

# GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

SECRETARIA DE SALUD  
PLAN OPERATIVO ANUAL 2023

ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA  
2587500032  
02 DE OCTUBRE DE 2023  
JULIA ISABEL MUELLE PLAZAS

ITEM	PESO PORCENTUAL	PESO PORCENTUAL	META PRODUCTO ANUAL	INDICADOR DE PRODUCTO				VALOR ESPERADO AÑO 4 2023	NUMERADOR IV TRIMESTRE	DENOMINADOR IV TRIMESTRE	EJECUTADO IV TRIMESTRE 2023	% AVANCE DE LA META	NUMERADOR	DENOMINADOR	EJECUTADO 2023	% AVANCE DE LA META	% CUMPLIMIENTO DE LA META	ACTIVIDADES	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	EVIDENCIA	RESPONSABLES INSTITUCIONALES	E MAIL RESPONSABLES	
				NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	LINEA BASE																			
							VALOR																			AÑO
1	1,1%	1,1%	Mantener por encima del 80% el Plan de Sostenibilidad de certificación en condiciones de Habilitación de la ESE y sedes dependientes.	% cumplimiento del plan de habilitación	# actividades ejecutadas	Porcentaje	166	2022	>80%	48	176	27%	25%	166	176	94%	100%	1,1%	1				Plan de sostenibilidad de habilitación.	LIDER DE CALIDAD	<a href="mailto:calidad@hospitalazardevilleta.gov.co">calidad@hospitalazardevilleta.gov.co</a>	
							# actividades programadas												183	20%	20%	20%	20%	Seguimiento al plan de sostenibilidad de habilitación	LIDER DE CALIDAD	<a href="mailto:isd@hospitalazardevilleta.gov.co">isd@hospitalazardevilleta.gov.co</a>
							RESULTADO												91%	25%	25%	25%	25%	Autoevaluación de habilitación, listas de chequeo y certificados SLUH de cada sede		
2	1,1%	1,1%	Mantener por encima del 90% el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	% de cumplimiento del PAMEC	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	Porcentaje	185	2022	>90%	18	149	12%	25%	138	149	93%	100%	1,1%	1				Autoevaluación del mejoramiento continuo de la calidad con enfoque de acreditación.	LIDER DE CALIDAD	<a href="mailto:isd@hospitalazardevilleta.gov.co">isd@hospitalazardevilleta.gov.co</a>	
							Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC												198	1						Documento PAMEC word y excel
							RESULTADO												93%	1	1	1	1			Seguimiento a las acciones de mejoramiento programadas derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registradas en el PAMEC.
3	1,1%	1,1%	Mantener en un 80% 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. (41 INDICADORES MONITORIZADOS)	% de cumplimiento del plan	# actividades ejecutadas	Porcentaje	39	2022	>80%	0	0	#DIV/0!	25%	35	43	81%	100%	1,1%	1				Plan de acción del monitoreo de la calidad y seguimiento	LIDER DE CALIDAD	<a href="mailto:isd@hospitalazardevilleta.gov.co">isd@hospitalazardevilleta.gov.co</a>	
							# actividades programadas												43	1	1	1	1			8. Ejecutar el Plan de Acción del monitoreo de la calidad (reporte indicadores Resolución 256 Indicadores FAPR





ITEM	PESO PORCENTUAL	PESO PORCENTUAL	META PRODUCTO ANUAL	INDICADOR DE PRODUCTO					VALOR ESPERADO AÑO 4 2023	NUMERADOR IV TRIMESTRE	DENOMINADOR IV TRIMESTRE	EJECUTADO IV TRIMESTRE 2023	% AVANCE DE LA META	NUMERADOR	DENOMINADOR	EJECUTADO 2023	% AVANCE DE LA META	% CUMPLIMIENTO DE LA META	ACTIVIDADES	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	EVIDENCIA	RESPONSABLES INSTITUCIONALES	E MAIL RESPONSABLES
				NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	LINEA BASE																			
							VALOR	AÑO																		
9		2,3%	Realizar trimestralmente la medición de la huella de carbono del hospital con la prestación de servicios de telemedicina	Medición trimestral de huella de carbono	Total de mediciones de huella de carbono programadas con servicios de telemedicina en funcionamiento	Porcentaje	4	2022	4	1	4	25%	25%	4	4	100%	100%	2,3%	24. Dar continuidad a la atención de consulta especializada en modalidad de telemedicina como estrategia para la reducción de la huella de carbono	25%	25%	25%	25%	Informe de consultas especializadas en modalidad telemedicina.	INGENIERO AMBIENTAL LIDER SIAU	<a href="mailto:atencionalusuario@hospitalalazardevillera.gov.co">atencionalusuario@hospitalalazardevillera.gov.co</a>
					RESULTADO		100%		100%																	
10		2,3%	Alcanzar una recuperación superior al 55% de la cartera corriente	% de recuperación	Valor del recaudo de cartera establecido en presupuesto	Porcentaje	13.897.350												25. Gestionar el recaudo efectivo y depuración de cartera con las diferentes entidades responsables de pago para garantizar la liquidez de la E.S.E.	1	1	1	1	1. Depuración y clasificación de la cartera.		
					Total cuentas por cobrar proyectadas en el presupuesto		17.152.718	2022	>55%	\$ 324.458	\$ 14.956.866	2%	25%	\$ 11.181.345	\$ 14.956.866	75%	100%	2,3%	26. Establecer el manual de cobro jurídico de cartera para fortalecer los mecanismos de cobro y recaudo de cartera. (Medida PSFF) Así como los procedimientos de facturación y circularización de cartera			1		2. Manuales cobro jurídico de cartera. Procedimientos, facturación y circularización para el cobro.		
					RESULTADO		81%												27. Llevar todas las acciones de cartera al Comité de Financiero, proponiendo alternativas para la recuperación.	1	1	1	1	3. Informe de análisis de casos de cartera en comité de sostenibilidad contable y comité de Gerencia.	LIDER CARTERA	<a href="mailto:financiera@hospitalalazardevillera.gov.co">financiera@hospitalalazardevillera.gov.co</a>
																			28. Realización de los procesos de conciliación para la depuración de glosas generadas.	1	1	1	1	4. Procesos de conciliación para la depuración de glosas.		
					RESULTADO														29. Realizar actividades de Conciliación ante la SNS y realizar Cobro Ejecutivo.	1	1	1	1	5. Actividades de conciliación ante la SNS y cobro ejecutivo.		
	16%				Valor del recaudo de cartera > 360 días		426.177.741												30. Circularización y depuración de cartera de la entidad	1	1	1	1			
11		2,3%	Mantener en un 11% anual sobre la línea base la recuperación de la cartera mayor a 360 días	% de recuperación de cartera mayor a 360 días.	Total cartera > 360 días * 100	Porcentaje	3.049.109.180	2022	11%	\$ 478.180	\$ 5.099.503	9%	25%	\$ 2.345.561	\$ 5.099.503	46%	100%	2,3%	31. Gestión de cartera y cobro con las diferentes EPS	1	1	1	1	1. Actas de conciliación 2. Oficios de circularización	LIDER CARTERA	<a href="mailto:financiera@hospitalalazardevillera.gov.co">financiera@hospitalalazardevillera.gov.co</a>



ITEM	PESO PORCENTUAL	PESO PORCENTUAL	META PRODUCTO ANUAL	INDICADOR DE PRODUCTO				VALOR ESPERADO AÑO 4 2023	NUMERADOR IV TRIMESTRE	DENOMINADOR IV TRIMESTRE	EJECUTADO IV TRIMESTRE 2023	% AVANCE DE LA META	NUMERADOR	DENOMINADOR	EJECUTADO 2023	% AVANCE DE LA META	% CUMPLIMIENTO DE LA META	ACTIVIDADES	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	EVIDENCIA	RESPONSABLES INSTITUCIONALES	E MAIL RESPONSABLES	
				NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	LINEA BASE																			
							VALOR																			AÑO
				RESULTADO													40. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento.	1	1	1	1					
15		1%	Alcanzar el 70% del tamizaje en salud oral a través de la consulta de primera vez por momento de curso de vida.	% con tamizaje salud oral	# consultas de primera vez realizadas	Porcentaje	8148										41. Realizar Control de placa al 11% (886) de la población a cargo entre 0 a 69 años. (Población Objeto 17540)	221	221	222	222					
		2%			# total de población a cargo entre 0 a 69 años.		15839	2022	70% (Avance de tamizaje 44% 8184) población pendiente de tamizar 26% 4880) Población 0-69 años 18.880	1.985	18.880	10,5%	25,0%	13.248	18.880	70,2%	100,0%	1,0%	42. Realizar topicación de barniz de flúor al 10% (467) de la población de primera infancia (0-5 años) e infancia (6 a 11). (Población Objeto 1534)	28	28	28	27			
					RESULTADO		51,4%										43. Realizar aplicación de sellantes al 10% (467) de la población de primera infancia (0-5 años) e infancia (6 a 11). (Población Objeto 1534)	28	28	28	27	Rips e historias clínicas	LIDER ASISTENCIAL Y LIDER SALUD PUBLICA	<a href="mailto:saludpublica@hospitalsalazardevilleta.gov.co">saludpublica@hospitalsalazardevilleta.gov.co</a> <a href="mailto:subgerenciaasistencial@hospitalsalazardevilleta.gov.co">subgerenciaasistencial@hospitalsalazardevilleta.gov.co</a>		
					# pacientes con tratamiento terminado		1289										44. Realizar educación en salud oral 11% 11% (886) de la población a cargo entre 0 a 69 años. (Población Objeto 17540)	440	441	440	440					
16		1%	Mantener por encima del 40% los tratamientos terminados en pacientes con tamizaje durante la vigencia.	% de pacientes con tratamiento terminado.	# pacientes con dx de caries tamizados durante la vigencia	Porcentaje	3147	2022	40%	288	3.345	9%	25%	1030	2.510	41%	100%	1,0%	45. Canalizar los usuarios tamizados para tratamiento.	10%	10%	10%	10%	Rips de atención e historias clínicas	LIDER ASISTENCIAL Y LIDER SALUD PUBLICA	<a href="mailto:saludpublica@hospitalsalazardevilleta.gov.co">saludpublica@hospitalsalazardevilleta.gov.co</a> <a href="mailto:subgerenciaasistencial@hospitalsalazardevilleta.gov.co">subgerenciaasistencial@hospitalsalazardevilleta.gov.co</a>
																	46. Realizar las obturaciones requeridas por el usuario según diagnóstico realizado.	10%	10%	10%	10%					









ITEM	PESO PORCENTUAL	PESO PORCENTUAL	META PRODUCTO ANUAL	INDICADOR DE PRODUCTO				VALOR ESPERADO AÑO 4 2023	NUMERADOR IV TRIMESTRE	DENOMINADOR IV TRIMESTRE	EJECUTADO IV TRIMESTRE 2023	% AVANCE DE LA META	NUMERADOR	DENOMINADOR	EJECUTADO 2023	% AVANCE DE LA META	% CUMPLIMIENTO DE LA META	ACTIVIDADES	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	EVIDENCIA	RESPONSABLES INSTITUCIONALES	E MAIL RESPONSABLES	
				NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	LINEA BASE																			
							VALOR																			AÑO
27		1%	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.	Porcentaje	100%	2022	100%	11	11	100%	25%	50	50	100%	100%	1.0%	66. Realizar seguimiento a los resultados.	100%	100%	100%	100%	Rips e historias clínicas	LIDER ASISTENCIAL Y LIDER SALUD PUBLICA	<a href="mailto:saludpublica@hospitalalazardevilleta.gov.co">saludpublica@hospitalalazardevilleta.gov.co</a> <a href="mailto:subgerenciaasistencial@hospitalalazardevilleta.gov.co">subgerenciaasistencial@hospitalalazardevilleta.gov.co</a>	
				RESULTADO														67. Registrar el seguimiento a los resultados en la historia clínica.	100%	100%	100%	100%				
28		3.0%	Mantener por encima del 85% la proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 al control prenatal en la ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA	Porcentaje de mujeres gestantes captadas antes de la semana 12 a control prenatal.	Porcentaje	92	2022	>=85%	32	48	67%	78%	96	151	64%	75%	2%	68. Reporte inmediato por parte del laboratorio al servicio de Promoción y prevención del 100% de la prueba de gravindex positivos	100%	100%	100%	100%	Rips, historias clínicas, demanda inducida intramural y extramural	LIDER ASISTENCIAL Y LIDER SALUD PUBLICA LIDER IAMI	<a href="mailto:saludpublica@hospitalalazardevilleta.gov.co">saludpublica@hospitalalazardevilleta.gov.co</a> <a href="mailto:subgerenciaasistencial@hospitalalazardevilleta.gov.co">subgerenciaasistencial@hospitalalazardevilleta.gov.co</a> <a href="mailto:iami@hospitalalazardevilleta.gov.co">iami@hospitalalazardevilleta.gov.co</a>	
				RESULTADO		64%												69. Articular con el PIC Municipal la demanda inducida continua de las mujeres en estado de embarazo a través de la estrategia IAMI institucional.	3	3	3	3				
				RESULTADO		64%												70. Realizar búsqueda activa institucional de gestantes de la población objeto de la ESE	3	3	3	3				
29		3.0%	Mantener por encima del 80% la proporción de gestantes con mínimo cuatro controles prenatales ( mínimo 1 en cada trimestre).	Proporción de mujeres con mas de 4 controles prenatales	Porcentaje	167	2022	>=80%	0	1	0%	0%	66	97	68%	85%	3%	71. Realizar Seguimiento periodico de las gestantes a cargo de la ESE a través de los PIC Municipal y la estrategia IAMI	100%	100%	100%	100%	Rips, historias clínicas, demanda inducida intramural y extramural	LIDER ASISTENCIAL Y LIDER SALUD PUBLICA LIDER IAMI	<a href="mailto:saludpublica@hospitalalazardevilleta.gov.co">saludpublica@hospitalalazardevilleta.gov.co</a> <a href="mailto:subgerenciaasistencial@hospitalalazardevilleta.gov.co">subgerenciaasistencial@hospitalalazardevilleta.gov.co</a> <a href="mailto:iami@hospitalalazardevilleta.gov.co">iami@hospitalalazardevilleta.gov.co</a>	
				Total de gestantes en la vigencia evaluada		215												72. Garantizar el acceso a las gestantes responsable de la ESE a los controles prenatales mediante el agendamiento de citas	100%	100%	100%	100%				
				RESULTADO		78%																				
				No de gestantes a cargo de la ESE con atención al recién nacido y puerperio verificado/		60																			<a href="mailto:saludpublica@hospitalalazardevilleta.gov.co">saludpublica@hospitalalazardevilleta.gov.co</a>	

ITEM	PESO PORCENTUAL	PESO PORCENTUAL	META PRODUCTO ANUAL	INDICADOR DE PRODUCTO				VALOR ESPERADO AÑO 4 2023	NUMERADOR IV TRIMESTRE	DENOMINADOR IV TRIMESTRE	EJECUTADO IV TRIMESTRE 2023	% AVANCE DE LA META	NUMERADOR	DENOMINADOR	EJECUTADO 2023	% AVANCE DE LA META	% CUMPLIMIENTO DE LA META	ACTIVIDADES	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	EVIDENCIA	RESPONSABLES INSTITUCIONALES	E MAIL RESPONSABLES	
				NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	LINEA BASE																			
							VALOR																			AÑO
30	15%	3.0%	Garantizar el seguimiento a la atención del recién nacido y puerperio superior al 90% de las gestantes a cargo de la ESE	% de gestantes con atención al recién nacido y puerperio	Total de partos durante la vigencia	Porcentaje	60	2022	>90%	7	7	100%	25%	41	41	100%	100%	3%	100%	100%	100%	100%	Informe de seguimiento a gestantes	LIDER ASISTENCIAL Y LIDER SALUD PUBLICA LIDER IAMI	<a href="mailto:subgerenciaasistencial@hospitalsalazardevillata.gov.co">subgerenciaasistencial@hospitalsalazardevillata.gov.co</a>	
31	15%	3.0%	Mantener en un 80% el plan de acción de morbilidad materna extrema	% de cumplimiento	Número de actividades ejecutadas	Porcentaje	82%	2022	80%	3	33	9%	100%	27	33	82%	100%	3%	20%	20%	20%	20%	Plan de acción formulado y seguimiento	LIDER ASISTENCIAL Y LIDER SALUD PUBLICA LIDER IAMI	<a href="mailto:saludpublica@hospitalsalazardevillata.gov.co">saludpublica@hospitalsalazardevillata.gov.co</a>	
32	15%	3.0%	Mantener en 0% los casos la incidencia de Sífilis Congénita.	No. De casos de sífilis congénita	Número de casos reportados	Número	0%	2022	0%				25%			0%	100%	3%	100%	100%	100%	100%	75. Realizar demanda inducida de las gestantes para la atención oportuna de posibles casos de sífilis, siendo una estrategia para disminuir la Transmisión Materno - Infantil.	LIDER ASISTENCIAL Y LIDER SALUD PUBLICA LIDER IAMI	<a href="mailto:saludpublica@hospitalsalazardevillata.gov.co">saludpublica@hospitalsalazardevillata.gov.co</a>	
																							76. Desarrollar las actividades definidas en el protocolo de vigilancia en salud pública sífilis gestacional y congénita que apliquen al primer nivel.	LIDER ASISTENCIAL Y LIDER SALUD PUBLICA LIDER IAMI	<a href="mailto:subgerenciaasistencial@hospitalsalazardevillata.gov.co">subgerenciaasistencial@hospitalsalazardevillata.gov.co</a>	
																								77. Participar en unidad de análisis si se presentan casos.	LIDER ASISTENCIAL Y LIDER SALUD PUBLICA LIDER IAMI	<a href="mailto:saludpublica@hospitalsalazardevillata.gov.co">saludpublica@hospitalsalazardevillata.gov.co</a>







ITEM	PESO PORCENTUAL	PESO PORCENTUAL	META PRODUCTO ANUAL	INDICADOR DE PRODUCTO				VALOR ESPERADO AÑO 4 2023	NUMERADOR IV TRIMESTRE	DENOMINADOR IV TRIMESTRE	EJECUTADO IV TRIMESTRE 2023	% AVANCE DE LA META	NUMERADOR	DENOMINADOR	EJECUTADO 2023	% AVANCE DE LA META	% CUMPLIMIENTO DE LA META	ACTIVIDADES	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	EVIDENCIA	RESPONSABLES INSTITUCIONALES	E MAIL RESPONSABLES		
				NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	LINEA BASE																				
							VALOR																			AÑO	
40	3%	3%	Mantener en un 12% anual el acceso de adolescentes a los servicios amigables en la ESE.	Consultas de los servicios amigables	Total de población adolescente a cargo	Número	307	12% (105) Población Objeto 876	72	876	8%	100%	305	876	35%	100%	3%	94. Realizar actividad con escolares del área de influencia para promocionar el servicio al interior de la ESE (1 actividad trimestral)	1	1	1	1	Informe de actividades realizadas con escolares.	LIDER ASISTENCIAL Y LIDER SALUD PUBLICA	<a href="mailto:saludpublica@hospitalsalazardevilleta.gov.co">saludpublica@hospitalsalazardevilleta.gov.co</a> <a href="mailto:subgerenciaasistencial@hospitalsalazardevilleta.gov.co">subgerenciaasistencial@hospitalsalazardevilleta.gov.co</a>		
							1663											2022	95. Implementar estrategias internas de demanda inducida a través de otros servicios para la canalización de mas adolescentes	2%	3%	3%				3%	
							RESULTADO											18%									
41	0.7%	Mantener por encima del 85% el cumplimiento a los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorias internas y externas.	% de cumplimiento del plan de mejoramiento.	No. Actividades programadas	Porcentaje	85%	>85%	7	0	#DIV/0!	100%	35	39	90%	100%	0.7%	96. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento internos y externos.	20%	20%	20%	25%	Planes de mejoramiento internos y externos.	LIDER DE CONTROL INTERNO	<a href="mailto:interno@hospitalsalazardevilleta.gov.co">interno@hospitalsalazardevilleta.gov.co</a>			
						RESULTADO																					
				Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE			418										97. Inducción y reinducción de la guía de manejo a enfermedad hipertensiva	1	1	1	1						

ITEM	PESO PORCENTUAL	PESO PORCENTUAL	META PRODUCTO ANUAL	INDICADOR DE PRODUCTO				VALOR ESPERADO AÑO 4 2023	NUMERADOR IV TRIMESTRE	DENOMINADOR IV TRIMESTRE	EJECUTADO IV TRIMESTRE 2023	% AVANCE DE LA META	NUMERADOR	DENOMINADOR	EJECUTADO 2023	% AVANCE DE LA META	% CUMPLIMIENTO DE LA META	ACTIVIDADES	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	EVIDENCIA	RESPONSABLES INSTITUCIONALES	E MAIL RESPONSABLES		
				NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	LINEA BASE																				
							VALOR																			AÑO	
42	2%	0,7%	Mantener por encima del 90% la adherencia a las guías de práctica clínica de hipertensión.	% de adherencia a GPC	Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con Diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	Porcentaje	460	2022	>90%	79	88	90%	25%	258	288	90%	100%	0,7%	98. Auditoria trimestral del programa.	1	1	1	1	Actas de socialización GPC Informe de auditoría de GPC para el manejo de la hipertensión arterial primaria (esencial). Actas de socialización y planes de mejoramiento	LIDER ASISTENCIAL Y APOYO MEDICO	<a href="mailto:subgerenciaasistencial@hospitalesalazardevilleta.gov.co">subgerenciaasistencial@hospitalesalazardevilleta.gov.co</a>	
				RESULTADO	91%	99. Realizar reunión con los médicos para socializar los resultados de las auditorías y establecer planes de mejoramiento.	1	1	1	1																	
43	0,7%	Mantener por encima del 80% la adherencia a las guías de práctica de crecimiento y desarrollo	% de adherencia a GPC	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía Técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Porcentaje	277																					
			% de adherencia a GPC	Numero de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidos en la muestra representativa a quienes se atendió en la consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia	Porcentaje	315	2022	>80%	47	54	87%	25%	218	256	85%	100%	0,2%	100. Socialización de la GPC de crecimiento y desarrollo a los profesionales que realizan atenciones	1	NA	1			Actas de socialización GPC Informes de auditoría de GPC de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 10 años de edad. Actas de socialización y planes de mejoramiento	LIDER ASISTENCIAL Y LIDER PROGRAMA PYP	<a href="mailto:subgerenciaasistencial@hospitalesalazardevilleta.gov.co">subgerenciaasistencial@hospitalesalazardevilleta.gov.co</a>	
			RESULTADO	88%	101. Auditoria trimestral al programa	1	1	1	1																		
102. Realizar retroalimentación de resultados y plan de mejoramiento	1	1	1	1																							
44	2%	2%	Aumentar al 80% la adherencia a las guías de práctica clínica de dengue. (Municipios con altura inferior a 2200 msnm)	% de adherencia a GPC	No. De Historias clínicas de la muestra representativa que cumplen con la GPC	Porcentaje	90%	2022	80%	19	20	95%	25%	131	152	86%	100%	2,0%	103. Socialización de la GPC de dengue a los profesionales que realizan atenciones	1	NA	1			Actas de socialización GPC Informes de auditoría de GPC de dengue. Actas de socialización y planes de mejoramiento	LIDER ASISTENCIAL Y APOYO MEDICO	<a href="mailto:subgerenciaasistencial@hospitalesalazardevilleta.gov.co">subgerenciaasistencial@hospitalesalazardevilleta.gov.co</a>
				Total de historias clínicas	90%	104. Auditoria trimestral al programa	1	1	1	1																	

ITEM	PESO PORCENTUAL	PESO PORCENTUAL	META PRODUCTO ANUAL	INDICADOR DE PRODUCTO				VALOR ESPERADO AÑO 4 2023	NUMERADOR IV TRIMESTRE	DENOMINADOR IV TRIMESTRE	EJECUTADO IV TRIMESTRE 2023	% AVANCE DE LA META	NUMERADOR	DENOMINADOR	EJECUTADO 2023	% AVANCE DE LA META	% CUMPLIMIENTO DE LA META	ACTIVIDADES	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	EVIDENCIA	RESPONSABLES INSTITUCIONALES	E MAIL RESPONSABLES	
				NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	LINEA BASE																			
							VALOR																			AÑO
																	105. Realizar retroalimentación de resultados y plan de mejoramiento	1	1	1	1					