

LOGO DE LA ESE		PLAN ANUAL OPERATIVO																															
		ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE																															
		SEGUIMIENTO PLAN INDICATIVO																															
Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo	MACROPROCESO	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión PDSP	Meta de Resultado	INDICADOR DE RESULTADO					Valor esperado año 3	AÑO 2022			Peso porcentual	Ejecutado Año 2022	% Avance de la Meta	Responsables Institucionales															
						Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base																								
									Valor	Año																							
GOBERNANZA	DIRECCIONAMIENTO	Gerencia	Aumentar la calidad y humanización de los servicios asistenciales y de salud pública para intervenir positivamente en las condiciones de vida de la comunidad, impactando principalmente las acciones en promoción y prevención.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	Mantener el 98% el cumplimiento del SOGC en sus cuatro componentes	Porcentaje de cumplimiento de los componentes del SOGC	Suma de la ponderación determinara para el SOGC: Rehabilitación 30%, PAMEC 25%, Sistema de información para la Calidad 25%, Sistema unico de Acreditación 10%, Hoja de ruta 5%, Portafolio de servicios 5%	Porcentaje	97%	2021	98%			100%	9%	100%	9,0%	Referente de calidad															
																		Referente de calidad															
																		Referente PAMEC															
																		referente calidad															
																		referente de acreditación y PAMEC															
																		Referente de planeacion															
																		Referente de calidad															
																		Referente de calidad															
SOSTENIBILIDAD Y GOBERNANZA	APOYO	Gestion Ambiental y Saneamiento Basico	Garantizar el compromiso ambiental de la entidad como componente de contribución con el planeta.	DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL	Aumentar en 5 puntos el índice de desempeño institucional.	Resultado FURAG	% cumplimiento	Porcentaje	71,9	2020	77			67,8	9%	88%	8%	Lider gestion ambiental															
		Gestion Financiera	Optimizar la asignacion de los recursos físicos, financieros, tecnológicos y humano que faciliten el cumplimiento de la misión institucional.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD														Lograr la legitimidad social en la prestación de servicios de salud	Subgerente Administrativo referente de cartera y glosas														
		sistema de informacion y atencion al usuario	Referente control interno																														
			Referente oficina SIAU																														
																			Referente oficina SIAU														
																																	Referente contro interno y referente de calidad
																				Aumentar la calidad y humanización de los servicios asistenciales y de salud pública para intervenir positivamente en las condiciones de vida de la comunidad, impactando	DIMENSIÓN DE VIA SALUDABLE Y CONDICIONES TRANSMISIBLES	Disminuir la prevalencia de caries en un 2% en la poblacion de 0 a 69 años	Porporcion de pacientes de 0 a 69 años con caries	Numero de poblacion de 0 a 69 con caries/ Numero total de poblacion de 0 a 69 años atendida por primera vez	Porcentaje	(415/1141) 36%	2021	34%	350	1167	30%	9%	100%
				Servicio de odontologia de la ESE y HSAS y Puesto de Salud de Gachancipá																													

			Aumentar la calidad y humanización de los servicios asistenciales y de salud pública para intervenir positivamente en las condiciones de vida de la comunidad, impactando principalmente las acciones en promoción y prevención.	SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	Mantener en 0 la proporción de bajo peso al nacer.	proporción de bajo peso al nacer	numero de nacidos vivos con peso menor a 2500gr al nacer/numero total de nacidos vivos	Porcentaje	0	2021	0%	0	8	0%	9%	100%	9%	Jefes de P y D de la ESE hospital San Antonio de Sesquile y Puesto de salud de gachancipa
			Aumentar la calidad y humanización de los servicios asistenciales y de salud pública para intervenir positivamente en las condiciones de vida de la comunidad, impactando principalmente las acciones en promoción y prevención.	SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	Mantener en cero los casos de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	Mortalidad en menores de 5 años por desnutrición	No. de casos	Numwro	0	2021	0			0	9%	100%	9%	Jefes de P y D de la ESE hospital San Antonio de Sesquile y Puesto de salud de gachancipa
																		Area de sistemas
			Aumentar la calidad y humanización de los servicios asistenciales y de salud pública para intervenir positivamente en las condiciones de vida de la comunidad, impactando principalmente las acciones en promoción y prevención.	DIMENSION TRANSVERSAL - GESTION DIFERENCIAL PROBLEMA VULNERABLE	Mantener en 0 los casos de mortalidad en menores de 5 años.	mortalidad en menores de 5años	No. De casos	numero	0	2021	0			0	9%	100%	9%	Jefes de P y D de la ESE hospital San Antonio de Sesquile y Puesto de salud de
																		Lider iAMII, Enfermera PVD, Lideres de servicios
																		Ideres Vacunacion, coordinacion Asistencial
																		Terapeuta Fisica y Respiratoria Jefe de Urgencias
			Aumentar la calidad y humanización de los servicios asistenciales y de salud pública para intervenir positivamente en las condiciones de vida de la comunidad, impactando principalmente las acciones en promoción y prevención.	DIMENSION SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Disminuir en 10% los casos de adolescentes alguna vez madres o actualmente embarazadas entre los 10 y 19 años.	Casos de mujeres de 10 a 19 años que han sido madres o han estado en embarazo.	No. De casos	numero	35	2021	32			47	9%	0%	0%	Jefe PYP Sesquile y Gachancipa



			ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE																									CUN	
			PLAN OPERATIVO ANUAL 2022																									OU	
Linea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	DIMENSION	Meta de producto anual	Indicador de producto				Valor esperado Año 3	II SEMESTRE				2022				Peso Porcentual	Avance porcentual	Actividades	Peso Porcentual de actividad frente a la Meta	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Evidencia			
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea de base Año 2021		NUMERADOR	DENOMINADOR	EJECUTADO II SEMESTRE	% AVANCE META	NUMERADOR	DENOMINADOR	EJECUTADO 2022	% AVANCE META												
								Valor																			Año		
GOBERNANZA	PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO	Aumentar la calidad y humanización de los servicios asistenciales y de salud pública para intervenir positivamente en las condiciones de vida de la comunidad, impactando principalmente las acciones en promoción y prevención.	DIMENSION FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	Mantener la certificación de habilitación de la ESE Hospital San Antonio de Sesquile	Cumplimiento certificación de habilitación	Numero de condiciones de habilitación cumplidas / Numero Total condiciones de habilitación *100	Porcentaje	2/3 67%	2021	100%	0	1	0%	0%	0	1	0%	0%	1,0%	0,00%	Realizar autoevaluación según resolución 3100 de 2019 de cada uno de los estandares de habilitación	50%	1	0	0	0	Autoevaluación 3100 de 2019		
				Lograr el cumplimiento del 100 % del Plan de Habilitación del Puesto de Salud de Gachanipa	% cumplimiento del plan de habilitación	# actividades ejecutadas/# actividades programadas X100	Porcentaje	59/66 89%	2021	100%	12	41	29%	29%	41	41	100%	100%	1,0%	1,00%	Realizar autoevaluación según resolución 3100 de 2019 de cada uno de los estandares de habilitación	50%	1	0	0	0	Autoevaluación 3100 de 2019		
				Implementar en un 50% el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Relacion del numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes dde mejora del componente de auditoría registradas en el PAMEC	Porcentaje	9/10 90%	2021	90%	5	6	83%	50%	11	12	92%	100%	1,0%	1,00%	Diseñar documento PAMEC de acuerdo a la ruta critica	50%	1	0	0	0	Documento PAMEC con sus respectivos anexos		
																				Ejecutar y realizar seguimiento al Plan de Mejoramiento PAMEC	50%	1	1	1	1	Plan de mejoramiento y Estructura de seguimiento PAMEC			
				Implementar en un 70% el Plan de Mejoramiento de la Calidad-MOCA de la ESE, con base en los indicadores de la Resolución 256 de 2016, estableciendo un tablero de control de calidad.	% de cumplimiento del plan	# actividades ejecutadas/# actividades programadas +100	Porcentaje	22/22 100%	2021	100%	5	12	42%	42%	12	12	100%	100%	1,0%	1,00%	Realizar analisis de los indicadores de la institucion de acuerdo a los lineamientos de GESTIÓN DEL	50%	1	1	1	1	Tablero de control de calidad		
																				Diseñar y ejecutar plan de mejoramiento de indicadores de acuerdo a los resultados pronzacion y mapa de calor	50%	1	1	1	1	plan de mejoramiento y seguimiento indicadores de calidad con desviacion			
				Aumentar en 1,2 puntos la autoevaluación de acreditación, respecto de la vigencia anterior.	Promedio calificación autoevaluación	Promedio de calificación de autoevaluación en la vigencia/promedio de calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	Número	1,03	2021	1,2	NA		75%	1,20		100%	1,0%	1,00%	Autoevaluacion en el Sistema unico de Acreditacion	100%	na	0	0	0	1	Estructura consolidada de autoevaluación en acreditación, actas mesas de trabajo, consolidado			
				Cumplir con el 85% del plan de mejoramiento del sistema unico de Acreditacion	Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento del sistema unico de acreditacion	Numero de actividades ejecutadas/ Numero total de acciones de mejora programadas *100	Porcentaje	30/33 91%	2021	85%	11	21	52%	62%	21	21	100%	100%	1,0%	1,00%	Elaborar plan de mejoramiento de acreditacion resultado de autoevaluacion y priorizacion	30%	1	1	0	0	Plan de mejoramiento de acreditacion estructura		
																				Ejecutar y Realizar seguimiento al plan de mejoramiento de acreditacion	70%	0	1	1	1	seguimiento plan de mejoramiento de acreditacion			
				Implementar en un 50% el programa de seguridad del paciente.	Porcentaje implementación n programa seguridad paciente.	No. Actividades del plan de acción de SP cumplidas/No. De actividades propuestas.	Porcentaje	64/68 94%	2021	93%	72	77	94%	75%	21	21	100%	100%	2,0%	2,00%	Diseñar plan de accion de seguridad del paciente	30%	1	0	0	0	Plan de accion seguridad del paciente		
																				Ejecutar y realizar seguimiento a la ejecución del plan de accion de seguridad del paciente	70%	1	1	1	1	seguimiento plan de accion seguridad del paciente			
				Ejecutar en un 50 % del 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 Secretaría de Salud.	% de ejecución	# actividades ejecutadas/# actividades programadas +100	Porcentaje	61,10%	2021	50%	21	21	100%	50%	43	43	61,10%	100%	1,0%	1,00%	Realizar cada una de las actividades programadas en la hoja ruta	20%	3	3	3	3	Soportes de ejecución de la hoja ruta de acuerdo a programación		
				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.	% de implementación n	# actividades ejecutadas/# actividades programadas *100	Porcentaje	100%	2021	80%	5	5	100%	125%	10	10	100%	100%	1,0%	1,00%	Realizar analisis de costos y sostenibilidad de los servicios a habilitar con respecto a la productividad	30%	1	1	1	1	Soporte de radicación de proyecto de apalancamiento		
																				Presentar a junta directiva el analisis de costos y produccion de los nuevos servicios previo a habilitacion	70%	1	1	1	0	Certificado de habilitacion			
																							10%	9,00%					



ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE

PLAN OPERATIVO ANUAL - 2022

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión PDSP	Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor esperado año 3	2022				Peso Porcentual	Resultado Ponderado	Actividades	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Evidencia
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base Año 2021			NUMERADOR	DENOMINADOR	EJECUTADO 2022	% AVANCE META								
								Valor	Año													
DIMENSIÓN DE VIA SALUDABLE Y CONDICIONES TRANSMISIBLES				Aumentar en 5 % del tamizaje en salud oral a través de la consulta de primera vez por momento de curso de vida	% población con tamizaje salud oral	Número de tamizajes de primera vez realizadas por curso vida / Número total de población a cargo de la ESE entre 0 a 69 años	Porcentaje	1141/3194 36%	2021	41%	360	3194	11%	100%	1%	1%	Realizar tamizaje en salud oral en consulta de primera vez por momento de curso vida	396	396	396	396	Informe de tamizaje de salud oral -RIPS-Base de datos odontología
				Lograr el 29% los tratamientos terminados en pacientes con tamizaje durante la vigencia.	% de pacientes con tratamiento terminado	# pacientes con tratamiento terminado/ # pacientes con dx de caries tamizados durante la vigencia *100	Porcentaje	317/1324 24%	2021	29%	185	236	78%	100%	2%	2%	Realizar tratamientos de odontología de acuerdo a tamizaje de primera vez Realizar auditoría interna al servicio de odontología con el fin de realizar seguimiento a tratamientos terminados y evaluación de productividad	60	60	60	60	Informe de tratamientos terminados- RIPS Informe de auditoría , planes de mejoramiento
				Incrementar en 2 % el tamizaje para diabetes de la población mayor de 19 a 69 años con sitio de atención ESE Hospital San Antonio de Sesquile	% de población con tamizaje para diabetes	Número de población nueva de 19 a 69 años con tamizaje para diabetes / Número total de población de 19 a 69 años a cargo de la ESE * 100.	Porcentaje	110/2151 5,1%	2021	25,0%	517	2151	24,0%	96%	2%	2%	Realizar los tamizajes de la población entre 19 y 69 años para DM en consulta externa, en urgencias, jornadas de salud y atención extramural	278	278	278	278	Informe tamizaje en pacientes entre 19y 69 años para DM , tes de FINDERISH y/o glucosa
				Incrementar en 2 % la canalización de la población, mayor de 19 a 69 años con riesgo de diabetes, con sitio de atención ESE Hospital San Antonio de Sesquile	% de población canalizada con riesgo de diabetes	Número de población nueva canalizada al programa de diabetes / Número total de población de 19 a 69 con tamizaje para diabetes con sitio de atención ESE *100	Porcentaje	10/45 22%	2021	24,0%	216	235	92%	100%	4%	4%	Canalización efectiva de la población entre 19 y 69 años diagnosticada con Diabetes Realizar seguimiento a los usuarios que ingresan al programa de diabetes	3	3	3	3	Informe sobre canalización efectiva a pacientes entre 18 y 69 años para DM kardex Kardex de seguimiento
				Incrementar en un 5% el número de pacientes controlados con diagnóstico de diabetes mellitus.	Proporción de pacientes diabéticos controlados	Número de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus con hemoglobina glicosilada menor a 7% en los últimos seis meses / Número total de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus en el programa* 100	Porcentaje	0/154 0%	2021	5%	20	199	10%	100%	2%	2%	Identificar a través de la revisión de la historia clínica el reporte de hemoglobina glicosilada Realizar seguimiento a los usuarios del programa de diabetes	3	3	3	3	Bases de datos con reporte de hemoglobina glicosilada Estructura de seguimiento a pacientes con diabetes
				Aumentar a 50% el tamizaje para hipertensión de la población mayor de 19 a 69 años con sitio de atención ESE Hospital San Antonio de sesquile	% de población con tamizaje para hipertensión.	Número de población nueva mayor de 19 años con tamizaje para HTA / Número total de población de 19 a 69 años a cargo de la ESE *100.	Porcentaje	110/2151 5,1%	2021	25,0%	517	2151	24,0%	96%	2%	2%	Realizar los tamizajes de la población mayor de 19 años para HTA en consulta externa, en urgencias, jornadas de salud	235	235	149	149	Informe tamizaje en pacientes entre 19y 69 años paraHTA
				Mantener en 19 % la canalización de la población, mayor de 19 a 69 años con riesgo de HTA, con sitio de atención ESE Hospital San Antonio de Sesquile	% de población canalizada con riesgo de hipertensión arterial	Número de población nueva canalizada al programa de hipertensión / Número total de población con tamizaje para hipertensión con sitio de atención ESE *100	Porcentaje	5/7 71%	2021	19%	47	66	71%	100%	4%	4%	Canalización efectiva de la población mayor de 19 años con HTA al Programa de Crónicos Realizar seguimiento a los usuarios que ingresan al programa de hipertensión arterial	24	94	94	94	Informe sobre canalización efectiva a pacientes entre 18 y 69 años para hipertension Kardex de seguimiento
				Mantener en un 70% el número de pacientes diagnosticados con hipertensión arterial controlada	Proporción de pacientes hipertensos controlados	Número de pacientes con diagnóstico de hipertensión con cifras tensionales menor a 140/90 en los últimos seis meses / Número total de pacientes con diagnóstico de hipertensión que pertenecen al programa* 100	Porcentaje	480/596 81%	2021	70%	431	602	72%	100%	3%	3%	Realizar auditoría medica a las historias clínicas de hipertension arterial Realizar seguimiento a los usuarios del programa de hipertensión arterial	1	1	1	1	Informe de auditoría de historias clínicas programa hipertensos Estructura de seguimiento a pacientes con hipertension arterial
				Mantener a 70% el tamizaje de cáncer de mama de las mujeres entre 50 - 69 años, acorde a la guía de detección temprana de cáncer de seno se les debe practicar el tamizaje.	Porcentaje de mujeres con tamizaje para cáncer de mama.	Número de mujeres a las que se les realizó tamizaje de cáncer de mama / Número total de mujeres a cargo de la ESE *100.	Porcentaje	169/481 35%	2021	70%	292	481	61%	87%	6%	5%	Realizar tamizaje para CA de MAMA en población objeto	133	133	133	133	Informe de seguimiento a la demanda inducida
				Realizar el 100% de seguimiento a los resultados positivos de mamografías tomadas a mujeres entre 50 - 69 años.	% de seguimientos realizados a resultados positivos de mamografía.	# de resultados positivos de mamografía con seguimiento/ # total de resultados de mamografía del periodo.	Porcentaje	25/25 100%	2021	100%	5	5	100%	100%	4%	4%	Realizar seguimiento a las mujeres con orden de mamografía	3	3	3	3	Estructura de seguimiento para cancer de mama
				Aumentar a 70% el tamizaje de cáncer cuello uterino de las mujeres mayores de 25 años, con sitio de atención en la ESE.	Porcentaje de mujeres con tamizaje de cuello uterino.	Número de mujeres a las que se les realizó tamizaje de cancer de cuello uterino / Número total de mujeres con sitio de atención en la ESE *100.	Porcentaje	294/1038 28%	2021	70,0%	472	1038	45%	65%	6%	4%	Realización de toma de muestras de citologías a las mujeres objeto de cobertura de 25 a 69 años	378	378	378	378	Registro diario de toma de citologías

BENEFICIAR	PROCESOS MISIONALES	Aumentar la calidad y humanización de los servicios asistenciales y de salud pública para intervenir positivamente en las condiciones de vida de la comunidad, impactando principalmente las acciones en promoción y prevención.		Realizar el 100% de seguimiento a los resultados positivos de citología cervicouterina	% de seguimientos realizados a mujeres con resultados positivos de citología cervicouterina	# de resultados positivos de citología cervicouterina con seguimientos/ # total de resultados de citología cervicouterina en el periodo.	Porcentaje	5/5 100%	2021	100%	36	36	100%	100%	8%	8%	Realizar Seguimiento al 100% de mujeres con citologías positivas para ca de cuello uterino	100%	100%	100%	100%	Estructura de seguimiento a usuarias con citologías positivas		
				Aumentar a 70 % el tamizaje para detección temprana de cáncer de próstata con antígeno prostático, en hombres mayores de 50 años.	Exámenes de antígeno prostático.	No. Exámenes de antígeno prostático ordenados/Total de hombres mayores de 50 años a cargo de la IPS	Porcentaje	2816/66 46%	2021	70%	398	606	66%	94%	2%	2%	Realizar tamizaje para CA de prostata en poblacion objeto	156	156	156	156	Informe de seguimiento a la consulta de tamizazion de PSA		
				Realizar el 100% de seguimiento a los resultados positivos de antígeno prostático tomado a hombres mayores de 50 años.	% de seguimientos realizados a resultados positivos de antígeno prostático.	# de resultados positivos de PSA con seguimientos/ # total de resultados de PSA del periodo	Porcentaje	41/41 100%	2021	100%	9	9	100%	100%	1%	1,0%	Realizar seguimiento a usuarios con resultado positivo de antígeno prostático	100%	100%	100%	100%	Estructura de seguimiento detección temprana CA de prostata		
			DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS		Lograr en 85 % de la captación temprana de gestantes antes de la semana 12 de gestacion	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestacion	Numero de mujeres gestantes a quienes se les realizo por lo menos una valoración medica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a mas tardar en la semana de gestacion en la vigencia objeto de evaluacion/ Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluacion	Porcentaje	94/142 66%	2021	85%	119	171	70%	82%	2%	2%	Implementar la prueba de embarazo ante sospecha en las sedes de la ESE	100%	100%			Reporte de pruebas de embarazo positivas	
					Mantener en 80% la Proporción de gestantes con mínimo cuatro controles prenatales (mínimo 1 en cada trimestre).	Proporción de mujeres con mas de 4 controles prenatales	# gestantes con 4 o más controles/# total gestantes*100.	Porcentaje	142/208 68%	2021	80%	151	250	60%	76%	2%	2%	Realizar seguimiento a las usuarias con pruebas de embarazo positivas para garantizar el ingreso a la ruta materno perinatal	100%	100%			Informe de seguimiento a gestantes captadas	
					Ejecutar el 100 % del plan de acción de morbilidad materna extrema	% de cumplimiento al plan de morbilidad materna extrema.	# acciones ejecutadas /# acciones propuestas *100	Porcentaje	71/71 100%	2021	100%	18	18	100%	100%	3%	3,0%	Realizar seguimiento estricto a las gestantes mediante kardex institucional	100%	100%			Informe de seguimiento a gestantes, kardex de gestantes	
					mantener en 0 los casos la incidencia de Sífilis Congenita	No. De casos de sífilis Congenita	Número de casos reportados de sífilis congenita	Número	0	2021	0	0	0	100%	100%	1%	1%	1. Diseño del plan de accion de morbilidad materna y perinatal	1	0	NA	NA	Plan de accion morbilidad materna extrema	
					Realizar seguimiento al 100 % de los casos de salud mental reportados (diferentes tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastornos mentales) identificados.	% eventos reportados	# eventos reportados/#total de eventos identificados.	Porcentaje	9/9 100%	2021	100%	56	56	100%	100%	1%	0,01	Ejecutar y realizar seguimiento al plan de accion de morbilidad materna extrema	25%	25%	100%	100%	Informe de seguimiento y evidencia de ejecución del plan de acción de morbilidad materna extrema	
					CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	Implementar en 80 % el plan de trabajo de salud mental definido acorde a los casos de mayor incidencia.	% cumplimiento de plan de trabajo según la incidencia de los casos de salud mental	# actividades ejecutadas/# actividades propuestas *100	Porcentaje	40/40 100%	2021	100%	54	54	100%	100%	4%	4%	Realizar seguimiento estricto a las gestantes mediante kardex institucional	100	100	100	100	Registro de seguimiento en Historia clínica y respectivo protocolo de atención
			SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL		Mantener en 80% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses	Prevalencia lactancia materna	Menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva/ menores de 6 meses valorados *100	Porcentaje	240/298 81%	2021	80%	61	73	84%	100%	1%	1,0%	Realizar seguimiento estricto a gestantes con reporte positivo de VDRL	100	100	100	100	Protocolo de atención a la población en condición de vulnerabilidad o con casos de salud mental como violencia, consumo de	
					Mantener por debajo de 10% de prevalencia de desnutrición aguda.	Prevalencia de desnutrición aguda	Menores de 5 años con desnutrición aguda/Menores de 5 años valorados*100 (MANGO)	Porcentaje	46/1309 4%	2021	10,0%	32	687	5%	100%	2%	2%	Diseñar y socializar protocolo de atención a la población en condición de vulnerabilidad o con casos de salud mental como violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastornos mentales que incluya el reporte a la población en condición de vulnerabilidad o con casos de salud mental como violencia, consumo de	1	0	NA	NA	Protocolo de atención a la población en condición de vulnerabilidad o con casos de salud mental como violencia, consumo de	
					Mantener en un 60% la estrategia IAMII en la ESE Hospital San Antonio de Sesquile	Porcentaje de implementación	Numero de actividades realizadas / Numero de actividades programadas * 100	Porcentaje	32/45 71%	2021	60%	48	55	87%	100%	2%	2%	Realizar seguimiento a la población con casos de salud mental	3	3	3	3	Estructura de seguimiento a casos de salud mental (Fichas de SIVIGU A)	
					Alcanzar el 95% de coberturas útiles de vacunación con los biológicos trazadores que hacen parte del esquema PAI	Cobertura de vacunación	Coberturas de vacunación con BCG, DPT 3 dosis, polio 3 dosis, triple viral < 1 año y triple viral < 5 años.	Porcentaje	761/779 98%	2021	95%	794	838	95%	100%	2%	2%	Diseñar el plan de trabajo de salud mental definido acorde a los casos de mayor incidencia en la institución	0	1			Plan de trabajo de salud mental	
					mantener menor al 10% los casos 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.	No. De menores de 5 años con reingreso hospitalario por IRA dentro de los 20 días después del primer egreso por IRA en la misma institución / No. De menores de 5 años con al menos un egreso por IRA.	Porcentaje	4/117 3%	2021	10%	0	34	0%	100%	1%	1%	Ejecutar y realizar seguimiento al plan de trabajo de salud mental	0	1			Estructura de seguimiento a plan de trabajo de salud mental y soportes de ejecución	
					DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	aumentar a 20% el número de consultas de los servicios amigables para adolescentes en la ESE.	No. De consultas a través de los Servicios amigables implementados	No. Consultas en los servicios amigables implementados	Número	203	2021	244	334	244	137%	100%	1%	1%	Implementar la historia clínica de lactancia materna	0	1	1	1	Pantallazo de historia clínica parametrizada en historia clínica

				ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE																				
				PLAN OPERATIVO ANUAL - 2022																				
Eje del Plan Departamental de Desarrollo	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión PQSP	Meta de producto anual	Indicador de producto				Valor esperado Año 3	2022					Peso Porcentual	Resultado Ponderado	Actividades	PONDERACIÓN ACTIVIDAD	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Evidencia	
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base 2021		NUMERADOR	DENOMINADOR	ELEGITADO 2022	% AVANCE META											
								Valor						Año										
SOSTENIBILIDAD Y GOBERNANZA	PROCESO DE APOYO	Garantizar el compromiso ambiental de la entidad como componente de contribución con el planeta.	DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL	Mantener la huella de carbono en 95 toneladas de acuerdo a la implementación de las líneas de acción (AGUA, ENERGÍA, RESIDUOS)	No. De toneladas de CO2	carb. de toneladas de CO2 reducidos anualmente	carb. toneladas	95 toneladas	2020	95		95	100%	100%	1%	1%	Realizar comparación de los dos últimos periodos de generación de residuos, consumo de agua y energía para establecer la diferencia respecto a la pandemia	30%	1	0	0	0	Informe de comparación de generación de residuos y consumo de agua y energía en los últimos 2 años	
																Clasificar e implementar estrategias de mitigación de reducción de residuos, consumo de energía, a nivel a nivel de la pandemia	35%	1	1	1	1	Informe de estrategias de mitigación de residuos, agua y energía		
																	Realizar comparación de huella de carbono mediante siembra de arboles	35%	0	1	0	1	Informe de comparación y registro fotográfico	
																	Depuración y clasificación de la cartera por edades y entidad	33.3%	3	3	3	3	Reporte de recuperación de cartera 2183 (Trimestral, semestral y mensual)	
																	Realizar actividades de Conciliación entre la SNS y realizar Cobro Ejecutivo.	33.3%	3	3	3	3	Actas conciliación carteras y cobros	
																	Realización de procedimientos facturación y conciliación para el cobro.	33.3%	3	3	3	3	Copie de los indicadores antes las diferentes entidades	
																	Realizar las respectivas Conciliaciones con periodicidad inferior a 3 meses	50%	3	3	3	3	Actas de conciliación con las diferentes EPS	
																	Radicación de cuentas medicas los diez primeros días al mes facturado	50%	3	3	3	3	Informe radicación de cuentas de manera mensual	
																	Realizar el inventario documental para organizar el fondo acumulado de la entidad	12.5%	1	1	1	1	Informe e inventario del fondo acumulado de la entidad	
																	Actualizar el plan de bienestar de la institución	12.5%	1	0	0	0	Plan de bienestar institucional	
SOSTENIBILIDAD Y GOBERNANZA	PROCESO DE APOYO	Optimizar la utilización de los recursos físicos, financieros, tecnológicos y humano que faciliten el cumplimiento de la misión y el logro de la visión institucional, de manera efectiva garantizando sostenibilidad y equilibrio financiero.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANTAFRA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	Mantener la Recuperación de cartera en un 75 % de la cartera mayor a 360 días	% de recuperación de cartera mayor a 360 días	Valor del recado de cartera > 360 días/ Total cartera > 360 días * 100	Porcentaje	191468136/36498349*100 (50%)	2021	75%	165.879.123	\$	421.524.084	39%	62%	1%	1%	Realizar las respectivas Conciliaciones con periodicidad inferior a 3 meses	50%	3	3	3	3	Actas de conciliación con las diferentes EPS
																	Realización de cuentas medicas los diez primeros días al mes facturado	50%	3	3	3	3	Informe radicación de cuentas de manera mensual	
																	Realizar el inventario documental para organizar el fondo acumulado de la entidad	12.5%	1	1	1	1	Informe e inventario del fondo acumulado de la entidad	
																	Actualizar el plan de bienestar de la institución	12.5%	1	0	0	0	Plan de bienestar institucional	
																	ejecutar y realizar seguimiento al plan de bienestar de la institución	12.5%	0	1	1	1	Estructura de seguimiento plan de bienestar	
																	Socializar y evaluar el código de integridad a los funcionarios de la institución	12.5%	1	0	1	0	Actas de socialización, listas de asistencia informe de capacitación	
																	Clasificar plan institucional de capacitaciones	12.5%	1	NA	NA	NA	Plan institucional de capacitación	
																	Realizar seguimiento al plan de capacitaciones mediante seguimiento a indicadores	12.5%	1	1	1	1	Estructura de seguimiento a plan de capacitaciones	
																	Clasificar plan institucional de incentivos	12.5%	1	NA	NA	NA	Plan de incentivos institucional	
																	Realizar seguimiento al plan institucional de incentivos	12.5%	0	1	1	1	Estructura de seguimiento a plan de incentivos institucional	
SOSTENIBILIDAD Y GOBERNANZA	PROCESO DE APOYO	Lograr la legitimidad social en la prestación de servicios de salud	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANTAFRA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	Implementar en un 70 % el plan de acción de MIPQ, acorde a los diagnósticos.	% cumplimiento del plan de acción	Número actividades ejecutadas/Número actividades programadas *100	Porcentaje	32/32*100 (100%)	2021	70%	70		83	84%	100%	8%	4%	Elaborar el Plan de Trabajo Anual Y Plan de Capacitación 2021 del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo aprobado por el Gerente de la ESE	12.5%	1	0	0	0	Plan de trabajo anual de SST - Plan de capacitación
																	Realizar un seguimiento Trimestral al cumplimiento del Plan de Mejora (base de la actualización 2020) y el Plan de Trabajo Anual- Plan de Capacitación del SG-SST	12.5%	1	1	1	1	Plan de mejora y estructura de seguimiento	
																	Realizar un seguimiento Trimestral al cumplimiento del Plan de Mejora (base de la actualización 2020) y el Plan de Trabajo Anual- Plan de Capacitación del SG-SST	12.5%	1	1	1	1	Plan de mejora y estructura de seguimiento	
																	Hacer seguimiento al mapa de riesgos de corrupción de la institución	12.5%	1	1	1	1	Seguimiento mapa de riesgo de la entidad	
																	Actualizar la página WEB de la institución y cumplir con los parámetros del informe ITA.	12.5%	1	0	1	0	Informe actualización páginaWEB	
																	Realización de Encuestas de Satisfacción en los servicios habilitados de la ESE Hospital del Centro del Punto de Salud de Gachetapa y el respectivo análisis de resultados, y plan de mejora	20%	3	3	3	3	Informe análisis encuestas de satisfacción- plan de mejoramiento	
																	Actualizar programa de humanización del servicio	60%	1	0	0	0	Programa de humanización del servicio, plan de acción, humanización	
																	Ejecución y seguimiento al plan de acción de humanización del servicio	20%	0	1	1	1	Reportes de ejecución plan de acción humanización	
																	Realizar seguimiento a PQRS por cada entidad aseguradora mediante indicadores	20%	1	1%	1%	1%	Estructura de seguimiento a PQRS	
																	Ejecutar plan de mejora derivado de seguimiento a PQRS	80%	1	1	1	1	Plan de mejora PQRS, evidencias de atención.	
															17%	9%								



			ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUIULE																													
PLAN OPERATIVO ANUAL - 2022																																
Eje del Plan Departamental de Desarrollo	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión PDSP	Meta de producto anual	Indicador de producto		Valor esperado Año 3	IV TRIMESTRE				II SEMESTRE				2022				Peso Porcentual	Resultado Porcentual	Actividades	I TRIM	EJECUTADO I TRIMESTRE	II TRIM	EJECUTADO II TRIMESTRE	III TRIM	IV TRIM	Evidencia			
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula		Línea base		NÚMEROADOR	DENOMINADOR	EJECUTADO IV TRIMESTRE	% AVANCE META	NÚMEROADOR	DENOMINADOR	EJECUTADO IV TRIMESTRE	% AVANCE META	NÚMEROADOR	DENOMINADOR											EJECUTADO 2021	% AVANCE META	
								Valor	Año																							
					GOBERNANZA	PROCESO DE EVALUACIÓN	Aumentar la calidad y humanización de los servicios asistenciales y de salud pública para intervenir positivamente en las condiciones de vida de la comunidad, mejorando principalmente las acciones en promoción y prevención.		Lograr el 80% de adherencia a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento en niños de 0 a 10 años	% de adherencia a GPC	No. De auditorías que cumplen con la GPC/No. Auditorías realizadas	Porcentaje	173/214 81%	2021	80%	45	51	88%	110%	95	106									89.6%	50%	187
				Lograr el 80 % de adherencia a las guías de práctica clínica de Hipertensión arterial	% de adherencia a GPC	No. De auditorías que cumplen con la GPC- de Hipertensión arterial /No. Auditorías realizadas	Porcentaje	186/218 85%	2021	80%	52	55	95%	118%	101	107	94%	50%	199	217	92%	100%	1%	1.0%	Realizar las auditorías de las Historias Clínicas de los pacientes con Enfermedad Crónica No Transmisible (Hipertensión) sobre la adherencia a la guía de práctica clínica	3	1	3	3	3	Informe de auditoría de historias clínicas	
				Cumplir en el 80 % los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externas	% de cumplimiento del plan de mejoramiento.	No. Actividades ejecutadas /No. Actividades programadas "100"	Porcentaje	26/32 81%	2021	80%			#DIV/0!	#DIV/0!	12	14	86%	50%	24	28	86%	100%	2%	2.0% <th>Realizar seguimiento a plan de mejora de auditorías internas y externas</th> <td>25</td> <td>0</td> <td>25</td> <td>25</td> <td>25</td> <td>25</td> <th>Programa de auditorías internas</th>	Realizar seguimiento a plan de mejora de auditorías internas y externas	25	0	25	25	25	25	Programa de auditorías internas
																																Construcción de seguimiento a plan de mejora de auditorías internas y externas - Informe de seguimiento
																																Informe de cierre del programa de auditorías vigencia 2021