Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

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

BOGOTÁ

					SEGUIMIENTO TRIMESTRAL						
					CUARTO TRIMESTRE						
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	No	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA INDICADORES	Ponderación	Numerador	Denominador	Resultado	Peso de Cumplimiento	Porcentaje	CUMPLIMIENTO SI / NO
	1	Lograr un cumplimiento ≥ 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 Secretaria Distrital de Salud.	Porcentaje de Implementación de las actividades que Correspondan para la actualización y desplieguedel Modelo de Atención primaria en Salud según lineamientos de la Secretaria 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 Secretaria 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%	0,01694915	7	7	100%	100%	2%	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.	Número 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	0,01694915	18	18	100%	100%	2%	SI
	3	Implementar en un 90% el Modelo de Atención en Salud Rural en la Subred.	Porcentaje de Implementacion del Modelo de atencion 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 I/Total de población de ruralidad asignada a la unidad *100	0,01694915	2515	2691	93%	100%	2%	SI
	4	Mantener por debajo de 2,1 % el indice 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%	0,01694915	85	14390	0,6%	100%	2%	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	0,01694915	560	681	82%	87%	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	0,01694915	699	681	100%	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	0,01694915	708	1074	66%	69%		
			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	0,01694915	810	765	100%	100%		
	6	Cumplir al 100% con las acciones del Plan de trabajo "Respuesta ante la emergencia COVID-19"definido para la vigencia.	Porcentaje de cumplimento 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	0,01694915	30	30	100%	100%	2%	SI
			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 dias siguientes a la terminación del embarazo, /Numero de Nacidos Vivos en el mismo periodo* 100.000	0,01694915	0	387	0%	100%		SI
			Porcentaje de cumplimiento de Indicadores Trazadores: Incidencia de Sifilis 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	0,01694915	0	387	0%	100%		

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 – CUARTO 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.	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: 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	0,01694915	0	50272	0%	100%	2%	SI
			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 la Subred hace mas de 6 meses / Numero de Nacidos Vivos en el mismo periodo* 1,000	0,01694915	1	387	2,583979	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	0,01694915	0	50272	0%	100%		
			Porcentaje de cumplimiento de Indicadores Trazadores. Tasa de Mortalidad Perinatal	Número de defunciones fetales + neonatales tempranas (22 semanas de gestacion hasta 7 dias de nacido), evitables atribuibles a la atencion 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	0,01694915	0	387	0%	100%		
	8	Atender el 100% de las victimas de violencia, incorporando a la Ruta de Violencia definida por la subred.	Porcentaje de atención a Victimas acorde a la Ruta de violencia.	Numero de usuarios con cumplimento 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 in gresaron a la ruta *100	0,01694915	353	353	100%	100%	2%	
	9	Captar el 75% de las gestantes antes de la semana 12.	Porcentaje de captacion Temprana de gestantes antes de la semana 12 al control prenatal	Número de mujees gestantes a quien se les realizo 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	0,01694915	351	506	69%	92%	2%	SI
	10	Mayor o igual a 90% en la aplicación de guía de hemorragias III	Evaluación de aplicación de guia de manejo especifica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	Número de historias clinicas 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 clinicas auditadas de la mes con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación.	0,01694915	52	55	95%	100%	2%	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 clinicas 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 clinicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia.	0,01694915	204	217	94%	100%	2%	SI

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

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

BOGOTÁ

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	No	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA INDICADORES	SEGUIMIENTO TRIMESTRAL – CUARTO TRIMESTRE						
					Ponderación	Numerador	Denominador	Resultado	Peso de Cumplimiento	Porcentaje	CUMPLIMIENTO SI / NO
	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	0,01694915	146	149	98%	100%	2%	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.	0,01694915	0	0	0%	100%	2%	SI
	14	Mayor o igual a 90% en la oportunidad de pacientes con IAM	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnostico 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	0,01694915	43	43	100%	100%	2%	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.	0,01694915	252	252	100%	100%	2%	SI
	16	Mayor o igual a 80% aplicación de guia Crecimiento y Desarrollo	Evaluacion de aplicación de guia de manejo específica: Guia Crecimiento y Desarrollo	Número de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplico estrictamente la Guia tecnica para la deteción 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	0,01694915	235	264	89%	100%	2%	SI
	17	Menor o igual a 0,3 el Reigresos de Urgencias	Reingreso por el Servicio de Urgencias	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgenicas en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnótico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Numero Total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación.	0,01694915	7	35204	0,02%	100%	2%	SI
		Cumplir con la Oportunidad en la atención de las especialidades básicas en la subred.	Oportunidad en la Atención de Consulta de Medicina General (PGG)	Sumatoria de la diferencia de dias calendarios entre la fecha que se asignó la cita d emedicina general de primera vez yla fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluacion / 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.	0,01694915	84844	18650	4,549276	48%	1%	
			Oportunidad en la Atención de Consulta de Medicina Interna (PGG)	Sumatoria de la diferencia de dias 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	0,01694915	4884	2228	2,192101	100%	2%	

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

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

BOGOTÁ

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	No	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA INDICADORES	SEGUIMIENTO TRIMESTRAL – CUARTO TRIMESTRE						
					Ponderación	Numerador	Denominador	Resultado	Peso de Cumplimiento	Porcentaje	CUMPLIMIENTO SI / NO
	18	Medicina General 3 días Médicina Interna:15 Pediatria:5 Psiquiatria:11 Gineco obstétrica:8	Oportunidad en la Atención de Consulta de Pediatria	Sumatoria de la diferencia de dias calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Pediatria de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación/ Número total de citas de Pediatria de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	0,01694915	10988	3847	2,856252	100%	2%	SI
			Oportunidad en la Atención de Consulta de Psiquiatria	Sumatoria de la diferencia de dias calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por culaquier medio para ser atendido en la consulta de psiquiatria y a la fecha para la cual es asignada la cita, en la vigencia objeto de evaluación/ Número total de consultas de psiquiatria asignadas en la isntitución en la vigencia objeto de evaluación	0,01694915	4064	1205	3,372614	100%	2%	
			Oportunidad en la Atención de Consulta de Gineco obstétrica	Sumatoria de la diferencia de dias 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	0,01694915	6481	1676	3,866945	100%	2%	
	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.	0,01694915	27573	2210	12,47647	100%	2%	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 resgistrados en el PAMEC.	0,01694915	322	325	99%	100%	2%	SI
	21	*Mantener la acreditacion de las USS San Juan y Nazarteh. *Autoevaluacion en la vigencia evaluada >=3,5	Mejoramiento continuo de la calidad para entidades no acreditadas.	Promedio de la calificación de autoevalaución de la vigencia evaluada / promedio de la calificación de la autoevalución de la Vigencia anterior.		N/A	N/A	N/A	N/A	0%	NA
	22	Cumplir como mínimo el 60% de los 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	0,01694915	9	15	60%	100%	2%	NA
	23	Gestionar al 100% los eventos adversos.	Proporción de vigilancia de eventos adversos	Numero total de eventos adversos detectados y gestionados / NúmeroTotal de eventos adversos detectados *100	0,01694915	290	290	100%	100%	2%	SI
	24	Mantener como mínimo en un 92% la Calificación del Indice de Desempeño Institucional en el Marco de las Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión	Resultados del Indice de Desempeño Institucional.	Rsultados del Indice de Desempeño Institucional.		N/A	N/A	N/A	N/A	0%	NA
	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,	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	0,01694915	22	25	88%	88%	2%	SI
			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		N/A	N/A	N/A	N/A		
			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	0,01694915	11	11	100%	100%		
			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	0,01694915	15	16	94%	94%		

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

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

BOGOTÁ

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	No	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA INDICADORES	SEGUIMIENTO TRIMESTRAL – CUARTO 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.		mediante la ejecución de 7 proyectos para la modernización de la infraestructura hospitalaria.	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		N/A	N/A	N/A	N/A		
			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	0,01694915	10	11	91%	91%		
	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 período objeto de evaluación) * 100	0,01694915	6	6	100%	100%	2%	SI
	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 período objeto de evaluación *100	0,01694915	1	1	100%	100%	2%	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	0,01694915	5	5	100%	100%	2%	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	0,01694915	100%		100%	100%	2%	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%	0,01694915	2	2	100%	100%	2%	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	0,01694915	1,88	3	63%	100%	2%	SI
	32	Ejecutar al 100% los Indicadores de la Politica de Gestión Ambiental.	Resultado de los indicadores de la Politica de Gestión Ambiental	Resultado de los indicadores de la Politica de Gestión Ambiental	0,01694915	5	5	100%	100%	2%	SI
	33	Cero o variación negativa	Monto de la deuda superior a 30 dias 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 dias 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 dias 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 dias 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)]	0,01694915	0	0	0%	100%	2%	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 CUARTO 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".	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)	0,01694915	$ 920.163.214.435,00	$ 843.678.183.216,00	109%	100%	0%	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)	0,01694915	360	3,736066987	96,35802	100%	2%	SI
	36	Mantener como mínimo una radicación del 98% de la facturacion	Porcentaje de radicación en terminos.	Facturación radicada del periodo / Total de facturación generada en periodo *100	0,01694915	$ 87.218.582.804,00	$ 86.444.856.658,00	101%	100%	2%	SI
	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).	0,01694915	10465,74928	10555,13246	N/A	N/A	0%	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 delos mecanismos / valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada	0,01694915	$ 12.358.658.909,00	$ 12.358.658.909,00	100%	100%	2%	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	0,01694915	$ 100.043.457.814,31	$ 109.182.575.484,75	92%	92%	2%	SI
	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	0,01694915	$ 1.375.035.698,54	$ 18.695.777.955,00	7%	100%	2%	SI
4. Fortalecer la Cultura Organizacional y el Crecimiento del Talento Humano a través del desarrollo de competencias laborares, que promuevan una cultura de servicio	41	Lograr un 92% de cumplimiento del Plan Estratégico deTalento 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 período / Total de actividades del plan estratégico de Talentoto Humano programadas en el mismo período * 100	0,01694915	328	343	96%	100%	2%	SI
	42	Alcanzar un Indice 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	0,01694915	6154	6517	94%	100%	2%	SI
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 Indice 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	0,01694915	6578	6608	100%	100%	2%	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	0,01694915	-3	52	-6%	100%	2%	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	0,01694915	21	21	100%	100%	2%	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%	0,01694915	15	15	100%	100%	2%	SI

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

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

BOGOTÁ

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	No	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA INDICADORES	SEGUIMIENTO TRIMESTRAL CUARTO TRIMESTRE						
					Ponderación	Numerador	Denominador	Resultado	Peso de Cumplimiento	Porcentaje	CUMPLIMIENTO SI / NO
					100%					97,56%	

Elaboró: John Jairo Vásquez Herrera - Referente Direccionamiento Estratégico

Aprobó: Gloria Libia Polania Aguillón - Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

Fecha: 24 de febrero 2023

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.