

| Nombre de la IPS | | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|---|---|-----------------|----------------------------|--|------------------|---------------------------|---|-----------------|---|------|-------------|--|---------------|------------------------------|----------------------------|--|---------------------|------------------------|-------------------------------|
| Código de habilitación de la IPS | | 2529000036 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Aprobación de la Junta Directiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Gerente | | MARTINEZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eje del Plan Departamental de Desarrollo | Objetivo Estratégico Institucional | Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública | Meta de producto anual | peso porcentual | Indicador de producto | | | Programa Año 2 | Descripción de estrategias y actividades | peso porcentual | Programado | | | | Recursos (\$) | Responsables Institucionales | E mail Responsable | | | | |
| | | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | | | | Línea base | | I trimestre | II trimestre | | | | III trimestre | IV trimestre | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEJIDO SOCIAL CUNDINAMARCA 2036. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA. COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE. | 8. GESTIÓN AMBIENTAL RESPONSABLE | SALUD AMBIENTAL | Incrementar a partir del 75 % anualmente un 2% en el cumplimiento de los estándares de la gestión integral de los residuos peligrosos | 1% | Porcentaje de cumplimiento | No. de criterios cumplidos / No. de criterios requeridos para el desarrollo de la gestión *100 | Porcentaje | 75% | 2017 | 78% | Inscribirse a la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, determinando dos objetivos a trabajar y plantear la estrategia para su cumplimiento | 10% | 10,0% | | | | 19.200.000 | Subgerente Administrativo y Responsable de SST | hospifusa@yahoo.com | | |
| | | | | | | | | | | | (Medición anual en la calculadora ambiental de la gobernación de cundinamarca, del uso de los recursos naturales para determinar la compensación en la huella de carbono) | 10% | 10% | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | (Implementar estrategia de siembra y sostenibilidad de 300 especies vegetales vivas por compensación que nos genera la calculadora de huella de carbono) | 20% | 0% | 5% | 3% | 12% | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Efectuar 3 jornadas de capacitación Trimestrales en torno a la segregación de residuos peligrosos. | 20% | 5% | 5% | 5% | 5% | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Realizar rondas de seguridad trimestral I trimestre 2, II, III y IV trimestre 3 para revisión de la segregación de residuos | 10% | 2,5% | 2,5% | 2,5% | 2,5% | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Ejecutar 3 inspecciones internas trimestrales y 2 externas Trimestrales enfocadas al seguimiento de la gestión ambiental. | 30% | 7,5% | 7,5% | 7,5% | 7,5% | | | | | |
| | | | Mantener en nivel intermedio el Índice COP de la Población subsidiada menor de 18 años atendida en la Institución. | 3% | Índice COP | (Sumatoria de COP / No. de pacientes atendidos primera vez) | Índice | Intermedio | 2017 | 3,22 | Atención de usuarios de primera vez a través de brigadas, colegios y atenciones realizadas a la población menor de 18 años. (población subsidiada usuaria de la ESE 17.424 - identificados 1.881 personas). | 15% | 3,75% | 3,75% | 3,75% | 3,75% | Coordinador de Odontología | pilynur@hotmail.com | | | |
| | | | | | | | | | | | Realizar Control de placa y aplicación de barniz de flúor, sellantes y detartraje a la población atendida. | 15% | 3,75% | 3,75% | 3,75% | 3,75% | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Mantener controlados al 14% de los pacientes tamizados menores de 18 años que acuden a consulta para valorar adherencia en el autocuidado y mantenimiento de salud oral a través de controles de placa según frecuencia anual. (Pacientes que asistieron a control de placa 2016 514) | 70% | 17,50% | 17,50% | 17,50% | 17,50% | | | | | |
| | | | | | | Aumentar al 26,1% (9.312 personas) la población subsidiada el tamizaje de HTA en la población a través de Historia Clínica de Puestos de Salud (Consulta externa, planificación familiar, consulta del joven y adulto mayor y APS) y toma de tensión arterial durante el test de findrisc. | 3% | Población tamizada de HTA | (No. total de personas tamizadas / No. de personas de la población definida a tamizar). | Porcentaje | 4% | 2017 | 4,2% | Captar a los mayores de 18 años (no gestantes, no incluidos en el programa de Hipertensos y Diabéticos), para aplicación del test de Findrisc, que permita identificar posibles casos de HTA (2606 Tamizados bajo RIPS) | 15% | 2,5% | 3,5% | 4,0% | 5,00% | Subgerente Comunitario | salud-comunitaria@hotmail.com |
| | | | | | | | | | | | | | | Canalizar al servicio de medicina general al menos el 90% los casos que presenten cifras tensionales entre 140-159 / 90-99 mm hg (normal alta) | 15% | 3,75% | 3,75% | 3,75% | 3,75% | | |
| | | | | | | | | | | | | | | Seguimiento al menos el 90% de los casos de los pacientes canalizados para su diagnóstico con resultados positivos. | 20% | 5,00% | 5,00% | 5,00% | 5,00% | | |
| | | | | | | | | | | | | | | Mantener controlados al menos al 13% de los pacientes positivos identificados para la patología (Población 2017 4462 pacientes subsidiados). | 50% | | | | 50% | | |
| | | | | | | Aumentar al 21% (7.487 personas) de la población subsidiada el tamizaje de DM TIPO II a través del test de Findrisc. | 3% | Población tamizada para | (No. total de personas tamizadas / No. de | Porcentaje | 2,0% | 2017 | 3,3% | Captar a los mayores de 18 años (no gestantes, no incluidos en el programa de Hipertensos y Diabéticos), para aplicación del test de Findrisc, que permita identificar posibles casos de Diabetes. (1.900 Tamizados bajo RIPS) | 15% | 3,1% | 3,6% | 3,9% | 4,40% | Subgerente | salud-comunitaria |
| | | | | | | | | | | | | | | Canalizar al servicio de medicina general al menos el 90% los casos con un puntaje mayor a 12 | 15% | 3,75% | 3,75% | 3,75% | 3,75% | | |

| Nombre de la IPS | | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGUGA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|--------------------|---|---|------------------|---|---|--|--|-----------------|-------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------------------------|---------------------|
| Código de habilitación de la IPS | | 2529000036 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Aprobación de la Junta Directiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Gerente | | MARTINEZ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eje del Plan Departamental de Desarrollo | Objetivo Estratégico Institucional | Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública | Meta de producto anual | peso porcentual | Indicador de producto | | | Línea base | | Programa do Año 2 | Descripción de estrategias y actividades | peso porcentual | Programado | | | | Recursos (\$) | Respon sables Instituci onales | E mail Respon sable |
| | | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Valor | Año | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | | | |
| TEJIDO SOCIAL | 6. GESTION ASISTENCIAL | VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES | equivalente a 35.693 hombres y mujeres >= a 18 años ==> Año 1 3,3% 1.187 tamizados - Año 2 8,6% 3.087 tamizados - Año 3 14,5% 5.187 - tamizados - Año 4 21% 7.487 tamizados). | 3% | DM Tipo II | No. de personas de la población a tamizar). | Porcentaje | 1,9% | 2017 | 4,5% | Seguimiento al menos al 90% de los casos a los pacientes canalizados para su diagnóstico con resultados positivos. | 20% | 5,00% | 5,00% | 5,00% | 5,00% | 1.140.972.000 | Comunit ario | ria@hot mail.com |
| | | | | | | | | | Mantener controlados al menos al 9% de los pacientes positivos identificados para la patología. (Población 2017 952 pacientes subsidiados). | 50% | | | | | 50,00% | | | | |
| | | | Aumentar al 61,1% (10.163 personas) la población subsidiada tamizada para cáncer de mama. | 3% | Población tamizada | (No. total de personas tamizadas / No. de personas de la población definida a tamizar). | Porcentaje | 1,9% | 2017 | 4,5% | Realizar consulta de seno a mujeres entre 20-69 años de edad para detección temprana y en mujeres sintomáticas independiente de su edad (3.440 Tamizados bajo RIPS). | 15% | 3,75% | 3,75% | 3,75% | 3,75% | | | |
| | | | (Población subsidiada con factores de riesgo equivalente a 16.627 mujeres de 15 a 69 años ==> Año 1 4,3% 723 tamizados - Año 2 25% 4.163 tamizados - Año 3 43,1% 7.163 tamizados - Año 4 61,1% 10.163 tamizados). | | | | | | | | Definir necesidad de tamizaje con mamografía, para los grupos de edad definidos al menos al 80% los casos. | 15% | 3,75% | 3,75% | 3,75% | 3,75% | | | |
| | | | | | | | | | | | Seguimiento a los pacientes canalizados para su diagnóstico con mamografías y/o ecografías alteradas. | 20% | 5,00% | 5,00% | 5,00% | 5,00% | | | |
| | | | | | | | | | | | Mantener controlados en el cumplimiento de examen de seno anual al 20% de las mujeres de 15 a 69 años de edad. (Población 2017. 837 pacientes subsidiados). | 40% | | | | | | | |
| | | Aumentar al 64,9% (10.785 personas) la población subsidiada tamizada para cuello uterino. | 3% | Población tamizada | (No. total de personas tamizadas / No. de personas de la población definida a tamizar). | Porcentaje | 7,7% | 2017 | 12% | Realizar movilización de Cáncer de Seno en coordinación con la Alcaldía Municipal | 10% | | | 10% | | | | | |
| | | (Población subsidiada con factores de riesgo equivalente a 16.627 mujeres de 15 a 69 años ==> Año 1 10,4% 1.735 tamizados - Año 2 28,2% 4.685 tamizados - Año 3 46,2% 7.685 tamizados - Año 4 64,9% 10.785 tamizados). | | | | | | | | Toma de citología para detección temprana de cáncer de cuello uterino a mujeres de 25 a 69 años de edad y/o menores de 25 años de edad que hayan iniciado vida sexual. (2.950 Tamizados bajo RIPS) | 15% | 4,07% | 3,81% | 3,81% | 3,31% | | | | |
| | | | | | | | | | | Canalización de los casos positivos para manejo integral al menos al 90% los casos | 15% | 3,75% | 3,75% | 3,75% | 3,75% | | | | |
| | | | | | | | | | | Seguimiento a resultados de patología y manejo por especialista al menos al 65% de los casos. | 20% | 5,00% | 5,00% | 5,00% | 5,00% | | | | |
| | | | | | | | | | | Mantener controlados en el cumplimiento del esquema de la toma de citología 1-1-3 al 15% de las mujeres de 25 a 69 años de edad y/o menores de 25 años que hayan iniciado vida sexual. (Población 2017 2.872 pacientes subsidiados). | 50% | | | | | 50,00% | | | |
| | | Aumentar al 49,7% (3.816 personas) la población tamizada para cáncer de próstata. | 3% | Población tamizada | (No. total de personas tamizadas / No. de personas de la población definida a tamizar). | Porcentaje | 10,8% | 2017 | 11,1% | Toma de PSA para detección temprana de cáncer de próstata en población masculina mayor de 50 años o menores con factores de riesgo (922 Tamizados bajo RIPS) | 15% | 4,70% | 3,43% | 3,43% | 3,44% | | | | |
| (Población subsidiada con factores de riesgo equivalente a 7.680 hombres >= a 50 años ==> Año 1 11,1% 852 tamizados - Año 2 23,1% 1.774 tamizados - Año 3 35,7% 2.741 tamizados - Año 4 49,7% 3.816 tamizados). | | | | | | | | Canalización de los casos positivos para valoración por especialista | 15% | 3,75% | 3,75% | 3,75% | 3,75% | | | | | | |
| | | | | | | | | Seguimiento a los casos de PSA positivos. | 20% | 5,00% | 5,00% | 5,00% | 5,00% | | | | | | |
| | | | | | | | | Mantener controlados en el cumplimiento de examen PSA anual al 10% de los Hombres >=50 años. (Población 2017 1461 pacientes subsidiados). | 50% | | | | | 50,00% | | | | | |

| Nombre de la IPS | | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|---|--|-----------------|---|---|------------------|-------------------|---|-----------------|---|------|-------------|--------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Código de habilitación de la IPS | | 2529000036 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Aprobación de la Junta Directiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Gerente | | MARTINEZ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eje del Plan Departamental de Desarrollo | Objetivo Estratégico Institucional | Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública | Meta de producto anual | peso porcentual | Indicador de producto | | | Programa do Año 2 | Descripción de estrategias y actividades | peso porcentual | Programado | | | | Recursos (\$) | Respon sables Instituci onales | E mail Respon sable | | |
| | | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | | | | Valor | Año | I trimestre | II trimestre | | | | III trimestre | IV trimestre |
| TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA | 6. GESTION ASISTENCIAL | CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL | Realizar 26 Jornadas educativas anuales en las que se aborde el tema de resiliencia y estén dirigidas a niños, niñas y adolescentes escolarizados del municipio de Fusagasugá. | 3% | Jornadas educativas realizadas | No. jornadas ejecutadas / No. de jornadas programadas | porcentaje | 0 | 2017 | 100% | Realización de talleres lúdico pedagógico aplicando modulo propuesto por la secretaría de salud departamental "personas capaces, personas felices". Consiste en el abordaje de resiliencia a partir de la conceptualización del mismo. Se identifican 3 pilares fundamentales de Yo tengo. Yo soy. Yo puedo. De manera que esto lo usen como herramientas que potencialice la resolución de conflictos y toma de decisiones ante una situación en crisis. | 100% | 11% | 27,0% | 31% | 31,0% | 122.400.000 | Subgerencia Comunitaria | subgerenciadecientificafusa@gmail.com |
| | | | Disminuir la oportunidad de atención en psiquiatría a 10 días (Año 1 24 días - Año 2 18 días - Año 3 15 días - Año 4 10 días) | 3% | oportunidad de atención en psiquiatría | No. consultas solicitadas para psiquiatría / número de consultas ofertadas *100 | porcentaje | 31 | 2017 | 100% | Aumentar las horas de atención por parte de la especialidad de psiquiatría (I Trim. 21 días II Trim. 20 días III Trim. 19 días IV Trim. 18 días) | 100% | 25% | 25% | 25% | 25% | | Subgerente Científico | subgerenciadecientificafusa@gmail.com |
| TEJIDO SOCIAL. COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE. | 6. GESTION ASISTENCIAL | SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL | Mantener al 100% la canalización de los menores de 5 años identificados con riesgo de desnutrición. | 3% | Menores identificados con riesgo de desnutrición. | No. de menores de 5 años canalizados / No. menores identificados con riesgo de desnutrición.* 100 | Porcentaje | 100% | 2017 | 100% | Captar la ocurrencia de los casos a partir de las atenciones en menores de cinco años ya sea en consulta o a través del equipo de APS que estén en riesgo de desnutrición. | 60% | 15% | 15% | 15% | 15% | 1.140.972.000 | Subgerente Comunitario | salud-comunitaria@hotmail.com |
| | | | Garantizar la Inclusión para valoración por especialidad de pediatría y por nutrición. | 20% | 5% | 5% | 5% | 5% | Realizar seguimiento a pacientes con riesgo o en estado de desnutrición. | 20% | 5% | 5% | 5% | 5% | Subgerente Comunitario | salud-comunitaria@hotmail.com | | | |
| | | | Mantener en 3 o más meses la mediana de lactancia materna | 3% | Mediana de lactancia materna | Mediana de lactancia materna | meses | 3 | 2017 | 100% | Capacitar de manera preconcepcional en control prenatal, control post parto y crecimiento y desarrollo. | 40% | 10% | 10% | 10% | 10% | | Coordinador Política IAMIL | jefepily@hotmail.com |
| | | | Desarrollar el 100% de los comités institucionales de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral - IAMIL. | 20% | 5% | 5% | 5% | 5% | Capacitar mensualmente al Personal de la Institución en la Política IAMIL | 20% | | | | 20% | | | | | |
| | | | Mantener en <4% la proporción de Bajo Peso al Nacer | 3% | Proporción bajo peso al nacer | No. de Recién nacidos con bajo peso al nacer / No. total de nacidos vivos a término*100 | porcentaje | 4 | 2017 | 100% | Notificar casos de bajo peso al nacer | 20% | 5% | 5% | 5% | 5% | Subgerente Científico y Subgerente | subgerenciadecientificafusa@gmail.com | |
| | | | Detección y atención oportuna e integral de las alteraciones del embarazo a través de los controles prenatales | 80% | 20% | 20% | 20% | 20% | | | | | | | | | | | |
| TEJIDO SOCIAL | | SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS | Aumentar al 100% la implementación de la ruta de Maternidad Segura | 3% | Ruta implementada | No. pasos estratégicos desarrollados / total de pasos de la estrategia * 100 | Número | 45% | 2017 | 100% | Captación temprana de las gestantes antes de la semana 12 | 20% | 5,0% | 5,0% | 5,0% | 5,0% | 7.629.128.400 | Subgerente Comunitario y científico | |
| | | | | | | | | | | | Realizar seguimiento a la mujer embarazada mediante controles prenatales (mínimo 4). | 20% | 5,0% | 5,0% | 5,0% | 5,0% | | | |
| | | | | | | | | | | | Brindar una atención adecuada al parto y puerperio inmediato. | 20% | 5,0% | 5,0% | 5,0% | 5,0% | | | |
| | | | | | | | | | | | Realizar seguimiento en el periodo posparto a la materna (30 días) y al neonato (45 días). | 20% | 5,0% | 5,0% | 5,0% | 5,0% | | | |
| | | | | | | | | | | | Ejecución del Programa de Maternidad Segura (Socialización, medición de indicadores y evaluación del programa) | 10% | 2,5% | 2,5% | 2,5% | 2,5% | | | |
| | | | | | | | | | | | Elaboración y aplicación plan de mejoramiento continuo | 10% | 2,5% | 2,5% | 2,5% | 2,5% | | | |

| Nombre de la IPS | | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|---|---|-----------------|--|---|----------------------|---------------------------|-------------------|--|---|------------|-------|-------------|--------------|---------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Código de habilitación de la IPS | | 2529000036 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Aprobación de la Junta Directiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Gerente | | MARTINEZ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eje del Plan Departamental de Desarrollo | Objetivo Estratégico Institucional | Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública | Meta de producto anual | peso porcentual | Indicador de producto | Unidad de medida | Línea base | | Programa do Año 2 | Descripción de estrategias y actividades | peso porcentual | Programado | | | | Recursos (\$) | Respon sables Institucionales | E mail Respon sable | |
| | | | | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | | | | Valor | Año | I trimestre | II trimestre | | | | III trimestre |
| | | | Mantener al 100% la consulta diferenciada para adolescentes. | 3% | consulta diferenciada implementada | No. puestos de salud con atención diferenciada para el joven / No. total de puestos de salud*100 | Porcentaje | 100% | 2017 | 100% | Atención integral para jóvenes y adolescentes a través de la consulta de detección de alteraciones del joven | 70% | 17,5% | 17,5% | 17,5% | 17,5% | Subgerente Comunitario | salud-comunitaria@hotmail.com | |
| | | | Desarrollar el programa de jornadas educativas (Escuelas Saludables) con énfasis en las adolescentes de 10 a 19 años. | 30% | 7,5% | 7,5% | 7,5% | 7,5% | | | | | | | | | | | |
| TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA | 6. GESTION ASISTENCIAL | VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES | Mantener al 100% el tratamiento oportuno de los pacientes afiliados diagnosticados con TBC. | 3% | Pacientes con tratamiento | No. pacientes afiliados identificados con TBC en tratamiento / No. pacientes afiliados identificados con TBC. | Porcentaje | 100% | 2017 | 100% | Realizar búsqueda activa de sintomáticos respiratorios. | 20% | 5% | 5% | 5% | 5% | Subgerente Comunitario | salud-comunitaria@hotmail.com | |
| | | | Identificar pacientes con bascilloscopias positivas. | 40% | 10% | 10% | 10% | 10% | | | | | | | | | | | |
| | | | Garantizar TAES, controles médicos y de laboratorio | 40% | 10% | 10% | 10% | 10% | | | | | | | | | | | |
| | | | Mantener coberturas útiles de vacunación | 3% | porcentaje de cobertura en vacunación | Porcentaje de cobertura en vacunación | Porcentaje | 97% | 2017 | 95% | Vacunación extramural casa a casa | 20% | 5% | 5% | 5% | 5% | Subgerente Comunitario | salud-comunitaria@hotmail.com | |
| | | | Demanda Inducida y vacunación por medio del Seguimientos a bases de vacunación y PAI WEB | 20% | 5% | 5% | 5% | 5% | | | | | | | | | | | |
| | | | vacunación intrahospitalaria 2 veces por día para asegurar vacunación total y oportuna del RN | 20% | 5% | 5% | 5% | 5% | | | | | | | | | | | |
| | | | Participación Institucional en las Jornadas de Vacunación organizadas a nivel nacional. | 20% | 5% | 5% | 5% | 5% | | | | | | | | | | | |
| Barridos 2 veces por semana con el apoyo de 3 vacunadores | 20% | 5% | 5% | 5% | 5% | | | | | | | | | | | | | | |
| INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA | 8. GESTIÓN AMBIENTAL RESPONSABLE | SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES | Aumentar sobre el 40.5 % un 2 % anual el porcentaje de cumplimiento en la implementación del plan de emergencias alineándolo con la política hospital seguro. | 1% | Porcentaje de implementación del plan de emergencias | No. de criterios cumplidos en la implementación del plan / No. de criterios totales * 100 | Porcentaje | 40% | 2017 | 41% | Actualizar el plan hospitalario de emergencias teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Organización Panamericana de la Salud. | 25% | 25% | | | | COMITÉ DE EMERGENCIAS Y SEGURIDAD VIAL | hospifusa@yahoo.com | |
| | | | Realizar un simulacro de evacuación y un simulacro de atención masiva de víctimas | 25% | | 13% | | 13% | | | | | | | | | | | |
| | | | Realizar dos simulaciones de acuerdo a las prioridades de las amenazas identificadas en el plan hospitalario de emergencia | 25% | | 13% | | 13% | | | | | | | | | | | |
| | | | Desarrollar plan de capacitación del plan hospitalario de emergencias dirigido a la brigada, al cliente interno y al comité de emergencias. | 25% | | 8,3% | 8,3% | 8,4% | | | | | | | | | | | |
| | | | Mantener la implementación al 100% del plan de contingencia frente a los eventos que pueden derivar posibles emergencias | 1% | porcentaje de planes de contingencia | No. planes de contingencia generados / No. eventos que pueden derivar posibles emergencias* | Porcentaje | 71% | 2017 | 100% | Generar plan de contingencia por cada evento que pueda generar posibles emergencias en el área de influencia de la ESE. | 100% | 25% | 25% | 25% | 25% | Subgerente Científico | | |
| COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE | 1. GESTION DEL TALENTO HUMANO | SALUD Y ÁMBITO LABORAL | Reporte mensual al Sistema de Vigilancia en Salud el 100% de los eventos de origen laboral de acuerdo al Lineamiento. | 3% | Reportes al SIVISALA | Número de Reportes entregados | Número | 42% | 2017 | 100% | Realizar la notificación institucional mensual de accidentes de trabajo atendidos en la ESE. | 100% | 25% | 25% | 25% | 25% | 42.000.000 | Subgerente Científico y Epidemiología | subgerenciadocientificafusa@gmail.com |
| | | | | | | | | | | | Diligenciar HC AIEPI (por encima del 84%) a niños menores de 5 años que asisten a consulta en el primer nivel de atención. | 50% | 12,5% | 12,5% | 12,5% | 12,5% | | | |

| Nombre de la IPS | | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|-----------------|---|--|---------------------------|------------------|------------|------|--|--|-----------------|-------------|--------------|---------------|---------------|--------------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| Código de habilitación de la IPS | | 2529000036 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Aprobación de la Junta Directiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Gerente | | MARTINEZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eje del Plan Departamental de Desarrollo | Objetivo Estratégico Institucional | Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública | Meta de producto anual | peso porcentual | Indicador de producto | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | Programa do Año 2 | Descripción de estrategias y actividades | peso porcentual | Programado | | | | Recursos (\$) | Respon sables Instituci onales | E mail Respon sable |
| | | | | | | | | | Valor | Año | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | | | |
| TEJIDO SOCIAL | 6. GESTION ASISTENCIAL | TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES | Aumentar al 90% el cumplimiento de la estrategia AIEPI clínico en la Institución, acorde a las guías de práctica clínica para menores de 5 años. (Año 1 84%, Año 2 86%, Año 3 88%, Año 4 90%) | 3% | Estrategia implementada | No. de HC realizadas de AIEPI 2 / No. de niños vistos en el programa de CyD menores de 5 años | Porcentaje | 82% | 2017 | 84% | Dar educación al familiar y cuidador del menor en todo lo relacionado con salud, bienestar y enfermedades que ocasionalmente puedan afectarle al menor. | 30% | 7,5% | 7,5% | 7,5% | 7,5% | 1.140.972.000 | Subgerente Comunitario | salud-comunitaria@hotmail.com | |
| | | | Aumentar al 56% el ingreso de los niños que asisten a consulta de medicina general al programa de crecimiento y desarrollo (Año 1 50% - Año 2 52% - Año 3 54% - Año 4 56%) | 3% | % de niños en el programa de crecimiento y desarrollo | No. niños incluidos en el programa / No. niños que asisten a consulta del régimen subsidiado * 100 | Porcentaje | 64% | 2017 | 70% | Canalizar y agendar a los menores de 5 años a consulta de crecimiento y desarrollo. Demanda inducida a través de la historia clínica y citas medicas (por encima del 50% con base en RIPS) | 100% | 25% | 25% | 25% | 25% | | | | |
| | | | Aumentar a 350 personas la PVCA que demanda de servicios de salud en la ESE. | 3% | PVCA que accede a los servicios de salud | No. PVCA atendida por la ESE / PVCA que demanda los servicios de la ESE | Porcentaje | 100% | 2017 | 100% | Garantizar la atención en salud a la PVCA que demande los servicios a nivel institucional (350 personas) | 40% | 10% | 10% | 10% | 10% | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 60% | 15% | 15% | 15% | 15% | | Subgerente Comunitario | salud-comunitaria@hotmail.com | |
| TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA | 7. HUMANIZACIÓN | FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD | Aumentar al 82% la satisfacción de los usuarios (Año 1: 79%, Año 2: 80%, Año 3: 81%, Año 4: 82%) | 3% | Satisfacción de los usuarios | # usuarios satisfechos/ # usuarios entrevistados * 100 | Porcentaje | 79% | 2017 | 79% | Capacitar a 60 médicos en la calidad de la información que se le brinda al Paciente. | 10% | 2,5% | 2,5% | 2,5% | 2,5% | 25.200.000 | Responsable SIAU | hospifus.asiau@gmail.com | |
| | | | | | | | | | | | | | 20% | | 10% | 10% | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 20% | 5% | 5% | 5% | | | | 5% |
| | | | | | | | | | | | | | 50% | 13% | 29,0% | 29,0% | | | | 29,0% |
| | | | Aumentar al 100% la implementación del programa de humanización en la ESE. Y un plan de acción | 3% | programa implementado | No. acciones implementadas / No. total de acciones propuestas *100 | Porcentaje | 40% | 2017 | 50% | Capacitar al cliente interno en los temas que hacen parte del programa de Humanización (En Trato digno y Humanizado al Paciente, Comunicación Asertiva y Principios y Valores asociados a los procesos de atención a un total de 800 colaboradores) | 30% | 0,0% | 10,0% | 10,0% | 10,0% | | Responsable programa de Humanización | floralbaruiz@gmail.com | |
| | | | | | | | | | | 20% | | 10% | 5% | 5% | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 50% | 12,50% | 12,50% | 12,50% | 12,50% | | | | | | |
| | | | Aumentar al 60% la implementación del sistema único de habilitación en la ESE | 3% | Servicios habilitados | No de servicios habilitados / No de servicios ha habilitar x 100 | Porcentaje | 30% | 2017 | 60% | Articular los procesos que intervienen para hacer la autoevaluación de los servicios bajo la resolución 2003 de 2014: talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, inventarios, líderes de servicios misionales. | 35% | 35% | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Planear y Realizar autoevaluación. | 30% | 35% | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Elaborar y ejecutar planes para mantener el cumplimiento de los estándares de habilitación y hacer seguimiento a los mismos. | 35% | | 11,67% | 11,67% | 11,67% | | | | |

| Nombre de la IPS | | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------------------|--|--|-----------------|---|--|----------------------|---------------------------|-------------------|---|---|------------|--------|-------------|--------------|---------------|--------------------------------|--|--|--------------|
| Código de habilitación de la IPS | | 2529000036 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Aprobación de la Junta Directiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Gerente | | MARTINEZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eje del Plan Departamental de Desarrollo | Objetivo Estratégico Institucional | Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública | Meta de producto anual | peso porcentual | Indicador de producto | Unidad de medida | Línea base | | Programa do Año 2 | Descripción de estrategias y actividades | peso porcentual | Programado | | | | Recursos (\$) | Respon sables Instituci onales | E mail Respon sable | | |
| | | | | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | | | | Valor | Año | I trimestre | II trimestre | | | | III trimestre | IV trimestre |
| TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA | 2. GESTION POR PROCESOS | FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD | Mantener al 100% la implementación de los sistemas de información en la ESE | 3% | Entrega total y oportuna de informes requeridos | Porcentaje | | | 2017 | 90% | Semaforización, elaboración y entrega de reportes obligatorios a cada uno de los entes de control. En especial resolución 256, 4505, Cuenta de Alto Costo, 2193, Mango. | 100% | 25% | 25% | 25% | 25% | 128.400.000 | Líder de Calidad | hospitalsanrafaelcalidad@gmail.com | |
| | | | Aumentar un 20% anual en el mejoramiento continuo de la calidad en el ciclo de preparación para la acreditación. | 3% | mejoramiento continuo de calidad aplicado a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior | Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / promedio de calificación de la autoevaluación anterior | número | 1 | 2017 | 1.20% | Elaborar plan de acción del ciclo de preparación para la acreditación y Conformar los grupos de trabajo para cada uno de los estándares. | 20% | 20% | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Conformar los equipos de autoevaluación y Capacitar a los contratistas y funcionarios y equipo de autoevaluación y su metodología a aplicar. | 20% | 20% | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Realizar la calificación. | 20% | 20% | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Elaborar los planes de mejoramiento y Realizar la priorización de las oportunidades de mejora. | 20% | 10% | 10% | | | | | | |
| | | | Aumentar al 90% el cumplimiento de las actividades del PAMEC | 3% | efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud | No. de acciones de mejora ejecutadas de las auditorías realizadas / total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría*100 | Porcentaje | 58% | 2017 | 90% | Realizar seguimiento a las autoevaluaciones mediante la hoja radar. Presentar los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados. | 20% | | | 10,0% | 10,0% | | | | |
| | | | | | | | | | | | Definir alcance: el PAMEC se enfocará en el mejoramiento del resultado de los indicadores del sistema de información para la calidad y el fortalecimiento del programa de seguridad del paciente. | 20% | 20% | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Establecer periodo de duración y evaluación y realizar autoevaluación: auditorías internas, externas, indicadores reglamentarios, institucionales, gestión de los comités y análisis de la voz cliente. | 20% | 20% | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Seleccionar procesos a mejorar y Priorizar procesos. | 20% | 20% | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Definir la calidad esperada (autoevaluación acreditación) , Evidenciar la calidad observada y Formular planes de mejoramiento | 20% | | 20% | | | | | | |
| Implementar planes de mejoramiento, Evaluar planes de mejoramiento y Generar aprendizaje organizacional. | 20% | | | | | | | | | | | 10,0% | 10,0% | | | | | | | |
| TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA | 6. GESTION ASISTENCIAL | FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD | Ejecutar al 100% las acciones de APS del Municipio de Fusagasugá | 3% | acciones colectivas ejecutadas | porcentaje | 100% | 2017 | 100% | Desarrollar a través del equipo contratado las intervenciones colectivas pactadas con el Municipio para el fortalecimiento de la promoción de la salud y gestión del riesgo en la población | 100% | 10% | 30% | 30% | 30% | 472.000.000 | Subgerente Comunitario | salud-comunitaria@hotmail.com | | |
| | | | Ejecutar al 100% las acciones del plan de intervenciones colectivas del Municipio de Pasca | 3% | acciones colectivas ejecutadas | porcentaje | 100% | 2017 | 100% | Desarrollar a través del equipo contratado las intervenciones colectivas pactadas con el Municipio para el fortalecimiento de la promoción de la salud y gestión del riesgo en la población | 100% | 20% | 26,67% | 26,67% | 26,67% | 31.974.366 | Subgerente Comunitario | salud-comunitaria@hotmail.com | | |
| | | | Ejecutar al 100% las acciones del plan de intervenciones colectivas del Municipio de Tibacuy | 3% | acciones colectivas ejecutadas | porcentaje | 100% | 2017 | 100% | Desarrollar a través del equipo contratado las intervenciones colectivas pactadas con el Municipio para el fortalecimiento de la promoción de la salud y gestión del riesgo en la población | 100% | 10% | 30% | 30% | 30% | 27.170.064 | Subgerente Comunitario | salud-comunitaria@hotmail.com | | |

| Nombre de la IPS | | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------------------|--|--|-----------------|---|---|------------------|-------------------|--|-----------------|---|------|---|--------------|---|--------------------------------|---------------------|---------------------------|--|---|-----|--|--|-----|-----|------------|----------------------|--|
| Código de habilitación de la IPS | | 2529000036 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Aprobación de la Junta Directiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Gerente | | MARTINEZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eje del Plan Departamental de Desarrollo | Objetivo Estratégico Institucional | Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública | Meta de producto anual | peso porcentual | Indicador de producto | | | Programa do Año 2 | Descripción de estrategias y actividades | peso porcentual | Programado | | | | Recursos (\$) | Respon sables Instituci onales | E mail Respon sable | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | | | | Valor | Año | I trimestre | II trimestre | | | | III trimestre | IV trimestre | | | | | | | | | |
| TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA | 2. GESTION POR PROCESOS | FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD | % de implementación del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) | 0% | % de avance del modelo integrado de planeación y gestión | % de avance del modelo integrado de planeación y gestión | Porcentaje | 50% | 2017 | 61% | Realizar autodiagnostico seguimientos de avance al modelo estándar de control interno MECI | 100% | 25% | 25% | 25% | 25% | 93.631.730 | Responsable MECI | controlinterno.hospifusa01@gmail.com | | | | | | | | | |
| TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA | 3. GESTION DE LA TECNOLOGIA | FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD | Implementar la prestación de servicios en la modalidad de Telemedicina | 3% | Porcentaje de servicios de telemedicina implementados | # servicios prestados en la modalidad de telemedicina/ No de especialidades de telemedicina a implementar x 100 | Porcentaje | 0 | 2017 | 25% | Mantener en operación los servicios habilitados de consulta mediante la modalidad de telemedicina remitior y referente. | 100% | 25% | 25% | 25% | 25% | 240.000.000 | Subgerente Científico | subgerenciadefusa@gmail.com | | | | | | | | | |
| TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA | 7. HUMANIZACIÓN | FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD | Mantener en funcionamiento los mecanismos de participación social establecidos por la ESE. (Oficina de Atención al Usuario, Comité de Ética, Asociación de Usuarios) | 3% | Efectividad de los mecanismos de participación | núm. de actividades realizadas / Núm. de actividades programadas * 100 | Porcentaje | 33% | 2017 | 60% | Facilitar la disponibilidad y acceso de los usuarios al uso de los diferentes mecanismos de participación comunitaria de los que dispone la ESE. | 100% | 25% | 25% | 25% | 25% | 105.600.000 | Responsable SIAU | hospifusaiau@gmail.com | | | | | | | | | |
| | | | Aumentar al 80% la implementación de acciones correctivas producto de lo evidenciado por las pqrs. | 3% | implementación del plan de mejoramiento | Núm. de acciones correctivas implementadas / Núm. de quejas y reclamos presentados*100 | Numero | 60% | 2017 | 65% | Elaborar y ejecutar planes de mejoramiento para subsanar las inconsistencias detectadas en la prestación del servicio con relación a las tres principales causas de inconformidad de las PQRS | 100% | 25% | 25% | 25% | 25% | | | | | | | | | | | | |
| TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA | 5. GESTION FINANCIERA | FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD | Realizar seguimiento y control al 100% sobre el cumplimiento del plan anualizado de caja (PAC) | 1% | Control del PAC (Relacion entre recaudos y giros mayor o igual a 1) | Recaudos Totales de Servicios de Salud / Giros realizados de funcionamiento o operación comercial | número | 1 | 2017 | 100% | Manejo estricto de las doceavas para los compromisos. | 40% | | | 20% | 20% | 163.200.000 | Subgerente Administrativo | hospifusa@yahoo.com | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Gestión el cobro de la cartera y reporte, depuración, seguimiento y asistencia a mesas de trabajo de conformidad con la circular 030. | 40% | | | 20% | 20% | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Mejoramiento de la herramienta de costos para la toma de decisiones en la contratación con las E.R.P. | 20% | | | | 20% | | | | | | | | | | | | |
| TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA | GESTION POR PROCESOS | FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD | EJECUTAR EL 25% DEL PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS DE LA ENTIDAD - PINAR | 1% | EJECUCION DEL PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVO DE LA ENTIDAD - PINAR | N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas para el semestre * 100 | Porcentaje | | 2017 | 25% | Realizar diagnostico intitucional del archivo contemplando el mapa de riesgo para la gestion documental | 25% | | | 15% | 10% | 144.000.000 | subgerencia, Archivo | archivo@hospitaldelfusagasuga.gov.co | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Establecer la necesidad en metros lineales de archivo Central de gestion Documental en un 50 % de la documentacion de la entidad | 50% | | | 25% | 25% | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Establecer y ejecutar plan de capacitacion en gestion documental | 25% | | | 10% | 15% | | | | | | | | | | | | |
| | GESTION FINANCIERA | | | | | | | | | | EJECUTAR EL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES | 1% | EJECUCIÓN DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES | 1% | Valor ejecutado / valor aprobado en el plan * 100 | Porcentaje | 82% | 2017 | 95% | Seguimiento a la ejecución del plan de compras. | 20% | | | 10% | 10% | 36.000.000 | Subgerencia, compras | compras@hospitaldelfusagasuga.gov.co |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Realización de comité de compras para los casos requeridos según la norma | 20% | | | 10% | 10% | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Soportar con estudio de necesidades cada una de las compras | 30% | | | 20% | 10% | | | |
| Cumplir con el manual de contratacion para la adquisicion de bienes o servicios. | 30% | | | 15% | 15% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Nombre de la IPS | | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|--|---|---|---|---|-------------------|--|---|---|---|---------------|--------------|---------------|--------------------------------|---------------------|--|--|
| Código de habilitación de la IPS | | 2529000036 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Aprobación de la Junta Directiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Gerente | | MARTINEZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eje del Plan Departamental de Desarrollo | Objetivo Estratégico Institucional | Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública | Meta de producto anual | peso porcentual | Indicador de producto | | | | Programa do Año 2 | Descripción de estrategias y actividades | peso porcentual | Programado | | | | Recursos (\$) | Respon sables Instituci onales | E mail Respon sable | | |
| | | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Línea base | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | | | | | |
| | | | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | | | |
| TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA | GESTION DEL TALENTO HUMANO | FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD | EJECUTAR EL PLAN ANUAL DE VACANTES | 1% | EJECUCIÓN DEL PLAN ANUAL DE VACANTES | N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas para el semestre * 100 | Porcentaje | 0 | 2017 | 0% | <p>Dar cumplimiento al convenio 059 de 2011 "Programa de reorganización, rediseño y modernización de la red de servicios de la red de prestación de servicios de salud con vigencia hasta el 31 de diciembre 2018", en cuanto al número de cargos y denominaciones establecidos en la propuesta de reorganización aprobada.</p> | 100% | | | 50% | 50% | 12.000.000 | TTHH | talentohu mano@h ospitalde fusagasu ga.gov.c o | |
| | | | EJECUTAR EL PLAN DE PREVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS | 1% | EJECUCIÓN DEL PLAN DE PREVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS | N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas para el semestre* 100 | Porcentaje | 0 | 2017 | 100% | <p>Elaboración del presupuesto</p> <p>liquidación de la nómina</p> <p>tramite de vinculación y desvinculación</p> | 25% | 50% | | 25% | 25% | 12.000.000 | TTHH | talentohu mano@h ospitalde fusagasu ga.gov.c o | |
| | | | | EJECUTAR EL PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO | 1% | EJECUCIÓN DEL PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO | N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas para el semestre * 100 | Porcentaje | 0 | 2017 | 100% | <p>Medición trimestral de clima laboral</p> <p>Seguimiento y cumplimiento de la evaluación de desempeño laboral</p> | 50% | | | 25% | 25% | 120.000.000 | TTHH | talentohu mano@h ospitalde fusagasu ga.gov.c o |
| | | | | | EJECUTAR EL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION | 1% | EJECUCIÓN DEL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION | N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas para el semestre * 100 | Porcentaje | 0 | 2017 | 100% | <p>Elaborar estudio de necesidades de capacitación mediante la aplicación de la herramienta GHTH-14-V01</p> <p>Selección de temáticas y elaboración del plan de capacitaciones de acuerdo a los resultados de la encuesta aplicada a los funcionarios.</p> <p>Convocatoria del personal y ejecución del cronograma de acuerdo a las temáticas establecidas.</p> | 40% | | | 40% | 0% | 180.000.000 | TTHH |
| | | | EJECUTAR EL PLAN DE INCENTIVOS INSTITUCIONAL | 1% | | EJECUCIÓN DEL PLAN DE INCENTIVOS INSTITUCIONAL | N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas para el semestre * 100 | Porcentaje | 0 | 2017 | 100% | <p>Elaborar estudio de necesidades de bienestar social e incentivos mediante la aplicación de la herramienta GHTH-FT-13-V01</p> <p>Selección de actividades y elaboración del plan de bienestar social e incentivos de acuerdo a los resultados de la encuesta aplicada a los funcionarios.</p> <p>Convocatoria del personal y ejecución de las actividades de bienestar social e incentivos.</p> | 20% | 20% | | 0% | 0% | 96.000.000 | TTHH | talentohu mano@h ospitalde fusagasu ga.gov.c o |
| | | | | EJECUTAR EL PLAN DE TRABAJO ANUAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | 1% | EJECUCIÓN DEL PLAN DE TRABAJO ANUAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas para el | Porcentaje | 85% | 2017 | 100% | <p>Actualizar los objetivos y responsabilidades del sistema y divulgar política, reglamento de higiene y seguridad industrial, objetivos y responsabilidades al 80% de la población trabajadora.</p> <p>Ejecutar plan de capacitación, inspecciones programadas e investigación del 100% de los accidentes laborales.</p> <p>Actualizar documento maestro del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo y documentar plan estratégico de seguridad vial.</p> <p>Diseñar en tercer trimestre y divulgar en cuarto trimestre a líderes de proceso: Formato de autorreporte, programa de contratistas, programa de ausentismo y profesiograma.</p> | 20% | | | 20% | | 60.000.000 | SST |

| Nombre de la IPS | | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|---|------------------|------------|------|---|---|-----------------|-------------|--------------|---------------|--------------|---------------|---|--|
| Código de habilitación de la IPS | | 2529000036 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Aprobación de la Junta Directiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Gerente | | MARTINEZ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eje del Plan Departamental de Desarrollo | Objetivo Estratégico Institucional | Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública | Meta de producto anual | peso porcentual | Indicador de producto | | | Línea base | | Programa do Año 2 | Descripción de estrategias y actividades | peso porcentual | Programado | | | | Recursos (\$) | Respon sables Instituci onales | E mail Respon sable |
| | | | | | Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | Unidad de medida | Valor | Año | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | | | |
| GESTION DEL RIESGO | | | EL TRABAJO | | semestre * 100 | | | | | | Actualizar semestralmente matriz de requisitos legales. | 10% | | | | 10% | | | v.co |
| | | | | | | | | | | | Realizar reasignación del responsable del sistema para que cumpla con el perfil requerido por la norma. | 10% | | | 10% | | | | |
| | | | | | | | | | | | Actualizar matriz de peligros correspondiente a 9 áreas de la institución | 15% | | | 5% | 10% | | | |
| | EJECUTAR EL PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO | | | EJECUCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO | 1% | N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas en el plan * 100 | Porcentaje | 50% | 2017 | 80% | Seguimiento trimestral a mapa de riesgo de corrupcion | 20% | | | 10% | 10% | 24.000.000 | Planeación, SIAU, Facturación, sistemas | planeacion@hospitaldefusagasuga.gov.co |
| | | | | | | | | | | | Intervenir los tramites y realizar acciones de Racionalizacion de tramites | 20% | | | 10% | 10% | | | |
| | | | | | | | | | | | Realizar actividades de rendicion de cuentas | 20% | | | 10% | 10% | | | |
| | | | | | | | | | | | Establecer mecanismos para mejorar la atencion al ciudadano | 20% | | | 10% | 10% | | | |
| | | | | | | | | | | | establecer mecanismos para garantizar la transparencia y acceso a la informacion. | 20% | | | 10% | 10% | | | |
| | EJECUTAR EL PLAN ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES PETI | | | EJECUCIÓN DEL PLAN ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES PETI | 1% | N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas en el plan * 100 | Porcentaje | 0 | 2017 | 30% | Mantenimiento preventivo y correctivo de tecnologias de la informacion y comunicacion. | 40% | | | 20% | 20% | 360.000.000 | Sistemas | sistemas@hospitaldefusagasuga.gov.co |
| | | | | | | | | | | | Realizar inventario de software y hardware de la institucion | 20% | | | 10% | 10% | | | |
| | | | | | | | | | | | Documentar e implementar políticas de tecnologías de la información y la comunicación | 40% | | | 20% | 20% | | | |
| | GESTION DE LA TECNOLOGIA | | | EJECUTAR EL PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION | 1% | N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas en el plan * 100 | Porcentaje | 0 | 2017 | 30% | Realizar diagnostico de la seguridad y privacidad de la informacion | 60% | | | 60% | | 24.000.000 | Sistemas | sistemas@hospitaldefusagasuga.gov.co |
| Realizar identificacion, valoracion y tratamiento a los riesgos de la seguridad y privacidad de la informacion. | | | | | | | | | | | 20% | | | | 20% | | | | |
| seguimiento y control a los riesgos de la seguridad y privacidad de la informacion. | | | | | | | | | | | 20% | | | | 20% | | | | |
| Diagnostico del esatado actual de la entidad en seguridad y privacidad de la informacion | | | | | | | | | | | 60% | | | 60% | | | | | |
| EJECUTAR EL PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION | | | EJECUCIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION | 1% | N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas en el semestre * 100 | Porcentaje | 0 | 2017 | 30% | Identificar nivel de madurez de la seguridad y privacidad de la informa | 20% | | | | 20% | 24.000.000 | Sistemas | sistemas@hospitaldefusagasuga.gov.co | |
| | | | | | | | | | | Documentacion de la informacion de seguridad y privacidad de la informacion | 20% | | | | 20% | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

NODIER MARTÍN FERRO
PRESIDENTE JUNTA DIRECTIVA

JOHN CASTILLO MARTINEZ
GERENTE

Proyecto: Carlos Eduardo Mogollon, Profesional de Planeación Institucional
Reviso: Saul Parra Garcia, Subgerente Administrativo,
Diana Forero Delgado, Subgerente Comunitario
Andrei Rojas Martinez, Subgerente Científico
Jairo Bobadilla Montenegro, Líder de Planeación Institucional