# GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

## SECRETARIA DE SALUD

## PLAN INDICATIVO

**NOMBRE DE LA** ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA
**CÓD** 2587500032
**FECHA** 28 DE ENERO DE 2022
**APROBACIÓN**
**NOMBRE GERENTE** JULIA ISABEL MUELLE PLAZAS

| LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL | MACROPROCESO | PROCESO | OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL | %PONDERADO DE LA META | ITEM | META DE RESULTADO | INDICADOR DE RESULTADO | | | | | VALOR ESPERADO EN EL CUATRIENIO | VALOR ESPERADO AÑO 1 2020 | VALOR ESPERADO AÑO 2 2021 | VALOR ESPERADO AÑO 3 2022 | VALOR ESPERADO AÑO 4 2023 | VALOR ESPERADO AÑO 5 2024 | PROCESO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | NOMBRE DEL INDICADOR | DESCRIPCIÓN DE LA FORUMLA | UNIDAD DE MEDIDA | LÍNEA DE BASE | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | VALOR | AÑO | | | | | | | |
| MAS GOBERNANZA | **DIRECCIONAMIENTO** | GESTIÓN DE CALIDAD Y PLANEACIÓN | Brindar un proceso de Calidad enmarcado en el mejoramiento continuo, la Humanización y la seguridad del paciente | 8% | 1 | **MANTENER POR ENCIMA DEL 90% LA IMPLEMENTACIÓN SOGC teniendo en cuenta para su evaluación la ponderación para cada componente así: Habilitación 30%, PAMEC 25%, Sistema de información para la calidad 25%, Sistema único de acreditación 10%, hoja de ruta para la reorganización 5% y portafolio de servicios 5%.** | **IMPLEMENTACIÓN DEL SOGC** | **PORCENTAJE PONDERADO DEL CUMPLIMIENTO A LA META PROGRAMADA DE LOS 6 COMPONENTES** | **Porcentaje** | **90%** | **2021** | **>90%** | **>90%** | **>90%** | **>90%** | **>90%** | **>90%** | GESTION DE CALIDAD |
| MAS GOBERNANDZA | **APOYO** | GESTIÓN FINANCIERA<br>GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO<br>GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO | **Fortalecimiento del Modelo Integrado de planeación y gestión en todos sus componentes** | **16%** | **2** | **Aumentar en 5 puntos durante el cuatrenio el índice de desempeño institucional.** | **Porcentaje de índice de desempeño institucional.** | **Resultado Furag** | **Porcentaje** | **66,0%** | **2020** | **81,8%** | **77,8%** | **78,8%** | **68,0%** | **70,0%** | **71,0%** | GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO |
| | | | | **2%** | **3** | **Disminuir la prevalencia de caries en un 1% anual en población de 0 a 69 años.** | **Proporción de pacientes de 0 a 69 años con caries.** | **No de población de 0 a 69 con caries**<br>**No. Total población de 0 a 69 años atendida de primera vez.**<br>**RESULTADO** | **Porcentaje** | **1214**<br>**1736**<br>**69,9%** | **2021** | 68,5% | NA | 71,5% | 68,9% | 70,9% | 71,9% | GESTIÓN AMBULATORIA |
| | | | | **24%** | **4** | **Mantener por debajo de 13 los casos de mortalidad por enfermedades hipertensivas** | **Casos de mortalidad por enfermedades hipertensivas** | **Número de casos** | **Casos** | **8** | **2021** | <13 | <11 | <13 | <13 | <13 | <13 | GESTIÓN AMBULATORIA |

| LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL | MACROPROCESO | PROCESO | OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL | %PONDERADO DE LA META | ITEM | META DE RESULTADO | INDICADOR DE RESULTADO | | | | | VALOR ESPERADO EN EL CUATRIENIO | VALOR ESPERADO AÑO 1 2020 | VALOR ESPERADO AÑO 2 2021 | VALOR ESPERADO AÑO 3 2022 | VALOR ESPERADO AÑO 4 2023 | VALOR ESPERADO AÑO 5 2024 | PROCESO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | NOMBRE DEL INDICADOR | DESCRIPCIÓN DE LA FORUMLA | UNIDAD DE MEDIDA | LÍNEA DE BASE | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | VALOR | AÑO | | | | | | | |
| BIENESTAR | MISIONALES | GESTIÓN AMBULATORIA | Desarrollo y sostenibilidad de las diferentes rutas de atención para la prestación de servicios de la entidad | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 6% | 5 | Mantener por debajo del 8 los casos de mortalidad por canceres prevalentes | Casos de mortalidad por cánceres prevalentes | Número de Casos | Numero | 9 | 2021 | <8 | <1 | <8 | <8 | <8 | <8 | GSETIÓN AMBULATORIA |
| | | | | 15% | 6 | Mantener por debajo de 2 los casos de mortalidad materna de las gestantes a cargo de la ESE | Mortalidad materna | Numero de casos | Número | 0 | 2021 | <2 | 0 | <2 | <2 | <2 | <2 | GESTIÓN AMBULATORIA |
| BIENESTAR | | GESTIÓN AMBULATORIA | | 4% | 7 | Mantener en 12 los casos de lesiones auto infligidas intencionalmente durante el cuatrenio | Casos de lesiones auto infligidas intencionalmente | Numero de casos | Numero | 12 | 2021 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | GESTIÓN AMBULATORIA |
| | | GESTION AMBULATORIA GESTION HOSPITALARIA | | 3% | 8 | Mantener en 2% la proporción de bajo peso al nacer. | Porcentaje de pacientes con bajo peso al nacer. | No de nacidos vivos con peso menor a 2500 gr al nacer | Porcentaje | 1 | 2021 | <1% | <1% | <1% | <2% | <2% | <2% | GESTIÓN AMBULATORIA |
| | | | | | | | | No total de nacidos vivos con la variable identificada en el certificado de nacido vivo * 100 | | 49 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | RESULTADO | | 2% | | | | | | | | |
| | | GESTION AMBULATORIA | | 6% | 9 | Mantener en 1% la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 año | Porcentaje de población menor de 5 años con prevalencia de desnutrición aguda. | No pacientes menores de 5 años atendidos en consulta de control de crecimiento y desarrollo con desnutrición aguda | Porcentaje | 10 | 2021 | <1% | <1% | <1% | 1% | 1% | 1% | GESTIÓN AMBULATORIA |
| | | | | | | | | No total de pacientes menores de 5 años atendidos en consulta de control y desarrollo * 100 | | 858 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | RESULTADO | | 1% | | | | | | | | |
| | | GESTION AMBULATORIA GESTION HOSPITALARIA | | 9% | 10 | Mantener en máximo 6 los casos de mortalidad en menores de 5 años. | Mortalidad en menores de 5 años | Numero de casos | Numero | 2 | 2021 | >6 | 0 | >6 | 6 | 6 | 6 | GESTIÓN AMBULATORIA |

| LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL | MACROPROCESO | PROCESO | OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL | %PONDERADO DE LA META | ITEM | META DE RESULTADO | INDICADOR DE RESULTADO | | | | | VALOR ESPERADO EN EL CUATRIENIO | VALOR ESPERADO AÑO 1 2020 | VALOR ESPERADO AÑO 2 2021 | VALOR ESPERADO AÑO 3 2022 | VALOR ESPERADO AÑO 4 2023 | VALOR ESPERADO AÑO 5 2024 | PROCESO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | NOMBRE DEL INDICADOR | DESCRIPCIÓN DE LA FORUMLA | UNIDAD DE MEDIDA | LÍNEA DE BASE | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | VALOR | AÑO | | | | | | | |
| | | GESTION AMBULATORIA | | 3% | 11 | Mantener en 1% los casos de adolescentes alguna vez madres o actualmente embarazadas entre los 10 y 19 años. | Porcentaje de mujeres adolescentes embarazadas de 10 a 19 años | No. De mujeres embarazadas de 10 a 19 años | Porcentaje | 21 | 2021 | <1% | <1% | <1% | 1% | 1% | 1% | GESTION AMBULATORIA |
| | | | | | | | | No. Total de mujeres entre 10 a 19 años a cargo de la E.S.E. * 100 | | 1527 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | RESULTADO | | 1% | | | | | | | | |
| MAS GOBERNANZA | EVALUACION | GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO | Fortalecimiento del Modelo Integrado de planeación y gestión en todos sus componentes | 2% | 12 | Realizar seguimiento al 100% de las oportunidades de mejoramiento producto de las auditorias internas y externas. | Seguimiento a planes de mejormiento | No de acciones de mejoramiento con seguimiento | Porcentaje | 100% | 2021 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO |
| | | | | | | | | Total de acciones de mejoramiento implementadas *100 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | RESULTADO | | | | | | | | | | |
| | | | | 2% | 13 | Mantener en 0 los Casos de mortalidad por dengue en el área de influencia. | No de casos de mortalidad por dengue | No. de casos | Número | 0 | 2021 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | GESTION AMBULATORIA Y URGENCIAS |
| | | | | TOTAL | | | | | | | | | | | | | | |

SONIA ALEJANDRA PERDOMO ARIAS
PRESIDENTE JUNTA DIRECTIVA

JULIA ISABEL MUELLE PLAZAS
SECRETARIA TECNICA