

INFORME DE GESTIÓN
PERIODO: VIGENCIA 2021

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA
NIT. 891800231-0

YAMIT NOE HURTADO NEIRA
GERENTE

Marzo de 2022

INTRODUCCIÓN

El Decreto 357 de 2008, reglamentó la evaluación y reelección de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, lo cual generó la presentación ante la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja del Plan de Gestión del Gerente para el periodo 2020-2024, aprobado mediante Acuerdo No. 07 de julio 8 de 2020, ajustado por el Acuerdo No. 018 de 02 de octubre de 2021.

La Ley 1438 del 19 de enero de 2011 por la cual el Congreso de la República de Colombia, reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, definió entre otras disposiciones los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión por parte de los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

El Ministerio de Salud y Protección Social emitió Resolución No. 408 de 2018 que modificó la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013, estableciendo las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva.

Mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 018 de 02 de octubre de 2021 se modifica el Acuerdo 07 de julio 08 de 2020 mediante el cual se determinó en su Artículo Primero: Aprobar y adoptar el PLAN DE GESTIÓN, PLAN DE DESARROLLO denominado "EN EL SAN RAFA TRABAJAMOS CON EL ALMA", presentado por el Gerente de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja para el periodo 2020-2024."

El plan de gestión del Gerente o director, contiene entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionadas con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y las metas y compromisos, incluidos los convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, así como el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo a lo anterior se realiza el Informe de Gestión para la vigencia específica año 2021 del Gerente de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, quien fue nombrado mediante Decreto 238 del 30 de abril de 2020 y posesionado mediante Acta a partir del 16 de mayo del 2020

De acuerdo a las directrices dadas para cada indicador se verifica su cumplimiento así:



No.	Tipo de ESE	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información
1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	0,05	≥ 1.20	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior
2	Nivel I, II y III	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.	0,05	≥ 0.90	Superintendencia Nacional de Salud
3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	0,10	≥ 0.90	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener; el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada uno de ellas (SI/NO); y el cálculo del Indicador.
4	Nivel I, II y III CON CATEGORIZACIÓN DE RIESGO ALTO O MEDIO	Riesgo Fiscal y financiero.	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	NA	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las E,S,E categorizadas con Riesgo medio o alto
5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	$[(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación}) / \text{Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación}] / [(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia}) / \text{Número de UVR producidas en la vigencia anterior}]$	0,057142857	< 0.90	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

			objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior]]			
6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos1. Compras Conjuntas2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado3. Compras a través de mecanismos electrónicos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	0,057142857	≥ 0.70	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a, b y c. 2. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada 4. Aplicación de la fórmula del indicador.
7	Nivel I, II y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. / [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación)-(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior]]	0,057142857	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.



8	Nivel I, II y III	Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación.	0,057142857	4	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, período de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.
9	Nivel I, II y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores.)	0,057142857	≥1.00	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
10	Nivel I, II y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	0,057142857	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud
11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2 Capítulo 8, Título 3, parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	0,057142857	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social

12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Número de historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total de historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación.	0,07	≥ 0.80	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.
13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Número de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total de historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥ 0.80	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.
14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de Apendicectomía.	Número de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la Apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥ 0.90	Informe de Subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces que contenga como mínimo: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del Diagnóstico de Apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.

15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	0,05	Cero (0), o variación negativa	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador.
16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥ 0.90	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía y aplicación de la fórmula del indicador.
17	Nivel II y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	0,05	≥ 0.90	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.
18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,03	≤ 5	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social





19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,03	≤ 8	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,02	≤ 15	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

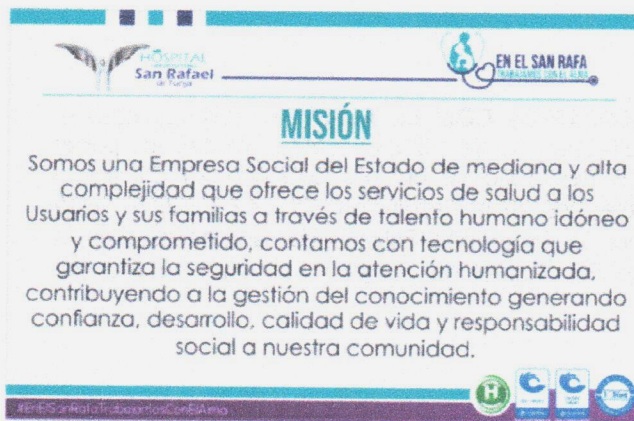
Evaluar las metas de gestión y resultados para la Gerencia de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja durante la vigencia 2021, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 408 de 2018; estableciendo su nivel de desempeño de acuerdo a la normatividad vigente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar y analizar las estrategias que contribuyan a la misión y cumplimiento de la visión, objetivos y metas institucionales, con un equipo humano calificado bajo principios y valores enfocados en la prestación de servicios de salud con calidad.
- Analizar el uso eficiente de los recursos financieros, a través de las estrategias, el seguimiento, acompañamiento y verificación permanente del cumplimiento de directrices, procesos y procedimientos para una adecuada prestación de los servicios de salud, manteniendo la rentabilidad económica y social basada en el equilibrio presupuestal y financiero de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

PLATAFORMA ESTRATEGICA

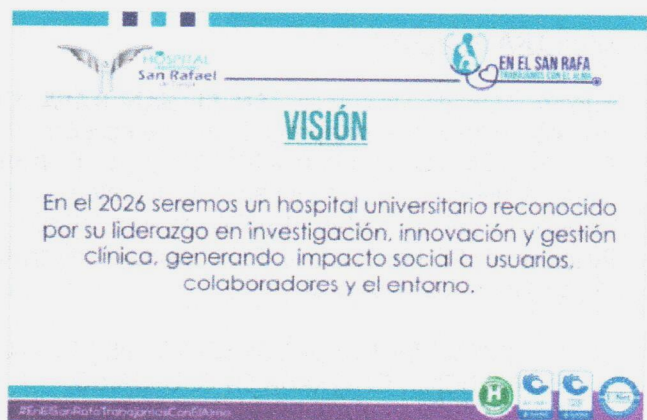
Aprobada mediante Acuerdo de Junta Directiva N° 07 de 08 de julio de 2020



MISIÓN

Somos una Empresa Social del Estado de mediana y alta complejidad que ofrece los servicios de salud a los Usuarios y sus familias a través de talento humano idóneo y comprometido, contamos con tecnología que garantiza la seguridad en la atención humanizada, contribuyendo a la gestión del conocimiento generando confianza, desarrollo, calidad de vida y responsabilidad social a nuestra comunidad.

#EnElSanRafaTrabajamosConElAlma



VISIÓN

En el 2026 seremos un hospital universitario reconocido por su liderazgo en investigación, innovación y gestión clínica, generando impacto social a usuarios, colaboradores y el entorno.

#EnElSanRafaTrabajamosConElAlma



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co





OBJETIVOS CORPORATIVOS

#EnElSanRafaTrabajamosConElAlma

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

1. Humanizar la atención como cultura de servicio y buen trato al Usuario y su familia
2. Consolidar un modelo de gestión y de prestación integral en la atención, que genere valor para el usuario y su familia
3. Apropiar el proceso de acreditación en salud en los procesos organizacionales para fortalecer su mejora y cumplimiento
4. Fortalecer y ampliar la integralidad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad, articulados con redes integradas de atención y comunidad
5. Garantizar la gestión de los recursos que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización
6. Fortalecer la gestión tecnológica
7. Generar líneas de desarrollo humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia
8. Asegurar la competitividad y posicionamiento de la institución
9. Contribuir a la consolidación de Hospital Universitario mediante la gestión del conocimiento, innovación y desarrollo comunitario

EJES TRAZADORES

Nuestro Plan de Desarrollo "**EN EL SAN RAFA TRABAJAMOS CON EL ALMA**" se formuló para el periodo 2020-2024 y se aprobó mediante Acuerdo 07 de 08 de julio de 2020, el cual fue modificado por el Acuerdo 018 del 12 de octubre de 2021, El plan de desarrollo se elaboró teniendo en cuenta la metodología para el direccionamiento estratégico establecidos en la Resolución No. 142 de 2020. Está compuesto por 22 metas, 9 objetivos estratégicos y por 13 Programas Estratégicos aprobados bajo la Resolución 155 de 2020, la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja fundamenta su Plan de Desarrollo en los siguientes ejes:

1. HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
2. ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO
3. GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA
4. GESTIÓN DE SERVICIOS
5. GESTIÓN DEL RIESGO
6. GESTIÓN DE TECNOLOGÍA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUMANIZADOS Y SEGUROS
7. TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE.
8. RESPONSABILIDAD SOCIAL
9. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN.



COMPONENTES DEL INFORME DE GESTIÓN

El Plan de Gestión, adoptó las condiciones y metodología, descritas en la Resolución 408 de 2018 y se constituye en el documento que refleja los compromisos para el actual periodo Gerencial del Hospital Universitario San Rafael de Tunja, respecto a las metas de gestión y resultados definidos en las siguientes áreas de gestión:

1. DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%).
2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%).
3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%).

1. DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%).

1.1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Linea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	0,05	$\geq 1,20$	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior	1,95	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS-LIDER ACREDITACION	<1	1-1,10	1,11-1,19	$\geq 1,20$	3	0,15

Así las cosas, para la vigencia 2021, este indicador reporto un resultado de 2.165 respecto al valor obtenido para la vigencia 2020 de 1.95; se encuentra una relación de 1.11 tal como lo demuestra el indicador a continuación:

INDICADOR: Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.

HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja AUTOEVALUACIÓN ACREDITACION RESOLUCIÓN 5095 DE 2018			RESULTADOS AUTOEVALUACIONES	
VIGENCIA			2020	2021
GRUPO DE ESTANDARES	LIDER ESTÁNDAR	NUMERO DE ESTANDARES	TOTAL	TOTAL
			PROMEDIO	PROMEDIO
Cliente asistencial	Subgerente de Servicios de Salud	1-75.	2,00	2,09
Direccionamiento	Asesor Desarrollo de Servicios	76-88	2,02	2,27
Gerencia	Gerente	89-103	2,02	2,22
Gerencia del talento humano	Lider talento Humano	104-120	1,91	2,13
Gerencia del ambiente fisico	Lider de Seguridad y Salud en el Trabajo	121-131	1,96	2,24
Gestión de la tecnología	Lider Ing. Biomedica	132-141	2,00	2,20
Gerencia de la Información	Lider sistemas	142-155	1,90	2,09
Mejoramiento de la calidad	Lider PAMEC	156-160	1,80	2,10
RESULTADO AUTOEVALUACION			1,95	2,165

Fuente: Oficina de Calidad

Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior

1.11

Este indicador se soporta por la consolidación de auditor líder de Acreditación y se valida por Asesor de Desarrollo de Servicios según informe anexo.

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 2.165}{\text{Denominador } 1.95} = 1.11$$

Fuente Información: Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior

Soporte: (Ver Anexo S1.)

- Informe autoevaluación acreditación 2020.
- Informe autoevaluación acreditación 2021.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el incremento en la calificación de 2021 respecto al periodo 2020 se obtiene un incremento de 1.11, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se obtiene una **calificación de 3.**



1.2. Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estandar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Dirección y Gerencia 20%	2	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría.	Relación del numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	0,05	≥ 0,90	Superintendencia Nacional de Salud	100%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS-LIDER ACREDITACION	≤ 0,5	0,51-0,70	0,71-0,89	≥ 0,9	5	0,25

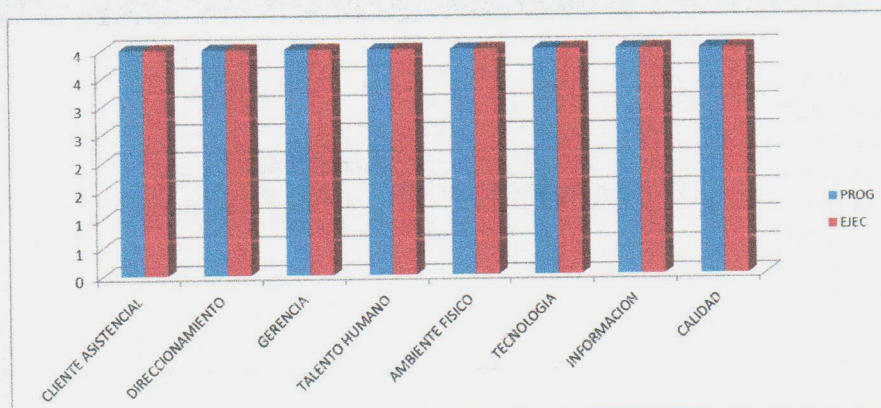
EJECUCIÓN PAMEC DICIEMBRE 2021

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		% EJECUCIÓN PAMEC 2021			
INDICADOR	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría.	Grupo Estándares	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES EJECUTADAS	CUMPLIMIENTO
				Ciente asistencial	4
		Direccionamiento	4	4	100%
		Gerencia	4	4	100%
		Gerencia del talento humano	4	4	100%
		Gerencia del ambiente fisico	4	4	100%
		Gestión de la tecnologia	4	4	100%
		Gerencia de la información.	4	4	100%
		Mejoramiento continuo	4	4	100%
TOTAL			32	32	

Fuente: Seguimiento a Diciembre PAMEC 2021.

De las 32 acciones programadas, se han ejecutado las 32 dando cumplimiento a lo comprometido desde el comienzo de la vigencia y de lo cual se hace descripción a continuación.

CUMPLIMIENTO PAMEC E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA 2021



Fuente: Oficina de Calidad Seguimiento PAMEC 2021 a diciembre.

Este indicador se soporta por la consolidación de auditor líder de Acreditación y PAMEC, se valida por Asesor de Desarrollo de Servicios y se presenta por la Gerencia de la Institución a Secretaria de Salud de Boyacá, según informe anexo.

Este seguimiento se realizó con base en la verificación de las actividades planteadas en el PAMEC 2021 radicado mediante correo electrónico en Secretaria de Salud de Boyacá, este se lleva a cabo por cada equipo de acreditación de acuerdo al cronograma planteado y este es verificado por auditor líder de acreditación para evidenciar el cumplimiento de las metas planteadas.

Evidencia del correo electrónico enviado para el informe Final PAMEC 2021:

De: Laura Lizbeth PAMEC
Enviado: Lunes, 24 de enero de 2022 14:43
Para: PROGRAMA DE VIGILANCIA <pamec.boyaca@boyaca.gov.co>
Asunto: Informe anual PAMEC 2021

Buenas tardes,

Por medio del presente se envía informe anual PAMEC 2021.

Quedo atenta a observaciones.

Cordialmente,

Laura Lizbeth Rodríguez Salcedo
Lider de Habilitación-PAMEC
Oficina de Calidad
ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



Evidencia del correo electrónico recibido por Secretaria de Salud de Boyaca frente al informe Final PAMEC 2021:

RE: Informe anual PAMEC 2021

PROGRAMA DE VIGILANCIA <pamec.boyaca@boyaca.gov.co>

Lun 14/02/2022 17:55

Para: Laura Lizbeth PAMEC <pamec@hospitalsanrafaeltunja.gov.co>

Señor

REPRESENTANTE LEGAL

Ciudad

Saludo cordial

Acuso recibí informe ejecución Pamec 2021.

Atentamente:

GRUPO PAMEC-SIC-SEGURIDAD DEL PACIENTE
DIRECCIÓN TÉCNICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA

INDICADOR: *Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC,*

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 34}{\text{Denominador } 34} = 100\%$$

Fuente de Información: Superintendencia Nacional de Salud

Soporte: (Ver Anexo S2.)



NIT	RAZON SOCIAL	Indicador 2
		Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad
860037592	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO	0.9
890905198	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTAMARIA	0.9
800075650	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTO TOMAS	0.7
800065395	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL TOBIAS PUERTA	1.0
899999032	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	0.9
900006037	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	1.0
900042103	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE	0.6
891780185	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	1.0
800231235	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE	0.9
891800231	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	1.0

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2021 se obtiene un resultado del 100%, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra por encima del 90%, se da una **calificación de 5.**

1.3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Dirección Y Gerencia 20%	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	Numero de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Numero de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	0,10	≥ 0,90	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener; el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada uno de ellas (SI/NO); y el calculo del Indicador.	91%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS	<= 0,5	0,51-0,70	0,71-0,89	≥ 0,9	5	0,5

La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja teniendo en cuenta lo establecido en el Plan de Desarrollo para el periodo 2021-2024, creado mediante Acuerdo No. 07 de julio de 2020 y modificado por el Acuerdo 018 del 12 de octubre de 2021, el promedio general del estado de ejecución de cumplimiento del Plan de Desarrollo institucional según lo establecido en la fuente de información de la Resolución 408 de 2018 fue de 95% según el informe presentado por la Oficina Asesora de Control Interno de la Entidad.

INDICADOR: *Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación*

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 19}{\text{Denominador } 20} = \mathbf{0.95}$$

Cumplimiento Total 95%

Fuente de Información: Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener; el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada uno de ellas (SI/NO); y el cálculo del Indicador.

Soporte: (Ver Anexo S3.)

- Informe de Cumplimiento Plan de Desarrollo para la vigencia 2021, realizada por la Oficina de Planeación.



Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2021 se obtiene un resultado del 95%, lo cual aplicando la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango de **calificación de 5.**

2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%).

2.1. Riesgo Fiscal y financiero.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2019	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2020	Resultado periodo evaluado 2020
									0	1	3	5		
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y financiero.	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	0,05	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las E.S.E categorizadas con Riesgo medio o alto	SIN RIESGO	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA- LIDER FINANCIERA	Si durante la vigencia evaluada a la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y		Si durante la vigencia evaluada a la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y	N/A	N/A	

Respecto a este indicador para el Hospital NO APLICA su calificación, de acuerdo a lo establecido por la Resolución del Ministerio de Salud N° 856 de 2020, en su artículo 6 "Suspensión del plazo para la determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado. Suspender el término establecido en el artículo 80 de la ley 1438 de 2011 para que el Ministerio de Salud y Protección Social determine el riesgo de las Empresas Sociales del Estado y su comunicación a las secretarías departamentales, municipales y distritales de salud, a partir de la fecha de publicación de la presente resolución y hasta el término de duración de la emergencia sanitaria, decretada por este Ministerio".

Soporte: (Ver Anexo S4.)

- Resolución del Ministerio de Salud N° 856 de 2020, por medio de la cual se suspenden términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la emergencia sanitaria por el COVID-19.





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 0000856 DE 2020

(29 MAY 2020)

Por medio de la cual se suspenden términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la emergencia sanitaria por el COVID-19

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En uso de sus facultades legales, en especial las consagradas en los numeras 17 y 18 del artículo 6 del Decreto 4107 de 2011, y en el artículo 6 del Decreto 491 de 2020 y

RESOLUCIÓN NÚMERO 0000856 DE 2020 HOJA No 4

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se suspenden términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la emergencia sanitaria por el COVID-19"

medicina y de la profesión de la odontología, impuestas por el Tribunal Nacional de Ética Médica y el Tribunal Nacional Ético Profesional, a partir de la fecha de publicación de la presente resolución y hasta el término de duración de la emergencia sanitaria, decretada por este Ministerio.

Artículo 6. Suspensión del plazo para la determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado. Suspender el término establecido en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, para que el Ministerio de Salud y Protección Social determine el riesgo de las Empresas Sociales del Estado y su comunicación a las secretarías departamentales, municipales y distritales de salud, a partir de la fecha de publicación de la presente resolución y hasta el término de duración de la emergencia sanitaria, decretada por este Ministerio.

2.2. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del Indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Financiera y Administrativa 40%	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	[[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia]] / [[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año del objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior]]	0,0571429	< 0,90	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	100%	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA- SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD LIDER FINANCIERA- ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS	>1,10	1,0-1,10	0,9-0,99	< 0,9	1	0,06

Este indicador mide la proporción entre el Gasto comprometido y la producción de UVR, dando como resultado el costo de producir una UVR en un año determinado. Este resultado debe ser inferior al 90% del costo del año anterior e indica la eficiencia en el gasto.

A efectos de realizar la medición de este indicador se parte del total de gastos comprometidos en la vigencia fiscal 2021, en los cuales no se incluye la suma correspondiente a los RUBROS DE INVERSIÓN Y CUENTAS POR PAGAR DE LA VIGENCIA 2020, y su relación con la productividad registrada en el mismo periodo medida en Unidades de Valor Relativo comparándolo con la vigencia 2020; con los cual se tendrían los siguientes resultados:

EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO:

CONCEPTO	GASTO COMPROMETIDO		
	2021	2020	VARIACION
Gasto de funcionamiento Excluye CXP	131,452,327,184	105,427,766,197	25%
Gasto de Operación Y Prestación de Servicios Excluye CXP.	80,857,907,600	50,182,806,109	61%
TOTAL GASTO DE FUNCIONAMIENTO. OPERACIÓN Y PRESTACION DE SERVICIOS EXCLUYE CXP	212,310,234,784	155,610,572,306	36%
Producción Equivalente UVR	25,820,253.1	19,585,932.4	32%
TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO OPERACIÓN Y PRESTACION DE SERVICIOS/UVR PRODUCIDAS	8,222.62	7,945.0	3%
RESULTADO INDICADOR 2021/2020		103%	

Fuente: SIHO

La entidad para la vigencia 2021 presenta un incremento del 36% en el gasto comprometido en Funcionamiento más operación y prestación de servicios pasando de \$155.610.572.306 en 2020 a \$ 212.310.234.784 para 2021 esto como resultado directo de la ampliación de capacidad instalada que se realizó en la vigencia 2021; en la cual se habilitaron dos sedes adicionales para la prestación de servicios

con 60 camas de hospitalización en la sede HUNZA y con hasta 51 de camas UCI en la sede CANELONES, y se habilitaron 93 camas temporales en la sede central, lo cual permitió que la entidad incrementara hasta en un 79 % el total de la capacidad instalada y genero el aumento en gasto total de la entidad.

Entre tanto la UVR generada en la vigencia 2020 alcanzo un incremento del 32%, lo cual muestra un comportamiento homogéneo entre el incremento de gasto y el aumento de productividad, sin embargo es importante indicar que estos no crecen en igual proporción puesto que la entidad debió incurrir en costos de personal para mantener la habilitación de camas para la atención de la pandemia y en los meses de baja demanda no se generó productividad pero el costo si fue recurrente.

De igual manera es importante indicar que la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA** de manera reiterada ha soportado niveles de sobre ocupación que limitan la capacidad operativa de la entidad y la posibilidad de generar mayores niveles de producción en salas de cirugía y que en términos generales consumen mayores costos de mano de obra, mayores niveles de medicamentos y Material Médico quirúrgico y en contraste se ven afectados los niveles de facturación puesto que los servicios que se facturan en camas temporal o servicios demandados en sobre ocupación deben ser facturados con menores valores a las estancias en condiciones normales; en algunos casos se ha evidenciado que los ingresos por estancias en camas temporales o de contingencia no cubren los costos fijos de atender las estancias; toda vez la mano de obra de enfermería, médicos Generales, Personal de apoyo, alimentación, vigilancia, lavandería, aseo y todos los demás apoyos necesarios para garantizar la estancia de usuarios en contingencias aumenta puesto que las instalaciones y condiciones físicas de la entidad así lo demandan para permitir condiciones seguras para los usuarios.

INDICADOR:

(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación)

(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)]

CALCULO DE INDICADOR

Numerador 212,310,234,784 / 25,820,253,1

Denominador: 155,610,572,306 / 19,585,932,4

Numerador	<u>8222</u>	= 103,49%
Denominador	7945	

Esto muestra que la entidad para el año 2021 para producir una UVR el comprometió gasto por valor de \$8.222 y para el año 2020 para producir una UVR gastó \$7.945, situación que muestra un incremento en el gasto por UVR producida del 3.49% frente al resultado de 2020.



Fuente Información: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Soporte: (Ver Anexo S5.)

- Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Certificación por parte de la Subgerencia Administrativa y Financiera.

Calificación: Este resultado muestra que la entidad presentó incremento el uso de recursos por cada UVR producida situación que lleva a que para este indicador se obtenga un resultado de 103.49%, con lo cual se da una **calificación de 1**.

2.3. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos. 1. Compras Conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.

Área de Gestión	Nº.	Indicador	Fórmula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Financiera y Administrativa 40%	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras Conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a. compras conjuntas b. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c. compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	0,0571429	≥ 0.70	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a, b y c. 2. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada. 4. Aplicación de la fórmula del indicador.	51%	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA-LIDER CONTRATAACION	< 0,3	0,30-0,50	0,51-0,69	≥ 0,70	1	0,057142857

META Mínimo el 70% de las compras de medicamentos y Material Médico Quirúrgico se debe hacer a través de estos mecanismos.

INDICADOR	META	LÍNEA BASE	FORMULA DE CALCULO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO
Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos 1. Compras	≥ 0.70	56%	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a. compras conjuntas b. Compras a través de cooperativas de Empresas	\$27.337.711.612	\$46.094.503.412	59%

Conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos			Sociales del Estado c. compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico -quirúrgico- en la vigencia evaluada			
--	--	--	--	--	--	--

Para determinar el valor total de las adquisiciones que la entidad realizó en la vigencia 2021 mediante los mecanismos establecidos en el indicador, se toman como fuente de información la distribución de las modalidades de contratación definidas por el área de contratación, la cual permite determinar el valor total de las compras realizadas a la Cooperativa de Organismos de Boyacá (COOSBOY) y las compras realizadas como resultados de las publicaciones en plataforma electrónica entre los que se encuentran: la publicación en el KARDEX de proveedores y los contratos surgidos de los procesos de convocatoria pública.

El KARDEX de proveedores es una herramienta que se ha diseñado e implementado en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, el cual permite un funcionamiento similar a las plataformas dispuestas por el gobierno nacional, con acceso a los proveedores que se han inscrito y les permite acceder a las invitaciones por contratación directa de acuerdo a lo dispuesto en el estatuto interno e contratación, es decir se cuenta con un mecanismo electrónico propio que permite la pluralidad de oferentes..

MECANISMO	MEDICAMENTOS	MATERIAL MEDICOQUIRURGICO	TOTAL
a) Compras conjuntas	0	0	0
b) Compras a través de Cooperativas de ESE	1.911.757.673	728.554.745	2.640.312.418
c) Compras a través de mecanismos electrónicos	13.405.249.466	11.292.149.728	24.697.399.194
TOTAL	15.317.007.139	12.020.704.473	27.337.711.612

Para la determinación del denominador del indicador se toma el total del gasto comprometido en la vigencia 2021 para los gastos de COMPRA DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO, los cuales incluyen el 100% del gasto independientemente de su modalidad de contratación y se constituye en denominador del indicador así:

CONCEPTO	VALOR COMPROMETIDO
Total Medicamentos	23.588.707.702
Total Médico quirúrgico	22.505.795.710
Total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico de la vigencia	46.094.503.412



Con estos totales se procede a efectuar el cálculo del indicador de conformidad con las indicaciones de la resolución 408 encontrando los siguientes resultados

CONCEPTO	COMPRA DE MEDICAMENTOS	MATERIAL MEDICOQUIRURGICO	TOTAL GENERAL	INDICADOR
TOTAL ADQUISICIONES EVALUADAS	15.317.007.139	12.020.704.473	27.337.711.612	59%
TOTAL COMPROMETIDO	23.588.707.702	22.505.795.710	46.094.503.412	

Es importante indicar que el estatuto de contratación de la entidad contempla algunos mecanismos de contratación que no implican la utilización de mecanismos electrónicos entre los que se encuentran contratos derivados de comodatos, contratos de medicamentos y dispositivos médicos con exclusividad e innovadores que para la vigencia 2021 alcanzaron una participación del 41% frente al total de gasto comprometido en los rubros de Compra de Medicamentos Y Material Médico Quirúrgico y que han representado para la entidad en muchos aspectos ahorros y facilitan la disponibilidad de los insumos y medicamentos.

Durante la vigencia 2021 la entidad ante el incremento de usuarios diagnosticados con COVID y derivados de los picos epidemiológicos de los meses de enero a Mayo de 2021 y de Julio a Septiembre de 2021 debió recurrir a mecanismos de contratación directa en algunos casos que le permitieron garantizar la disponibilidad de medicamentos y material médico quirúrgico y también debió soportar aumentos de costos los cuales afectaron el indicador determinado puesto que aumento el valor total contratado de manera directa y genero una baja en el resultado del indicador.

La ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja como institución de tercer nivel de atención, tiene por objeto la prestación de servicios de salud, entendido como un servicio público a cargo del Estado y como parte integral del Sistema de Seguridad Social en Salud en desarrollo y en cumplimiento de su objeto, la Empresa Social del Estado podrá celebrar todos los actos y contratos permitidos por la legislación colombiana, y que puedan ser ejecutados o desarrollados por personas naturales o jurídicas, públicas o privadas sean estas de carácter civil, mercantil administrativo para la coordinación del mismo.

Con el fin de dar cumplimiento a su objeto social y contar con tecnología adecuada en Apoyo Tecnológico requeridos para la prestación de un servicio integral a los pacientes hospitalizados, Urgencias y Ambulatorios.

Se busca garantizar que la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuente con tecnología de punta en todas las áreas de la entidad, con altos estándares de calidad y ser costo-efectivas para la misma, que permita el óptimo funcionamiento.

El Contrato de comodato tiene sus propiedades específicas, como son: es unilateral, debido a que solo existe una obligación procedente del comodatario que consiste en preservar el bien en buenas condiciones y restituirlo al instante de finalizar el contrato. Por otra parte es gratuito porque solo reporta utilidad para el comodatario y no para el comodante; el comodante es el que asume la obligación de prestar los Equipos especializados para el Hospital, mientras que el comodatario es quien usa el bien, esta opción es costo efectiva para la entidad, ya que se garantiza tecnología adecuada para las necesidades mencionadas, sin costo de inversión ya que La Empresa que presta el bien mantiene la propiedad del



equipo, debido a que el comodatario solo dispone de la mera tenencia del bien. Por ende los temas de mantenimiento, capacitación Y aseguramiento de los equipos son responsabilidad del comodante.

De igual manera la ESE realiza la compra de **MEDICAMENTOS O DISPOSITIVOS MÉDICOS DENOMINADOS EXCLUSIVOS**, los cuales son requeridos por los diferentes especialistas de la entidad, para el tratamiento de las diversas patologías que presenta la población, los cuales buscan el beneficio para los paciente, disminuyendo los días de estancia, un menor tiempo quirúrgico y mejoría en el giro cama.

INDICADOR: Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada

CALCULO DE INDICADOR

Numerador	\$ 27.337.711.612	= 59%
Denominador	\$ 46.094.503.412	

Fuente de Información: Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá:

1. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a, b y c.
2. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra.
3. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada.
4. Aplicación de la fórmula del indicador.

Soporte: (Ver Anexo S6.)

- Certificación de la Revisoría Fiscal de la Institución, la cual contiene:
- Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a, b y c.
- Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra.
- Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 221 se obtiene un resultado del 59%, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango de 0,51% y 0,69% y obtiene una **calificación de 3**.



2.4 Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del indicador	Ponderación	Estandar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Financiera y Administrativa 40%	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. ((Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación)- (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior))	0,0571429	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.	Cero (0) o variación negativa	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA- LIDER FINANCIERA	Deuda + VARIACION POSITIVA	Deuda + VARIACION NEGATIVA	Deuda 0	5	0,285714286	

El hospital ha mantenido una política de pago a personal y contratistas en el momento en que se presenta la cuenta, certificación o factura. Por lo tanto, no tiene deudas superiores a 30 días, por concepto de salarios de personal de planta o externalización de servicios con corte a 31 de diciembre de 2021. Se anexa certificación de revisoría fiscal, evidenciando lo anterior.

INDICADOR: Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y concepto de contratación de servicios de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación - Valor de la deuda superior a treinta días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de prestación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior

Fuente de Información: Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.

Soporte: (Ver Anexo S7.)

- Certificación realizada por la Revisoría Fiscal de la Institución, la cual contiene el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del mismo.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación para la vigencia 2021 se obtiene deuda 0, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018, se da una **calificación de 5.**

2.5 Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estandar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Financiera y Administrativa 40%	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación.	0,0571429	4	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.	4	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS -LIDER EPIDEMIOLOGIA-CALIDAD	1 Informe RIPS o no presentado informe	2 Informe RIPS	3 Informe RIPS	4 o mas Informes RIPS	5	0,285714286

El hospital dio cumplimiento estricto a la presentación de los informes trimestrales de RIPS establecidos en la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018. Este informe junto con el análisis se presenta a la Junta Directiva. En éste se encuentra el análisis de tendencia de las actividades realizadas en los servicios de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización; la distribución de atenciones por régimen de afiliación, pagador, sexo y grupo etario, zona de procedencia, especialidades y diez primeros diagnósticos en cada servicio.

La ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, comprometido con la mejora en la calidad de la atención, ha insistido y sigue trabajando en el perfeccionamiento del sistema de información, dentro del cual es de vital importancia el progreso en la validez de los datos de los RIPS.

Este indicador es formulado por Epidemióloga Líder de la Unidad de Análisis y se avala por Desarrollo de Servicios, según informes adjuntos, y se presentan las actas de Junta directiva en las cuales se desarrolló la presentación de los mismos.

INDICADOR: *Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación.*

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{4}{4} = 100\%$$

Fuente de Información: Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.

Soporte: (Ver Anexo S8.)

- Certificación de Secretario de la Junta Directiva del Hospital Universitario San Rafael Tunja, en la cual se encuentra soportado: fecha de los informes de RIPS presentados a la junta directiva.
- Informes de análisis de RIPS.



Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2021 se obtiene 100% es decir se presentaron los correspondientes cuatro informes trimestrales a la Junta Directiva, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en la escala de **calificación de 5**.

2.6 Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Linea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Financiera y Administrativa 40%	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores.)	0,0571429	≥1.00	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	0,94	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA- LIDER FINANCIERA	< 0,8	0,80-0,90	0,91-0,99	≥1	1	0,057142857

La entidad no alcanza equilibrio con recaudo superior a 1 por venta de servicios de salud (vigencia actual y anterior) el cual fue de 0.87%, el cual se obtiene así:

EQUILIBRIO CON RECAUDO			
CONCEPTO	RECAUDO		
	2021	2020	VARIACION
INGRESO TOTAL RECAUDADO (EXCLUYE CXC)	132,176,623,447	83,476,330,955	58%
CUENTAS POR COBRAR OTRAS VIGENCIAS	73,838,083,726	66,998,359,318	10%
TOTAL INGRESO RECAUDADO	206,014,707,173	150,474,690,272	37%
GASTOS TOTALES CON CUENTAS POR PAGAR	236,721,053,171	169,511,116,679	40%
TOTAL INGRESO RECAUDADO/ GASTOS TOTALES CON CUENTAS POR PAGAR	0.87	0.89	-2%

Fuente: SIHO y Oficina asesora Desarrollo de Servicios

Para el cálculo de este indicador se incluye el total de ingresos recaudados por la entidad durante la vigencia 2021 y el total de gastos comprometidos, es decir se incluyen tanto las cuentas por pagar de vigencia anterior como el recaudo de cartera de vigencias anteriores, toda vez que los recaudos de vigencias anteriores financian parte de los gastos de la vigencia 2021 incluidas las cuentas por pagar de 2020 y los gastos de inversión que la entidad ejecuto en 2022.

Es importante indicar que la entidad para la vigencia 2021 la entidad vio afectado el recaudo por efecto directo de la liquidación de la EPS COMPARTA que presentaba un comportamiento de pago favorable para la entidad y constituía a esa EPS en uno de los mayores pagadores de la entidad situación que represento que el x% de la facturación prestada en 2021 debiera ser reclamada en acreencia afectando de manera directa el resultado de este indicador; el comportamiento de la facturación generada y que debió ser presentada en acreencia es el siguiente:

CONCEPTO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
TOTAL FACTURADO	2.285.164.794	3.379.286.030	3.254.898.555	4.293.079.368	4.288.643.446	3.932.820.742	3.672.778.964	3.599.097.473	110.263.444	28.816.032.815
TOTAL RECLAMADO ACREENCIA	1.133.363.594	1.884.691.755	1.721.699.090	2.479.422.906	2.610.374.102	3.932.820.742	3.672.778.964	2.082.126.677	103.852.801	19.621.130.631
% QUE SE DEBIO RECLAMAR	50%	56%	53%	58%	61%	100%	100%	58%	94%	68%

Este comportamiento muestra que la entidad debió presentar en acreencia el 68% de los servicios prestados a compartita durante la vigencia 2021 que en condiciones normales seguramente hubieran sido pagados por la EAPB.

La liquidación de esa EAPB por parte de la SUPERSALUD afecto de manera directa el recaudo puesto que las EAPB que recibieron los usuarios no sustituyeron los pagos que realizaba la EPS COMPARTA situación que contribuyo al aumento de las cuentas por pagar al cierre de la vigencia 2021.

Pese a las gestión de cobro que ha implementado y las mejoras en los procesos de facturación armado de cuentas y auditoria médica la entidad no logra el equilibrio mayor a 1, derivado por la gravosa situación que presenta el sistema general de seguridad social en salud el cual ha llevado a incrementos progresivos de cartera y al no pago por parte de las entidades responsables de pago en general por los servicios de salud efectivamente prestados, los cuales demandaron que la E.S.E. deba incurrir en costos fijos como lo es mano de obra, personal de aseo, personal de vigilancia y en costos variables como medicamentos, insumos, alimentación, lavandería y que como se ha indicado inclusive debe garantizar los recursos que demandan la sobre ocupación.

Como resultado de las múltiples gestiones de cobro realizadas, la entidad en la vigencia 2021 logró incrementar el recaudo de cartera de vigencias anteriores en un 10.2% frente al logrado en 2020, sin embargo las practicas utilizadas para el no pago de los servicios prestados por algunas EAPB y que han sido puestas en conocimiento de las entidades de inspección vigilancia y control sin que se adopten las medidas efectivas que permitan mitigar el incremento de cartera en mora, la disminución del riesgo de incobrabilidad y que busquen favorecer el pago de los servicios de salud efectivamente prestados por la entidad y que redunden en mayores niveles de recaudo que permita mejorar las condiciones de prestación de servicios de salud a la población usuaria del Departamento de Boyacá.

Durante la vigencia 2021 y pese a la gran demanda de servicios de salud evidenciados por prolongados picos y epidemiológicos derivados del COVID 19 y ante los esfuerzos realizados por la entidad para lograr el aumento de capacidad instalada; la entidad no recibió aportes del nivel departamental, ni nacional para cofinanciar el gran esfuerzo financiero adelantado y que el aumento de capacidad demando y que como se evidencia aumento e impacto de manera directa el gasto total de la entidad.

Otro aspecto fundamental que impacto de manera negativa el recaudo de la entidad fue la renuencia de la secretaria de salud en tramitar el pago de las atenciones a la población migrante pese a que el

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL emitió resolución para el pago de los mismos con recursos del nivel central y de los cuales la entidad tan solo recibió la suma de \$1.619.056.841 cuando el total de cartera que hubiese podido ser pagada mediante ese mecanismo ascendía a la suma de \$8.535.574.251

INDICADOR: Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores.)

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } \$ 206.014.707.173}{\text{Denominador } \$ 236.721.053.171} = 0.87$$

Fuente de Información: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Soporte: (Ver Anexo S9.)

- Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Certificación realizada por la Subgerencia Administrativa y Financiera de la Institución según reporte de Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2021 se obtiene resultado de 0.87, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra el rango que arroja una **calificación de 1.**

2.7 Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021
									0	1	3	5	
Financiera y Administrativa 40%	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	0,0571429	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud	Presentación Oportuna de la información en cumplimiento de circular única expedida por SUPERSALUD	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS - LIDER REPORTE CIRCULAR UNICA	No oportuna de la información en cumplimiento de Circular			Presentación Oportuna de la información en cumplimiento	0



El hospital no presentó los informes en su totalidad, establecidos en la circular única en la vigencia 2021, teniendo en cuenta que dentro de los formatos establecidos quedó pendiente de cargue para 2021 el GT001 Código de Conducta y Buen Gobierno.

INDICADOR: *Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.*

Fuente de Información: Superintendencia Nacional de Salud

Soporte: (Ver Anexo S10.)

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2021 se obtiene resultado Cumple, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango Presentación oportuna en el cumplimiento del reporte para una **calificación de 0.**

NIT	RAZON SOCIAL	Indicador 2	Indicador 10
		Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única o norma que la sustituya.
860037592	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO	0.9	CUMPLE
890905198	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTAMARIA	0.9	NO CUMPLE
800075650	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTO TOMAS	0.7	NO CUMPLE
800065395	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL TOBIAS PUERTA	1.0	CUMPLE
899999032	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	0.9	NO CUMPLE
900006037	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	1.0	NO CUMPLE
900042103	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE	0.6	NO CUMPLE
891780185	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	1.0	NO CUMPLE
800231225	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	0.9	NO CUMPLE
891800231	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	1.0	NO CUMPLE

2.8 Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Financiera y Administrativa - 40%	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	0,0571429	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social	Cumplimiento dentro de los términos previstos de la normatividad vigente	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA- LIDER FINANCIERA	No oportunidad reportada e información Decreto 2193 de 2004			Presencia oportuna de información Decreto 2193 de 2004	5	0,285714286

El hospital dio cumplimiento estricto a la presentación de los informes establecidos en el Decreto 2193 de 2004; Anual y trimestrales del año 2021.

Este indicador es obtenido por consulta a la página del ministerio de salud y protección social.

INDICADOR: *Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación*

Fuente de información: Ministerio de Salud y Protección Social

Soportes: (Ver Anexo S11.)

- Reporte trimestral de la oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016- decreto único reglamentario del sector salud y protección social de la información emitida por Ministerio de Salud y Protección sobre la oportunidad de los informes presentados, así:

Primer Trimestre - Enero a Marzo: 27 de mayo de 2021

Segundo Trimestre - Abril a Junio: 02 de septiembre de 2021

Tercer Trimestre - Julio a Septiembre: 17 de noviembre de 2021

Cuarto Trimestre Octubre a Diciembre: 04 de marzo de 2022



La salud es de todos

DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2021 de que trata el Decreto 2195 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016. Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

Nota: Se considera que una ESE presentó oportunamente la información, si los cuatro informes trimestrales de 2021 de que trata la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, fueron entregados oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

Departamento	Municipio	Nombre Institución	Nivel	Primer Trimestre		Segundo Trimestre		Tercer trimestre		Cuarto trimestre		Resultado Final de Cumplimiento
				Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	
Boyacá	SOGAMOSO	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	2	31/05/2021	Oportuno	1/09/2021	Oportuno	29/11/2021	Oportuno	28/02/2022	Oportuno	Cumple
Boyacá	TUNJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE ATENCIONES SOCIALES Y DE PROMOCIÓN	2	27/05/2021	Oportuno	2/09/2021	Oportuno	23/11/2021	Oportuno	2/03/2022	Oportuno	Cumple
Boyacá	TUNJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	2	27/05/2021	Oportuno	2/09/2021	Oportuno	17/11/2021	Oportuno	4/03/2022	Oportuno	Cumple
Boyacá	TURBOTEQUE	HOSPITAL REGIONAL DE TURBOTEQUE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	2	27/05/2021	Oportuno	2/09/2021	Oportuno	27/11/2021	Oportuno	4/03/2022	Oportuno	Cumple

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2021 se obtiene resultado cumple, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No. 408 de 2018 se encuentra en el rango cumplimiento certificado, se da una **calificación de 5**.

3 GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%).

3.1 Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estandar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Gestión Clínica o asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Número de historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total de historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación.	0,07	≥0,80	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la formula del indicador.	94,0%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS-AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS-SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD-COORDINACION DE GINECOOBSTETRICIA-	< 0,3	0,30-0,55	0,56-0,79	≥ 0,80	5	0,35

La disponibilidad y adherencia a una Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio implica estandarizar para Colombia el cuidado de la mujer gestante, enfatizando en la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de las alteraciones que afectan la gestación en todos los niveles de atención, buscando reducir la morbilidad materna asociada, con el propósito de mejorar la salud materna y la

calidad de la atención médica en todos los niveles de atención obstétrica. Desde el año 2013 el Hospital Universitario San Rafael de Tunja viene realizando la monitorización de los indicadores de adherencia a guía de manejo de trastornos hipertensivos relacionados con la gestación y hemorragias del III trimestre, en cumplimiento de la resolución 710 de 2012, modificada por resolución 743 de 2013 y resolución 408 de 2018.

El resultado de la adherencia a la guía de manejo específico para hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos de la gestación al finalizar el año 2021 es de 95%, evidenciando que el cumplimiento para el año 2021.

INDICADOR: *Número de historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total de historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación*

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{125}{131} = 95\%$$

Este indicador es obtenido por el informe realizado por el Auditor medico de Historia clínica, el cual realiza la verificación de adherencia a la guía de manejo específica de Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación según informe anexo. De igual manera se presenta y analiza en Comité de Historias Clínicas de la Institución.

Fuente de Información: Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.

Soportes: (Ver Anexo S12.)

- Informe de evaluación de guía de manejo específica hemorragias del tercer trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación en el 2021 generado por auditor medico de calidad.
- Acta de comité de historias clínicas de 16 de febrero 2022 en la cual se socializa el resultado de la misma.

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación para el año 2021 se obtiene resultado 95%, y según la Resolución del Ministerio de Salud No. 408 de 2018 se encuentra en el rango mayor o igual al 80%, se da una **calificación de 5.**

3.2 Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.

Area de Gestión	No.	Indicador	Formula del Indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Gestión Clínica o asistencial 40%	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida (3).	Número de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación/ Total de historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥0.80	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.	98,0%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS-AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS-SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD-COORDINACION DE GINECOOBSTETRICIA-COORDINACION DE UCI NEONATAL	< 0,3	0,30-0,55	0,56-0,79	≥ 0,80	5	0,25

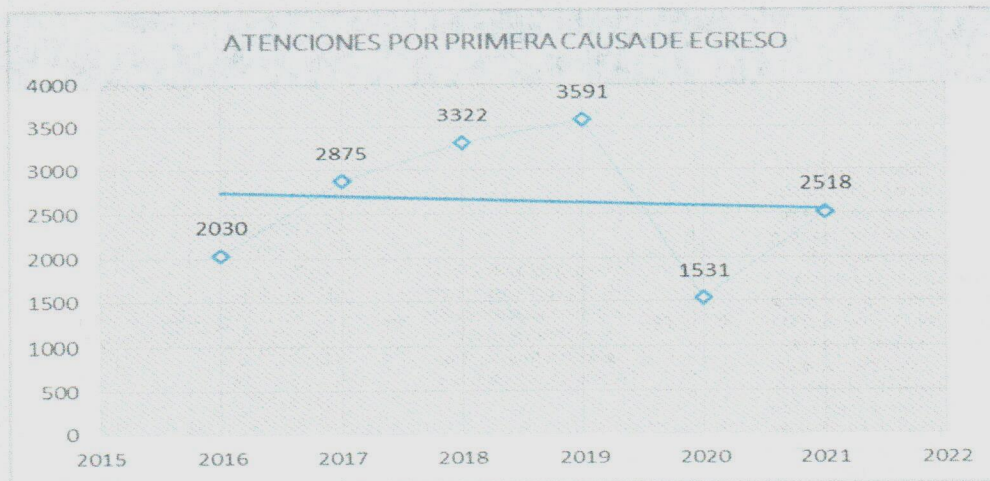
La primera causa de egreso para la vigencia 2021, fue la atención del parto normal, con un total de atenciones de 2518. La verificación del indicador y la calificación de las historias clínicas de la muestra se realizaron por auditoría médica de la oficina de calidad.

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal. La aplicación estricta de la Guía de manejo garantiza una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto y el puerperio inmediato.

El resultado al finalizar el año 2021 es de 96% de cumplimiento de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la muestra estadísticamente significativa

A continuación, se expone la tendencia del indicador desde el año 2016 sobre las atenciones por primera causa de egreso hospitalario: Atención de parto 2016 - 2021

AÑO	ATENCIONES POR PRIMERA CAUSA DE EGRESO
2016	2030
2017	2875
2018	3322
2019	3591
2020	1531
2021	2518



INDICADOR: *Numero de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de la evaluación*

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 209}{\text{Denominador } 217} = 96\%$$

Este indicador es formulado por el Auditor medico de Historia clínica el cual realiza la verificación de adherencia a la guía, de igual manera se presenta y analiza en Comité de Historias Clínicas de la Institución.

Fuente de Información: Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador

Soportes: (Ver Anexo S13.)

- Informe de evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida: Atención de parto en el 2021, generado por auditor medico de calidad.
- Acta de comité de historias clínicas de 16 de febrero 2022 en la cual se socializa el resultado de la misma.

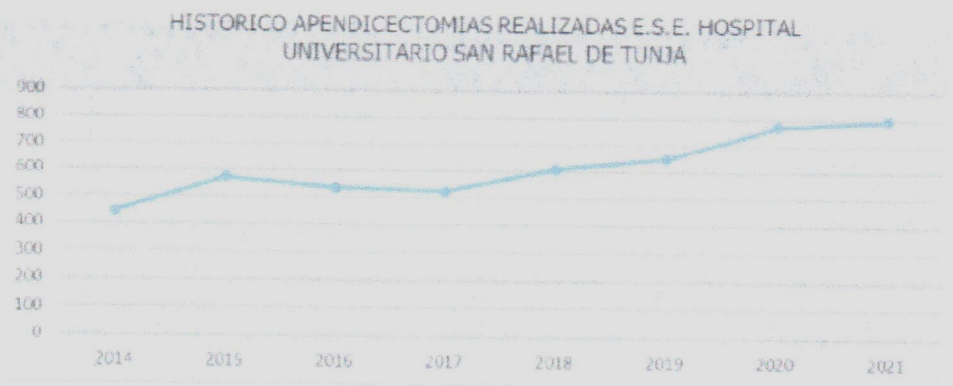
Calificación: Con el resultado de 96% para el año 2021 y según la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango mayor o igual al 80%, se da una **calificación de 5.**

3.3 Oportunidad en la realización de Apendicectomía.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021
									0	1	3	5	
Gestión Clínica - Asistencial - 40%	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía.	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la Apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥0,90	Informe de Subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces que contenga como mínimo: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del Diagnóstico de Apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la formula del indicador.	96%	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD-ASESOR PRESTACIÓN DE SERVICIOS	< 0,51	0,51-0,70	0,71-0,89	≥ 0,90	5

En el año 2021 en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja el 92% de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda al egreso se operaron en un tiempo menor o igual a 6 horas posterior a la confirmación de su diagnóstico, resultado que cumple el estándar de mayor al 90% de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018.

Se evidencia incremento progresivo en el número de apendicectomías realizadas en la institución en los últimos 8 años, observando una tendencia positiva, la cual puntualmente para el años 2021 presenta un crecimiento del 3% comparado con el año 2020 y un 56% comparado con el años 2014.



INDICADOR: Número de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les realizado la Apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación

CALCULO DE INDICADOR



$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{776}{844} = 92\%$$

Este indicador es obtenido por Interventor de Salas de Cirugía, quien realiza la verificación de oportunidad, y es avalado por Subgerencia de Servicios de Salud según informe anexo.

Fuente de Información: Informe de Subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces que contenga como mínimo: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de Apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.

Soportes: (Ver Anexo S14.)

- Informe de auditoría a la oportunidad en la realización de Apendicetomía en el año 2021 generado por el líder medico de salas de cirugía y avalado por la Subgerencia de Servicios de Salud.

Calificación: En la calificación de la vigencia 2021 se obtiene resultado de 92% y utilizando la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango mayor o igual al 90%, se da una **calificación de 5.**

3.4 Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Gestión Clínica o asistencial 40%	15	Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	0,05	Cero (0), o variación negativa	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador.	Cero (0), o variación negativa	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS-EPIDEMIOLOGIA-SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	Variación interanual positiva	Variación interanual cero (0)	Variación interanual negativa	registro de eventos de neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos	5	0,25

En el año 2021 en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja se mantiene en 0% de los pacientes con diagnóstico de neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario, resultado que cumple el estándar del 0% de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018.



INDICADOR: *Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de la evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco aspirativas de origen intrahospitalaria en la vigencia anterior*

Valor 1: Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja en el periodo de enero a diciembre de 2021.

Valor 2: Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja en el año 2020.

Calculo del indicador

Variación Interanual = Valor 1 – Valor 2

Variación Interanual = 0 - 0 = NO registro eventos de neumonías broncoaspirativa de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos

Fuente de Información: Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador.

Soportes: (Ver Anexo S15.)

- Este indicador es calculado por el Médico Epidemiólogo el cual realiza la verificación de adherencia a la guía, y es avalado por la Oficina Desarrollo de Servicios y el área de seguridad del paciente según informe.
- Acta de comité de seguridad del paciente de 16 de febrero 2022 en la cual se socializa el resultado de la misma.

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2021 se obtiene resultado que NO se registraron eventos de neumonías broncoaspirativa de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 da una **calificación de 5.**

3.5 Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnostico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)



Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Gestión Clínica o asistencial 40%	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo del miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥0,90	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía y aplicación de la fórmula del indicador.	100,0%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS- AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS- SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	< 0,51	0,51- 0,70	0,71- 0,89	≥ 0,90	5	0,25

Para la vigencia 2021, El área de Urgencias reportó un total de 22 atenciones correspondientes con los códigos CIE 10 relacionados con infarto agudo de miocardio supradesnivel de ST y a los cuales se les administró tratamiento trombolítico para el periodo evaluado.

Por lo tanto, para la evaluación del indicador No. 16 de la resolución 408 de 2018, se encontraron 22 atenciones.

INDICADOR: *Número de pacientes con diagnóstico egreso de infarto agudo de miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia objeto de evaluación*

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{21}{22} = 95\%$$

Este indicador es calculado por el Auditor medico de Historia clínica de la oficina de calidad quien realiza la verificación de la oportunidad en la administración del tratamiento definitivo de infarto agudo de miocardio, según informe anexo. Se presenta en comité de Seguridad historias Clínicas.

Fuente de Información: Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía y aplicación de la fórmula del indicador.

Soportes: (Ver Anexo S16.)

- Informe de auditoría a Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) en el 2021, generado por auditor medico de calidad.
- Acta de comité de historias clínicas de 16 de febrero 2022 en la cual se socializa el resultado de la misma.

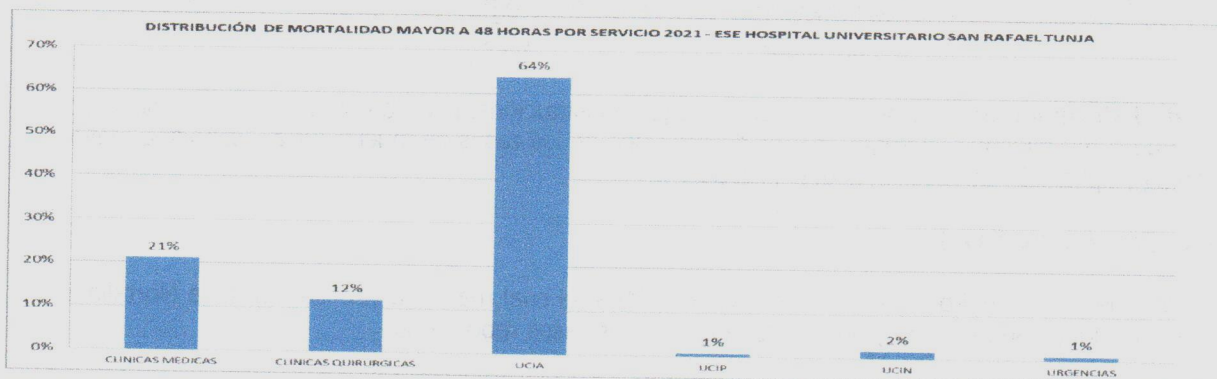
Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2021 se obtiene resultado de 95%, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango mayor al 90%, se da una **calificación de 5**.

3.6 Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Gestión Clínica o asistencial 40%	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	0,05	≥0,90	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la formula del indicador.	100%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS- EPIDEMIOLOGIA - SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	< 0,51	0,51- 0,70	0,71- 0,89	≥ 0,90	5	0,25

En el año 2021 se evidencia que la tasa de mortalidad institucional global de 50.15 se encuentra por encima de la meta institucional de 40 por 1000 egresos. Sin embargo, es de anotar que en el análisis se concluye que el impacto en el número de atenciones por infección por COVID-19, posterior al curso del pico más alto del histórico de casos atendidos desde el inicio de la pandemia, evidencia que esto fue determinante para el resultado final de este indicador para el año 2021. Se mantienen las causas relacionadas con COVID como la principal causa de muerte agrupada acumulada en la institución, sin embargo se mantiene la disminución en el número de casos ingresados por esta patología. La tasa de mortalidad institucional se mantiene estable durante el último cuatrimestre del año.

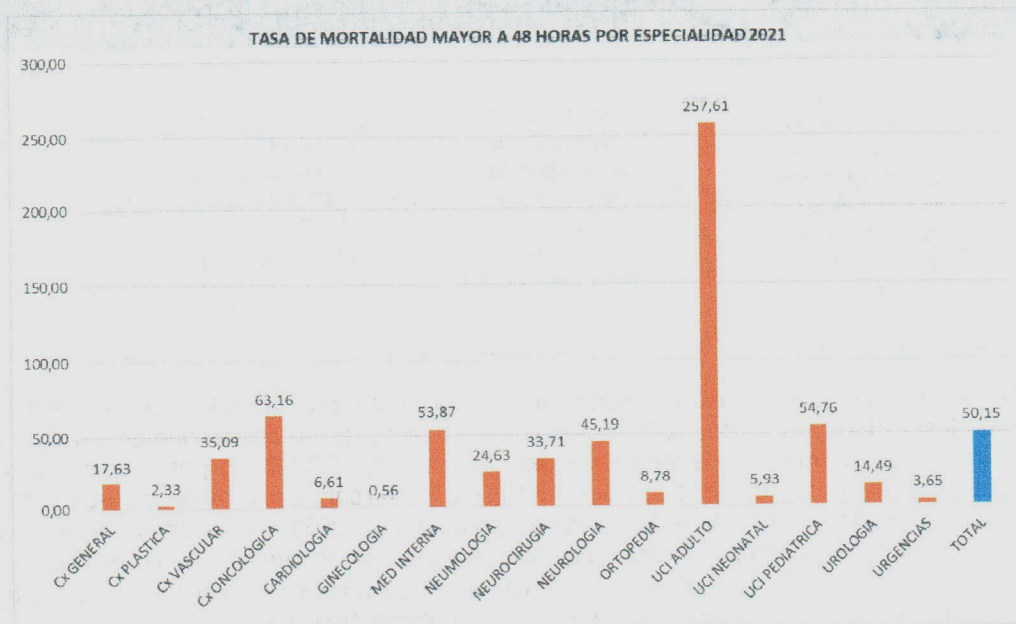
Con el objeto de realizar el análisis >90% de la mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas según la normatividad vigente "Resolución 408 de 2018, en el año 2021 la mortalidad con estancia mayor a 48 horas se concentró así: 64% corresponden a la UCI Adultos, 21% a Clínicas Médicas, el 12% a Clínicas Quirúrgicas, seguido con el 2% UCI Neonatal, el 1% UCI Pediátrica y 1% Urgencias.



Fuente: Base de datos mortalidad 2021

En el análisis de mortalidad por especialidad se encontró que la mayoría de los casos corresponden a UCI adulto con el 64%, seguido con 15% por Medicina Interna, el 4% Cirugía General, en la siguiente tabla se puede observar la distribución porcentual por especialidades.

Se registra para el año 2021 que las tasas específicas de mortalidad mayor a 48 horas por especialidad con denominadores (egresos) con fuente Unidad de análisis Epidemiología Calidad fueron:



Fuente: Base de datos mortalidad 2021

CALCULO DE INDICADOR

Numerador	$\frac{1100}{1136}$	96.83%
Denominador		

Fuente de Información: Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.

Soporte: (Ver Anexo S17.)

- Informe por el auditor médico de la oficina Jurídica, el cual realiza la verificación de la Mortalidad Institucional. Se presenta y analiza cada uno de los casos reportados.



Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2021 se obtiene resultado de 100% de análisis, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018, se encuentra en el rango de mayor o igual al 90%, se da una **calificación de 5**.

3.7 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Gestión Clínica o asistencial 40%	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,03	≤ 5	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	1,578	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD-COORDINADOR CONSULTA EXTERNA	≥10 días	8 y 9 días	6 y 7 días	≤ 5 días	5	0,15

El indicador de oportunidad de consulta de pediatría se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión, por debajo de 5 días, para la vigencia 2021 el promedio día espera es de **2.31 días**. Este se reportó de manera semestral en cumplimiento de la Resolución 256 de ministerio de salud y protección social y el SIHO.

Indicador	Numerador	Denominador	2021		
			N	D	R
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación	Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	3492	1511	2,31

INDICADOR: Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 3492}{\text{Denominador } 1511} = 2.31$$

Fuente de Información: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

Soporte: (Ver Anexo S18.)

- Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Certificación de la Subgerencia de servicios de Salud.

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2021 se obtiene resultado **2.13** días, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018, se encuentra en el rango de menor o igual a 5 días, da una **calificación de 5**.

3.8 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Linea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Gestión Clínica o asistencial 40%	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,03	≤ 8	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	2,099	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD-COORDINADOR CONSULTA EXTERNA	≥16 días	11 y 15 días	9 y 10 días	≤= 8 días	5	0,15

El indicador de oportunidad de consulta de Obstetricia se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión por debajo de 8 días, para 2021 el promedio día espera es de **1.13 días**.

Este se reportó de manera semestral en cumplimiento de la Resolución 256 de ministerio de salud y protección social y el SIHO.

Indicador	Numerador	Denominador	1 SEMESTRE		
			N	D	R
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación	Número total de citas de pediatria de primera vez • asignadas en la vigencia objeto de evaluación	6502	5770	1,13



INDICADOR: Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de ginecoobstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de ginecoobstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación

CALCULO DE INDICADOR

Numerador	6502	= 1.13
Denominador	5770	

Fuente de Información: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Soporte: (Ver Anexo S19.)

- Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Certificación de la Subgerencia de servicios de Salud.

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2021 se obtiene resultado **1.22 días**, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018, se encuentra en el rango menor o igual a 8 días, se da una **calificación de 5**.

3.9 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Gestión Clínica o asistencial 40%	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,02	≤ 15	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	4,646	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD-COORDINADOR CONSULTA EXTERNA	≥30 días	23 y 29 días	16 y 22 días	<= 15 días	5	0,1

El indicador de oportunidad de consulta de Medicina Interna se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión por debajo de 15 días, para el 2021 el promedio día espera es de **3.07 días**. Este se reportó de manera semestral en cumplimiento de la Resolución 256 de ministerio de salud y protección social y el SIHO.

Indicador	Numerador	Denominador	1 SEMESTRE		
			N	D	R
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación	Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	4358	1418	3,07

INDICADOR: Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación

CALCULO DE INDICADOR

Numerador	4358	
Denominador	1418	=3.07

Fuente de Información: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Soporte: (Ver Anexo S20.)

- Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Certificación de la Subgerencia de servicios de Salud.

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2021 se obtiene resultado **3.02 días**, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018, se encuentra en el rango menor o igual a 15 días, se da una **calificación de 5**.

De esta manera y de acuerdo a la aplicación de la metodología de evaluación delineada por la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018, se realiza el cálculo de lo evidenciado por los indicadores multiplicado por la ponderación asignada a los tres componentes del informe de gestión a saber:

1. Dirección y gerencia (20%).
2. Gestión financiera y administrativa (40%).
3. Gestión clínica o asistencial (40%).

PLAN DE GESTION E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA 2021													
No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2020	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2021	Resultado periodo evaluado 2021
								0	1	3	5		
CALIFICACIÓN TOTAL												4,04	
ESCALA DE RESULTADOS													
RANGO CALIFICACION (0,0- 5,0)		CRITERIO		CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTION									
PUNTAJE TOTAL ENTRE 0,0 Y 2,49		INSATISFACTORIA		MENOR AL 70%									
PUNTAJE TOTAL ENTRE 3,50 Y 5,0		SATISFACTORIA		IGUAL O SUPERIOR AL 70%									

Se obtiene como resultado entonces una calificación de la gestión de mi Gerencia para el periodo evaluado vigencia 2021 de: 4.04 (cuatro punto cero cuatro).

Dentro de la escala de resultados este valor se encuentra superior al 70 % lo que clasifica la gestión como **satisfactoria**.

Presentado por:



YAMIT NOÉ HURTADO NEIRA
Gerente