

Al contestar cite  
20221100029031



Tunja, Agosto del 2022

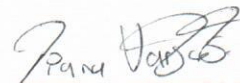
Doctor  
**YAMIT NOE HURTADO NEIRA**  
Gerente  
**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**  
Ciudad

**Ref. Informe de evaluación de gestión plan operativo anual por procesos Segundo Trimestre de 2022.**

Cordial saludo Dr. Yamit


En cumplimiento a la resolución interna 222 de 2021, y de conformidad con las funciones legales y de planeación de la oficina de control interno, me permito adjuntar el Informe de Evaluación de gestión plan operativo anual por procesos, correspondiente al segundo trimestre de 2022, para su conocimiento y acciones a que haya a lugar.

Atentamente,

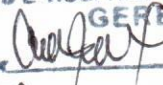


**DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ**  
Asesora Control Interno  
E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Anexo Informe 21 folios.  
C.C Oficina Asesora Desarrollo de servicios, Subgerencias y procesos intervinientes.



**E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA**  
**GERENCIA**

Recibido por 

Hora 14:10 Día 02

Mes Septi Año 2022

**INFORME DE SEGUIMIENTO A PLAN OPERATIVO ANUAL POR PROCESOS DE LA E.S.E  
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**

**II TRIMESTRE DE 2022**

1

**Elaborado por:  
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

**Tunja, agosto de 2022**



Carrera 11 No. 27-27  
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)  
[Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co](mailto:Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co)





## OBJETIVO

Verificar el nivel de cumplimiento en las metas planteadas por cada uno de los planes operativos vigentes, derivados del Plan de Desarrollo «EN EL SAN RAFA TRAJAMOS CON EL ALMA».

## AREAS / PROCESOS INVOLUCRADOS EN LA EVALUACIÓN

Humanización, Gestión Quirúrgica, Gestión de calidad, Gestión clínica, Gestión financiera, Facturación, Auditoría de cuentas, Gestión jurídica, Seguridad del paciente, costos, planeación, TICS, mantenimiento, Biomédica, Talento Humano, Gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, Farmacia, Gestión académica.

## METODOLOGÍA

- ✓ Inspección revisión y verificación de información
- ✓ Acudir a las fuentes primarias de información, y aplicar los indicadores de resultado propuestos.

## INTRODUCCION

En concordancia con la Plataforma estratégica de la entidad, aprobada mediante Acuerdo No. 007 de julio de 2020, en la cual se encuentran enmarcadas la misión, visión, principios y valores instituciones, objetivos institucionales y los nueve pilares estratégicos de la entidad, el Plan operativo anual se constituye como un instrumento fundamental para asegurar la real y efectiva ejecución de los pilares de la institución, buscando mediante un proceso participativo determinar las acciones necesarias para la consecución de los objetivos institucionales estratégicos; en esencia busca el fortalecimiento de los procesos y su mejoramiento continuo orientado al crecimiento institucional. Así mismo, se constituye en un instrumento que apoya el proceso de planificación de la entidad articulando las acciones de la institución a su misión y objetivos, permitiendo la identificación sistemática de objetivos institucionales, metas, resultados esperados, indicadores, actividades y recursos específicos para el logro de los compromisos institucionales y cumplimiento gradual de los objetivos, a través de las estrategias que se articulan en los pilares y programas estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional 2020 - 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

Asimismo la entidad tiene la Resolución 222 del 2021 en la cual se define los mecanismos de planeación, Evaluación y rendición de informes de Gestión y en su artículo 5 define « Evaluación planes operativos por control interno: Con base a la autoevaluación que se remita en cada periodo, la Oficina de control interno entra a verificar los soportes y evidencias para todos los planes operativos y así definir la calificación y semaforización definitiva. Una vez culmine dicha calificación, la oficina de control interno rendirá informe escrito a la gerencia con copia a las subgerencia de servicios de salud, administrativa y financiera y la oficina asesora de desarrollo y servicios.





## I. RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2022 DEL PLAN OPERATIVO ANUAL:

Se determinó una escala para la valoración de los resultados por cada POA, de acuerdo a los siguientes criterios de calificación.

CRITERIOS DE CALIFICACION	
Rangos de Evaluación. Los rangos establecidos de medición de acuerdo a la Resolución Interna No. 107 de 2018 es la siguiente escala cromática:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entre 80% y 100% código cromático verde.</li> <li>➤ Entre 60% y menos de 79.9% código cromático amarillo.</li> <li>➤ Menor del 60% código cromático rojo.</li> </ul>	
Valoración de las franjas cromáticas:	
<b>Rojo:</b> Con rango entre 1% y 59.9% es un cumplimiento crítico en las metas evaluadas con deficiencias que deben ser atendidas en un plan de acciones correctivas para una mejora inmediata de la gestión.	
<b>Amarillo:</b> Con rango entre 60% y 79.9% representa una manifestación que los aspectos evaluados están desarrollando un proceso de aplicación con tendencia al fortalecimiento aunque con algunas debilidades si el porcentaje se ubica en un valor debajo del 70%. Si los resultados se ubican en el límite inferior de 60% se recomienda trabajar con énfasis en un plan de acción correctivo para su mejoramiento.	
<b>Verde:</b> Si el rango se encuentra entre el 80% y el 100%, indica una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y se cumple con la meta propuesta.	

Fuente: Resolución 222 del 2021

A continuación, se presentan los resultados de la verificación y evaluación del primer Semestre de 2022 de los planes operativos, de conformidad con la resolución interna 222 de 2021, con el propósito de avanzar en el fortalecimiento de los ejes estratégicos planteados en el plan de desarrollo 2020 - 2024, obteniendo como resultado lo siguiente:

PLAN OPERATIVO ANUAL 2022			
<b>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</b> <b>95%</b>	<b>SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD</b> <b>80%</b>	<b>OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS</b> <b>93%</b>	
Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF) <b>78%</b>	Modelo de atención articulado con los procesos institucionales, generando una implementación oportuna, pertinente, segura e integral para el Usuario y su familia. <b>100%</b>	Programa de Gestión y Desempeño Institucional <b>95%</b>	
Programa Gestión de Sistema de Costos <b>100%</b>	Programa de Seguridad del Paciente bajo el enfoque de adaptación y mitigación de riesgos. <b>96%</b>	Programa de gestión de integración del sistema de información. <b>100%</b>	
Fortalecimiento de la gestión del riesgo y prevención del daño antijurídico de la entidad <b>100%</b>	Programa integral de alta complejidad y seguimiento comunitario. <b>46%</b>	Programa de Gestión de tecnología y dotación Hospitalaria. <b>100%</b>	
Programa de adecuación y mejoramiento de infraestructura física <b>100%</b>	Buenas practicas de elaboración y Manufactura <b>98%</b>	Sistema de Gestión Ambiental <b>100%</b>	
Programa de Gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia. <b>100%</b>	Programa de Humanización que involucre la sensibilización del talento humano con enfoque tanto para cliente interno <b>100%</b>	Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo <b>100%</b>	
		Sistema de Gestión de la Calidad <b>100%</b>	
		Proyectos de investigación competitiva a nivel regional y Nacional impactando positivamente el Fortalecimiento de la F.S.E Hospital Universitario San Rafael De Tunja y su zona de influencia. <b>90%</b>	
		Fortalecer la implementación del proceso de acreditación frente al despliegue y aplicación del enfoque y extensión a los clientes interno <b>55%</b>	
<b>2do TRIMESTRE</b>			<b>92%</b>

3

23



## 1. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

### 1.1 PROGRAMA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LOS RECURSOS FINANCIEROS (PEGIF)

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE ACUMULADO II TRIM 2022
Crecimiento UVR	$\text{UVR acumulada periodo actual} / \text{UVR acumulada periodo anterior} - 1)$	"= Al AÑO ANTERIOR	100%
% Incremento en la utilización de Quirófano	$\% \text{ de Utilización Quirófano vigencia actual} / \% \text{ de Utilización Quirófano vigencia anterior} - 1)$	$\geq 0,00$	100%
Incremento en la facturación neta de la vigencia	$\text{Facturación neta de la vigencia} / \text{Facturación neta de vigencia anterior} - 1)$	$\geq$ A 17,168,515,905 MES	100%
Identificación e Intervención de Hallazgos en Auditoría pre radicación	$\text{Inconsistencias intervenidas} / \text{Total de inconsistencias halladas}$	$\geq 80\%$	100%
Utilización de la capacidad instalada	$\text{Capacidad instalada utilizada} / \text{Total capacidad instalada disponible}$	$\geq 90\%$	100%
Ingreso reconocido por venta de servicios de Salud por UVR	$\text{Total facturación reconocida} / \text{Número de UVR producidas}$	$\geq$ mismo periodo vigencia anterior	100%
Gasto por UVR producida	$\text{Gasto de funcionamiento} + \text{de operación comercial y prestación de servicios} / \text{Número de UVR producidas}$	$\leq$ mismo periodo vigencia anterior	100%
Gasto de personal por UVR producida	$\text{Gasto de personal (de planta + remuneración servicios técnicos)} / \text{Número de UVR producidas}$	$\leq$ al periodo vigencia anterior	0%
Equilibrio con reconocimiento total	$\text{Total reconocimiento} / \text{Total gasto comprometido}$	$> 1$	100%
Equilibrio con recaudo total	$\text{Total recaudo} / \text{Total gasto comprometido}$	$> 1$	0%
Oportunidad en la respuesta de glosa inicial	$\text{Total facturas con glosa que cuentan con respuesta oportuna} / \text{Total de facturas notificadas con glosa inicial en la vigencia}$	$> 90\%$	100%
Participación de la Glosa inicial y devoluciones pendientes en el total de la cartera	$\text{Total de glosas pendientes de conciliar entre las partes} + \text{Devoluciones pendientes de reconocimiento de pago} / \text{Total Cartera}$	$\leq 30\%$	100%

4



Aceptación de Glosa de la vigencia	Valor de Glosa neta final aceptada de la vigencia / Facturado en la vigencia	<4%	100%
Cumplimiento en pago de vigencias anteriores	Total de pagos de cuentas por pagar de vigencias anteriores / Total cuentas por pagar vigencias anteriores	100%	82%
Superavit o Déficit presupuestal	Total ingreso reconocido - Total gasto comprometido	>1	100%
Calculo del índice de Riesgo	Superavit o Déficit operacional Total / Ingresos operacionales totales recaudados	>=0,00	0%
Incremento Recaudado de cartera	Valor recaudado trimestre vigencia actual / Valor recaudado trimestre vigencia anterior	>=10%	0%
Cumplimiento del artículo 22 "Cobro Persuasivo" de la Resolución 072 de 2020 Manual Interno de recaudo de Cartera	Total Informes trimestrales presentados / Total Informes presentados exigibles	100%	100%

### ANALISIS DE INDICADORES

- **Crecimiento UVR:** El proceso mostró los resultados de la medición del indicador del Programa PEGIF, denominado Crecimiento en UVR, el cual muestra que el incremento en la productividad de la entidad, se mantiene dando cumplimiento a la meta propuesta para el periodo en seguimiento, en comparación con la UVR acumulada del periodo anterior.
- **% Incremento en la utilización de Quirófano:** Se dio cumplimiento al indicador denominado Incremento en la utilización de Quirófano, el cual muestra la mejor utilización de la capacidad instalada para incrementar la oportunidad, representando en la comparación entre la utilización del quirófano periodo actual frente al periodo anterior.
- **Incremento en la facturación neta de la vigencia:** Se logró incrementar la facturación neta de los servicios de salud prestados por la entidad comparados frente a la vigencia anterior, cumpliendo con lo establecido en el Programa Gestión Institucional de los Recursos Financieros para la vigencia 2022.
- **Identificación e Intervención de Hallazgos en Auditoria pre radicación:** Se evidenció cumplimiento de la meta para el periodo en seguimiento según la meta establecida en el programa PEGIF, a través del cual se logró la medición de los hallazgos intervenidos a través de planes de mejora en el proceso de facturación y prestación e servicios de la entidad.
- **Utilización de la capacidad instalada:** Teniendo en cuenta el promedio de ocupación referenciado de 133% se evidencia cumplimiento en la medición de la meta propuesta como medición para la utilización de la capacidad instalada, para el primer semestre de la vigencia 2022.

B



Carrera 11 No. 27-27  
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co  
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co





- Ingreso reconocido por venta de servicios de Salud por UVR: Debido al resultado de -1% obtenido al determinar cuántos ingresos está generando la entidad por cada UVR producida obtenida en 2021 en relación a las producidas en 2022, se alcanzó un cumplimiento del 99% evidenciado a través de lo reportado por el área Financiera, para el primer semestre de la actual vigencia objeto del seguimiento.
- Gasto por UVR producida: Evidenciado a través de la medición del indicador Gasto por UVR producida, establecido como instrumento de seguimiento dentro del Programa PEGIF, se estableció que el área encargada dio cumplimiento a la meta establecida y con un mayor nivel de producción de UVR se registró una disminución en el gasto obligado, mostrando una optimización de recursos en la entidad para el periodo objeto de seguimiento.
- Gasto de personal por UVR producida: El indicador Gasto de personal por UVR producida, representa una herramienta de medición del uso eficiente del recurso humano dentro de la institución, mostrando que a mayor nivel de producción de UVR debe existir un menor nivel de gasto de personal representando mejor uso de los recursos, sin embargo para el periodo de seguimiento no se alcanzó el cumplimiento de la meta, disminuyendo el indicador frente a la vigencia anterior, por ende la entidad deberá tomar medidas que garanticen al final del periodo alcanzar lo proyectado con el fin de dar cumplimiento al POA vigencia 2022 en el marco del alcance de los objetivos propuestos en el Plan de desarrollo.
- Equilibrio con reconocimiento total: Se dio cumplimiento a la meta establecida en el programa PEGIF, para el periodo en seguimiento.
- Equilibrio con recaudo total: Se verificaron los datos reportados para el periodo en seguimiento, evidenciando que la entidad no logro e recaudo suficiente para operar en condiciones de equilibrio frente al gasto comprometido, razón por la cual se registran cuentas por pagar, esta situación refleja que no se dio cumplimiento a la meta establecida y que es necesario continuar con las acciones de cobro que mejoren el flujo de efectivo y garanticen disminuir las brechas entre el total de recaudo frente al total de gasto comprometido.
- Oportunidad en la respuesta de glosa inicial: Se logró el 100% del cumplimiento de la meta , evidenciando la gestión realizada por las áreas responsables frente al trámite de glosa en los términos establecidos por la normatividad aplicable, situación evidenciada también a través de los comités de cartera.
- Participación de la Glosa inicial y devoluciones pendientes en el total de la cartera: Teniendo en cuenta que el porcentaje de participación de la glosa inicial y las devoluciones frente al total de la cartera es del 12% para el periodo sujeto a seguimiento, el área financiera dio cumplimiento a la meta establecida.
- Aceptación de Glosa de la vigencia: Se dio cumplimiento a la meta proyectada como herramienta para el cumplimiento de los objetivos propuestos dentro del Plan de desarrollo a través del cual se evidencia el porcentaje de aceptación frente a las glosas.





- Cumplimiento en pago de vigencias anteriores: El porcentaje de avance parcial alto y demuestra las gestiones realizadas, sin embargo no da cumplimiento a la meta propuesta, por esto se recomienda aumentar las acciones que permitan alcanzar el objetivo propuesto para la vigencia.
- Superavit o Déficit presupuestal: Se dio cumplimiento a la meta establecida, indicador medido a través del total ingresos reconocidos menos el total de gasto comprometido.
- Cálculo del índice de Riesgo: No se dio cumplimiento a la meta establecida, lo cual evidencia que la entidad está presentando desequilibrio y el proceso sugiere a través del análisis del indicador, reducir gastos con el fin de mitigar la necesidad de liquidez y disminuir la presión de los gastos y costos fijos que la prestación del servicio requiere.
- Incremento Recaudo de cartera: El proceso de cartera referenció que en que el primer trimestre del 2022 el ingreso fue de \$ 34.247.867.161 y para el mismo periodo del 2022 de reportó ingreso por \$ 40.745.516.459 obteniendo una proporción del 119% reflejando cumplimiento en el aumento del recaudo, sin embargo para el segundo trimestre de 2022 el recaudo en relación al mismo periodo de la vigencia anterior fue inferior principalmente porque para la vigencia 2021 se logró compra de cartera que para la vigencia actual no fue posible. En el acumulado de 2022 el recaudo fue de un 97% de lo obtenido en el 2021. Teniendo en cuenta lo anterior se requiere que el proceso actualice el Programa Pegif y se realice su respectiva socialización y cargue en el Módulo Daruma el cual se identifica con código AF-PG-01 ya que el indicador propuesto no se encuentra dentro del ítem de Seguimiento y medición propuesto por el área Financiera, adicionalmente de ser necesario se recomienda revisar y replantear la meta fijada en la matriz POA de tal manera que permita manejar dinámicamente los factores que afectan el recaudo y se armonice con lo planteado en el Plan Financiero de la entidad, de tal manera que la edición de este refleje la realidad de la gestión de recaudo realizada por el proceso.
- Cumplimiento del artículo 22 "Cobro Persuasivo" de la Resolución 072 de 2020 Manual Interno de recaudo de Cartera: Se evidencio informe trimestral correspondiente a los meses de abril a junio de la presente vigencia con la Gestión de Cobro Persuasivo presentada por el área de cartera, dando cumplimiento a la meta planteada. Se recomienda continuar con el seguimiento a estas acciones de cobro con el fin de surtir el proceso a cabalidad y garantizar que se mejore el recaudo de la entidad.

7

CUMPLIMIENTO DE AVANCE	Total indicadores que superan la meta/ Total indicadores el programa por vigencia (14/19)*100	META 2022	ESTADO
	78%	90%	NO CUMPLE

La fórmula del indicador reflejada en la matriz allegada por el área financiera propone como meta un resultado mayor o igual 85% de los indicadores que superen la meta y refleja un % de cumplimiento del 91%, la cual según se verificó alcanzó un 78% de ejecución teniendo en cuenta que de 18 indicadores, 14 cumplieron. Sin embargo no se encontró que el programa establezca que la meta para la evaluación se deba medir sobre el 85%, por el contrario la meta fijada para la vigencia 2022, es que se cumpla con un avance del 90%.





Adicionalmente, el Programa AF-PG-01 dentro del numeral de Seguimiento y medición, propone indicadores que no fueron medidos por el proceso como son ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCION DE LA POLITICA DE PREVENCION DEL DAÑO ANTIJURIDICO Y EVIDENCIA DE SOCIALIZACION, INFORME DE SEGUIMIENTO POLITICA DE PREVENCION DEL DAÑO ANTIJURIDICO, ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA RIESGO JURIDICO IDENTIFICADO y PROGRAMA ACTUALIZADO, por esto se recomienda revisar y ajustar el Programa de Gestión Institucional de los Recursos Financieros (PEGIF), actualizándolo a las necesidades y requerimientos que permitan que el Eje del Plan de Desarrollo denominado GESTION DEL RIESGO, alcance su objetivo de «Garantizar la gestión de los recursos que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización».

### 1.2 PROGRAMA GESTIÓN DE SISTEMA DE COSTOS.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE II TRIMESTRE
Seguimiento trimestral al comportamiento de los centros de costos	Total informes trimestrales de costos evaluados / Total trimestres de la vigencia	100%	100%
Acto Administrativo de Actualización de Estructura de Costos	Acto Administrativo de Actualización de Estructura de costos /Acto Administrativo de Estructura de costos por Actualizar	100%	100%
Parametrización de Centros de Costos	Acciones incluidas en el plan de trabajo con cumplimiento / Acciones incluidas en el plan de trabajo	100%	100%

8

CUMPLIMIENTO DE AVANCE ACUMULADO DE LA VIGENCIA	100 %	META 2022	ESTADO
		80%	CUMPLE

#### ANALISIS DE INDICADORES

Se tiene establecido Programa Gestión de Sistema de Costos identificado con Código AF-PG-02, a través del cual se señalan las directrices de seguimiento y medición para el cumplimiento del Eje establecido en el Plan de Desarrollo denominado Gestión del riesgo a través del cual se garantizar la gestión de los recursos que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la entidad. Para el seguimiento y medición de este programa se estableció para la vigencia 2022 realizarlo a través de 3 indicadores que son:

- Seguimiento trimestral al comportamiento de los centros de costo: El proceso responsable trimestralmente realiza informe de seguimiento el cual es socializado con los diferentes procesos de la entidad, donde se muestra comportamiento histórico de los centros de costos administrativos y asistenciales, además de reflejar nivel de rentabilidad y comparativos frente al costo total de cada periodo.
- Acto administrativo de actualización de estructura de costos: Se allego como evidencia la Resolución 248 del 14 de junio de 2022 "Por medio de la cual, se deroga la resolución 121 del 06





de junio de 2018 y se actualiza la estructura de costos, por parte de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja", dando cumplimiento a los establecido en el indicador.

- Parametrización de centros de costos, se evidencia a través del informe cumplimiento al indicador.

Teniendo en cuenta la evidencia soportada por el proceso responsable se evidencio que se dio cumplimiento a las metas establecidas para el periodo en seguimiento y se recomienda continuar fortaleciendo la ejecución de las actividades de tal manera que se garantice el cumplimiento de las metas para la actual vigencia.

### 1.3 FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO DE LA ENTIDAD.

9

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE II TRIMESTRE
Línea base del programa de prevención de daño antijurídico HUSRT	Definición línea base del programa de prevención de Daño Antijurídico	100%	100%
Cumplimiento actividades del programa de gestión del riesgo y prevención de daño antijurídico contenidas en el manual de daño antijurídico	# Actividades ejecutadas del Programa de Gestión del Riesgo y prevención de daño antijurídico / # Actividades programadas del Programa de Gestión del Riesgo y prevención de daño antijurídico	90%	N.A.
Medición del impacto de adherencia a guías, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de la línea base del programa	Informe jurídico que contendrá recomendaciones, cuando sea el caso, respecto del impacto de la adherencia o no a guías, con relación a los tres servicios mayormente involucrados en procesos judiciales, conforme a la línea base del programa	100%	100%
Medición del impacto de la gestión de eventos adversos, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de línea base del programa	Informe jurídico que contendrá recomendaciones, cuando sea el caso, respecto del impacto de la gestión de los eventos adversos, en relación con los tres servicios mayormente involucrados en procesos judiciales, conforme a la línea base del programa	100%	100%

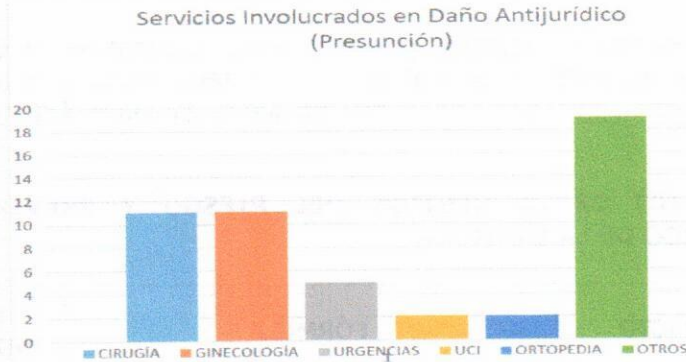
CUMPLIMIENTO DE AVANCE PARCIAL	100%	META 2022	ESTADO
		60%	CUMPLE

El proceso tiene establecido Programa denominado Gestión del Riesgo y Prevención de daño antijurídico, a través del cual se establecieron los indicadores y productos de medición de cumplimiento de este, razón por la cual se presentó como evidencia: Informe de Evaluación del impacto jurídico respecto de la no adherencia a guías de manejo clínico y la no adherencia a protocolos que generan eventos adversos con relación a los tres servicios mayormente involucrados en procesos judiciales en el cual se recomendó





revisión de la herramienta de recolección de información a fin de corregir los errores presentados, Adicionalmente, la oficina jurídica evidencio matriz de identificación de la línea base propuesta con análisis de 50 ítems de los procesos activos con alguna presunta responsabilidad médica.



Fuente: Informe Gestion Programa de Prevencion Daño Antijurídico

10

Se recomienda continuar con la ejecución de las actividades propuestas con el fin de dar cumplimiento al objetivo de resolver o mitigar las causas primarias que puedan ocasionar daño antijurídico a la entidad, así como realizar las acciones pertinentes para la aprobación del Manual de Prevención de daño Antijurídico de la entidad, ya que se debe empezar el seguimiento de ejecución de este, ya que al presente seguimiento no aplico su medición en la herramienta POA.

Teniendo en cuenta lo anterior y según la meta fijada del 60% de avance en el cumplimiento el programa para la actual vigencia, el proceso da cumplimiento con un porcentaje del 100%.

#### 1.4 PROGRAMA DE ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA

PILAR O EJE DE PLAN DE DESARROLLO	ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2022	INDICADOR	EVIDENCIA	GESTIÓN MANTENIMIENTO	GESTIÓN MANTENIMIENTO	AVANCES SEGÚN CUMPLIMIENTO DE META	
					RESULTADO 1do TRIMESTRE	RESULTADO 2do TRIMESTRE	AVANCE 1 TRIMESTRE	AVANCE 2 TRIMESTRE
GESTION DE TECNOLOGIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HUMANIZADOS Y SEGUROS	Construcción, adecuación y/o mejoramiento de las condiciones de infraestructura del	70%	Cumplimiento de obra (Construcción)	Informe de avance de obra	N/A	100%	100%	100%
			Cumplimiento de obra (Adecuación)	Informe de avance de obra	N/A	100%	100%	100%



Carrera 11 No. 27-27  
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405830



[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)  
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co





HUSRT	Porcentaje avance de obra (Mejoramiento)	Informe de avance de obra	N/A	100%	100%	100%
	Actividades de mantenimiento correctivo	Informe de actividades de mantenimiento	100%	100%	100%	100%
	Actividades de mantenimiento preventivo	Informe de actividades de mantenimiento	99%	99%	100%	100%
<b>PROMEDIO TRIMESTRAL CUMPLIMIENTO POR PROCESO</b>				100%	100%	100%

Fuente: Plan Operativo: Programa de adecuación y mejoramiento de infraestructura física

CUMPLIMIENTO DE AVANCE PARCIAL	100%	<b>META 2022</b>	<b>ESTADO</b>
		70%	CUMPLE

### ANÁLISIS DEL INDICADOR

**CUMPLIMIENTO DE OBRA (CONSTRUCCIÓN):** El programa Adecuación y mejora de Infraestructura Física, incluye el indicador Avance de obra construcción con periodicidad semestral, el líder presenta informe de avance de obra donde sustenta que se desarrollaron 3 Actividades:

- ✓ Área de visitantes y filtros de ingreso UCI neuro cardiovascular.
- ✓ Área de producción de aire medicinal.
- ✓ Cubierta para la unidad manejadora de aire de la central de mezclas, Se anexaron fotos del trabajo realizado.

### CUMPLIMIENTO DE OBRA (ADECUACIÓN)

El programa Adecuación y mejora de Infraestructura Física, incluye el indicador Cumplimiento de obra Adecuación con periodicidad semestral, El líder presenta informe de avance de obra donde sustenta que se desarrollaron:

- ✓ Adecuación consultorio Neurofisiología retiro lavamanos para colocar estantería
- ✓ Adecuación de lavamanos habitación 511-512 se quita madera prensada y se enchapa.

Es importante que se realice la trazabilidad en lo relacionado con adecuaciones solicitadas y adecuaciones realizadas

### PORCENTAJE AVANCE DE OBRA (MEJORAMIENTO)

El programa Adecuación y mejora de Infraestructura Física, incluye el indicador porcentaje avance de obra con periodicidad semestral, el líder presenta informe de avance de obra donde sustenta que se desarrollaron: El arreglo de dos unidades sanitarias caballeros y damas por trimestre, directriz de gerencia y coordinador de área.





Es importante que se realice la trazabilidad en lo relacionado con adecuaciones solicitadas y adecuaciones realizadas.

**ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO:**

La oficina de control interno descarga el reporte específico del indicador donde se observa lo siguiente para el primer semestre del 2022:

- ✓ Los meses de enero y febrero no se realizó medición
- ✓ Los meses de marzo, abril, mayo y junio se cumplió con el 100% de los llamados de mantenimiento correctivos.

El líder anexa reporte de solicitud de actividades de mantenimientos correctivos y asistenciales del primer semestre del 2022. Es importante que se utilicen los formatos actualizados en Daruma

**ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

La oficina de control interno descarga el reporte específico del indicador donde se observa en la bitácora de los valores capturados para el primer semestre del 2022 lo siguiente:

- ✓ Enero: Las actividades de mantenimiento preventivo con cumplimiento del 96%
- ✓ Febrero- Marzo: Las actividades de mantenimiento preventivo con cumplimiento del 100%.
- ✓ Abril: Las actividades de mantenimiento preventivo con cumplimiento del 97,30%, explicando que no se realizó el mantenimiento de la urna de la central de mezclas porque no está habilitada.
- ✓ mayo y Junio: Las actividades de mantenimiento preventivo con cumplimiento del 100%.

La líder anexa plan de mantenimiento de la infraestructura Hospitalaria

**1.5 PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO QUE IMPACTEN EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL USUARIO Y SU FAMILIA.**

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE ACUMULADO II TRIM 2022
% de personal certificado en la norma de competencias definidas	No. De personas certificadas en la norma definida / Total de personas programadas para certificar en la norma de competencia	>=80%	100%
% de satisfacción del desarrollo de los programas contenidos en el PEGITH	Sumatoria de respuestas positivas / Número total de preguntas	>=80%	100%
% Asistencia del plan de capacitación institucional personal de planta	Número de trabajadores de planta participantes en las actividades de capacitación programadas en el período / Número total de trabajadores de planta programados	>=70%	100%



% Cobertura del plan de bienestar del personal de planta	Número de trabajadores de planta participantes en las actividades de bienestar programadas en el período / Número total de trabajadores de planta programados	>=70%	100%
% de cumplimiento actividades de capacitación	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	>=90%	97%
% de cumplimiento actividades de bienestar	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	90%	100%
Situaciones Administrativas	Total, situaciones administrativas atendidas en términos / Total situaciones administrativas recibidas o a gestionar en el período	90%	100%
Cumplimiento estrategia construyendo en familia para trabajar con el alma	Número de colaboradores asistentes a los procesos formativos / Total de colaboradores que confirmen participación	30%	100%

Fuente: Plan Operativo : Programa

13

CUMPLIMIENTO DE AVANCE PARCIAL	100%	META 2022	ESTADO
		60%	CUMPLE

El indicador «% de personal certificado en la norma de competencias definida» tiene medición anual, los demás tienen medición semestral y dentro del análisis efectuado, de acuerdo con los soportes aportados para el primer y segundo trimestre.

De los 8 indicadores con que tiene PEGITH, 7 alcanzaron el 100% ya que las actividades programadas se ejecutaron dentro del tiempo previsto, en cuanto a estos indicadores se recomienda mantener el porcentaje en este nivel para el segundo semestre del año y así cumplir con los objetivos y metas planificadas para el 2022. Por otro lado, el indicador «% de cumplimiento actividades de capacitación» El área de Laboratorio no presenta evidencias de la realización de capacitaciones, tal como se puede evidenciar en la carpeta "PLANES DE FORMACIÓN 2022" que contiene las evidencias presentadas. Por esta razón el porcentaje acumulado para este semestre es de 97%.

## 2. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

### 2.1 MODELO DE ATENCIÓN ARTICULADO CON LOS PROCESOS INSTITUCIONALES, GENERANDO UNA IMPLEMENTACIÓN OPORTUNA, PERTINENTE, SEGURA E INTEGRAL PARA EL USUARIO Y SU FAMILIA.



El seguimiento y evaluación del Modelo Integral de Prestación de Servicios de Salud se realiza trimestralmente por medio de indicadores contruidos por los líderes de los procesos y servicios estos se plantearon teniendo en cuenta los siguientes atributos de calidad: Accesibilidad, Oportunidad, Pertinencia, Seguridad, Continuidad, Gestión del riesgo y seguridad del paciente, Satisfacción y Humanización para los procesos Gestión Clínica, Gestión Quirúrgica, Unidad de cuidados Intensivos Adulto , Unidad de Cuidados Intensivos pediátrico, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal ,Consulta Externa y Urgencias.

Conforme a lo establecido en el segundo objetivo estratégico del plan de desarrollo se fija una meta de implementación del modelo para el año 2022 del 55%.

PILAR O EJE DE PLAN DE DESARROLLO	PROGRAMAS ESTRATÉGICO	META VIGENCIA 2022	GESTIÓN CLÍNICA	GESTIÓN QUIRÚRGICA	URGENCIAS	UCI ADULTOS	UCI PEDIATRICA	UCI NEONATAL	APOYO SERVICIOS SALUD	RESULTADO O CONSOLIDADO 1do SEMESTRE	AVANCES SEGUN CUMPLIMIENTO DE META
ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO	Implementación, Evaluación y Cumplimiento del Modelo con enfoque de Atención Primaria en Salud.	55%	75%	88%	88%	63%	63%	63%	75%	73%	100%
PROMEDIO TRIMESTRAL CUMPLIMIENTO POR PROCESO			75%	88%	88%	63%	63%	63%	75%	73%	100%

14

Como se muestra en la tabla anterior el resultado consolidado del modelo para el primer semestre es del 73% Lo cual cumple con la meta establecida.

CUMPLIMIENTO DE AVANCE PARCIAL	73.29%	META 2022	ESTADO
		55%	CUMPLE

### ANÁLISIS DEL INDICADOR

#### GESTIÓN CLÍNICA:

De acuerdo con el informe emitido por el programa, para el primer semestre del 2022, se obtuvo un cumplimiento del 75 %, se establecieron 8 indicadores de los cuales 7 cumplieron y 1 no cumplió este se encuentra en color rojo.

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	CUMPLIMIENTO	Promedio primer semestre



ACCESIBILIDAD	1748	24	Tiempo promedio de espera para asignación de cama en hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	No Cumple la Meta	75
OPORTUNIDAD	1693	12	Oportunidad en la realización de las interconsultas por especialistas en el servicio de internación	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	
PERTINENCIA	1730	80%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	
SEGURIDAD	935	4	Índice de pacientes hospitalizados que desarrollan Úlceras por Presión	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	
CONTINUIDAD	955	10	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días, consolidado	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	
GESTIÓN DEL RIESGO	1553	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consolidado	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	
SATISFACCIÓN	1714	80%	Tasa de Satisfacción en Hospitalización (SIAU)	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	
HUMANIZACIÓN	1721	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Hospitalización (Humanización)	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	No Cumple la Meta	

Fuente: Informe Semestral Modelo de Atención 2022

15

#### INDICADORES QUE NO CUMPLEN CON LA METAS ESTABLECIDA

**1748 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA ASIGNACIÓN DE CAMA EN HOSPITALIZACIÓN:** Se revisa el indicador en el software Daruma y se observa que para el primer trimestre no cumpliendo con la meta establecida.

Adicionalmente en la bitácora de las Fallas Asociadas se describe que «La infraestructura actual no supe la demanda de servicios hospitalarios, razón por la cual muchos de los pacientes hacen permanencia en camas temporales».

#### 1721 ADHERENCIA AL BUEN TRATO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN (HUMANIZACIÓN).

Se revisa el indicador en el software Daruma, se observa que para los meses de enero, Febrero, Marzo, Abril y mayo no cumple con la meta planteada y cuenta con una bitácora de fallas asociadas para el periodo marzo y abril donde se deja la siguiente nota « Teniendo en cuenta los análisis realizados según las observaciones realizadas por parte de control interno, se procederá a realizar protocolo de muestreo y se realizara la medición del mes de mayo teniendo en cuenta el numero de encuestas realizadas con porcentaje igual o mayor al 80% y no lo ítems que tuvieron puntuación mayor o igual al 80%».





Para el mes de Junio se observa un porcentaje de adherencia al buen trato en el servicio de hospitalización de un 82,61%, se presenta algunos ítems de no cumplimiento del mínimo solicitado

**GESTIÓN QUIRÚRGICA:** Para el primer semestre se obtuvo un cumplimiento del 87,5%, se plantearon 8 indicadores de los cuales 7 cumplieron y 1 no cumplieron este se encuentra en color rojo.

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	CUMPLIMIENTO	Promedio primer semestre
ACCESIBILIDAD	78	8%	Proporción de cancelación de cirugía por causa institucional	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	87,5
OPORTUNIDAD	1	9	Oportunidad en la realización de cirugía programada	GESTIÓN QUIRÚRGICA	No Cumple la Meta	
PERTINENCIA	1731	60%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías de gestión quirúrgica	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	
SEGURIDAD	1408	80%	Porcentaje de adherencia a la buena práctica de cirugía segura	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	
CONTINUIDAD	1727	10	Tasa de Reingresos en el paciente quirúrgico a hospitalización antes de 15 días	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	
GESTIÓN DEL RIESGO	337	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Sala de Cirugía	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	
SATISFACCIÓN	1715	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Salas de Cirugía (SIAU)	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	
HUMANIZACIÓN	1741	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Salas de Cirugía (Humanización)	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	

Fuente: Informe Semestral Modelo de Atención 2022

## INDICADORES QUE NO CUMPLEN CON LA METAS ESTABLECIDA

### 1 OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA

Se revisa el indicador en el software Daruma y se observa que para el primer trimestre el indicador cumplió con la meta establecida y el segundo trimestre el indicador incumplió la meta, el proceso expresa que «Se asocia al crecimiento exponencial en el número de pacientes ambulatorios para programar, esto a razón de algunas especialidades como cirugía plástica, ortopedia, clínica del dolor, las cuales encabezan el listado de paciente pendientes por programar». El proceso estableció acción correctiva.

**URGENCIAS:** Para el primer semestre se obtuvo un cumplimiento del 87,5%, se plantearon 8 indicadores de los cuales 7 cumplieron y 1 no cumplieron este se encuentra en rojo.



ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	CUMPLIMIENTO	Promedio primer semestre
ACCESIBILIDAD	707	30	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	URGENCIAS	En Metas	87,5
OPORTUNIDAD	1692	10	Oportunidad en la realización de las interconsultas por especialistas en el servicio de urgencias	URGENCIAS	En Metas	
PERTINENCIA	1733	0,6	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en el servicio de Urgencias	URGENCIAS	En Metas	
SEGURIDAD	1706	0,9	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de urgencias	URGENCIAS	No Cumple la Meta	
CONTINUIDAD	612	0,01	Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas, Urgencias Adultos	URGENCIAS	En Metas	
GESTIÓN DEL RIESGO	251	0,75	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Urgencias	URGENCIAS	En Metas	
SATISFACCIÓN	1716	0,8	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Urgencias (SIAU)	URGENCIAS	En Metas	
HUMANIZACIÓN	1722	0,8	Adherencia al buen trato en el Servicio de Urgencias (Humanización)	URGENCIAS	En Metas	

17

Fuente: Informe Semestral Modelo de Atención 2022

## INDICADORES QUE NO CUMPLEN METAS ESTABLECIDAS

### 1706 PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN SERVICIO DE URGENCIAS

Se revisa el indicador en el software Daruma, se hace medición trimestral, para el primer trimestre el indicador cumple con la meta planteada y en el segundo trimestre no hay cumplimiento por lo cual se expresa « Con respecto al comportamiento de este indicador, el cumplimiento de la meta está sujeto a múltiples variables que influyen que dependen de varias áreas o procesos, como lo es la gestión de los eventos adversos por parte de los líderes de los servicios y/o procesos misionales, otro factor influenciado es el incremento de las IAAS como evento adverso, dentro de la metodología de análisis de estas solo se tiene contemplado y priorizado análisis de 4 IAAS, la confirmación de las IAAS se efectúa mes vencido lo cual afecta el reporte oportuno del indicador». También se tienen Asociado fallas, es importante que se establezca un plan de acción para una mejora continua.

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS:** Para el primer semestre se obtuvo un cumplimiento del 62.5%, se plantearon 8 indicadores de los cuales 5 cumplieron y 3 no cumplieron.



ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	CUMPLIMIENTO	Promedio primer semestre
ACCESIBILIDAD	1774	10%	Accesibilidad a UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	No Cumple la Meta	62,5
OPORTUNIDAD	1738	2	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	No Cumple la Meta	
PERTINENCIA	1728	60%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	En Metas	
SEGURIDAD	1707	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de UCI adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	No Cumple la Meta	
CONTINUIDAD	1739	7%	Proporción de reingresos a UCI Adultos antes de 72 horas por la misma causa	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	En Metas	
GESTIÓN DEL RIESGO	254	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	En Metas	
SATISFACCIÓN	1717	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Adultos (SIAU)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	En Metas	
HUMANIZACIÓN	1725	80%	Adherencia al buen trato en la UCI Adultos (Humanización)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	En Metas	

Fuente: Informe Semestral Modelo de Atención 2022

#### INDICADORES QUE NO CUMPLEN CON LAS METAS ESTABLECIDAS.

**1744 ACCESIBILIDAD A UCI ADULTOS:** Teniendo en cuenta el informe del proceso se expresa que «Este atributo ha pasado por varios procesos en el ajuste de la medición, pero ninguno de los indicadores empleados arrojó información que aportara en la toma de decisiones para su verificación y cumplimiento, por ello en el mes de julio se crea el indicador accesibilidad a UCI Adultos el cual entra en seguimiento para su consolidación».

**1738 TIEMPO PROMEDIO DE RESPUESTA A INTERCONSULTAS DE UCI ADULTOS:** Teniendo en cuenta el informe del proceso se expresa que «Este indicador se encuentra por fuera de metas, el primer trimestre reporta 47 horas sin embargo para el segundo trimestre se reporta un avance significativo con 19.42%, esto asociado al incremento en la demanda del servicio, lo cual ha sobrepasado durante la vigencia la capacidad instalada de la unidad. Este indicador se encuentra en seguimiento, pero no puede ser intervenido siempre y cuando el comportamiento epidemiológico de las patologías manejadas en cuidado intensivo siga en



incremento» Es importante que se establezca las fallas asociadas y se realice plan de acción en la bitácora del software Daruma.

#### 1707 PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN SERVICIO DE UCI ADULTOS.

Se revisa el indicador en el software Daruma, se determina que se hace medición trimestral, para el primer trimestre y Segundo trimestre el indicador no cumple con la meta planteada, por lo cual se expresa « Con respecto al comportamiento de este indicador, el cumplimiento de la meta está sujeto a múltiples variables que influyen que dependen de varias áreas o procesos, como lo es la gestión de los eventos adversos por parte de los líderes de los servicios y/o procesos misionales, otro factor influenciado es el incremento de las IAAS como evento adverso, dentro de la metodología de análisis de estas solo se tiene contemplado y priorizado análisis de 4 IAAS, la confirmación de las IAAS se efectúa mes vencido lo cual afecta el reporte oportuno del indicador». Se tiene identificadas las fallas Asociadas del software Daruma.

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS:** Para el primer semestre se obtuvo un cumplimiento del 62.5 %, se establecieron 8 indicadores de los cuales 5 cumplieron y 3 no cumplieron se muestran en color.

19

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	CUMPLIMIENTO	Promedio primer semestre
ACCESIBILIDAD	1775	10%	Accesibilidad a UCI Pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	No Cumple la Meta	62.5
OPORTUNIDAD	1777	2	Oportunidad al ingreso al servicio de UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	No Cumple la Meta	
PERTINENCIA	1729	60%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	En Metas	
SEGURIDAD	1708	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	No Cumple la Meta	
CONTINUIDAD	1737	10	Reingresos a UCI Pediátrica antes de 72 horas por la misma causa	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	En Metas	
GESTIÓN DEL RIESGO	44	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	En Metas	
SATISFACCIÓN	1718	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Pediátrica (SIAU)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	En Metas	
HUMANIZACIÓN	1724	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de UCI Pediátrica (Humanización)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	En Metas	

Fuente: Informe Semestral Modelo de Atención 2022





## INDICADORES QUE NO CUMPLEN METAS ESTABLECIDAS.

**1775 ACCESIBILIDAD A UCI PEDIÁTRICA:** Teniendo en cuenta el informe del proceso se expresa que «Este atributo ha pasado por varios procesos en el ajuste de la medición, pero ninguno de los indicadores empleados arrojó información que aportara en la toma de decisiones para su verificación y cumplimiento, por ello en el mes de julio se crea el indicador accesibilidad a UCI Adultos el cual entra en seguimiento para su consolidación»

### 1777 OPORTUNIDAD AL INGRESO AL SERVICIO DE UCI PEDIÁTRICA:

Teniendo en cuenta el informe del proceso se expresa que «Este indicador se encuentra sin medición, se aborda con el coordinador del servicio para su supervisión con el fin de obtener los datos necesarios para su correspondiente análisis».

### 1708 PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE UCI PEDIÁTRICA.

Se revisa el indicador en el software Daruma, se hace medición trimestral, para el primer trimestre y segundo trimestre el indicador no cumple con la meta planteada obteniendo un valor promedio de 76,39. En la bitácora de valores capturados se expresa « Con respecto al comportamiento de este indicador, el cumplimiento de la meta está sujeto a múltiples variables que influyen que dependen de varias áreas o procesos, como lo es la gestión de los eventos adversos por parte de los líderes de los servicios y/o procesos misionales, otro factor influenciado es el incremento de las IAAS como evento adverso, dentro de la metodología de análisis de estas solo se tiene contemplado y priorizado análisis de 4 IAAS, la confirmación de las IAAS se efectúa mes vencido lo cual afecta el reporte oportuno del indicador».

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES:** De acuerdo con el informe emitido por el programa. Para el primer semestre se obtuvo un cumplimiento del 62.5 %, se establecieron 8 indicadores de los cuales 5 cumplieron y 3 no cumplieron. En color rojo se relaciona aquellos que no cumplieron:

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	CUMPLIMIENTO	Promedio primer semestre
ACCESIBILIDAD	1776	10%	Accesibilidad a UCI Neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	No Cumple la Meta	62,5
OPORTUNIDAD	1703	2	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas en UCI Neonatal al Servicio de Urgencias	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	En Metas	
PERTINENCIA	1732	60%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	En Metas	
SEGURIDAD	1709	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de UCI neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	No Cumple la Meta	





CONTINUIDAD	1259	80%	Proporción de captación inicial al PMC ambulatorio, Hospitalización	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	No Cumple la Meta
GESTIÓN DEL RIESGO	259	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	En Metas
SATISFACCIÓN	1719	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Neonatal (SIAU)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	En Metas
HUMANIZACIÓN	1723	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de UCI Neonatal (Humanización)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	En Metas

### 1776 ACCESIBILIDAD A UCI NEONATAL

Teniendo en cuenta el informe del proceso se expresa que «Este atributo ha pasado por varios procesos en el ajuste de la medición, pero ninguno de los indicadores empleados arrojó información que aportara en la toma de decisiones para su verificación y cumplimiento, por ello en el mes de julio se crea el indicador accesibilidad a UCI Adultos el cual entra en seguimiento para su consolidación»

### 1709 PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE UCI NEONATAL

Se revisa el indicador en el software Daruma, la medición se realiza trimestral, para el primer trimestre no cumple con la meta, para el segundo trimestre cumple con la meta establecida. El proceso manifiesta « Con respecto al comportamiento de este indicador, el cumplimiento de la meta está sujeto a múltiples variables que influyen que dependen de varias áreas o procesos, como lo es la gestión de los eventos adversos por parte de los líderes de los servicios y/o procesos misionales, otro factor influenciado es el incremento de las IAAS como evento adverso, dentro de la metodología de análisis de estas solo se tiene contemplado y priorizado análisis de 4 IAAS, la confirmación de las IAAS se efectúa mes vencido lo cual afecta el reporte oportuno del indicador»

### 1259 PROPORCIÓN DE CAPTACIÓN INICIAL AL PMC AMBULATORIO, HOSPITALIZACIÓN

Se revisa el indicador en el software Daruma, la medición se realiza trimestral, para el primer el indicador no cumplió con la meta establecida el proceso expresa «Con respecto al comportamiento de este indicador, el cumplimiento de la meta está sujeto a un mayor número de pacientes procedentes de zonas más distantes que no cuentan con medios económicos para asistir al seguimiento ambulatorio, es una causa no modificable por la institución».

### CONSULTA EXTERNA.

Para el primer semestre se obtuvo un cumplimiento del 75%, se plantearon 8 indicadores de los cuales 6 cumplieron y 2 no cumplieron y estos se encuentran en rojo.

ACCESIBILIDAD	684	8	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	CONSULTA EXTERNA	En Metas	75
---------------	-----	---	---	------------------	----------	----

8



OPORTUNIDAD	1743	15	Oportunidad en la asignación de citas en consulta externa - consolidado	CONSULTA EXTERNA	En Metas
PERTINENCIA	1744	60%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	En Metas
SEGURIDAD	1745	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en Consulta Externa y Servicios de Apoyo	CONSULTA EXTERNA	No Cumple la Meta
CONTINUIDAD	1262	10%	Proporción de retraso inicial al ingreso al PMC ambulatorio, Hospitalización	CONSULTA EXTERNA	En Metas
GESTIÓN DEL RIESGO	263	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	En Metas
SATISFACCIÓN	1746	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (STAU)	CONSULTA EXTERNA	En Metas
HUMANIZACIÓN	1747	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (Humanización)	CONSULTA EXTERNA	No Cumple la Meta

Fuente: Informe Semestral Modelo de Atención 2022

#### INDICADORES QUE NO CUMPLEN METAS ESTABLECIDAS

##### 1745 PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS DE APOYO

Se revisa el indicador en el software Daruma, la medición se realiza trimestral, Para el primer semestre del 2022 no cumple con la meta establecida el proceso expresa « Con respecto al comportamiento de este indicador, el cumplimiento de la meta está sujeto a múltiples variables que influyen que dependen de varias áreas o procesos, como lo es la gestión de los eventos adversos por parte de los líderes de los servicios y/o procesos misionales, otro factor influenciado es el incremento de las IAAS como evento adverso, dentro de la metodología de análisis de estas solo se tiene contemplado y priorizado análisis de 4 IAAS, la confirmación de las IAAS se efectúa mes vencido lo cual afecta el reporte oportuno del indicador».

##### 1747 ADHERENCIA AL BUEN TRATO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS DE APOYO (HUMANIZACIÓN)

Este indicador se encuentra sin medición

#### PARA CONCLUIR SE OBSERVA QUE:

- ✓ Los procesos con menor cumplimiento de metas establecidas por indicador para el primer semestre del 2022 fueron: Unidad de cuidados intensivos adultos, Unidad de cuidados intensivos pediátricos, Unidad de cuidados intensivos neonatales y los Atributos del indicador donde se están presentando más incumplimiento de metas son: Seguridad, Accesibilidad y oportunidad.



- ✓ Es importante realizar seguimiento continuo a los indicadores que no están cumpliendo con las metas establecidas a través de las bitácoras de fallas asociadas y planes de acción del software Daruma y así contribuir a una mejora continua.

Adicionalmente realizar seguimiento contante aquellos indicadores que están sin medición.

## 2.2 PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE BAJO EL ENFOQUE DE ADAPTACIÓN Y MITIGACIÓN DE RIESGOS.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 2 TRIMESTRE
Proporción de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	>90%	83%
Promedio de la calificación de adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente	Sumatoria del número de listas de chequeo aplicadas por pacientes atendidos que cumplen con los criterios según estándar (protocolo...) institucional en el periodo / Sumatoria total de las listas de chequeo aplicadas por pacientes atendidos en el periodo X 100	>=80%	100%
Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas	No. de ítems de implementación que se que cumplen en el periodo según cronograma / Total de ítems evaluado en el periodo según cronograma .x100	>=65%	100%
Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente	Acciones de control ejecutadas / Acciones de control identificadas	>=65%	100%

23

Se tiene establecido Programa Seguridad del Paciente identificado con Código CA-PG-03, a través del cual se señalan las directrices de seguimiento y medición para el cumplimiento del Eje establecido en el Plan de Desarrollo denominado Gestión Clínica Excelente y segura. Con base en lo anterior se realizó seguimiento al cumplimiento de las metas propuestas donde se pudo concluir que el proceso midió 4 indicadores que son:

- Proporción de vigilancia de eventos adversos
- Promedio de la calificación de adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente
- Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente
- Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente.





Sobre estos el proceso responsable presento Informe de Gestión con el análisis de cada indicador medido, en el cual se evidencia que se proyectaron acciones de mejora y planes de trabajo tendientes a dar cumplimiento a las metas proyectadas del primer indicador.

Sin embargo adicionalmente el Programa incluye los siguientes indicadores, sobre los cuales no se allegó evidencia ni constancia de seguimiento:

- Capacitación al personal en seguridad del paciente en el periodo
- Resultados de la información en temas relacionados con seguridad del paciente en el personal
- Resultados de la capacitación del personal de la institución en temas relacionados con capacitación en seguridad en paciente, familiar y/o cuidador

Teniendo en cuenta lo anterior es necesario que se revise y actualice de ser el caso la matriz poa o el ítem del seguimiento y medición del Programa según corresponda con el fin de unificar criterios, así mismo el proceso con el fin de dar cumplimiento a la meta de la vigencia en el indicador Proporción de vigilancia de eventos adversos la cual se proyectó con un resultado >90%, debe fortalecer la ejecución de las acciones ya que lleva a la fecha un avance acumulado del 83%

24

CUMPLIMIENTO DE AVANCE DEL TRIMESTRE	76%	META 2022	ESTADO
		70%	CUMPLE

### 2.3 PROGRAMA INTEGRALIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO.

La Resolución 115 de (Abril 19 del 2022) deroga la resolución 211 de octubre del 2017 y se aprueban los programas institucionales en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael. En su artículo primero se encuentra la implementación de programas de alta complejidad y seguimiento para la vigencia 2022 se realizaran los siguientes programas:

- 1) UNIDAD DE RADIOTERAPIA Y BRAQUITERAPIA.
- 2) HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA
- 3) UCI CORONARIA
- 4) CIRUGIA DE TORAX
- 5) CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
- 6) CIRUGIA HEPATOBILIAR
- 7) PROGRAMA NEFROPROTECCIÓN
- 8) PROGRAMA CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO
- 9) PROGRAMA DE ARTRITIS REUMATOIDE
- 10) PROGRAMA CLÍNICA DE FALLA CARDIACA
- 11) PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA
- 12) PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR
- 13) PROGRAMA DIABETES

La oficina de control interno realizo seguimiento a las evidencias aportados por el proceso para el primer y segundo trimestre evidenciando lo siguiente:



Carrera 11 No. 27-27  
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co  
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co





PROGRAMA	INFORME DE SEGUIMIENTO DEL PROCESO	OBSERVACIONES	CUMPLIMIENTO
<b>Proyecto Hematología y Oncología Fase 3</b>  <b>Unidad de Radioterapia y Braquiterapia</b>	<p>«La fase preoperativa y documentación se tiene reportada en el software Daruma, con más de 15 documentos entre guías y protocolos del programa. Actualmente se encuentra en proceso de contratación del personal asistencial del programa, ya cuentan con capacitación 4 auxiliares de enfermería. Los indicadores del programa corresponden a los de la ruta de cáncer, que se implementarán en la fase operativa del programa». Informe alta complejidad</p>	<p>El proceso adjunta borradores de caracterización y política de operación, proyección de costos, Documentos entre guías y protocolos actualizados en Daruma y evidencia de la habilitación para prestar el servicio de oncología.</p>	95%
<b>Hospitalización Domiciliaria</b>	<p>«El programa de Hospitalización domiciliaria y cuidados paleativos del san Rafa, se encuentra en la fase preoperativa, donde se está evaluando la situación del mercado en el departamento y la necesidad sentida según los usuarios que requieren el servicio, Actualmente tenemos referenciación de vital médicas IPS, MSD Salud, BHC. Se está definiendo por parte de la subgerencia de servicios de salud los servicios a ofertar dentro de la gama de hospitalización domiciliaria, atención a paciente agudo, atención a paciente crónico, o cuidado paleativo. la documentación corresponde a los cuidados de enfermería que se tienen documentados para revisión y aprobación de gerencia, una vez aprobados se suben al software daruma» Informe alta complejidad.</p>	<p>No se evidencia evaluación de la situación del mercado en el Departamento, adjuntan referenciación de varias IPS, y la fecha no se han definido los servicios a ofertar dentro de la gama de Hospitalización</p>	50%
<b>UCI Coronaria</b>	<p>«Este programa se encuentra en funcionamiento con 12 unidades coronarias, se tienen la plataforma documental del programa, la documentación se encuentra publicada en Software Daruma, se le ha realizado seguimiento a adherencia a guías por parte de la oficina de calidad. según se reporta. El servicio de UCI Adulto, cuenta con la verificación de habilitación». Informe alta complejidad</p>	<p>Este programa cuenta con habilitación y cumplimiento a la resolución 31000, adicionalmente se evidencia en el software daruma documentación relacionada con el programa.</p>	81%

25





<b>Cirugía de Tórax</b>	«Este programa cuenta con diagnóstico situacional y justificación planteado en el documento del programa, tiene estudio de costos referenciado en instituciones de similar nivel de complejidad (ESE la María – Medellín/ la Samaritana - Bogotá y Erasmo Meoz – Cúcuta), El programa se presta en 5 IPS públicas en el país ubicadas en Bogotá, Cartagena, Manizales y Bucaramanga. Se tiene códigos de procedimientos. para el proceso de facturación, el proyecto de acuerdo tarifario se trabajará en el siguiente trimestre, se encuentra en fase de contratación el personal asistencial que requiere el programa» Informe alta complejidad	El proceso adjunta diagnóstico situacional incompleto, justificación del planteamiento del programa, estudio de costos y estudio previos contratación del personal	20%
<b>Cirugía de Cabeza y Cuello</b>	«El programa de Cabeza y Cuello del Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta con documento preliminar del programa, la justificación y el diagnóstico situacional obedecen a la demanda insatisfecha y al número de pacientes remitidos a otras instituciones desde el hospital, el estudio de costos referenciado en instituciones de 3 nivel, en el país se oferta en 21 IPS públicas ubicadas en las principales capitales. En el tema de habilitación se tienen habilitadas las salas de cirugía, los equipos e instrumental». Informe alta complejidad	El proceso adjunta borrador del documento preliminar del programa, no se evidencia soportes de habilitación	50%
<b>Cirugía Hepatobiliar</b>	En esta fase del programa se están documentando los objetivos y metas del programa, se están definiendo el equipo de trabajo se tuvo reunión con el doctor, Quirz y el doctor Caicedo para trazar los lineamientos del programa , Aun se debe definir el líder del programa	No se evidencia cumplimiento de habilitación, estudio de mercado y estudio precontractual y diagnostico situacional y justificación	0%
<b>Programa de Nefroprotección</b>	N/A	N/A	N/A
<b>Programa Clínica de Dolor y Cuidado Paliativo</b>	«Este se encuentra en la resolución 155 del 2022 y en POA pero no se encuentra en cronograma enviado por el proceso» Informe alta complejidad	Este se encuentra en la resolución 155 del 2022 y en POA pero no se encuentra en cronograma enviado por el proceso razón por la cual su medición no aplica para este periodo del seguimiento.	N.A.



<b>Programa de Artritis Reumatoide</b>	«En esta fase del programa se están documentando los objetivos y metas del programa, se están definiendo el equipo de trabajo se tuvo reunión con el doctor, Quirz y el doctor Caicedo para trazar los lineamientos del programa, Aun se debe definir el líder». Informe alta complejidad	Se evidencia que el proceso anexa borrador en proceso en daruma se encuentra RE-G-20 Osteoartritis, la cual esta vencida	30%
<b>Programa Clínica de Falla Cardíaca</b>	«Se tiene definida la estructura del programa, el coordinador del programa delegó una médico hospitalaria para que se encuentre a cargo del programa en su fase documental, a la fecha se revisaron dos documentos que se encuentran en la plataforma Daruma. los cuales están actualizados y a disposición de todo del personal, fecha de seguimiento 4 de mayo de 2022.» Informe alta complejidad	Se Evidencia acta de reunión del mes de mayo en el cual define equipo de trabajo con compromisos con plazo de un mes, se evidencia en daruma 5 documentos relacionados con el programa y no se da cumplimiento al planteamiento y parametrización de indicadores	70%
<b>Programa de Rehabilitación Cardíaca</b>	«Programa con líder el Dr. Camargo (deporto logo), va a la par con el programa de rehabilitación pulmonar, esta en fase de construcción el diagnostico situacional y el documento del programa alcanzo para este trimestre un cumplimiento del 90%».	Programa sin ejecución	0%
<b>Programa de Hipertensión Pulmonar</b>	N/A	N/A	N/A
<b>Programa de Diabetes</b>	«Programa en fase documental, base de datos inicial con 767 pacientes, certificación del personal con firma Novo Nordisk, sesión entrenado al entrenador , en diabetes en el mes de julio , documentos en fase inicial de construcción, líder de coordinador de endocrinología , alcanzo para este trimestre un cumplimiento del 85»	Se evidencia documento plan de cuidado enfermeria con paciente mellitus, Se evidencia acta de reunión del mes de abril, el programa no adjunta diagnostico situacional ni soporte de base de datos según informe presentado	50%
<b>Porcentaje de Cumplimiento</b>			<b>42%</b>

27

CUMPLIMIENTO DE AVANCE DEL TRIMESTRE	46%	META 2022	ESTADO
		60%	NO CUMPLE

La resolución 115 del 2022 establece la metodología de los programas Institucionales en su artículo 3 menciona que la implementación se realizara a través del Manual metodológico para diseño, seguimiento de programas.





**OBSERVACIONES:**

**DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 115 del 2022:** La oficina de control interno sugiere realizar seguimiento al cumplimiento de esta resolución y recuerda que los programas deben contar con la conformación de un comité interno el cual debe estar liderado por las subgerencias de servicios y la Oficina Asesor de Desarrollo y Servicios y el líder del servicios, se debe convocar reuniones ordinarias mensual, Asimismo se debe reportar un informe mensual de los avances del programa y el reporte mensual de los indicadores con el respectivo análisis de los mismos.

- 1) Las evidencias entregadas por el proceso están incompletas lo cual no permite realizar un seguimiento a la medición del plan acción operativo y al cronograma propuesto evidenciando incumplimiento
- 2) En importante revisar y evaluar metas establecida por vigencia del programa Integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario, tal como se evidencio ya que para la vigencia 2021 y el primer semestre del 2022 este programa no cumplió, situación que puede afectar el cumplimiento global del plan de desarrollo.
- 3) El cronograma enviado por el proceso no contempla el programa de clínica del dolor razón por la cual no fue posible evaluar, se solicite que se verifique este cronograma y se realice los ajustes pertinentes.

**2.4 CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN - REQUISITOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA.**

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE SEGUNDO TRIMESTRE
Implementación plan de trabajo de farmacia	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	99%

Se presentan evidencias para el segundo trimestre del 2022, y como producto de su análisis se observó lo siguiente: No se ejecutaron el total de las acciones previstas. De las 49 acciones programadas, y de acuerdo con las evidencias enviadas en la carpeta "BPE" en el documento " Identificación y Seguimiento Plan de Trabajo" en los numerales 1 y 11 estos quedaron pendientes de ser aprobados en el software Daruma; en cuanto al numeral 7 Y 9 quedaron pendientes por cambio de fecha de la visita del INVIMA. Como resultado de lo anterior se concluye que el porcentaje de avance de actividades para el 2 trimestre es de 89%, y el avance acumulado de 99%, cumpliendo con la meta de avance.

Teniendo en cuenta el informe presentado se recomienda ejercer mayor control y seguimiento sobre la ejecución de las actividades programadas, y mayor claridad frente a la tabulación de los datos, tanto de acciones programadas como de los porcentajes de ejecución de estos.

Se recomienda que en el informe "Identificación y Seguimiento Plan de Trabajo", se presenten las acciones relativas al «cumplimiento de requisitos de Buenas Prácticas de Elaboración» (BPE), y las de «cumplimiento de requisitos de Buenas Prácticas de Manufactura»(BPM), de manera separada, esto con el fin de tener claridad sobre las acciones que le corresponden a cada uno de ellos y poder realizar un análisis más detallado.



## 2.5 PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN QUE INVOLUCRE LA SENSIBILIZACIÓN DEL TALENTO HUMANO CON ENFOQUE TANTO PARA CLIENTE INTERNO Y EXTERNO.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE ACUMULADO
Adherencia al buen trato (UCI's, Hospitalización, Urgencias, programa madre canguro)	Número de ítems de la lista que se cumple / Total de ítems evaluados en el mismo periodo	90%	99%
Cobertura del programa de espacios de esparcimiento a colaboradores	Número de áreas impactadas / Número Total de áreas	90%	100%
Gestión y Seguimiento intrahospitalario	Número de Seguimientos Intrahospitalarios / Total de pacientes registrados en el periodo	60%	100%
Seguimiento a las Intervenciones de las acciones priorizadas	Número de ítems intervenidos / Número de ítems que no se cumplen	60%	100%

29

CUMPLIMIENTO DE AVANCE	100%	<b>META 2022</b>	<b>ESTADO</b>
		60%	CUMPLE

### ANÁLISIS DE INDICADORES

- Adherencia al buen trato:** Dentro del eje del Plan de desarrollo «Humanización de los servicios de salud» se busca mejorar la satisfacción y calidad de vida de usuarios tanto internos como externos promoviendo una cultura de humanización la cual durante el primer semestre del 2022 alcanzó un 99% de avance evidenciado a través de la medición del indicador de «Adherencia al buen trato en el servicio» basado en encuestas realizadas en los servicios de Urgencias, Hospitalización, Uci adultos, Uci pediátrica y Uci neonatal, dentro de enfoques de comunicación asertiva, información oportuna, y fidelización del paciente.
- Cobertura del programa de espacios de esparcimiento a colaboradores:** Se anexo registro fotográfico como soporte de las actividades realizadas durante el primer semestre de la actual vigencia por parte del área de humanización y se relacionaron las actividades llevadas a cabo y mediante las cuales de las cuales se mejoran las condiciones que benefician a funcionarios y colaboradores enmarcados en ambientes humanizados.

Se anexaron evidencias de las actividades realizadas entre las que se encuentran Pausas activas en los servicios asistenciales y administrativos, campeonatos deportivos en las modalidades de banquetas masculino y femenino, tenis de mesa, voleibol y baloncesto mixto, entrenamientos deportivos en horas de la noche para dar accesibilidad en tiempo extra laboral, así mismo, se realizó apoyo en las jornadas especiales tales como: día del niño, día de la endocrinología, día del bacteriólogo, jornada mundial de lavado de manos, día de la enfermera, capacitaciones lúdicas en marco del convenio con el ICBF. Así mismo, reactivación de la estrategia SAN RAFA BIO DIVERSO. En dichas actividades se realizó un impacto de 1034 participaciones, en 56 áreas del



hospital, dando accesibilidad para estos espacios de esparcimiento para el 100% de los funcionarios.

	BALONCESTO	BANQUITAS FEMENINO	BANQUITAS MASCULINO	TENIS DE MESA	VOLEIBOL	TEJO Y MINITEJO
ADMISIONES					4	
ALMACEN			2		1	5
AMBULANCIAS				2		5
ASIGNACION DE CITAS	9		1		1	
AUDITORIA M	6		6	6	7	
AUTORIZACIONES	1			1	7	
BIOMEDICA			7	8	8	1
CAFETERIA		1				
CALIDAD	1		1		9	3
CAMILLEROS	3		12	1		7
CARTERA		3	5	3	6	5
CENTRO VASCULAR	7					
CIRUGIA GENERAL			1	2		
CONMUTADOR		1				
CONSULTA EXTERNA				2		
CONTRATACION	1		1	1		
CONTROL INTERNO				3		
ENFERMERIA			2		1	
EPIDEMIOLOGIA			1	1		
ESENCIA		3			2	
FACTURACION			3		3	7
FARMACIA			2			
FINANCIERA				3	1	
GERENCIA			2	3	4	2
GESTION ACADEMICA		1				
GESTION AMBIENTAL		1	1		3	
GINECOBSTERICIA	13	10	8		13	7
HOSPITALIZACION	5	2		1	10	1
HUMANIZACION		2	1	2	4	4
INTERNACION		5	10	10	1	
JURIDICA	1		2	4	1	
LABORATORIO		2	3	2	4	
LAVANDERIA		1				
MANTENIMIENTO			8	3	5	8
NEFROBOYACA	11					
NEUROCIRUGIA			1	1		
OTRAS ESP MEDICAS			1	3		5
PATOLOGIA	8		1	1	7	
PUBLICIDAD					1	
RADICACION	3	4	2	6	4	1
RADIOLOGIA	2	1	1		3	
ROTATORIA	1	1				
SALAS CX		5	1	3	2	
SERVICIOS GENERALES		1	2	1		
SISTEMAS		3	7	5	8	3
SST		1	3		1	
TALENTO HUMANO	4					
TERAPIA FISICA					1	
TERCERIZADORAS			8		1	6
TESORERIA			2	2	3	



TRABAJO SOCIAL		2				
UCI ADULTO	12		3	1	13	
UCI NEONATAL	3	1	2	1		
UCI PEDIATRICA	1	1				
UMI	2					
URGENCIAS	3		9		1	5
UROLOGIA			1			
VIGILANCIA		3	1	1	1	13
<b>TOTAL PARTICIPANTES</b>	<b>97</b>	<b>55</b>	<b>124</b>	<b>83</b>	<b>141</b>	<b>88</b>

Se dio cumplimiento en 100% a la meta establecida.

- Gestión y Seguimiento intrahospitalario: El Programa Humanización de la Atención en Salud, estableció como tercer indicador el denominado Gestión y Seguimiento intrahospitalario, con avance de cumplimiento del 100% evidenciado por el proceso a través de una matriz denominada Gestiones Diarias, en la cual se detallan las acciones realizadas como apoyo a los pacientes hospitalizados. Para el segundo trimestre se registraron 1526 pacientes en el área de hospitalización, urgencias y UCI´s teniendo un registro de 1934 acciones de gestiones, llamadas, video llamadas y seguimiento intrahospitalario evidenciadas a través de matriz de seguimiento allegada.
- Seguimiento a las Intervenciones de las acciones priorizadas: El proceso realizó seguimiento mediante socializaciones con los líderes de servicio (UCI PEDIATRICA, SERVICIO DE ALIMENTACION Y SERVICIO DE VIGILANCIA) que dieron resultados menores del 80% una vez el área de humanización realizó las encuestas de adherencia al buen trato fijando compromisos con el ánimo de mejorar las falencias presentadas.

31

Se realizó socialización con el coordinador de las áreas donde se identificaron falencias, suscribiendo actas de compromisos, se socializan los indicadores que muestran baja adherencia al buen trato y se plantean acciones de mejora para cada uno de los servicios. Los cuales se identifican a continuación:

AREA	TOTAL ITEMS POR MES	ABRIL ITEMS QUE NO CUMPLEN	MAYO ITEMS QUE NO CUMPLEN	JUNIO ITEMS QUE NO CUMPLEN	ACCIONES REALIZADAS	PORCENT AJE TRIMEST RE
Hospitalización	23	6	8	4	Acta de reunión	73,91%
UCI Adulto	23	0	0	1	Acta de reunión	98,55 %
UCI Pediátrica	23	2	0	1	Acta de reunión	95,65 %
UCI Neonatal	17	2	0	0	Acta de reunión	96,08 %
Urgencias	19	0	1	1	Acta de reunión	96,80 %

Lo anterior permitió dar cumplimiento del 100% a lo establecido en el indicador.





### 3. OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS.

#### 3.1 ÍNDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REPOSABLE
Implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.	> Resultado año anterior	Medición Desempeño	Actividades ejecutadas plan de acción MIPG / Actividades programadas	>=90%	Trimestral	Planeación

Fuente: Plan Operativo programa de Gestión y Desempeño Institucional

32

POLITICA	PORCENTAJE AVANCE
INTEGRIDAD	50%
TALENTO HUMANO	0%
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	NA
GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO	100%
SEGURIDAD DIGITAL	100%
GOBIERNO DIGITAL	100%
DEFENSA JURIDICA	NA
SERVICIO AL CIUDADANO	100%
RACIONALIZACION DE TRAMITES	100%
PARTICIPACION CIUDADANA EN LA GESTION PUBLICA	100%
SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	100%
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA	100%
GESTIÓN DOCUMENTAL	100%
GESTION DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACION	100%
CONFLICTOS DE INTERES	67%
GESTION DE LA INFORMACION ESTADISTICA	NA
<b>RESULTADO CONSOLIDADO 2 TRIMESTRE 2022</b>	<b>86%</b>

Fuente: Informe Plan de Acción Planeación

Se evidencia en seguimiento a los planes de acción del modelo integrado de planeación y gestión MIPG un cumplimiento del 86% con corte al segundo trimestre de 2022, cumpliendo con la meta establecida del



95%; de las 13 políticas implementadas 2 se encuentran con cumplimiento parcial, que corresponden a la política de Integridad que para el periodo evaluado incluyo seis (6) actividades dando cumplimiento a tres (3) con un porcentaje de cumplimiento del 50% y la política de conflictos de interés que para el periodo evaluado incluyo tres (3) actividades dando cumplimiento a dos (2) con un porcentaje de cumplimiento del 67% . Para el caso de la política de Talento humano en el plan de acción planteo tres (3) actividades las cuales no fueron ejecutadas., obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 0%

### 3.2 PROGRAMA DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

33

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPOSABLE	SITEMAS	AVANCE 2TRIMESTRE
Fortalecer la gestión de la información de manera que asegure la continuidad en la prestación de servicios, la toma de decisiones basada en hechos y datos y facilite la articulación de la información de las instituciones integradas en red.	Cumplimiento de actividades del programa integración del sistema de información	Actividades programadas en la vigencia / Actividades ejecutadas en la vigencia	>=80%	Trimestral	Soportes documentales producto de la Ejecución de las actividades del cronograma	Líder Sistemas de Información	100%	100%
	Número de integraciones ejecutadas en la vigencia	Número de integraciones ejecutadas en la vigencia / Número de integraciones planeadas a ejecutar en la vigencia	>=1	Anual	Informe Anual de Integraciones	Líder Sistemas de Información	N/A	N/A
	Cumplimiento proyectos TI	Número de proyectos ejecutados en la vigencia y que corresponden al periodo de medición según lo planeado / Número total de proyectos planeados a ejecutar en la vigencia	>=80%	Trimestral	Soportes documentales producto de la Ejecución de las actividades del cronograma	Líder Sistemas de Información	100%	100%
<b>CUMPLIMIENTO</b>								<b>100%</b>

Fuente: Tabla de resultados programa de integración del sistema de información

#### Cumplimiento de actividades del programa integración del sistema de información

Se evidencia con corte al segundo trimestre de 2022 cumplimiento a la meta establecida del indicador, se observa según cronograma que el proceso planteo 12 actividades para este corte de las cuales queda





pendiente una (Integración entre los sistemas del hospital y proveedores de Software), la cual se encuentra en etapa de Salida a Producción agility y servinte

### Número de integraciones ejecutadas en la vigencia

Este indicador es de medición anual y para este periodo no será evaluado, sin embargo se encuentra en ejecución el proceso de la integración entre Servinte Clinical Suite y el software de imagenología Agility de Afga. Se tiene un Plan de trabajo de integración con imagenología el cual tiene un avance del 98% (PLAN DE TRABAJO RIS-2022), se elaboró alguna documentación de la integración y procedimientos de proceso (Actividades que deben realizar ante un fallo en el sistema de información Agility) se realizaron pruebas de integración entre los dos sistemas. La salida a producción de la integración Agility-Servinte pendiente por definir la fecha de salida a producción de la integración.

### Cumplimiento proyectos TI

Para la presente vigencia se tienen programados 5 proyectos, con corte al segundo trimestre de 2022, se dio cumplimiento a la meta trimestral establecida, de los cuales se ejecutaron 4 cumpliendo con el 100%

34

CODIGO	PROYECTO	CONTRATO	% CUMPLIMIENTO
PROY-01	Mantenimiento de la Infraestructura de Red de Datos, Dispositivos de Conectividad y servidores de procesamiento y almacenamiento. <b>Proyecto planeado para julio</b>	346	0%
PROY-02	Realizar servicio de soporte y mantenimiento más actualizaciones para Daruma licenciamiento actual; habilitación de 165 usuarios estándar a perpetuidad; migración a infraestructura en la nube que incluye administración de infraestructura, certificado de seguridad (Backus) y hosting y reinstalación y puesta en marcha en la nube de Tiqal y si se requiere bolsa de servicios profesionales del software Daruma hasta por 12 horas.	220	100%
PROY-03	Realizar la actualización de hardware y software del Sistema RIS/ PACS (Agility) a la solución Enterprise Imaging de Agfa HealthCare.	243	100%
PROY-04	Adquisición, Instalación Y Soporte De Software Antimalware Endpoint De Última Generación Para La Protección De Los Equipos, Servidores, Redes De Datos Y Plataformas Informáticas De La Ese Hospital Universitario San Rafael De Tunja.	552	100%
PROY-05	Plan y Puesta En Marcha De La Migración De Ipv4 A Ipv6 Según Lo Establecido En La Resolución Número 01126 De 2021 del Mintic.	318	100%

Se da cumplimiento a la meta propuesta del indicador , respecto a la ejecución de los siguientes proyectos planteados: P02 CONTRATO No. 220 con Tiqal, P03 Contrato 243 con Agfa, P04 Contrato 552 con Media Commerce y las actividades proyectadas corte junio P05 Contrato 319 con Colombia Mas Tv El proyecto PROY-01 esta para ejecución para el mes de julio DE 2022.



### 3.3 PROGRAMA DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA.

PILAR O EJE DE PLAN DE DESARROLLO	PROGRAMAS ESTRATÉGICO	META VIGENCIA A 2022	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	RESULTADO CONSOLIDADO O 2do TRIMESTRE	AVANCES SEGÚN CUMPLIMIENTO DE META	
							AVANCE 1 TRIMESTRE	AVANCE 2 TRIMESTRE
GESTION DE TECNOLOGIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HUMANIZADOS Y SEGUROS	programa de gestión tecnológica y dotación hospitalaria	70%	Gestión tecnología Biomédica	>=80%	Anual	NA	NA	100%
			Gestión de dotación Hospitalaria	>=80%	Anual	NA	NA	100%
			Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias	>=0,5	Mensual	141%	NA	100%
PROMEDIO TRIMESTRAL CUMPLIMIENTO POR PROCESO						141%	-	100%

35

El monitoreo del programa realizado a través de la medición de indicadores que evalúa el cumplimiento de los objetivos de programas de renovación tecnológica, modernización de infraestructura dotación y mantenimiento hospitalario de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuenta con 3 indicadores, 2 tienen periodicidad anual y el indicador disminución de mantenimientos correctivos implementando las listas de chequeo diarias se realiza de forma mensual con cumplimiento del 100%

#### DISMINUCIÓN DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS IMPLEMENTANDO LAS LISTAS DE CHEQUEO DIARIAS

Se presenta informe por parte del líder del proceso donde se explica los mantenimientos correctivos y predictivos para los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio, esta medición se hace a través del software daruma y a través de un aplicativo implementado por el proceso ( Se anexa los pantallazos de la medición). Para el primer semestre el número de mantenimientos predictivos fue 65 y el número de mantenimientos correctivos 46. Cumpliendo con la meta propuesta por el programa.





### 3.4 CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 14001:2015.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 2 TRIMESTRE
Implementación plan de acción de SGA (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	>=90%	100%

Es necesario indicar que para esta evaluación se toma primer Semestre del 2022. En el 1 trimestre de las 37 actividades programadas por el SGA, se ejecutaron 37 que representa el 100%. Para verificar este resultado se aportaron evidencias en la carpeta "ISO 14001" que fueron analizadas y verificadas. Ahora bien, para el 2 trimestre se programaron 39 actividades y se ejecutaron 38, La actividad faltante hace referencia al manual de sustancias químicas, debido a que se encuentra en actualización, y de las 22 capacitaciones programadas estas se llevaron a cabo en su totalidad es decir lograron el 100%. En conclusión, en el 1 trimestre la ejecución fue del 100% y para el 2 trimestre fue del 97%, como resultado final de ejecución consolidada del indicador es de 98 %. Para la evaluación se analizó la información enviada en la carpeta "ISO 14001" en la cual se encuentran los documentos soporte de las actividades realizadas durante primer Semestre de 2022.

Se recomienda realizar seguimiento a la actualización del «manual de sustancias químicas» y fortalecer los indicadores para continuar con el nivel de cumplimiento de meta en que se encuentra.

36

### 3.5 CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 45001:2018

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE ACUMULADO
Implementación plan de acción de SST (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	90%

Es importante precisar que la evaluación se realiza para el primer Semestre del 2022. Durante el 1 trimestre los procesos involucrados alcanzaron 100% para el primer trimestre, SST programa 71 y ejecuto 71 equivalente al 100%. Las evidencias aportadas y analizadas por la OACI fueron anexadas en carpeta "ISO45001", "1 TRIMESTRE DE 2022". Ahora bien, para el consolidado del semestre se establece que de las 71 actividades programadas las siguientes no cumplieron el total de ejecución: Actualización del procedimiento de reubicación laboral; Actualización del diagnóstico del Plan Estratégico de Seguridad Vial; actualización Plan de Emergencias, acordes al informe de ISH; formación y capacitación de brigadistas; Evaluar la eficacia de los controles implementados a los riesgos y oportunidades identificados y priorizados. Estas actividades con ejecución del 50%. Esto determina que el porcentaje de ejecución del segundo trimestre es de 95% cumpliendo la meta.



Dentro de las evidencias aportadas se anexo la carpeta "ISO45001", que contiene entre otros documentos: matriz CA-F-94 "Registro tratamiento de acciones preventivas correctivas y correcciones "; matriz CA-F-113; matriz CA-F-114 ; procedimiento CA-PR-04; matriz PESV ; registros de seguimiento comités de convivencia y COPASST a tercerizados, actas de reunión e informes; registro de inspecciones realizadas en áreas del HUSRT a través del formato SST-F-21; Registros de seguimiento y capacitación por parte de la ARL Bolívar; informe de gestión primer y segundo trimestre realizado a tercerizados; matriz de requisitos legales actualizada en el mes de abril. Si se da cumplimiento a la meta se recomienda fortalecer controles para lograr el cumplimiento de las actividades programadas y lograr un 100% en el cumplimiento de estas.

### 3.6 CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2015

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 2 TRIMESTRE
Implementación plan estratégico Resultante del análisis del Contexto	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	100%
Cumplimiento Plan de mejora externo ICONTEC	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	100%

37

- Es pertinente aclarar que se realiza la evaluación de los dos trimestres, obteniendo el siguiente resultado: Para el 1 trimestre se ejecutaron 5 Actividades de las 6 previstas y para el 2 trimestre se ejecutaron 7 actividades de las 8 programadas, ambas correspondientes a la línea estratégica # 3, es decir que de las 14 acciones tan solo se llevaron a cabo 12. obteniendo un porcentaje consolidado para el semestre de 92%. El análisis anterior coincide con el informe presentado por el área responsable y de acuerdo con lo verificado en la evidencia aportada en la carpeta "ISO 9001", que se adjuntó al informe.  
Se recomienda fortalecer el indicador, ya que aun cuando se cumple la meta para los dos trimestres, sería importante cumplir el 100% de ejecución frente a las actividades programadas.
- En cuanto al segundo indicador, en este se cumplió con la ejecución del 100% de las acciones programadas planteadas. Lo anteriormente descrito, en concordancia con el informe presentado por el área responsable y el análisis realizado a la evidencia aportada, que se adjuntó como carpeta "ISO 9001"

Al consolidar el porcentaje de ejecución para los dos indicadores (el primero con 92% y el segundo con 100%) durante el primer semestre de la presente vigencia, este nos arroja como resultado final un 96%

Se recomienda continuar con el porcentaje de ejecución de acciones y así mantener el indicador en el nivel en que se encuentra al final de este semestre.



### 3.7 EJE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN

#### Satisfacción del Personal en Formación Internado DOCENCIA-SERVICIO

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	Gestión de Investigación e Innovación	AVANCE 2 TRIMESTRE
Satisfacción del Personal en Formación Internado DOCENCIA-SERVICIO	Número de estudiantes satisfechos / Total de estudiantes que diligenciaron la encuesta	60%	Semestral	Informe Resultados encuesta	92%	100%

El proceso adjunta evidencias de los resultados de la encuesta de Satisfacción del Personal en Formación Internado Docencia-Servicio, aplicada a un total de 675 estudiantes de los cuales el 92% están satisfechos con los escenarios de práctica.

38

#### Resultados de aprendizaje y capacitación en formación continua.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	Gestión de Investigación e Innovación	AVANCE 2 TRIMESTRE
Resultados de aprendizaje y capacitación en formación continua.	Número de capacitaciones de formación continua realizada al año	10	Anual	Repositorio Cátedra San Rafa	100%	100%
	Número de temas revisados / Número de temas planteados en los syllabus de rotación	>=90%	Semestral	Informe Resultados encuesta	98%	100%

El indicador **Número de capacitaciones de formación continua realizada al año es de periodicidad anual**, sin embargo el proceso adjunta registro fotográfico y piezas publicitarias Cátedra San Rafa de las capacitaciones de formación continua realizada con corte a junio de 2022. Se evidencia cumplimiento a la meta del indicador; ya que se realizaron 20 cátedras de 10 programadas

En cuanto al indicador **Número de temas revisados / Número de temas planteados en los syllabus de rotación**, se evidencia que del total temas planteados en los syllabus de rotación, solo en Psiquiatría y radiología los internos reportaron no haber revisado temas planteados; se da cumplimiento a la meta del indicador con un 98% de 90%

En las siguientes especialidades reportaron revisión de los temas planteados en syllabus: Anestesia, cardiología adulto, cardiología pediátrica, cirugía general, cirugía oncológica, cirugía pediátrica, cirugía



vascular, endocrinología, ginecología, infectología, Neurocirugía, Neurología, neuropediatría, ortopedia, pediatría, UCIA,UCIN;UCIP, urgencias, urología, Fisiatría, gastroenterología, Reumatología y soporte nutricional.

**Alianza formalizada.**

META VIGENCIA 2022	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	Gestión de Investigación e Innovación	AVANCE 2 TRIMESTRE
1 Alianza Estratégica	Alianza formalizada	Número de Alianzas estratégicas consolidadas en el periodo	1	Anual	Alianzas o convenios firmadas	100%	100%

La periodicidad de medición es anual, sin embargo al cierre del periodo evaluado, Se firmó Alianza entre el Hospital Universitario San Rafael de Tunja, como investigadores los Doctores Daniel Gerardo Fernández Ávila, Zulma Cucunubá y la Casa de Boyacá.

**3.8 FORTALECER LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN FRENTE AL DESPLIEGUE Y APLICACIÓN DEL ENFOQUE Y EXTENSIÓN A LOS CLIENTES INTERNO Y EXTERNO.**

Teniendo en cuenta la normatividad vigente aplicable a las instituciones públicas, así como la necesidad del mejoramiento continuo para garantizar una atención en salud con altos estándares de calidad, así como costo-efectivos, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad en Salud (PAMEC) de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se direcciona y orienta en Acreditación.

Teniendo en cuenta lo anterior se diseñó el plan de fortalecimiento de la mejora continua el cual se va a desarrollar por las siguientes etapas: Planeación, implementación y seguimiento

SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE
<b>IMPLEMENTACIÓN</b>	
Realizar despliegue del plan de información, educación y comunicación en los procesos institucionales	
Operativizar los Equipos de acreditación en sus tres niveles a través del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad	
Realizar Monitoreo de barreras de mejoramiento en relación a la operativización de los equipos de mejoramiento / implementación de las actividades planeadas y ejecutadas en el plan de mejoramiento del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad	
Desarrollar de actividades formuladas en el documento técnico.	

PRIMER TRIMESTRE
<b>PLANEACIÓN</b>
Definir los criterios de selección e inclusión de los integrantes para los grupos de acreditación de acuerdo al nivel
Definir en la sede entre los diferentes procesos institucionales
Establecer metodología de trabajo y seguimiento
Documentar la conformación de los equipos de acreditación ( primarios , equipos de autoevaluación, mejoramiento) de acuerdo a la normatividad, a la necesidad y condiciones de la ESE).
Articular plan de información, educación y comunicación
Diseño de estrategias de sensibilización a los equipos de acreditación
Diseño de estrategias de sensibilización a cliente externo e interno





Para el primer trimestre se dio cumplimiento a cuatro (4) actividades de las siete (7) programadas las cuales se describen a continuación

En cuanto a la definición de los criterios de selección e inclusión de los integrantes de los grupos de acreditación de acuerdo al nivel, estos se hicieron con base en la propuesta de INCONTEC, en donde definen el perfil de los integrantes de cada equipo, estos se establecieron en el Documento TÉCNICO de Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad CA-M-12 MANUAL PAMEC v3, este documento se actualiza con los equipos.

Se definieron los enlaces entre los diferentes procesos institucionales. Los enlaces que se determinaron corresponden a planeación y calidad, los cuales se integran en los equipos de mejoramiento.

Se estableció la metodología de trabajo y seguimiento. Esta se determina y actualiza en el Manual Proyecto CA-M-12 MANUAL PAMEC v3, así mismo, se presenta cronograma en el de PAMEC 2022.

Los Equipos de acreditación, se encuentran documentados en el CA-M-12 MANUAL PAMEC v3, este documento se actualiza con los equipos y en el PAMEC.

Para el segundo trimestre se establecieron dos actividades, dando cumplimiento a una (1) que corresponde a Operativizar los equipos de acreditación en sus tres niveles a través del PAMEC

De acuerdo a la evidencias entregadas por el líder de acreditación con corte al segundo trimestre se puede observar un cumplimiento de cinco (5) actividades de las nueve proyectadas para un avance del 55%

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPOSABLE	Consolidado
						RESULTADO 2do TRIMESTRE
Cumplimiento del plan de fortalecimiento de la mejora continua	Actividades ejecutadas / Actividades programadas	100%	Trimestral	INFORME SEGUIMIENTO TRIMESTRAL	Líder PAMEC	55%

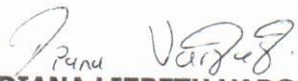
## RECOMENDACIONES

1. Se debe fortalecer la cultura de autocontrol al interior de cada uno de los procesos, ya que no se cumple por parte de algunos líderes con el envío de la información a tiempo, lo que genera demoras en la evaluación del POA y reprocesos a la oficina de control interno.
2. Es importante revisar y evaluar metas establecida por vigencia del programa Integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario, tal como se evidenció ya que para la vigencia 2021 y el primer semestre del 2022 este programa no cumplió, situación que puede afectar el cumplimiento global del plan de desarrollo.
3. El procedimiento Asesoría y Evaluación de la Gestión Institucional establece que dentro de la Semana siguiente a la emisión del informe definitivo de planes operativos « Aquellos procesos que no lograron su



nivel de cumplimiento en los POAS en cada trimestre acercándose al límite inferior de 59.9% código cromático rojo, acordaran acta de compromisos con el profesional de planeación para lograr llegar a la meta establecida en los planes operativos anuales.

4. Las metas Institucionales no podrán ser modificadas, en caso de ser necesario de ajuste previa justificación se solicitara por escrito a la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios



**DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ**  
Asesora de Control Interno  
E.S.E. Hospital Universitario San Rafael Tunja

41

Proyectó: Gustavo Molano  
Nayarith Ochoa  
Claudia Sáenz

