

ACUERDO NÚMERO 003 DEL

( 04 FEB. 2019 )

**Por medio del cual se aprueba el Plan de Acción Integrado vigencia 2019 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA**

La Junta Directiva del HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA – EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, en uso de sus facultades legales y Estatutarias, y

**CONSIDERANDO**

Que la Ordenanza 072 de 1995 “Por la cual se transforma el Hospital Universitario de La Samaritana en Empresa Social del Estado de orden Departamental” determinó que es una Institución con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

Que el Decreto 1876 de 1994 emanado por el Presidente de la República, le asignó a las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado entre sus funciones aprobar los Planes Operativos Anuales.

Que el Acuerdo 006 de 2005 de la Junta Directiva, dispone que la Junta Directiva entre sus funciones debe aprobar los Planes Operativos Anuales.

Que el Hospital debe cumplir con lo establecido en el Decreto 357 de 2008, Resolución 473 de 2008, y demás normas concordantes, además de lo descrito en la Guía para la Formulación de Planes.

Que con el Acuerdo No. 016 de 26 de Julio de 2018, se aprueba al Plan de Acción Integrado II semestre 2018 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

Que el Plan de Acción Integrado vigencia 2019 cumple con los lineamientos metodológicos y de contenido establecidos en el Plan de Desarrollo Departamental 2016-2020 “Unidos podemos más”, el Plan territorial de Salud 2016-2020 “Unidos podemos más por la Salud y la Felicidad, Plan Decenal de Salud Pública, Decreto 612 de 2018 y demás normas que le regulan, adicionen o sustituyan.

Que en cumplimiento con los lineamientos emitidos por la Oficina Asesora de Planeación Sectorial de la Secretaría de Salud de Cundinamarca vía capacitación virtual el día lunes 17 de diciembre de 2018, el Plan de Acción Integrado vigencia 2019 debe estar articulado con el Plan Indicativo 2017-2020 para la vigencia y vigencias posteriores.

Que con el Acuerdo No. 001 de 4 de febrero de 2019, se aprueba el cierre del Plan de Acción Integrado para la vigencia 2018 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto:

**ACUERDA:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Aprobar el Plan de Acción Integrado de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana para la vigencia 2019, y el mismo hace parte integral al presente Acuerdo en 11 folios.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

Dado en Bogotá D.C. a los cuatro (04) días del mes de Febrero de dos mil diecinueve (2019).

  
\_\_\_\_\_  
**DR. ANA LUCÍA RESTREPO ESCOBAR**  
PRESIDENTE

  
\_\_\_\_\_  
**DR. JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA**  
SECRETARIO

Proyectó: Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad 



GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA  
SECRETARÍA DE SALUD  
PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS  
PLAN DE ACCIÓN EN SALUD

Nombre de la IPS: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
 Código de habilitación de la IPS: 1100109224  
 Fecha de Aprobación de la Junta Directiva: Lunes 4 de Febrero de 2019  
 Nombre del Gerente: JAVIER FERNANDO MANCERA GARCÍA

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
1.1	Mantener las condiciones de Habilitación de HUS Bogotá	Cumplimiento a la ejecución de planes de mejoramiento producto de la autoevaluación de Habilitación	Número de actividades ejecutadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación / Total de actividades programadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación	Porcentaje	100%	2018	100%	Seguimiento a la ejecución de Planes de Mejoramiento producto de la Autoevaluación de los servicios de Habilitación realizado en la vigencia 2018	30%		25%	50%	25%	Informes de seguimiento a la ejecución de planes de mejoramiento	Jefe de Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad
1.2								Capacitación en los nuevos estándares del Sistema Único de Habilitación a Líderes de procesos y/o servicios (Borrador o Resolución aprobada)	70%		50%	50%	Actas de capacitación Planillas de asistencia	Directores Líder de Proceso	
2.	Mantener el certificado de Acreditación para el HUS Bogotá	Promedio de Evaluación de los Estándares de Acreditación	Sumatoria de Evaluación cuantitativa de los estándares de Acreditación / Total de estándares autoevaluados	Promedio	3,4	2018	3,4	Evaluación de Estándares de Acreditación realizada por ente externo (Seguimiento)	100%			100%	Informe de seguimiento de Acreditación realizado por ente externo	Jefe de Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	
3.1	Cumplimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) Bogotá	% de Cumplimiento del PAMEC	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	porcentaje	91%	2018	≥90%	Formulación del PAMEC 2019	50%					PAMEC formulado	Jefe de Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad
3.2								Seguimiento a la ejecución del PAMEC	50%		50%	50%	Informes de seguimiento a la ejecución del PAMEC		
4.1	Cumplimiento oportuno del reporte relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC) Bogotá	Porcentaje de cumplimiento del reporte oportuno del Sistema de Información para la Calidad	Número de reportes del SIC enviados de manera oportuna / Total de reportes del SIC	porcentaje	100%	2018	100%	Reporte de los Indicadores del SIC dentro de los términos establecidos	70%		50%	50%	Pantallazos de envío de reporte de indicadores	Dirección de Atención al Usuario Líder de Proyecto de Estadística	
4.2								Seguimiento al envío oportuno de los reportes del SIC	30%				Informe de seguimiento al envío oportuno de los reportes SIC	Jefe de Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	

(1)

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
5.1	Mantener los servicios Certificados en Gestión de la Calidad bajo la NTC ISO 9001:2015 Bogotá	Certificado de Calidad bajo la NTC ISO 9001:2015	NA	Unidad	6	2018	6	Auditoria Interna para ISO 9001:2015	60%		100%			Informe de auditoria interna	Jefe oficina asesora de planeacion y garantia de la calidad
5.2								Seguimiento a la ejecución de los Planes de Mejoramiento producto de la Auditoria Interna para ISO 9001:2015	40%			50%	50%	Informe Seguimiento a la ejecución de los Planes de Mejoramiento	
6.1	Obtener la Certificación del Sistema de Gestión Ambiental bajo la NTC ISO 14001:2015 en la Sede Bogotá	Implementación de los numerales del Sistema de Gestión Ambiental bajo la NTC ISO 14001:2015 en la Sede Bogotá	Numerales Implementados / Total de Numerales de la Norma *100	Porcentaje	60%	2018	70%	Actualización de los documentos existentes al Sistema de Gestión Ambiental dando cumplimiento a todos los requisitos de la norma ISO 14001:2015	30%	50%	50%			Documentos actualizados en el SGC	Jefe oficina asesora de planeacion y garantia de la calidad Lider de Gestión Ambiental
6.2								Socializar a los colaboradores del HUS los temas que afecten el desempeño del Sistema de Gestion Ambiental	20%			50%	50%	Plan de capacitación en gestión ambiental Listas de asistencia	
6.3								Realizar seguimiento a la ejecución de los Planes de mejora producto de la Auditoria al Sistema de Gestión Ambiental realizada en la vigencia 2018	50%		25%	50%	25%	Informes de seguimiento a Planes de Mejoramiento producto de la Auditoria al Sistema de Gestión Ambiental realizada en la vigencia 2018	
7	Implementar el Plan de Acción de la estrategia Hospital Verde para el HUS Bogotá	Ejecución del Plan de Acción de la estrategia Hospital Verde para el HUS Bogotá	N°. Acciones implementadas del plan de acción / Total de acciones programadas del Plan de Acción de la Estrategia Hospital Verde	Porcentaje	100%	2018	90%	Implementar el Plan de Accion de Hospital Verde del HUS Bogotá articulando los programas de Ahorro y uso eficiente de agua, Energía, junto con la estrategia de uso de papel.	100%	25%	25%	25%	25%	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	
8	Implementar el plan de acción de la estrategia hospital verde para la UFZ	Ejecución del Plan de Acción de la Estrategia Hospital Verde para la UFZ	N°. Acciones implementadas del plan de acción / Total de acciones programadas del Plan de Acción de la Estrategia Hospital Verde	Porcentaje	100%	2018	90%	Implementar el Plan de Accion de Hospital Verde del HUS Unidad Funcional Zipaquirá articulando los programas de Ahorro y uso eficiente de agua, Energía, junto con la estrategia de uso de papel.	100%	25%	25%	25%	25%	Coordinador General UFZ	

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del Indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado: Año 3								
					Valor	Año									
9	Implementar la línea estratégica de Reciclaje definida desde el Programa de Hospital Verde en la UFZ (Incluye Cogua)	Ejecución la línea estratégica de Reciclaje en la UFZ (Incluye Cogua)	N°. Acciones implementadas de la Línea Estratégica de Reciclaje / Total de acciones programadas de la Línea Estratégica de Reciclaje *100	Porcentaje	100%	2018	90%	Ejecutar la Línea Estratégica de Reciclaje de la UFZ (incluye Cógua)	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinador General UFZ
10.1	Implementar la línea de ahorro de energía, agua y papel definidas en el Programa Hospital Verde para HUS Bogotá	Ejecución de la línea de ahorro de energía, agua y papel definidas en el Programa Hospital Verde en HUS Bogotá	N°. Acciones implementadas de la línea de ahorro de energía, agua y papel definidas en el Programa Hospital Verde / Total de acciones programadas para la línea de ahorro de energía, agua y papel definidas en el Programa Hospital Verde *100	Porcentaje	100%	2018	90%	Realizar mediciones del consumo de ahorro energía, agua, papel	50%	100%	100%	100%	100%		Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad
10.2								Ejecutar las actividades establecidas en la línea de ahorro de energía, agua y papel definidas en el Programa Hospital Verde	50%	25%	25%	25%	25%		
11.1	Dar cumplimiento al Plan de Mejora producto de la Autoevaluación de Habilitación para la Unidad funcional de Zipaquirá (excepto Infraestructura - Equipos Biomédico)	% de avance de implementación de Habilitación en la UFZ	Número de actividades realizadas del Plan de Mejora para Habilitación / Total de actividades programadas del Plan de Mejora para Habilitación	Porcentaje	59%	2018	100%	Elaboración de Plan de Mejoramiento producto de la Evaluación de los servicios de Habilitación realizado por la SSC	30%	100%				Plan de Mejoramiento de Habilitación elaborado	Coordinador General UFZ
11.2								Ejecución del Plan de Mejoramiento de Habilitación para la vigencia	70%		25%	50%	25%	Informe de seguimiento a la ejecución del Plan de Mejoramiento de Habilitación	
12.1	Dar cumplimiento al Plan de Mejora producto de la Autoevaluación de Habilitación para la CS Cogua y San Cayetano (excepto Infraestructura - Equipos Biomédico)	% de avance de implementación de Habilitación del Centro de Salud de Cógua y Puesto de Salud de San Cayetano	Número de actividades realizadas del Plan de Mejora para Habilitación / Total de actividades programadas del Plan de Mejora para Habilitación	Porcentaje	58%	2018	100%	Elaboración de Plan de Mejoramiento producto de la Evaluación de los servicios de Habilitación realizado por la SSC	30%	100%				Plan de Mejoramiento de Habilitación elaborado	Coordinador General UFZ
12.2								Ejecutar el Plan de Mejora de Habilitación para la vigencia	70%		25%	50%	25%	Informe de seguimiento a la ejecución del Plan de Mejoramiento de Habilitación	
13	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a instituciones no acreditadas con autoevaluación en 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	1,87	2018	1,90	Realizar autoevaluación de los Estándares de Acreditación	100%		100%			Documentos de autoevaluación de estándares de acreditación Informe Consolidado por Grupo de Estándares	Coordinador General UFZ
14.1								Elaborar el PAMEC	25%		100%			PAMEC formulado	

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
14.2	Ejecutar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) UFZ	% de Cumplimiento del PAMEC	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas *100	porcentaje	91%	2018	≥90%	Ejecutar el PAMEC	50%			50%	50%	Informe de seguimiento a la ejecución del PAMEC	Coordinador General de la UFZ
14.3															
15	Cumplimiento oportuno del reporte relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC) UFZ	Porcentaje de cumplimiento del reporte oportuno del Sistema de Información para la Calidad de la UFZ	Número de reportes del SIC enviados de manera oportuna / Total de reportes del SIC	porcentaje	100%	2018	100%	Reporte de los Indicadores del SIC dentro de los términos establecidos	70%		50%		50%	Pantallazos de envío de reporte de indicadores	Dirección de Atención al Usuario Lider de Proyecto de Estadística
16.1	Ejecutar el Programa de Gestión Integral del Riesgo institucional	Porcentaje de cumplimiento Programa de Gestión Integral del Riesgo	Número de actividades desarrolladas / Total actividades propuestas * 100	Porcentaje	71,0%	2018	≥90%	Formulación de Planes de Mejora de los Riesgos institucionales que lo requieran	50%	25%	50%	25%	Planes de mejora de Riesgos	Directores Líderes de Proceso	
16.2								Realizar Seguimientos periódicos a los controles establecidos por la institución	50%			100%	Informe de seguimiento	Jefe Oficina Asesora Control Interno	
17.1	Avance en la implementación del Programa de Seguridad del Paciente	Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente	Número de actividades desarrolladas / Total de actividades propuestas * 100	Porcentaje	96,7%	2018	≥90%	Ejecutar las Líneas estratégicas del Programa de Seguridad del Paciente en Bogotá según cronograma establecido	60%		50%		50%	Informe de ejecución del Programa de Seguridad del Paciente Bogotá	Jefe Oficina Asesora de Planeación
17.2								Ejecutar las Líneas estratégicas del Programa de Seguridad del Paciente en la Unidad Funcional según cronograma establecido	40%		50%		50%	Informe de ejecución del Programa de Seguridad del Paciente UFZ	Coordinador General de la UFZ
18.1	Implementar las Acciones 5 y 6 de la Estrategia de Buenas Prácticas	Cumplimiento de las Acciones 5 y 6 establecidas en la Estrategia de	Número de actividades realizadas / Total de actividades	Porcentaje	100%	2018	90%	Realizar un comité quirúrgico trimestral, con el fin de revisar indicadores de la unidad quirúrgica y tomar acciones frente a desviaciones.	50%	25%	25%	25%	25%	Informes de ejecución	Director Científico

Director Científico  
y  


# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trím	II Trím	III Trím	IV Trím	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
18.2	en Quirófano (OBP) en Bogotá	Buenas Prácticas en Quirófano (OBP)	programadas					50%		25%	25%	50%		Líder del Servicio Quirúrgico	
19.1	Mejorar la oportunidad de atención de interconsultas en el servicio de urgencias	Tiempo de interconsulta por especialidades (ortopedia, neurocirugía, urología)	Sumatoria de Horas transcurridas entre la solicitud de la interconsulta y la respuesta	Horas	4	2018	4 horas	Continuar el seguimiento a los tiempos de respuesta de Interconsulta reportados en DGH por las especialidades auditadas de manera mensual	50%	25%	25%	25%	Informe comparativo 2018-2019 de interconsultas en el servicio de urgencias.	1- Dirección Atención al Usuario 2. Subdirección Urgencias 3. Subdirectores asistenciales (Ortopedia, Neurocirugía, Urología, Medicina Interna, Cirugía General)	
19.2								Reportarlos en el TUC1, realizar los análisis correspondientes trimestralmente y comunicar las desviaciones a los responsables si los hubiese	50%	25%	25%	25%	Informe de gestión de urgencias incluir el análisis realizado en el TUC1 que demuestre la reducción del tiempo		
20	Documentar y radicar los Proyectos presentados en plan bienal para la modernización de infraestructura y dotación*	Proyectos elaborados y radicados para la modernización de infraestructura y dotación	(Proyectos documentados y Radicados / Proyectos en Plan Bienal)*100	Porcentaje	40%	2018	50%	Presentar los proyectos a las entidades del orden Territorial o Nacional que autorizan la viabilidad	100%			100%	Documentos de radicación ante los Entes que lo avalan Documentos que soportan el proyecto	Jefe oficina Asesora de Planeación	
21	Lograr ejecución de los proyectos radicados y aprobados para la modernización de infraestructura y dotación	Proyectos ejecutados para la modernización de infraestructura y dotación	# actividades realizadas del proyecto / Total de actividades del proyecto	Porcentaje			25%	Realizar seguimiento a los proyectos radicados y en ejecución	100%					Jefe oficina Asesora de Planeación	
22.1	Oblención de la Certificación de							Realizar una nueva autoevaluación de hospital universitario (30%)	30%			100%		Director científico Subdirector de Educación e Investigación	
22.2								Elaborar planes de mejora producto de la autoevaluación de Hospital Universitario (30%)	30%			50%	50%		

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del Indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
22.3	Hospital Universitario	Hospital Universitario certificado	NA	Número	30%	2018	30%	Mantener la participación activa en dos Redes de investigación nacional (30%)	30%		25%	25%	50%	Actas de asistencia a reuniones de redes de investigación	Subdirector de Educación e Investigación Médica
22.4															
k4	Cumplimiento del desarrollo del Modelo de Docencia e Investigación del HUS (III fase)	Plan de acción de docencia ejecutado del modelo propio de Docencia e Investigación del HUS	Numero de actividades propuestas en el plan de acción realizadas/ Total de actividades propuestas en el plan de acción*100	Porcentaje	90%	2018	90%	Cumplimiento del plan de acción para la vigencia avalado por la Gerencia y la Dirección Científica (100%)	100%	25%	25%	25%	25%		Director científico Subdirector de Educación e Investigación Médica
24	Mantener la Relación Docencia Servicio con Universidades Internacionales que actualmente se tienen en convenio	Formalización de propuestas a Universidades Internacionales	# de propuestas formales presentadas / Total de contactos establecidos con Universidades Internacionales	Número	3	2018	3	Presentación de propuesta a Universidades Internacionales	100%			50%	50%	Convenio suscrito	Director científico Subdirector de Educación e Investigación Médica
25.1	Mantener el número de grupos de investigación avalados por el HUS, ante Colciencias	Grupos de Investigación reconocidos por Colciencias	Numero de grupos de investigación avalados por Colciencias que se mantienen	Unidad	12	2018	12	Seguimiento a todos los Grupos de Investigación avalados por Colciencias	50%	25%	25%	25%	25%		Director científico Subdirector de Educación e Investigación Médica
25.2								Realizar la VI jornada de investigación del HUS	50%			100%			
26	Elaborar e implementar proyecto para la implementación del Centro de Excelencia en el servicio de Neurocirugía con enfoque en Trauma Raquímedular u otras condiciones o patologías	Desarrollo de la segunda fase del proyecto para la puesta en funcionamiento del centro de excelencia	Numero de actividades desarrolladas de acuerdo al cronograma en la segunda fase / Total de actividades propuestas en el el cronograma de la segunda fase*100	Porcentaje	100%	2018	25%	Desarrollar la segunda Fase de Planeación el proyecto para la implementación del centro de excelencia	100%		50%		50%		Director Científico y Director de Neurocirugía

60

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del Indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
27	Mantener el servicio de Clínica del Dolor en el HUS	Aumento de citas Servicio de Clínica del dolor en funcionamientos	# de citas nuevas realizadas / Total de citas realizadas en el periodo de la vigencia anterior *100	Porcentaje	100%	2018	80%	Asignar citas para Clínica de Dolor	100%	25%	25%	25%	25%		Dirección Científica Anestesiología
28	Mantener por debajo del máximo aceptable en oportunidad de citas en Ginecología establecido por las diferentes normas. Para sede Bogotá < a 13 días	Oportunidad en asignación de citas en Ginecología	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha que el usuario quiere le sea asignada la cita para ser atendido en la consulta médica especializada ginecología y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas especializadas ginecología asignadas en la entidad	días	1,2	2018	≤ 5 días	Seguimiento trimestral a Oportunidad en ginecología y/o Coordinación con servicio de gineco para ajuste de agendas en el momento y en caso de ser necesario por aumento de la oportunidad por encima de la meta	100%	≤ 5 días (100%)	≤ 5 días (100%)	≤ 5 días (100%)	≤ 5 días (100%)	certificación oportunidad asignación de citas Ginecología	Dirección de Atención al Usuario Subdirector Consulta Externa
29.1	Mantener por debajo del máximo aceptable en oportunidad de citas en Obstetricia establecido por las diferentes normas. Para sede Bogotá < a 13 días	Oportunidad en asignación de citas en Obstetricia	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha que el usuario quiere le sea asignada la cita para ser atendido en la consulta médica especializada Obstetricia y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas especializadas Obstetricia asignadas en la entidad	días	0,2	2018	< 5 días	Seguimiento periódico a Oportunidad en Obstetricia	50%	25%	25%	25%	25%	certificación oportunidad asignación de citas Obstetricia	Dirección de Atención al Usuario Subdirector Consulta Externa
29.2								Coordinación con servicio para ajuste de agendas	50%	25%	25%	25%			
30	Mantener por debajo del máximo aceptable en oportunidad de citas en Ginecología establecido por las diferentes normas. Para sede UFZ < a 13 días	Oportunidad en asignación de citas en Ginecología	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha que el usuario quiere le sea asignada la cita para ser atendido en la consulta médica especializada ginecología y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas especializadas ginecología asignadas en la entidad	días	1,2	2018	≤ 5 días	Seguimiento Trimestral a Oportunidad en ginecología y/o Coordinación con servicio de gineco para ajuste de agendas en el momento y en caso de ser necesario por aumento de la oportunidad por encima de la meta	100%	≤ 5 días (100%)	≤ 5 días (100%)	≤ 5 días (100%)	≤ 5 días (100%)		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
31.1	Mantener por debajo del máximo aceptable en oportunidad de citas en Obstetricia establecido por las diferentes normas. Para sede UFZ < a 13 días	Oportunidad en asignación de citas en Obstetricia	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha que el usuario quiere le sea asignada la cita para ser atendido en la consulta médica especializada Obstetricia y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas especializadas Obstetricia asignadas en la entidad	días	0,2	2018	< 5 días	Seguimiento periódico a Oportunidad en Obstetricia	50%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
31.2															
32	Mantener la Capacidad Ofertada en Consulta Externa > ó = 90% en Bogotá	% Uso de capacidad ofertada	No. De consultas realizadas / No. De consulta ofertadas o disponibles	94%	2017	> ó = 90%	> ó = 90%	Monitoreo trimestral al porcentaje de uso de capacidad de oferta por especialidad y/o Coordinación con servicio que se encuentre por debajo de la meta para ajuste de agendas en caso y momento de ser necesario.	100%	> ó = 90% (100%)		Dirección de Atención al Usuario Subdirector Consulta Externa			
33.1	Mantener el giro cama mediante la implementación de estrategias de gestión clínica con el acompañamiento de la auditoría concurrente	Giro Cama	Número de egresos en el periodo / Camas disponibles en el periodo	Razon	4,3	2018	4,3	Conformar equipo de análisis de estancias hospitalarias e implementar periódica y sistemáticamente reuniones para la gestión directa de la mismas	50%	25%	25%	25%	25%		Dirección Científica
33.2								Continuar con la gestión de auditoría concurrente Realizando al menos 4 acuerdos de servicio en la vigencia relacionados a estancia profundadas atribuible a interdependencia de servicio	50%	25%	25%	25%	25%		
34.1	Contribuir con la disminución de la razón de mortalidad materna de Cundinamarca, a través del desarrollo del programa educativo establecido en el HUS	Programa educativo desarrollado en el HUS	Número total de módulos del Programa Educativo desarrollados y desplegados a los médicos internos del HUS / Total de módulos del Programa Educativo desarrollados en el HUS *100	Porcentaje	70%	2018	70%	Desplegar a los médicos internos del Hospital Universitario la Samaritana de acuerdo al cronograma (un módulo por trimestre) * el programa educativo del HUS para contribuir con la disminución de la mortalidad materna en Cundinamarca* de acuerdo a la estrategia establecida por el servicio de ginecología (50%).	50%	25%	25%	25%	25%		Dirección Científica Subdirección de Ginecología
34.2								Evaluación del modelo educativo desplegado a los médicos internos del HUS (50%).	50%				100%		

W

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del Indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
35.1	Implementar el Plan de Acción de Humanización en el HUS Bogotá	% de cumplimiento de las 7 Líneas Estratégicas implementadas	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	100%	2017	95%	Definir y ejecutar cronograma actividades del Programa de Humanización que en todas sus 7 Líneas estratégicas	70%	25%	25%	25%	25%	Informe del Cumplimiento del cronograma de actividades	Dirección de Atención al Usuario y Comité de Humanización
35.2								Continuar ejecutando nueva estrategia de Acompañamiento a los Pacientes Hospitalizados que fortalezcan la atención humanizada e imagen institucional (Celebración Cumpleaños a Ptes hospitalizados)	30%	25%	25%	25%	25%	Contar con soportes de evidencia de la "Celebración de Cumpleaños" a Ptes hospitalizados.	Dirección de Atención al Usuario
36.1	Colaboradores con desarrollo de competencias hacia la humanización del servicio, independiente del tipo de contratación	Colaboradores con competencias hacia la humanización del servicio	Número de Colaboradores con competencias desarrolladas hacia la Humanización del servicio a través de capacitación / Total de Colaboradores de la Institución	Porcentaje	49,0%	2018	60%	Elaborar Programa de formación en Competencias de humanización (20%)	20%	100%					Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano
36.2								Ejecutar el Programa de Formación en Competencias de humanización (80%)	80%		30%	30%	40%		
37	Implementar el Plan de Acción de Humanización en el HUS Zipaquirá	% de Implementación de las 7 Líneas Estratégicas del Programa	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas *100	Porcentaje	100%	2018	90%	Definir y ejecutar cronograma actividades del Programa de Humanización que en todas sus 7 Líneas estratégicas	100%	25%	25%	25%	25%	Informe del Cumplimiento del cronograma de actividades	Coordinador General de Zipaquirá Dirección de Atención al Usuario Grupo de Apoyo de Humanización de la U.F
38	Mantener la Satisfacción Global de los Usuarios en el HUS Bogotá	Satisfacción Global de los Usuarios	No de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta ¿cómo calificaría su experiencia global de atención en los servicios de salud de su IPS?/No de usuarios que respondieron la pregunta.	Porcentaje	99.7%	2018	95%	Identificar y solucionar oportunamente las necesidades del Paciente hospitalizado a través de las Rondas y visitas diarias a Pacientes hospitalizados.	40%	25%	25%	25%	25%	Adjuntar informe resultado de proporción de satisfacción del usuario, que incluye correcciones y/o acciones de mejora	Dirección de Atención al Usuario Subdirectores y Líderes de Proceso o Coordinadores de Área
								Mantener los tiempos promedios de espera para la atención en Urgencias de acuerdo a los estándares establecidos.	40%	25%	25%	25%	25%		
								Realizar informe de resultados de satisfacción de usuarios donde se incluya las acciones de acciones de mejora propuestas de acuerdo a la medición del Departamento	20%	100%	100%	100%	100%		

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trím	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del Indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
39	Mantener la Satisfacción Global de los Usuarios en el HUS Zipaquirá	Satisfacción Global de los Usuarios	No de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta ¿cómo calificaria su experiencia global de atención en los servicios de salud de de su IPS? / No de usuarios que respondieron la pregunta.	Porcentaje	95,3%	2018	81%	Realizar informe de resultados de satisfacción de usuarios donde se incluya las acciones de acciones de mejora propuestas de acuerdo a la medición del Departamento	100%	25%	25%	25%	25%	Adjuntar informe resultado de proporción de satisfacción del usuario, que incluye correcciones y/o acciones de mejora	Coordinador General de Zipaquirá Dirección de Atención al Usuario Coordinadores y/o Líderes de Proceso o Coordinadores de Area
40	Lograr la efectividad de los mecanismos de participación social implementados en articulación con el municipio	% de cumplimiento del plan de acción	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia*100	Porcentaje	100%	2018	100%	Ejecutar el Plan de acción de la Política de Participación Social según lo programado para la vigencia	100%	25%	25%	25%	25%	Informe de ejecución de las actividades programadas y ejecutadas con soportes respectivos según necesidad	Directora de Atención al Usuario Coordinador General de la U.F de Zipaquirá / Profesional de Atención al Usuario U.F zipaquirá Subdirectores y Líderes de Proceso o Coordinadores de Area
41.1	Disminución progresiva de PQRS por Demora en la comunicación en la central de citas, fallo en calidez y trato digno, llamado de Enfermería, Novedades de seguridad y/o las más críticas en Bogotá	Quejas y Reclamos por Demora en la comunicación en la Central de Citas, fallo en calidez y trato digno, llamado de Enfermería, Novedades de seguridad y/o las más críticas (Primeras 5 causas de QR 2018)	# de Quejas y Reclamos por Demora en la comunicación en la Central de Citas, fallo en calidez y trato digno, llamado de Enfermería, Novedades de seguridad y/o las más críticas/ # Total de QR recepcionadas	Porcentaje	16%	2018	16%	Realizar acompañamiento a Líderes de Proceso en el análisis y formulación de planes de mejoramiento producto de las quejas y reclamos por Demora en la comunicación en la Central de Citas, fallo en calidez y trato digno, llamado de Enfermería, Novedades de seguridad y/o las más críticas	20%	25%	25%	25%	25%	Actas de reunion con soportes según pertinencia	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Defensoría del Usuario, Subdirectores de C Externa, Urgencias, Enfermería, otros y demás Líderes de proceso involucrados
Realizar seguimiento y Control al cumplimiento de las acciones de mejoramiento definidos por los Líderes de Proceso evaluando la efectividad de las acciones correctivas implementadas frente a las quejas y reclamos por Demora en la comunicación en la central de citas, fallo en calidez y trato digno, llamado de Enfermería, Novedades de seguridad y/o las más críticas								50%	25%	25%	25%	25%	Planes publicados en el PUM de cada Proceso Actas de Reunión, Anexando soportes que evidencien los avances descritos	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Defensoría del Usuario	
Resaltar y Comunicar a los Colaboradores y Líderes de Procesos las felicitaciones manifestadas por los usuarios y su familia.								10%	25%	25%	25%		Informar las felicitaciones a los jefes de servicios. Anexar soportes	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Defensoría del Usuario	
Ajustar e Implementar estrategia de acogida, orientación, información al usuario y su familia durante el proceso de atención. Ajustar según observaciones DAU								20%	50%		50%		Estrategia documentada ajustada e informe de implementación de estrategia anexando soportes respectivos	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Defensoría del Usuario	

W

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
42.1	Disminución progresiva de PQRS por fallo en calidez y trato digno en la UFZ	Quejas y Reclamos por fallo en calidez y trato digno	# de Quejas y Reclamos por fallo en la calidez y trato amable/ # Total de QR recepcionadas	Porcentaje	30%	2018	28%	Formular e Implementar Planes de Mejoramiento por Proceso o Dependencia, como resultado del análisis de las quejas y reclamos por fallo en calidez y trato digno e incluirlas en el PUMP	70%	25%	25%	25%	25%		Coordinador General UFZ
42.2								Seguimiento a la Implementación de los Planes de Mejoramiento formulados	30%	25%	25%	25%			
43	Cumplimiento del Componente estructural del Índice de Seguridad Hospitalaria	Índice de seguridad Hospitalaria	NA	Porcentaje	58,75%	2018	60%	Actualizar la documentación y el presupuesto de obra para la segunda etapa del Proyecto de Reforzamiento Estructural en las áreas Críticas (Urgencias, Salas de Cirugía, Sala de Partos, Imagenología)	50%		100%			FINALIZACION DEL CONTRATO 178 DEL 2017 CON LA DOCUMENTACION CONSOLIDADA Y PRESUPUESTO DE OBRA ACTUALIZADO	Dirección Administrativa - líder de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento
								Radicar y hacer ajustes solicitados por el Ministerio de Salud	30%		100%		RADICADO Y REBIDO POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD	Dirección de planeación	
								Elaborar los estudios previos una vez se cuente con la aprobación del Ministerio de Salud	20%		100%		RECIBIDO DE ESTUDIO PREVIO RADICADO AL AREA DE COMPRA Y SUMINISTROS	Dirección Administrativa - líder de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	
44.1	Cumplimiento del Componente No Estructural del Índice de Seguridad Hospitalaria en Bogotá	Índice de seguridad Hospitalaria	NA	Porcentaje	63,51	2018	65%	Ejecución del plan mantenimiento hospitalario	40%	25%	25%	25%	25%	TODOS LOS CONTRATOS CON SUS SOPORTES TECNICOS Y PLANILLA FIRMADA	Dirección Administrativa - líder de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento
44.2								Radicar prorroga ante CODENSA y obtener aprobación para continuar con la ejecución de la obra correspondiente a implementación de la actualización del sistema eléctrico según normativa RETIE y NTC 2050 primera etapa adecuación de la subestación eléctrica	15%		100%		RECIBIDO DE DOCUMENTACION POR PARTE DE CODENSA	Dirección Administrativa - líder de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento	
44.3								Oblener permisos para aprobación de proyecto de ejecución de la obra correspondiente a implementación de la actualización del sistema eléctrico según normativa RETIE y NTC 2050 primera etapa adecuación de la subestación eléctrica	15%		100%		OFICIO DE APROBACION POR PARTE DE CODENSA	Dirección de planeación	

(10)

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto					Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE				
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base AÑO 2018										Valor esperado Año 3			
					Valor	Año												
44.4							10%			100,00%		RECIBIDO DE ESTUDIO PREVIO RADICADO AL AREA DE COMPRA Y SUMINISTROS	Dirección Administrativa - líder de Proyecto Arquitectura y Mantenimiento					
44.5												Contratar para la ejecución de la obra e interconectoria	15%			100%	CONTRATO PROYECTO POR JURIDICA	Dirección de bienes y suministros Y Jurídica
44.6												Asegurar o anclar todos los lockers.(cuantificar los lockers y realizar anclaje)	5%	10%	30%	40%	10%	ORDENES DE TRABAJO TRABAJO Y FOTOS DE LOS LOCKERS ANCLADOS SEGUN LISTADO INICIAL
45.1	Cumplimiento del Componente Funcional del Índice de Seguridad Hospitalaria en Bogotá	Índice de seguridad Hospitalaria	NA	Porcentaje	83,0%	2018	86%							NA				
45.2														Ejecutar el Plan de Emergencias Institucional según lo definido en el cronograma de la vigencia	70%			90%
46.1	Actualizar el plan de emergencias hospitalario en articulación con el plan de gestión del riesgo municipal - UFZ	Plan de emergencias hospitalario actualizado	NA	Porcentaje	0	2018	90%											
46.2														Socializar el plan con unidad de gestión del riesgo municipal.	50%			100%
47	Reportar mensualmente al Sistema de Vigilancia en Salud Laboral el 100% de los eventos de origen laboral de acuerdo al lineamiento en el HUS Bogotá	Reporte al SIVISALA	# de reprotes entregados / Total reprotes programados	Porcentaje	100%	2018	100%	Realizar el reporte mensual de eventos de atenciones de Pacientes por URGENCIAS origen laboral	100%			100%	100%	Anexar correo de reportar mensualmente al Sistema de Vigilancia en Salud Laboral de los eventos de origen laboral de Pacientes atendidos en el HUS Bogotá	Dirección de Atención al Usuario Líder de Estadística			
48	Reportar mensualmente al Sistema de Vigilancia en Salud Laboral el 100% de los eventos de origen laboral de acuerdo al lineamiento en la UFZ	Reporte al SIVISALA	# de reprotes entregados / Total reprotes programados	Porcentaje	100%	2018	100%	Realizar el reporte mensual de eventos de atenciones de Pacientes por URGENCIAS origen laboral en la U.F de Zipaquirá	100%			100%	100%	Anexar correo de reportar mensualmente al Sistema de Vigilancia en Salud Laboral de los eventos de origen laboral de pacientes atendidos en la UFZ	Coordinador General UFZ Líder de Estadística			

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
49.1	Implementación en el HUS como Centro de Referencia en Telemedicina en las modalidades de Teleconsulta y telecardiología para los Hospitales de Cundinamarca	% de Avance en la implementación de Telecardiología en el HUS	Numero de Actividades Realizadas en Teleconsulta + Telecardiología / Total de actividades programadas en Teleconsulta + Telecardiología para la vigencia *100	Porcentaje	90,0%	2018	10%	Realizar el Proceso de Contratación de Desarrollo de la Plataforma de Telecardiología	20%		100%			Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas	
49.2								Desarrollo de la Plataforma de Telecardiología	30%			100%			
49.3								Prueba Piloto de la Plataforma de Telecardiología	10%			100%			
49.4								Puesta en Producción de la Plataforma de Telecardiología	20%				100%		
49.5								Ampliar la contratación en el número de contratos nuevos para prestar servicios en Teleconsulta	20%				100%		Dirección Administrativa Subdirección de Mercadeo
50.1	Ampliar el mercadeo de servicios	% facturación con respaldo contractual	AUMENTAR EN 5% DE UN VALOR FACTURADO CON CONTRATO CON REFERENCIA A LA VIGENCIA ANTERIOR	Porcentaje	72,1%	2018	80%	Ejecutar un plan de oferta y presentación del portafolio de servicios a las diferentes empresas responsables de pago que se consideren nuevos clientes estratégicos	60%	100%	100%	100%	100%	Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo	
50.2								Gestionar la contratación con las diferentes EPS que representen el 80% de la Facturación del Hospital (Régimen Subsidiado 60% , Régimen Contributivo 20% y otros pagadores 20%)	40%	100%	100%	100%	100%		
51	Continuar con la Implementación de costos por producto	% de avance según actividades y estrategias.	Actividades realizadas de las estrategias / Total de actividades programadas de las estrategia. * 100	Porcentaje	50%	2018	100%	Consección de información actividades tiempos y movimientos de 30 Unidades de Negocio DE LAS 60 UNIDADES DE NEGOCIO	100%	25%	50%	75%	100%	Dirección Financiera	
52.1								Fortalecer el proceso de cierres de Egresos Hospitalarios en el módulo de facturación	80%	100%	100%	100%	100%		
			Valor facturado vigencia anterior												

(11)

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
52.2	Aumentar la Facturación	% aumento en la facturación	(incluidos ingresos abiertos a corte 31 de diciembre) / Valor facturado vigencia actual (incluidos ingresos abiertos a corte 31 de diciembre) *100 - 100	Porcentaje	2,4%	2018	2%	Desarrollar reuniones con el equipo operativo de facturación para determinar las oportunidades de mejora involucrando las áreas que afecten este proceso, las cuales se realizarán de manera trimestral	20%	100%	100%	100%	100%		Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo
53	Mantener la Radicación oportuna por encima del 90% de la Facturación.	% de facturación radicada dentro del término de ley.	valor de facturación radicada dentro de términos / valor de facturación que debe estar radicada * 100	% cumplimiento	97,0%	2018	≥ 90%	Acordar y realizar cortes de facturación mensual, según se establezca con cada EPS.	100%	95%	> 95%	> 95%	> 95%		Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo
54.1	Mantener el % de Glosa aceptada ≤5% en relación con la Facturación	% Disminución aceptación glosa	% Aceptación periodo actual y vigencias anteriores / total facturado periodo actual y vigencias anteriores	Porcentaje	4,4%	2018	≤5%	Realizar socialización de los motivos de glosa y devoluciones a los procesos responsables de las mismas y/o servicios más representativos de manera trimestral. (30%)	30%	100%	100%	100%	100%		Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo
Ejecutar acciones de pre auditoría técnica y administrativa a las facturas entregadas a cuentas médicas dentro del periodo, a una muestra igual al 40% sobre lo facturado, de manera trimestral (50%)								50%	100%	100%	100%	100%			
Desarrollar reunión trimestral sobre los hallazgos y motivos de glosa socializados con facturación y farmacia (NO POS), que evidencie las acciones correctivas y preventivas en curso (20%)								20%	100%	100%	100%	100%			
54.3															
55.1		% de recaudo vigencia anterior	Valor recaudado de cuentas por cobrar vigencia anterior / Cartera neta de la vigencia anterior *100	% cumplimiento	43%	2018		Alcanzar el 50% del recaudo de cuentas por cobrar radicadas por servicios prestados en vigencias anteriores. (20%)	20%				100%		Dirección Financiera Líder de Cartera

(6)

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Linea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
55.2	Poner en Marcha estrategias para la recuperación de cartera de la Vigencia y Vigencias Anteriores incluyendo acciones judiciales con estas últimas  El cumplimiento de la meta se realizará producto del promedio de los tres (3) indicadores	% de entrega cartera que cumple los requisitos para trámites jurídicos	Número de documentación para recuperación de cartera radicada con la totalidad de los requisitos a la Oficina Asesora Jurídica / Número de trámites judiciales y jurisdiccionales adelantados por la Oficina Asesora Jurídica *100	% cumplimiento	64%	2018	54,00%	Realizar los trámites judiciales y jurisdiccionales correspondientes, frente a la documentación radicada por el área de Cartera que cumpla con la totalidad de los requisitos normativos (60%)	60%				100%	Soporte de radicación del trámite ante los despachos judiciales y la Superintendencia Nacional de Salud	Dirección Financiera Líder de Cartera Jefe Oficina Asesora Jurídica
55.3		% de Recaudo de la vigencia actual	valor recaudado de la vigencia actual / valor total de la facturación radicada de la vigencia actual *100	% cumplimiento	54%	2018		Alcanzar el 65% del recaudo de cuentas por cobrar radicadas servicios prestados en la vigencia actual. (20%)	20%				100%		Dirección Financiera Líder de Cartera
56.1	Implementar y mantener la Política de Riesgo Antijurídico	Política de Riesgo Antijurídico implementada	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	100%	2018	80%	Ejecución de la Política de daño antijurídico (40%)					100%	Informe de seguimiento al programa	Jefe Oficina Asesora Jurídica
56.2								Expedientes de procesos judiciales en medio físico (60%)					70%	1. Matriz de procesos judiciales de la entidad 2. Informe del auditor 3. Inclusión de 1a, 2a y 3a víctima en Matriz de procesos judiciales de la entidad	
57.1	Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia	Desarrollo de las actividades contractuales que sean de competencia de la Oficina Jurídica	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	100%	2018	100%	Actualización de los procedimientos de contratación de acuerdo al Nuevo Manual de Contratación del HUS (30%)	30%		100%			Procedimientos actualizados	Jefe Oficina Asesora Jurídica
57.2								Realizar el archivo del proceso contractual de la vigencia 2018 (30%)	30%				100%	Informe de la realización del archivo del proceso contractual de la vigencia 2018	Dirección Administrativa Subdirector de Compras y Suministros Gestión Documental
57.3								Capacitación en Estatuto y Manual de Contratación y funciones de Supervisores e interventores (30%)	30%		100%			Planillas de capacitación	Jefe Oficina Asesora Jurídica
57.4								liquidación de contratos en los que proceda de la vigencias 2018 (10%)	10%				70%	Informe de liquidación de contratos y requerimientos a los supervisores	Jefe Oficina Asesora Jurídica

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
58.1	Autoevaluación sobre el grado de implementación del MECI	Promedio en el Incremento en el grado de implementación del MECI según resultado de la Encuesta	Sumatoria de los factores del MECI según el resultado de cada funcionario encuestado / Total de Encuestados	Promedio	79,93%	2018	76,0	Aplicación de Encuesta a los funcionarios para medir el grado de implementación del MECI (50%)	50%	100%					Jefe Oficina Asesora Control Interno
58.2								Elaborar y socializar el Informe de Auditoría Anual del MECI (vigencia 2018) (50%)	50%	100%					
58.3	Ejecución del Plan de Acción del MECI	Cumplimiento del Plan de Acción del MECI	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	porcentaje	90%	2018	90%	Elaboración del Plan de Acción del MECI que incluya las recomendaciones emitidas por el DAFP y la Oficina Asesora de Control Interno	10%		100%			Jefe Oficina Asesora de Planeación	
58.4								Ejecutar del Plan de Acción del MECI	90%		100%	100%	Directores Lider de Proceso		
59	Incremento en grado de madurez en la implementación del MECI	Calificación del grado de madurez del MECI emitida por el DAFP	NA	porcentaje	71,80%	2018	73,8%	Socializar los resultados de la evaluación emitida por el DAFP según la encuesta diligenciada en el aplicativo dispuesto por el DAFP	100%		100%			Jefe Oficina Asesora Control Interno	
60.1	Incrementar el número de auditorías de adherencia a guías para los programas de enfermedades crónicas (HTA y DM2) a por lo menos una cada dos meses	No. De auditorías realizadas	No. De auditorías de HC realizadas	Número	2	2018	6	Auditorías de verificación de adherencia a las GPC de Hipertensión	35%	50%	0%	50%	0%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	
60.2								Auditorías de verificación de adherencia a las GPC de Diabetes	35%	0%	50%	0%	50%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	
60.3								Socialización de los resultados de la auditoría al equipo de salud responsable de la atención evaluada	30%	25%	25%	25%	25%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	
61.1	Aumentar el cumplimiento de la estrategia institucional SAMIS en	Porcentaje de cumplimiento de la	Número de indicadores de la estrategia institucional SAMIS en cumplimiento / Total de	Porcentaje	83%	2018	83,0%	Mantener la medición de los indicadores de la estrategia institucional SAMIS	50%	25%	25%	25%	25%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del Indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
61.2	un 5%	estrategia institucional SAMIS	indicadores de la estrategia institucional SAMIS *100												Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
62	Aumentar en 1% la proporción de mujeres entre 50 y 69 años con orden de mamografía en los últimos dos años.	Proporción de mujeres entre 50 y 69 años con orden de mamografía.	Número de mujeres de 50 a 69 años que cuentan con orden de mamografía en los últimos 2 años / Total de mujeres entre 50 y 69 años atendidas en la estrategia Consultorio Rosado en el periodo evaluado	Porcentaje	86,0%	2018	87,0%	Realizar demanda inducida a las mujeres de 50 a 69 años para toma de mamografía	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
63.1	Aumentar en 1 punto porcentual la proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año.	Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología.	Número de mujeres entre 25 y 69 años que se han tomado la citología en el periodo definido / Total de mujeres entre 25 y 69 años atendidas en los programas de PyD en el periodo * 100	Porcentaje	42,0%	2018	43,0%	Realizar demanda inducida a las mujeres de 25 a 69 años para la toma de citología.	70%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
63.2								Medir la demanda efectiva realizada a las mujeres de 25 a 69 años toma de citología.	30%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
64	Aumentar en 10% el tamizaje para hipertensión arterial en población mayor de 18 a 69 años.	No. de pacientes de 18 a 69 años con tamizaje para hipertensión arterial	No. de pacientes de 18 a 69 años con tamizaje para hipertensión arterial más el 10%	Número	3769	2018	*4140	Realizar toma de tensión arterial como prueba de tamizaje para hipertensión arterial en la población mayor de 35 años atendida en el periodo.	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
65.1	Aumentar en 10% la canalización efectiva de pacientes hipertensos al programa.	No. de pacientes de 18 a 69 años diagnosticados con hipertensión arterial que ingresan al programa.	No. de pacientes de 18 a 69 años diagnosticados con hipertensión arterial que ingresan al programa, canalizados de los programas de P y D en el periodo.	Número	149	2018	157	Mantener el seguimiento de la implementación a las estrategias de búsqueda de población objeto del programa de crónicos	70%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
65.2								Medir la demanda efectiva realizada a la población objeto del programa de crónicos	30%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ

(u)

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
66	Mantener el control de hipertensión arterial por encima del 80% anual	% de pacientes con Control de cifras de Hipertensión arterial	Número de pacientes con cifras tensionales controladas seis meses después de su ingreso al programa * 100 / Número total de pacientes nuevos ingresados seis meses antes	Porcentaje	87%	2018	>80%	Continuar con la ejecución de actividades educativas colectivas de hábitos de vida saludables	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
67	Aumentar en 5% el tamizaje para diabetes en personas de 18 a 69 años respecto a la línea de base establecida en la entidad para la vigencia 2017.	Número de pacientes entre 18 y 69 años con tamizaje de Diabetes Mellitus	Número de pacientes entre 18 y 69 años con tamizaje de Diabetes Mellitus atendidos en los programas de PyD en el periodo	Número	134	2018	184	Aplicar Test de Findrísk como prueba de tamizaje para Diabetes Mellitus a la población atendida entre los 18 años y 69 años en los programas de PyD	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
68.1	Mantener la canalización efectiva de pacientes diabéticos al programa.	Número de pacientes entre 18 y 69 años diagnosticados con diabetes que ingresan al programa.	Número de población entre 18 y 69 años con diagnóstico de diabetes que ingresó al programa canalizados de los programas de P y D en el periodo	Número	45	2018	45	Mantener el seguimiento de la implementación a las estrategias de búsqueda de población objeto del programa de crónicos	70%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
68.2								Medir la demanda efectiva realizada a la población objeto del programa de crónicos	30%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
69	Mantener el control de pacientes con diabetes a partir de la línea base 2018 en un 10% anual	Número de pacientes con Control de la diabetes mellitus	Numero de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus con hemoglobina glicosilada menor a 7% en los últimos 6 meses.	Número	446	2018	446	Continuar con la ejecución de actividades educativas colectivas de hábitos de vida saludables	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
70.1	Aumentar el tamizaje en 10% para la detección de cáncer de próstata, con antígeno prostático, en hombres mayores de 50 años.	Número de hombres mayores de 50 años con antígeno prostático realizado	Número de hombres mayores de 50 años, asignados a la UFZ, con antígeno prostático realizado en el periodo	Número	522	2018	524	Generar acciones de aumento de orden del examen de tamizaje para cáncer de próstata	50%	50%	50%	0%	0%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
70.2								Realizar seguimiento a los PSA con resultado anormales de los usuarios con EAPB Convida e IPS HUS UFZ	50%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base Año 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
71.1	Realizar el reporte del 100% de los eventos en salud mental (diferentes tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida) identificados.	Eventos de salud mental reportados	N° de eventos de salud mental reportados/N° total de eventos de salud mental identificados *100	Porcentaje	100%	2018	100%	Mantener las acciones de sensibilización al equipo de salud, sobre la importancia de la notificación de los eventos de interés en salud pública	50%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
71.2								Continuar la Búsqueda Activa Institucional (BA) semanal	50%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
72	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)	Oportunidad en la asignación de citas para psiquiatría	Sumatoria de días de espera de cada paciente para recibir su cita de psiquiatría/Total de pacientes que tiene cita de psiquiatría en el periodo	Número	11	2018	<15	Realizar seguimiento al indicador de oportunidad de citas de psiquiatría	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
73.1	Mantener por debajo de 10% la proporción de nacidos con bajo peso al nacer	Proporción de nacidos con Bajo peso al nacer	N° de nacidos vivos con peso menor a 2500 gr al nacer de la EAPB Convida con IPS HUS UFZ/N° Total de nacidos vivos en la UFZ de la EAPB Convida con IPS HUS UFZ *100	Porcentaje	8,0%	2018	<10%	Realizar 4 auditorías de adherencia a la guía de CPN	35%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
73.2								Socialización de los resultados de la auditoría al equipo de salud responsable de la atención evaluada	35%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
73.3								Realizar seguimiento desde programa de salud materna a las usuarias gestantes con riesgo de tener recién nacidos con bajo peso al nacer	30%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
74.1	Mantener como mínimo 5.5 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses	Duración media lactancia materna	Sumatoria del número de días de lactancia materna exclusiva en niños de 6 meses / N° total de niños de 6 meses atendidos en el periodo	Número	5,6	2018	>5	Mantener la ejecución de actividades de fomento y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en los servicios ambulatorios y hospitalarios	70%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
74.2								Mantener la ejecución de Club de Lactancia Materna en el servicio de salud infantil	30%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ

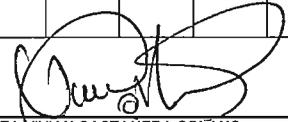
# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
75	Realizar el reporte en el sistema de vigilancia alimentario y nutricional para la Gobernación de Cundinamarca - MANGO, del 100% de las personas atendidas en los programas de PyD	Reporte nutricional	N° de personas reportadas/N° total de personas atendidas en los programas de PyD en el periodo *100	Porcentaje	97%	2018	>95%	Medir semanalmente el porcentaje del reporte de MANGO, respecto a los usuarios atendidos en los programas de PyD	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
76	Realizar el seguimiento de los casos reportados en el sistema de vigilancia alimentario y nutricional para la Gobernación de Cundinamarca - MANGO, de desnutrición aguda en menores de 6 años en más del 80% de los mismos en el periodo	Seguimiento nutricional	N° de casos de DNT aguda en menores de 6 años con seguimiento/N° total de casos de DNT aguda en menores de 6 años identificados en el periodo *100	Porcentaje	88%	2018	>80%	Mantener la ejecución de la Ruta institucional de atención integral a la desnutrición en menores de 6 años	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
77	Mantener por encima del 20% la proporción de gestantes captadas antes de la semana 10 de gestación	Gestantes captadas antes de la semana 10	N° de gestantes captadas antes de la semana 10 / N° total de gestantes captadas en el periodo *100	Porcentaje	10%	2018	20	Realizar seguimiento desde programa de salud materna a las usuarias reportadas desde el servicio de laboratorio clínicos UFZ con prueba de embarazo positiva que tengan EAPB Convida con IPS HUS UFZ	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
78	Mantener por encima del 85% las mujeres gestantes con 4 o más controles prenatales	Proporción de mujeres con mas de 4 controles prenatales	N° de gestantes con 4 o más controles/N° total atenciones de parto en la UFZ de usuarias con EAPB Convida con IPS HUS UFZ durante el periodo *100	Porcentaje	87%	2018	>85%	Realizar seguimiento desde programa de salud materna a las usuarias gestantes inasistentes	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
79.1	Mantener por encima del 80% el uso de métodos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (15-49 años)	Proporción de mujeres de 15 a 49 que utilizan métodos de anticoncepción	N° de mujeres de 15 a 49 años que utilizan métodos de anticoncepción/N° total de mujeres de 15 a 49 años atendidas en los programas de PyD durante el periodo *100	Porcentaje	99,0%	2018	>80%	Continuar la canalización de usuarios del grupo poblacional objeto al programa de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	60%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
79.2								Continuar los seguimientos a los usuarios del grupo poblacional objeto del programa de planificación familiar que así lo ameriten	40%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
80.1	Disminuir la proporción de adolescentes embarazadas en un	Proporción de mujeres embarazadas de 10 a 19 años	N° de gestantes adolescentes nuevas (10 a 19 años) / N° total de gestantes nuevas en el	Porcentaje	16%	2018	15,2%	Continuar la canalización de usuarios del grupo poblacional objeto al programa de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	60%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ

UW

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018		Valor esperado Año 3								
					Valor	Año									
80.2	5%														Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
81.1	Identificar y realizar el tratamiento oportuno a los pacientes con TBC	Pacientes diagnosticados y con tratamiento con TBC	N° de usuarios diagnosticados y en tratamiento / N° total de usuarios diagnosticados	Porcentaje	100%	2018	100%	Mantener la solicitud oportuna de tratamiento	40%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
81.2								Continuar la administración estrictamente supervisada del tratamiento	60%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
82.1	Alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional, en poblaciones objeto del programa	Cobertura de vacunación	Coberturas de vacunación con BCG, DPT 3 dosis, polio 3 dosis, triple viral < 1 año y triple viral < 5 años.	Porcentaje	91%	2018	95%	Mantener la disponibilidad permanente de biológicos en los puntos de vacunación	30%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
82.2								Continuar el seguimiento a cohortes de vacunación	70%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
83.1	Mantener la proporción de reingreso hospitalario por IRA, en menores de 5 años, por debajo de 2% durante el periodo.	Proporción de reingreso de pacientes menores de 5 años con diagnóstico de IRA.	N° 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 / N° de menores de 5 años con al menos un egreso por IRA.	Porcentaje	1%	2018	<2%	Capacitar al equipo de salud de los servicios de pediatría, consulta externa y urgencias sobre el manejo de la IRA	50%	0%	50%	0%	50%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
83.2								Fortalecer la educación sobre cuidados en casa posterior a la atención médica (ambulatoria u hospitalaria)	50%	0%	50%	0%	50%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
84.1	Aplicar auditorías de adherencia a la guía de práctica clínica de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 10 años.	Auditorías a CyD	N° de auditorías de HC realizadas a la adherencia a la guía de práctica clínica de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 10 años.	Número	2	2018	6	Realizar 2 auditorías de adherencia a la guía de CyD	50%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
84.2								Socialización de los resultados de la auditoría al equipo de salud responsable de la atención evaluada	50%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
85	Mantener los servicios amigables para adolescentes en la UFZ	Servicios amigables implementados	N° de servicios amigables para adolescentes implementados	Número	1	2018	1	Mantener la ejecución de la Ruta institucional SAS en la UFZ	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ
86	Documentar el modelo de atención en salud por etapas de curso de vida.	Modelo de atención	Modelo de atención documentado	Número	0	2018	0,5	Documentar la RIAS de promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida	100%	25%	25%	25%	25%		Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto					Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad frente a la meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE	
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2018										Valor esperado Año 3
					Valor	Año									
87.1	Fortalecer el programa de crecimiento y desarrollo de la UFZ	% de niños en el programa de crecimiento y desarrollo	Número de inscriptos de primer vez en el programa de crecimiento y desarrollo de la UFZ * 100 / Población estimada para ingresar al programa por la EAPB	Porcentaje	100%	2018	100%	Continuar la búsqueda activa de la población objeto en la UFZ (50%)	50%	25%	25%	25%	25%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	
87.2															Mantener el seguimiento a población objeto en las bases de datos de las EAPB (50%)
88	Aumentar en el 10% el tamizaje de agudeza visual en la etapa de infancia	% de niños en etapa de infancia con tamizaje de agudeza visual	% de niños en etapa de infancia con tamizaje de agudeza visual / Total de niños en etapa de infancia atendidos en el programa de crecimiento y desarrollo	Número	84	2018	92	Realizar demanda inducida a los niños en etapa de infancia para la realización de tamizaje de agudeza visual	100%	25%	25%	25%	25%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	
89	Aumentar el 5% las consultas de detección temprana de alteraciones del joven	% de jóvenes atendidos en el programa de detección temprana de alteraciones del joven	% de jóvenes atendidos en el programa de detección temprana de alteraciones del joven / Total de jóvenes atendidos en los programas de PyD	Número	1446	2018	1518	Realizar demanda inducida a los jóvenes para la realización de la consulta de detección temprana de las alteraciones del joven	100%	25%	25%	25%	25%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	
90	Aumentar el 10% en la calidad de las muestras para citología cervicouterina	% de muestras para citología cervicouterina con buena calidad	% de muestras para citología cervicouterina con buena calidad / Total de muestras para citología entregadas al servicio de patología	Número	818	2018	899	Realizar seguimiento a la técnica de la toma de citología cervicouterina	100%	25%	25%	25%	25%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	
91	Mantener el 100% de los recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo	% de recién nacido con tamizaje para hipotiroidismo	% de recién nacido con tamizaje para hipotiroidismo / Total de nacidos vivos	Porcentaje	100%	2018	100%	Realizar seguimiento a la toma de la muestra y procesamiento de la prueba de hipotiroidismo en los recién nacido vivos de la Unidad Funcional Zipaquirá	100%	25%	25%	25%	25%	Coordinación general UFZ Coordinación Científica UFZ	

  
**JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA**  
Gerente

  
**AITZA VIVIAN CASTANEDA SOLANO**  
Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad