalecimiento de la promoción de la salud y gestión del riesgo en la población | N° acciones colectivas ejecutadas / N° de acciones colectivas contratadas x 100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 45 | 1 | Mantener disponible al 100% el acceso y mejoramiento de las condiciones de salud a la población víctima del conflicto armado a nivel institución que demande servicios de salud en la E.S.E. | Víctimas atendidas | N° de PVCA atendidas / N° total de PVCA caracterizada por la E.S.E. *100 | Porcentaje | 100,00% | 2021 | 100% | 146 | 1,000 | Garantizar la atención en salud a la PVCA que demande los servicios a nivel institucional | N° de PVCA atendidas / N° total de PVCA caracterizada por la E.S.E. x 100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 46 | 1 | Mantener al 100% el tratamiento oportuno de los pacientes afiliados diagnosticados con TBC | Pacientes con tratamiento | N° total de pacientes afiliados identificados con TBC en tratamiento / N° total de pacientes afiliados identificados con | Porcentaje | 1,00% | 2021 | 100% | 147 | 0,500 | Realizar seguimiento a sintomáticos respiratorios mediante búsqueda activa y basciscopias positivas | Base de datos pacientes con su respectivo seguimiento | 25 | 25 | 25 | 25 |

| No. de meta | Peso Porcentual | Meta de producto anual | Indicador de producto | | | | | Valor esperado Año 2022 | No. de ACTIV | Peso % | Actividades | FORMULA DEL INDICADOR | Programado | | | |
|-------------|-----------------|--|------------------------------------|---|------------------|------------|------|-------------------------|--------------|--------|--|---|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre |
| | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |
| | | | | TBC *100 | | | | | 148 | 0,500 | Establecer planes de mejora resultantes del análisis de las mortalidades identificadas por mycobacterias Mantener al 100% el tratamiento oportuno de los pacientes afiliados diagnosticados con TBC | No de oportunidad e identificados de los análisis de mortalidades gestionadas / total oportunidad de análisis de mortalidades identificadas | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 47 | 1 | Mantener sobre 90% la adherencia a las Guías de Práctica Clínica de dengue (municipios con altura inferior a 2.200 msnm) | % de adherencia a la GPC de dengue | Número de HC que cumplen con la GPC de dengue / Número total de HC auditadas *100 | Porcentaje | 100,00% | 2020 | 90% | 149 | 0,333 | Implementar la guía de practica clínica de dengue y aplicar herramienta de medición de la GPC | GPC implementada | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 150 | 0,333 | Medir y socializar la adherencia a las Guías de Práctica Clínica de dengue (municipios con altura inferior a 2.200 msnm) | Número de HC que cumplen con la GPC de dengue / Número total de HC auditadas *100 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | | | | | | | | | 151 | 0,333 | Mantener en cero (0) los casos de mortalidad por dengue en el área de influencia | Número de casos de mortalidad por dengue | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 47 | 100 | | | | | | | 151 | 100 | | | | | | | |

ANDRES MAURICIO GONZALEZ CAYCEDO

GERENTE

Proyecto: Tatiana Ángel - Profesional Planeación

Revisó: John Jairo Bobadilla Montenegro - Líder Planeación Institucional

Diana Forero Delgado - Subgerente Comunitaria

David Alberto Rojas Florez - Subgerente Científico

Isidro Alberto Gonzalez Rodriguez- Subgerente Administrativo