

PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2022
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

					SEGUIMIENTO TRIMESTRAL						
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	No	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA INDICADORES	SEGUNDO TRIMESTRE						
					Ponderación	Numerador	Denominador	Resultado	Peso de Cumplimiento	Porcentaje	CUMPLIMIENTO SI / NO
	1	Lograr un cumplimiento $\geq$ al 70% de las actividades definidas para la actualización, implementación y despliegue del Modelo de Atención primaria en Salud conforme a los lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud.	Porcentaje de Implementación de las actividades que Correspondan para la actualización y despliegue del Modelo de Atención primaria en Salud según lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud.	Número de actividades de ajuste y despliegue del modelo de atención primaria en salud ejecutada por la subred sur bajo los lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud / Total de actividades programadas que le correspondan a la Subred Sur para el ajuste y despliegue del modelo de atención primaria en salud. *100%	0,01639344	7	7	100%	100%	1,6%	SI
	2	Avanzar en un 50% la Implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud Priorizadas por la entidad conforme al modelo de atención en salud.	Porcentaje de avance en la implementación de las Rutas Priorizadas en la subred sur.	Numero de acciones ejecutadas para la implementación de las RIAS priorizadas en el periodo / Total de acciones programadas para la implementación de las Rutas priorizadas en el periodo objeto de evaluación * 100	0,01639344	19	19	100%	100%	1,6%	SI
	3	Implementar en un 90% el Modelo de Atención en Salud Rural en la Subred.	Porcentaje de Implementación del Modelo de atención en salud rural en la Subred Sur	Total de la población de ruralidad atendida en los servicios de salud individuales o colectivos de los servicios de salud rurales / Total de población de ruralidad asignada a la unidad. *100	0,01639344	2500	2691	93%	100%	1,6%	SI
	4	Mantener por debajo de 2,1 % el índice de infecciones asociadas a la salud.	Porcentaje de infecciones asociadas a la salud.	Numero de infecciones asociadas a la atención en salud / Total de egresos Hospitalarios * 100%	0,01639344	122	13059	0,9%	100%	1,6%	SI
	5	Cumplir con la cobertura útil de biológicos de vacunación al 95%.	Porcentaje de Coberturas de vacunación BCG	(Número de niños y niñas de 1 año cumplido, vacunados contra Tuberculosis) / (Número de niñas y niños de 1 año cumplido reportados) * 100	0,01639344	451	681	66%	70%	0,0%	NO
			Porcentaje de Coberturas de vacunación Pentavalente	(Número de niños y niñas de 1 año cumplido, vacunados con Pentavalente) / (Número de niñas y niños de 1 año cumplido reportados) * 100	0,01639344	778	681	114%	100%		
			Porcentaje de Coberturas de vacunación Triple viral 1	(Número de niños y niñas de 1 año cumplido, vacunados con la primera dosis de Triple viral) / (Número de niñas y niños de 1 año cumplido reportados) * 100	0,01639344	769	1074	72%	75%		
			Porcentaje de Coberturas de vacunación Triple viral 2	(Número de niños y niñas de 5 años cumplidos, vacunados con el refuerzo de Triple viral) / (Número de niñas y niños de 5 años cumplidos reportados) * 100	0,01639344	751	765	98%	100%		
	6	Cumplir al 100% con las acciones del Plan de trabajo "Respuesta ante la emergencia COVID-19" definido para la vigencia.	Porcentaje de cumplimiento Plan de Trabajo "Respuesta ante la emergencia COVID-19"	Número de acciones ejecutadas del Plan de Trabajo respuesta COVID - 19 en el periodo / Total de acciones programadas del Plan de Trabajo respuesta COVID-19 para el periodo objeto de evaluación * 100	0,01639344	30	30	100%	100%	1,6%	SI

PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2022
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

					SEGUIMIENTO TRIMESTRAL						
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	No	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA INDICADORES	SEGUNDO TRIMESTRE						
					Ponderación	Numerador	Denominador	Resultado	Peso de Cumplimiento	Porcentaje	CUMPLIMIENTO SI / NO
	7	Cumplir al 100% las metas Distritales de los indicadores Trazadores de Salud Pública a través de la implementación del modelo de atención en salud en red.	Porcentaje de cumplimiento de Indicadores Trazadores: Razón de Mortalidad Materna subred Sur. Meta: 23,6 *100,000 NV	Número de muertes en mujeres gestantes asignadas a la Subred hace mas de 6 meses, que mueren a causa de la atención en salud, durante su embarazo por razones atribuidos a la atención en salud o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, /Numero de Nacidos Vivos en el mismo periodo* 100.000	0,01639344	0	340	0%	100%	2%	SI
			Porcentaje de cumplimiento de Indicadores Trazadores: Incidencia de Sífilis Congénita Subred Sur. Meta: 0.5 *1000 NV	Número de casos de sífilis congénita en población asignada a la Subred hace mas de 6 meses /Número de nacidos vivos * 1,000	0,01639344	0	340	0%	100%		
			Porcentaje de cumplimiento de Indicadores Trazadores: Tasa de Mortalidad por Desnutrición en niños menores de 5 años. DTN: 0	Número muertes por desnutrición en menores de 5 años en niñas y niños asignados a la Subred hace mas de 6 meses atribuidos a la atención en salud / Número total de menores de 5 años en el periodo * 100,000 menores de 5 años	0,01639344	0	45710	0%	100%		
			Porcentaje de cumplimiento de Indicadores Trazadores: Tasa de Mortalidad Infantil Subred Sur. Meta: 8,4 *1000 NV	Número de muertes en niños menores de un año, por causas atribuidos a la prestación de servicios de salud, en población asignada a la Subred hace mas de 6 meses / Numero de Nacidos Vivos en el mismo periodo* 1,000	0,01639344	0	340	0%	100%		
			Porcentaje de cumplimiento de Indicadores Trazadores: Tasa de Mortalidad por neumonia en menores de 5 años subred sur. Meta: 6,63 * 100,000NV	Numero de defunciones de todo menor de 5 Años por neumonia a causas atribuibles a la prestación de servicios de salud, en población asignada la Subred hace mas de 6 meses / Numero de menores 5 años de edad para el mismo periodo* 100,000 menores de 5 años	0,01639344	0	45710	0%	100%		
			Porcentaje de cumplimiento de Indicadores Trazadores: Tasa de Mortalidad Perinatal	Número de defunciones fetales + neonatales tempranas (22 semanas de gestación hasta 7 días de nacido), evitables atribuibles a la atención en salud, en población asignada a la Subred hace mas de 6 meses / Número de Nacidos Vivos más fetales * 1,000 Meta: 14,6 *1000 NV	0,01639344	0	345	0%	100%		
	8	Atender el 100% de las víctimas de violencia, incorporando a la Ruta de Violencia definida por la subred.	Porcentaje de atención a Víctimas acorde a la Ruta de violencia.	Numero de usuarios con cumplimiento de actividades de trazadores de la ruta de violencia en el periodo / Total de casos que cumplen con los hitos de la ruta de Violencia. usuarios con reportes de violencia que ingresaron a la ruta *100	0,01639344	365	365	100%	100%	1,6%	SI

PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2022
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	No	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA INDICADORES	SEGUIMIENTO TRIMESTRAL						
					SEGUNDO TRIMESTRE						
					Ponderación	Numerador	Denominador	Resultado	Peso de Cumplimiento	Porcentaje	CUMPLIMIENTO SI / NO
1. Consolidar el Modelo de Atención integral en Red, garantizando la Prestación de Servicios Integrales de Salud, con enfoque en la Gestión de Riesgos, Servicios Humanizados, Accesibles y Oportunos, impactando positivamente las condiciones de Salud de nuestros Usuarios, Familia y Comunidad.	9	Captar el 75% de las gestantes antes de la semana 12.	Porcentaje de captación Temprana de gestantes antes de la semana 12 al control prenatal	Número de mujeres gestantes a quien se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa del control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestante identificadas en la vigencia objeto de evaluación	0,01639344	457	677	68%	90%	1,5%	SI
	10	Mayor o igual a 90% en la aplicación de guía de hemorragias III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes,	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación / Total historias clínicas auditadas de la mes con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación.	0,01639344	35	38	92%	100%	1,6%	SI
	11	Mayor o igual a 90% aplicación de guía de manejo primera causa de egreso hospitalario.	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia.	0,01639344	207	230	90%	100%	1,6%	SI
	12	Mayor o igual a 90% en la oportunidad de realización de apendicectomía	Oportunidad en la realización de apendicectomía.	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	0,01639344	163	167	98%	100%	1,6%	SI
	13	Cero o variación negativa en numero de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.	0,01639344	0	0	0%	100%	1,6%	SI
	14	Mayor o igual a 90% en la oportunidad de pacientes con IAM	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación/ Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación	0,01639344	40	43	93%	100%	1,6%	SI
	15	Mayor o igual a 90% mortalidad Intrahospitalaria	Análisis de mortalidad intrahospitalaria.	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo / Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo.	0,01639344	214	214	100%	100%	1,6%	SI

PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2022
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

					SEGUIMIENTO TRIMESTRAL						
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	No	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA INDICADORES	SEGUNDO TRIMESTRE						
					Ponderación	Numerador	Denominador	Resultado	Peso de Cumplimiento	Porcentaje	CUMPLIMIENTO SI / NO
	16	Mayor o igual a 80% aplicación de guía Crecimiento y Desarrollo	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía Crecimiento y Desarrollo	Número de historias clínicas 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/ Total de de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia	0,01639344	228	265	86%	100%	1,6%	SI
	17	Menor o igual a 0,3 el Reingresos de Urgencias	Reingreso por el Servicio de Urgencias	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Número Total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación.	0,01639344	5	25639	0,02%	100%	1,6%	SI
	18	Cumplir con la Oportunidad en la atención de las especialidades básicas en la subred. Medicina General:3 días Medicina Interna:15 Pediatria:5 Psiquiatria:11 Gineco obstétrica:8	Oportunidad en la Atención de Consulta de Medicina General (PGG)	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número Total de citas fecha de solicitud en el periodo objeto a evaluar / Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas en la vigencia objeto a evaluar.	0,01639344	231822	41566	5,577203	83%	2,0%	SI
			Oportunidad en la Atención de Consulta de Medicina Interna (PGG)	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación/ Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	0,01639344	15256	5175	2,948019	100%		
			Oportunidad en la Atención de Consulta de Pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación/ Número total de citas de Pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	0,01639344	22880	6784	3,372642	100%		
			Oportunidad en la Atención de Consulta de Psiquiatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio para ser atendido en la consulta de psiquiatría y a la fecha para la cual es asignada la cita, en la vigencia objeto de evaluación/ Número total de consultas de psiquiatría asignadas en la institución en la vigencia objeto de evaluación	0,01639344	9872	1484	6,652291	100%		

PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2022
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

					SEGUIMIENTO TRIMESTRAL						
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	No	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA INDICADORES	SEGUNDO TRIMESTRE						
					Ponderación	Numerador	Denominador	Resultado	Peso de Cumplimiento	Porcentaje	CUMPLIMIENTO SI / NO
			Oportunidad en la Atención de Consulta de Gineco obstétrica	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación/ Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	0,01639344	3783	799	4,734668	100%		
	19	Cumplir con la oportunidad en la atención de consulta de Urgencias Triage II.	Oportunidad en la Atención Consulta de Urgencias Triage II	Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como triage II y el momento en el cual es atendido en consulta de urgencias por médico / Número total de pacientes clasificados con triage II en un periodo determinado.	0,01639344	60782	2543	23.90169	100%	1,6%	SI
	20	Lograr un 95% de cumplimiento del PAMEC	Efectividad de la Auditoria Mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Relación de numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los Planes de Mejora del componentes de auditoria registrados en el PAMEC.	0,01639344	98	109	90%	95%	1,6%	SI
	21	*Mantener la acreditación de las USS San Juan y Nazarteñ. *Autoevaluación en la vigencia evaluada >=3,5	Mejoramiento continuo de la calidad para entidades no acreditadas.	Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia evaluada / promedio de la calificación de la autoevaluación de la Vigencia anterior.		N/A	N/A	N/A	N/A	0%	NA
	22	Cumplir como mínimo el 60% de los requisitos de Hospital Universitario.	Porcentaje de Implementación de requisitos de Hospital Universitario.	Numero de requisitos que se cumplen para Hospital Universitario en el periodo / Total de requisitos aplicables para hospital universitario en el mismo periodo x 100	0,01639344	4	15	27%	44%	0,7%	NA
	23	Gestionar al 100% los eventos adversos.	Proporción de vigilancia de eventos adversos	Numero total de eventos adversos detectados y gestionados / Número Total de eventos adversos detectados *100	0,01639344	325	325	100%	100%	1,6%	SI

PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2022
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

					SEGUIMIENTO TRIMESTRAL						
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	No	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA INDICADORES	SEGUNDO TRIMESTRE						
					Ponderación	Numerador	Denominador	Resultado	Peso de Cumplimiento	Porcentaje	CUMPLIMIENTO SI / NO
2. Alcanzar estándares superiores de calidad en salud, mediante la implementación de acciones progresivas que contribuyan al fortalecimiento del desempeño institucional y reconocimiento como Hospital Universitario de la Subred Sur E.S.E. Optimizando la atención centrada en los usuarios.	24	Mantener como mínimo en un 92% la Calificación del Índice de Desempeño Institucional en el Marco de las Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión	Resultados del Índice de Desempeño Institucional.	Rstados del Índice de Desempeño Institucional.	0,01639344	98,30%		98,3%	100%	1,6%	SI
	25	Cumplir con el avance de fortalecimiento de la infraestructura y dotación del Sector Salud Distrital. Operacionalizar el modelo de atención en salud Modelo AIS, mediante la ejecución de 7 proyectos para la modernización de la infraestructura hospitalaria.	Porcentaje de Cumplimiento del cronograma del convenio CAPS DANUBIO .	Numero de actividades del cronograma ejecutadas en el periodo / Numero de actividades del cronograma programadas en el periodo *100	0,01639344	7	11	64%	64%	0,0%	NO
			Porcentaje de Cumplimiento del cronograma del convenio CAPS MANUELA BELTRAN	Numero de actividades del cronograma ejecutadas en el periodo / Numero de actividades del cronograma programadas en el periodo *100	0,01639344	10	12	83%	83%		
			Porcentaje de Cumplimiento del cronograma del convenio CAPS CANDELARIA LA NUEVA	Numero de actividades del cronograma ejecutadas en el periodo / Numero de actividades del cronograma programadas en el periodo *100	0,01639344	7	19	37%	37%		
			Porcentaje de Cumplimiento del cronograma del convenio Adecuación CAPS TUNAL	Numero de actividades del cronograma ejecutadas en el periodo / Numero de actividades del cronograma programadas en el periodo *100	0,01639344	3	8	38%	38%		
			Porcentaje de Cumplimiento del cronograma del convenio Ampliación Servicio de Urgencias de la USS TUNAL	Numero de actividades del cronograma ejecutadas en el periodo / Numero de actividades del cronograma programadas en el periodo *100		N/A	N/A	N/A	N/A		
			Porcentaje de Cumplimiento del cronograma del convenio Adecuación y Terminación de la Torre II de la USS MEISSEN.	Numero de actividades del cronograma ejecutadas en el periodo / Numero de actividades del cronograma programadas en el periodo *100	0,01639344	5	5	100%	100%		
			Porcentaje de Cumplimiento del cronograma del convenio Construcción Nuevo Hospital de USME.	Numero de actividades del cronograma ejecutadas en el periodo / Numero de actividades del cronograma programadas en el periodo *100	0,01639344	13	13	100%	100%		
	26	Lograr un 95% de cumplimiento del Plan Estratégico de tecnologías de Información y Comunicación.	Porcentaje de avance en la implementación del Plan estratégico de Tecnologías de Información y Comunicación	(Número de actividades realizadas según cronograma establecido en el Plan para el periodo objeto de evaluación) / (Total de actividades programadas en el Plan según periodo objeto de evaluación) * 100	0,01639344	3	3	100%	100%	1,6%	SI

PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2022
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

					SEGUIMIENTO TRIMESTRAL						
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	No	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA INDICADORES	SEGUNDO TRIMESTRE						
					Ponderación	Numerador	Denominador	Resultado	Peso de Cumplimiento	Porcentaje	CUMPLIMIENTO SI / NO
	27	Mantener el 90% los sistemas de información para la gestión clínica, administrativa, financiera y aplicativos institucionales para la consolidación del modelo integral de salud.	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de los sistemas de información para la gestión clínica, administrativa, financiera y aplicativos institucionales. Cumplimiento del cronograma de los sistemas de información operativos para la gestión clínica, administrativa, financiera y aplicativos institucionales.	Número de Sistemas de Información operativos para el periodo objeto de evaluación / total de sistemas de información activos según periodo objeto de evaluación *100	0,01639344	1	1	100%	100%	1,6%	SI
	28	Lograr un 95% de cumplimiento del Plan de Transformación Digital	Porcentaje de avance en la implementación del Plan de Transformación Digital.	Número de actividades ejecutadas según cronograma establecido en el Plan de transformación digital para el periodo objeto de evaluación / Total de actividades programadas en el Plan de Transformación Digital según periodo objeto de evaluación * 100	0,01639344	7	7	100%	100%	1,6%	SI
	29	Lograr un 90% de cumplimiento del Plan Institucional de Archivos (PINAR)	Porcentaje de cumplimiento del la implementación del Plan Institucional de Archivos.	Número de actividades realizadas según cronograma establecido en el PINAR para el periodo objeto de evaluación/ total de actividades programadas en el PINAR en el mismo periodo objeto de evaluación *100	0,01639344	100%		100%	100%	1,6%	SI
	30	Cumplir al 30% la adherencia de los usos de herramientas y apropiación del conocimiento.	Porcentaje de herramientas estandarizadas de " adherencia y apropiación del conocimiento	Numero de herramientas estandarizadas de " adherencia y apropiación del conocimiento / total de herramientas seleccionadas para apropiación *100%	0,01639344	1	1	100%	100%	1,6%	SI
	31	Avanzar en un 40% en la construcción del Centro de Investigación de la Subred Sur.	Porcentaje de Cumplimiento de estándares aplicables al Centro de Investigación.	Numero de estándares aplicables que se cumplen para el Centro de Investigación / Total de estándares aplicables al Centro x 100	0,01639344	1	3	33%	100%	1,6%	SI
	32	Ejecutar al 100% los Indicadores de la Política de Gestión Ambiental.	Resultado de los indicadores de la Política de Gestión Ambiental	Resultado de los indicadores de la Política de Gestión Ambiental	0,01639344	5	5	100%	100%	1,6%	SI

PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2022
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

					SEGUIMIENTO TRIMESTRAL						
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	No	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA INDICADORES	SEGUNDO TRIMESTRE						
					Ponderación	Numerador	Denominador	Resultado	Peso de Cumplimiento	Porcentaje	CUMPLIMIENTO SI / NO
3. "Administrar adecuadamente, eficaz, eficiente y transparente los Recursos Financieros que conlleven a una Sostenibilidad Financiera de la Subred Sur que contribuyan en la Prestación Integral de Servicios".	33	Cero o variación negativa	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia objeto de evaluación B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia objeto de evaluación)- (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia anterior en valores constantes)]	0,01639344	0	0	0%	100%	1,6%	SI
	34	Resultado al 100% del equilibrio presupuestal con recaudo	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye valor recaudado de cuentas por cobrar de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de cuentas por pagar de vigencias anteriores)	0,01639344	\$ 553.874.130.529,00	\$ 631.049.918.318,00	88%	100%	1,6%	NA
	35	Mejorar la rotación de cartera menor o igual 200 días.	Rotación de cartera	(360 / (Valor de la facturación último año / Valor de la cartera actual))	0,01639344	360	2,609197441	137,9735	100%	1,6%	SI
	36	Mantener como mínimo una radicación del 98% de la facturación	Porcentaje de radicación en terminos.	Facturación radicada del periodo / Total de facturación generada en periodo *100	0,01639344	\$ 90.053.662.739,54	\$ 90.204.599.521,00	100%	100%	1,6%	SI

PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2022
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

					SEGUIMIENTO TRIMESTRAL						
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	No	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA INDICADORES	SEGUNDO TRIMESTRE						
					Ponderación	Numerador	Denominador	Resultado	Peso de Cumplimiento	Porcentaje	CUMPLIMIENTO SI / NO
	37	Resultado del indicador UVR < 0,90	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producido UVR	((Gasto de funcionamiento y operación comercial y de prestación de servicios comprometido en el año objeto de evaluación sin incluir cuentas por pagar / número de UVR producidas en la vigencia)/((Gasto de funcionamiento y operación comercial y de prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación sin incluir cuentas por pagar / número UVR producidas en la vigencia anterior).	0,01639344	(\$236.559.337.854/ 20.958.468) =11.287N/A	(\$232.972.879.378/ 21.568.546) =10.802	1,044899	20%	0,3%	NA
	38	Adquirir mínimo el 100% de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas, EGAT, . b) Compras a través de mecanismos electrónicos (Colombia compra eficiente Secop II)	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los mecanismos definidos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los mecanismos / valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada .	0,01639344	\$ 9.712.393.012,00	\$ 9.712.393.012,00	100%	100%	1,6%	SI
	39	Ingresos de la vigencia / Costos y Gastos = 1	Porcentaje de sostenibilidad de mis ingresos frente a mis costos y gastos totales. Porcentaje de los costos de personal y gastos generales sobre costos totales	(Sumatoria de los ingresos totales por centro de costos / (Total costos y gastos por centro de costos) * 100 (Sumatoria de costos de personal y gastos generales) / (Total costos de las Subredes) * 100	0,01639344	\$ 101.459.951.587,22	\$ 116.622.172.668,92	87%	87%	1,4%	NO
	40	Incrementar en un 4% la participación en la facturación de servicios de las fuentes diferentes a FFDS y Capital Salud EPS.	Porcentaje de incremento en los ingresos por fuentes diferentes al FFDS y Capital Salud	((Resultado de diferencia de Periodo actual de la facturación por fuentes diferentes al FFDS y Capital- Periodo Anterior de la facturación por fuentes diferentes al FFDS y Capital) / Valor total facturación por fuentes diferentes al FFDS y Capital Salud del periodo anterior) * 100	0,01639344	-\$ 3.701.853.645,32	\$ 22.757.540.041,23	-16%	0%	0,0%	NO
4. Fortalecer la Cultura Organizacional y el Crecimiento del Talento Humano a través del desarrollo de competencias laborales, que promuevan una cultura de servicio humanizado y de mejoramiento continuo facilitando la implementación del Modelo de Atención en	41	Lograr un 92% de cumplimiento del Plan Estratégico de Talento Humano	Porcentaje de Cumplimiento de los Componentes del Plan estratégico de Talento Humano.	Número de actividades ejecutadas del Plan Estratégico de Talento Humano en el periodo / Total de actividades del plan estratégico de Talento Humano programadas en el mismo periodo * 100	0,01639344	359	377	95%	100%	1,6%	SI
	42	Alcanzar un índice de satisfacción del cliente interno mayor o igual al 80%	Resultados de la encuesta de satisfacción del Cliente Interno	Resultados de la encuesta de satisfacción del Cliente Interno		N/A	N/A	N/A	N/A	0%	NA

					SEGUIMIENTO TRIMESTRAL							
					SEGUNDO TRIMESTRE							
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	No	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA INDICADORES	Ponderación	Numerador	Denominador	Resultado	Peso de Cumplimiento	Porcentaje	CUMPLIMIENTO SI / N	
5. Mantener los niveles de satisfacción de los Usuarios, Familia y Comunidad, desarrollando estrategias que promuevan los espacios de participación y fortalecimiento del Control Social a partir del modelo de atención en red.	43	Mantener el Índice de satisfacción mayor o = al 98%	Indice de satisfacción global del usuario	(Número de usuarios satisfechos en el periodo objeto de evaluación) / (Total de Usuarios encuestados según periodo objeto de evaluación) * 100	0,01639344	6821	6925	98%	100%	1,6%	SI	
	44	Disminuir en un 2% La tasa de PQRS generadas por Acceso, Oportunidad y Deshumanización respecto de la vigencia anterior.	Porcentaje de disminución de la tasa de PQRS relacionadas con Acceso, Oportunidad y Deshumanización	Tasa PQRS vigencia actual - Tasa PQRS vigencia anterior / Tasa PQRS Vigencia Anterior *100	0,01639344	-6	23	-26%	100%	1,6%	SI	
	45	Ejecutar al 100% el programa de Humanización Institucional	Porcentaje de cumplimiento de la implementación del programa de Humanización.	Número de actividades ejecutadas del Programa de Humanización / Total de actividades programadas en la vigencia *100	0,01639344	7	7	100%	100%	1,6%	SI	
	46	Fortalecer los conocimientos al 60% de los líderes que hacen parte de las formas e instancias de participación y veedurías ciudadanas (control Social)	Cobertura de líderes capacitados en temas de los ejes de la Política de Participación en salud.	Numero de líderes capacitados y con conocimiento en temas de control social en el periodo / Total de líderes programados para recibir capacitación en temas de control social en el mismo periodo * 100%	0,01639344	52	52	100%	100%	1,6%	SI	
					100%						90,24%	
					Elaboró: John Jairo Vásquez Herrera - Referente Direccionamiento Estratégico							
					Aprobó: Gloria Libia Polanía Aguillón - Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional.							
Nota: La siguiente matriz corresponde a la medición según resolución 408 de 2018, que indica la medición al cumplimiento del número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación, sobre número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación, y no sobre el número de indicadores.					Fecha: 18 de agosto 2022							