


Al contestar cite 20221100016951



Tunja,

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



E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
GERENCIA

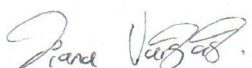
Recibido por [Signature]
Hora: 18:10 Día: 24
Mes: 05 Año: 22

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

Cordial saludo Dr. Yamit

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

Atentamente,



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

Anexo Informe 12 folios.
C.C Oficina Asesora Desarrollo de servicios, Subgerencias y procesos intervinientes.



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



8-7405030



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



INFORME DE EVALUACION DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL POR PROCESOS

1

SEGUIMIENTO PRIMER TRIMESTRE DE 2.022

Elaboró:

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, mayo de 2022



OBJETIVO

Verificar las metas planteadas en cada uno de los planes operativos vigentes, proporcionando las observaciones y/o recomendaciones que faciliten el cumplimiento de los objetivos previstos en la E.S.E. Hospital Universitario Sn Rafael de Tunja.

AREAS / PROCESOS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN

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

INTRODUCCIÓN

En concordancia con la Plataforma estratégica de la entidad, aprobada mediante Acuerdo N° 07 de Julio 08 de 2020, modificada por el Acuerdo 018 de 2021, en la cual se encuentran enmarcadas la misión, visión, principios y valores instituciones, objetivos institucionales y los nueve pilares estratégicos de la entidad, el Plan operativo anual se constituye como un instrumento fundamental para asegurar la real y efectiva ejecución de los programas de la institución, buscando mediante un proceso participativo determinar las acciones necesarias para la consecución de los objetivos institucionales estratégicos; en esencia busca el fortalecimiento de los procesos y su mejoramiento continuo orientado al crecimiento institucional. Así mismo, se constituye en un instrumento que apoya el proceso de planificación de la entidad articulando las acciones de la institución a su misión y objetivos, permitiendo la identificación sistemática de objetivos institucionales, metas, resultados esperados, indicadores, actividades y recursos específicos para el logro de los compromisos institucionales y cumplimiento gradual de los objetivos, a través de las estrategias que se articulan en los pilares y programas estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional 2020 - 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

La oficina Asesora de Desarrollo de Servicios a través de Circular interna N° 20221000000135-GER, del 09 de marzo de 2022 convocó a los procesos involucrados para la realización de mesas de trabajo con el fin de proyectar las estrategias para fortalecer la implementación y mejora de los programas de los programas estratégicos en la vigencia 2022. Adicionalmente mediante Acta de Comité Directivo realizado del día 13 de abril de 2022, la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios presento la herramienta POA 2022 con la metodología a desarrollar durante la vigencia.

ANÁLISIS DE LAS METAS PROPUESTAS PARA POA CORRESPONDIENTE AL PRIMER TRIMESTRE DE 2021 DEL PLAN OPERATIVO ANUAL:

El seguimiento al POA a marzo de 2022, se desarrollo teniendo como base las metas proyectadas en el Plan de Desarrollo «EN EL SAN RAFA TRABAJAMOS CON EL ALMA» para la presente vigencia, las cuales se presentan a continuación:



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




8-7405030



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



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

|  PLAN DE DESARROLLO E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|---|---|
| PILAR O EJE DE PLAN DE DESARROLLO | OBJETIVO ESTRATEGICO | LINEA ESTRATEGICA | PROGRAMA ESTRATEGICO | ACTIVIDADES | LINEA BASE 2019 | META PERIODO | META |
| | | | | | | | 2022 |
| HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SALUD | OBJETIVO 1: Humanizar la atención como cultura de servicio y buen trato al Usuario y su familia. | Fortalecimiento de la cultura de servicio y buen trato a través de la implementación del programa de humanización de los servicios ofertados por el HUSRT. | Programa de Humanización que involucre la sensibilización del talento humano con enfoque tanto para cliente interno y externo. | Socializar, implementar y evaluar el programa de humanización del servicio. | Sin línea base | Programa de Humanización implementado -cliente interno y externo | 60% |
| | OBJETIVO 2: Consolidar un modelo de gestión y de prestación integral en la atención, que genere valor para el usuario y su familia. | Fortalecer un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia. | Modelo de atención articulado con los procesos institucionales, generando una implementación oportuna, pertinente, segura e integral para el Usuario y su familia. | | Diseñar e implementar un nuevo modelo de gestión basado en el flujo del paciente con enfoque de Atención Primaria en Salud. | Sin línea base | Implementación, Evaluación y Cumplimiento del Modelo con enfoque de Atención Primaria en Salud. |
| GESTIÓN CLINICA EXCELENTE Y SEGURA | OBJETIVO 3: Apropiar el proceso de acreditación en salud en los procesos organizacionales para fortalecer su mejora y cumplimiento. | Fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. | Programa Gestión y minimización de los riesgos asociados a la atención en salud. | Fortalecer la implementación del proceso de acreditación frente al despliegue y aplicación del enfoque y extensión a los clientes interno y externo. | 2 | Resultado autoevaluación con respecto a la vigencia anterior | Resultado de la comparación entre 1,11 y 1,19 |
| | | | | Fortalecer y articular la implementación del Programa de seguridad del paciente bajo el enfoque de adaptación y mitigación de riesgos. | 55% | Programa de Seguridad del Paciente implementado bajo el enfoque de adaptación y mitigación de riesgos | 70% |
| GESTION DE SERVICIOS | OBJETIVO 4: Fortalecer y ampliar la integralidad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad, articulados con redes integradas de atención y comunidad. | Consolidar un manejo integral del usuario y su familia, desde su promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación de alta complejidad y seguimiento comunitario. | Programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario. | Diseñar implementar y evaluar Programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario. | Sin línea base | Implementación y evaluación del Programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario. | 60% |
| GESTIÓN DEL RIESGO | OBJETIVO 5: Garantizar la gestión de los recursos que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización. | Mejora y fortalecimiento en los procesos administrativos y asistenciales, que incluyan la eficacia y eficiencia en los mismos minimizando el daño antijurídico. | Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF) | Rediseñar, socializar, implementar y evaluar evaluación al Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PGIRF) | 80% | Cumplimiento del Programa de Gestión Institucional de los Recursos Financieros | 90% |
| | | | Programa Gestión de Sistema de Costos | Perfeccionar el sistema y análisis de costos para ofertar servicios competitivos como herramienta para la toma de decisiones. | 60% | Cumplimiento del Programa Gestión de Sistema de Costos | 80% |
| | | | Fortalecimiento de la gestión del riesgo y prevención del daño antijurídico de la entidad | Diseñar, socializar e implementar el programa prevención del daño antijurídico de la entidad. | Sin línea base | Cumplimiento del programa de prevención del daño antijurídico | 60% |
| | | | Programa de Gestión y Desempeño Institucional | Implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG. | 72,3 | Índice de Desempeño Institucional | > Resultado año anterior |



| | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|--|---------------------------|
| GESTIÓN DE TECNOLOGÍA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUMANIZADOS Y SEGUROS | OBJETIVO 6: Fortalecer la gestión tecnológica. | Fortalecer la tecnología según la capacidad instalada, que permita mantener los más altos estándares en servicios | Programa de gestión de integración del sistema de información. | Fortalecer la gestión de la información de manera que asegure la continuidad en la prestación de servicios, la toma de decisiones basada en hechos y datos y facilite la articulación de la información de las instituciones integradas en red. | Sin línea base | Cumplimiento del Programa de integración del sistema de información | 70% |
| | | | Programa de adecuación y mejoramiento de infraestructura física | Construcción, adecuación y/o mejoramiento de las condiciones de infraestructura del HUSRT | Sin línea base | Cumplimiento del Programa de Construcción, adecuación y/o mejoramiento infraestructura física | 70% |
| | | | Programa de Gestión Tecnológica y Dotación hospitalaria | Fortalecer la dotación de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial de alta complejidad y en condiciones de seguridad para el paciente, el usuario y el entorno. | Sin línea base | Cumplimiento del Programa de Gestión de tecnología y dotación Hospitalaria. | 70% |
| TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE. | OBJETIVO 7: Generar líneas de desarrollo humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia. | Fortalecer el desarrollo Humano y bienestar. | Programa de Gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia. | Rediseñar, Socializar, Implementar y evaluar el Programa de Gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia. | Sin línea base | Cumplimiento Programa de Gestión Integral y Bienestar del Talento Humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia. | 60% |
| RESPONSABILIDAD SOCIAL | OBJETIVO 8: Asegurar la competitividad y posicionamiento de la institución | Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente. | Sistema de Gestión Ambiental | Mantener la certificación en el cumplimiento de la norma ISO 14001:2015 Sistema de Gestión Ambiental | Certificado Vigente | Cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 14001:2015 | Mantener la Certificación |
| | | | Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo | Asegurar la transición de la norma OHSAS 18001:2007 a la norma ISO 45001:2018 Seguridad y Salud en el Trabajo | Certificado Vigente | Cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 45001:2018 | Mantener la Certificación |
| | | | Sistema de Gestión de la Calidad | Obtener la Certificación en ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad | Sin línea base | Cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 | Obtener Certificación |
| | | | Buenas practicas de elaboración | Ampliar la certificación en Buenas practicas de elaboración | Sin línea base | Cumplimiento de requisitos de Buenas practicas de elaboración | Mantener la Certificación |
| | | | Mantener las Buenas practicas de manufactura | Certificado Vigente | Cumplimiento de requisitos de Buenas practicas de manufactura | Mantener la Certificación | |
| GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN | OBJETIVO 9: Contribuir a la consolidación de Hospital Universitario mediante la gestión del conocimiento, innovación y desarrollo comunitario. | Fomentar la generación de conocimiento y la innovación aplicada al proceso de atención en salud. | Proyectos de investigación competitiva a nivel regional y Nacional impactando positivamente el Fortalecimiento de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael De Tunja y su zona de influencia. | Rediseñar, Socializar, Implementar y evaluar el Programa de investigación, Docencia e Innovación | 25% | Cumplimiento de Programa de Investigación, Docencia e Innovación | 70% |
| | | | Fortalecer líneas de investigación institucional | 4 líneas Investigación | Implementación de las líneas de investigación | 50% | |
| | | | Realizar eventos de asistencia masiva en actividades como simposios y congresos | 2 Congresos | Numero de Congresos | 2 CONGRESOS | |
| | | | Desarrollar alianzas estratégicas que permitan fortalecer las líneas de investigación de los grupos de investigación. | 6 Universidades | Numero de Alianzas estratégicas consolidadas | 1 Alianza estratégica | |

El POA de la entidad contiene un total de 22 metas por cumplir para la vigencia 2022, durante el primer trimestre la oficina de Planeación realizó mesas de trabajo con el fin de proyectar las estrategias para dar cumplimiento a las metas establecidas con cada uno de los procesos involucrados. así:

| MESAS DE TRABAJO REALIZADAS y COMPROMISOS SUSCRITOS | | | |
|---|---------------------------------|--|---|
| FECHA | PROCESO | OBSERVACIONES | COMPROMISOS |
| 14/03/2022 | Programa de Alta de Complejidad | Debido al incumplimiento de la meta planteada para 2021, se planteó fortalecimiento en la implementación de los programas y proyectos vinculados al Programa de alta complejidad, adicionalmente se planteo la viabilidad de implementación de algunos programas analizando diversas variables. | Ajustar Programa Estratégico para vigencia 2022. |
| 14/03/2022 | Humanización | Teniendo en cuenta incumplimiento durante la vigencia de un indicador, se requiere redefinición y ajustes | Ajustar Programa Estratégico de Humanización para vigencia 2022. Radicar oficio de definición de metodología para POA 2022. |
| 15/03/2022 | Pamec | La medición correspondiente para la vigencia 2021, no fue posible realizarla teniendo en cuenta que su medición es anual por eso se sugirió realizar acciones de trabajo encaminadas a realizar una medición trimestral. | Radicar oficio de definición de metodología para POA 2022. |
| 17/03/2022 | Ingeniería Biomédica | Se mantienen los indicadores de medición del Programa Estratégico en el desarrollo del POA, asignando pesos porcentuales a cada indicador. | Ajustar Programa Estratégico para vigencia 2022. Radicar oficio de definición de metodología para POA 2022. |
| 17/03/2022 | Mantenimiento | Se mantienen los indicadores de medición del Programa Estratégico en el desarrollo del POA, asignando pesos porcentuales a cada indicador. | Ajustar Programa Estratégico para vigencia 2022. Radicar oficio de definición de metodología para POA 2022. |
| 18/03/2022 | Coordinador de Calidad | Se plantea POA encaminado al cumplimiento de las estrategias definidas en la matriz de contexto del sistema para 2022, así como el desarrollo de las acciones del plan de mejora radicado ante ICONTEC | Radicar oficio de definición de metodología para POA 2022. |
| 18/03/2022 | Seguridad del Paciente | Se mantienen los indicadores de medición del Programa Estratégico en el desarrollo del POA | Ajustar Programa Estratégico para vigencia 2022. |
| 31/03/2021 | Gestión Académica | Teniendo en cuenta que los indicadores no median el resultado esperado, el proceso decide redefinirlos en cuanto a Adherencia a los Syllabus de Rotación y al Indicador de productos de investigación. Adicionalmente se defina que para el cumplimiento de la meta de la vigencia es necesario asignar pesos porcentuales a cada indicador. | Teniendo en cuenta que le proceso de Gestión Académica radicó el 04 de abril, los indicadores para la videncia 2022, y realizó ajustes al programa estratégico de Docencia, Investigación e Innovaciones cual se encuentra en proceso |



| | | | |
|------------|----------|--|--|
| | | | de cargue en Daruma, se sugiere formalizar este ajuste y tener en cuenta que en borrador del programa enviado el código manejado fue CA-PG-XX, sin embargo, el que le corresponde es GAC-PG, según lo establecido en la norma fundamental. |
| 31/03/2022 | Sistemas | Se mantienen los indicadores de medición y se proyecta ajustes al cronograma de actividades teniendo en cuenta la nueva integración para 2022 y asignación de pesos porcentuales a cada indicador. | Ajustar Programa Estratégico para vigencia 2022. Radicar oficio de definición de metodología para POA 2022. |

Fuente: Formatos de Actas – Oficina de Planeación

Teniendo en cuenta lo anterior, las áreas involucradas formularon, sus Planes Operativos Anuales por proceso, los cuales fueron socializados en reunión del día 13 de abril de 2022, según cronograma estipulado por la oficina de Planeación y aprobados por acta de comité directivo. En razón a esto y teniendo en cuenta que para el periodo del 01 de enero al 31 de marzo de 2022 se realizó la formulación de dichos planes, la Oficina Asesora de Control Interno, efectuó la verificación a los indicadores, las fórmulas, las metas por indicador, la periodicidad y la evidencia proyectadas por los procesos en concordancia con las metas establecidas en cada uno de los Programas Estratégicos formulados para el período 2020-2024.

1. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

1.1 PROGRAMA DE GESTION INSTITUCIONAL DE LOS RECURSOS FINANCIEROS (PEGIF)

| INDICADOR | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO Ier Trimestre |
|---|--|----------------|--------------|-----------------------------------|--|
| Crecimiento UVR | UVR acumulada periodo actual / UVR acumulada periodo anterior - 1) | >5% | Trimestral | Resultado indicador 620 de Daruma | Continuar con la fase de ejecución y dar cumplimiento a las actividades y tiempos pactados |
| Incremento en la utilización de Quirófano | % de Utilización Quirófano vigencia actual / % de Utilización Quirófano vigencia anterior - 1) | >=0,00 | Trimestral | Resultado indicador de Daruma | |

| | | | | | |
|--|--|------------------------------------|------------|--|---|
| Incremento en la facturación neta de la vigencia | Facturación neta de la vigencia / Facturación neta de vigencia anterior - 1) | >8% | Trimestral | Ejecuciones presupuestales de ingresos | Se recomienda aclarar la meta del indicador, incluyendo la Meta 2022 \$206,022,190,860, Promedio mes \$17.168.515.905, tal como se registró en la socialización. |
| Identificación e Intervención de Hallazgos en Auditoría pre radicación | Inconsistencias intervenidas / Total de inconsistencias halladas | >=80% | Trimestral | Resultado indicador 1435 de Daruma | Continuar con la fase de ejecución y dar cumplimiento a las actividades y tiempos pactados |
| Utilización de la capacidad instalada | Capacidad instalada utilizada / Total capacidad instalada disponible | >=85% | Trimestral | Informe de 2193 | La meta del indicador socializada quedo como >90%, presentando inconsistencias con la proyectada en el Poa. |
| Ingreso reconocido por venta de servicios de Salud por UVR | Total, facturación reconocida / Número de UVR producidas | >= mismo periodo vigencia anterior | Trimestral | Informe de 2193 | Continuar con la fase de ejecución y dar cumplimiento a las actividades y tiempos pactados |
| Gasto por UVR producida | Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios / Número de UVR producidas | <= mismo periodo vigencia anterior | Trimestral | Resultado indicador 1455 de Daruma | |
| Gasto de personal por UVR producida | Gasto de personal (de planta + remuneración servicios técnicos) / Número de UVR producidas | <= al periodo vigencia anterior | Trimestral | Resultado indicador 1456 de Daruma | |
| Equilibrio con reconocimiento total | Total reconocimiento / Total gasto comprometido | >1 | Trimestral | Resultado indicador 1457 de Daruma | |
| Equilibrio con recaudo total | Total recaudo / Total gasto comprometido | >1 | Trimestral | Resultado indicador 608 de Daruma | |
| Oportunidad en la respuesta de glosa inicial | Total facturas con glosa que cuentan con respuesta oportuna / Total de facturas notificadas con glosa inicial en la vigencia | >95% | Trimestral | Resultado indicador 1340 de Daruma | Debido a que durante la vigencia 2021 no se cumplió con la meta establecida para este indicador, se hace necesario fortalecer las actividades y garantizar el cumplimiento de lo proyectado. La meta del indicador socializada quedo como >90%, presentando inconsistencias con la proyectada en el Poa. |



| | | | | | |
|---|--|-------------|------------|------------------------------------|---|
| Participación de la Glosa inicial y devoluciones pendientes en el total de la cartera | Total de glosas pendientes de conciliar entre las partes + Devoluciones pendientes de reconocimiento de pago / Total Cartera | $\leq 30\%$ | Trimestral | Resultado indicador 1338 de Daruma | Continuar con la fase de ejecución y dar cumplimiento a las actividades y tiempos pactados |
| Aceptación de Glosa de la vigencia | Valor de Glosa neta final aceptada de la vigencia / Facturado en la vigencia | $< 4\%$ | Mensual | Resultado indicador 546 de Daruma | |
| Cumplimiento en pago de vigencias anteriores | Total de pagos de cuentas por pagar de vigencias anteriores / Total cuentas por pagar vigencias anteriores | 100% | Trimestral | Resultado indicador 1460 de Daruma | |
| Superávit o Deficit presupuestal | Total ingreso reconocido - Total gasto comprometido | > 1 | Trimestral | Resultado indicador 1461 de Daruma | |
| Cálculo del índice de Riesgo | Superávit o Deficit operacional Total / Ingresos operacionales totales recaudados | 1 | Trimestral | Resultado indicador 1463 de Daruma | La meta del indicador socializada quedo como $\geq 0,00$ presentando inconsistencias con la proyectada en el Poa |
| Incremento Recaudado de cartera | Valor recaudado trimestre vigencia actúa I / Valor recaudado trimestre vigencia anterior | $\geq 10\%$ | Trimestral | Resultado indicador 1503 de Daruma | La meta del indicador socializada quedo como $\geq 0,00$ presentando inconsistencias con la proyectada en el Poa |
| Cumplimiento del artículo 23 "Cobro Persuasivo" de la Resolución 196 de 2021 Manual Interno de recaudo de Cartera | Total Informes trimestrales presentados / Total Informes presentados exigibles | 100% | Trimestral | Informe | Lo proyectado como formula y meta del indicador difiere de lo socializado en la jornada de planeacion ya que en esta quedo como formula - Total Informes trimestrales presentados/Total Informes presentados exigibles, con una meta del 100% para 2022. obtener. |
| INDICADOR RESULTADO | Total Indicadores que Superan la Meta / Total Indicadores del Programa por Vigencia | $\geq 85\%$ | Trimestral | | Continuar con la fase de ejecución y dar cumplimiento a las actividades y tiempos pactados |

Teniendo en cuenta mesa de trabajo realizada entre el área de planeacion y financiera según acta de fecha 13 de abril de 2022, los indicadores pertenecientes al área juridica se eliminaron de este POA, ya que se encuentran inmersos en el Poa del Programa de prevención del daño antijuridico, adicionalmente

se realizo ajuste de formula y meta al indicador denominado % Incremento en la utilización de Quirófano. Teniendo en cuenta los ajustes realizados y el compromiso establecido en el acta en mención, es necesario actualizar el Programa Estratégico, identificado en Daruma con código AF-PG-01, en el numeral 13. Seguimiento y medición de tal manera que coincida con los indicadores establecidos en el Poa vigencia 2022.

1.2 PROGRAMA GESTIÓN DE SISTEMA DE COSTOS

9

| INDICADOR | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO Ier Trimestre |
|---|--|----------------|--------------|--------------------------------|--|
| Seguimiento trimestral al comportamiento de los centros de costos | Total informes trimestrales de costos evaluados / Total trimestres de la vigencia | 100% | Trimestral | Informes Trimestrales | Tener en cuenta lo establecido Sistema de Gestión de Costos frente a continuar el seguimiento a los resultados de cada uno de los centros de costos existentes. |
| Acto Administrativo de Actualización de Estructura de Costos | Acto Administrativo de Actualización de Estructura de costos /Acto Administrativo de Estructura de costos por Actualizar | 100% | Anual | Resolución Adoptada | Resolución de Actualización sistema de Costos. Por parte del líder del proceso sustenta identificar la posibilidad de actualizar la resolución de costos incluyendo Hemodinamia, Resonancia y Oncología |
| Parametrización de Centros de Costos | Acciones incluidas en el plan de trabajo con cumplimiento / Acciones incluidas en el plan de trabajo | 100% | Anual | Centro de costos parametrizado | El líder del proceso manifiesta: Se ha solicitado crear centros de costos por cada especialidad, sin embargo, eso demandaría una re parametrización general del sistema de información para lo cual se requeriría consultoría de SERVINTE y la segregación de información a ese nivel NO APORTARIA información relevante para la toma de decisiones puesto que los servicios son integrales. |
| Cumplimiento del Programa de Costos | Total indicadores que superan la meta/total indicadores del programa por vigencia | 80% | Trimestral | Informe ejecutivo | Continuar con la fase de ejecución y dar cumplimiento a las actividades y tiempos pactados |



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

| INDICADOR / PRODUCTO | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO Ier Trimestre |
|---|--|----------------|--------------|--|--|
| Línea base del programa de prevención de daño antijurídico HUSRT | Definición línea base del programa de prevención de Daño Antijurídico | 100% | Trimestral | Línea base HERRAMIENTA DE MEDICIÓN | Continuar con la Ejecución de las actividades propuestas en la herramienta POA 2022. |
| Cumplimiento actividades del programa de gestión del riesgo y prevención de daño antijurídico contenidas en el manual de daño antijurídico | # Actividades ejecutadas del Programa de Gestión del Riesgo y prevención de daño antijurídico / # Actividades programadas del Programa de Gestión del Riesgo y prevención de daño antijurídico | 90% | Trimestral | INFORME DE MEDICIÓN DE LAS EVIDENCIAS APLICABLES AL PLAN DE ACCIÓN DEL MANUAL DE DAÑO ANTIJURÍDICO | |
| Medición de adherencia a guías, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de la línea base | Impacto de la adherencia o no a guías, con relación a los tres servicios mayormente involucrados en procesos judiciales, conforme a la línea base del programa | 100% | Trimestral | Informe | |
| Medición de la gestión de eventos adversos, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de línea base del programa | Impacto de la gestión de los eventos adversos, en relación con los tres servicios mayormente involucrados en procesos judiciales, conforme a la línea base del programa | 100% | Trimestral | Informe | |

10



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



8-7405030



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



SC-CER906254 SA-CER560614 OS-CER559527

1.4 PROGRAMA DE ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA

| INDICADOR / PRODUCTO | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO Ier Trimestre |
|--|--|----------------|--------------|---|---|
| Cumplimiento de obra (Construcción) | Construcciones ejecutadas / Construcciones solicitadas | 90% | Semestral | Informe de avance de obra | Se encontró coherencia de los indicadores presentados frente a los contemplados en el Programa de Adecuación y mejora de infraestructura física numeral 13, sin embargo, es necesario ajustar el programa ya que en apartados del numeral en mención no se actualizó la vigencia 2022, tal como lo muestra el pantallazo anexo. |
| Cumplimiento de obra (Adecuación) | Adecuaciones ejecutadas / Adecuaciones solicitadas | 90% | Semestral | Informe de avance de obra | |
| Porcentaje avance de obra (Mejoramiento) | % Avance real / % Avance proyectado | 90% | Semestral | Informe de avance de obra | |
| Actividades de mantenimiento correctivo | Número de mantenimientos correctivos ejecutados / Número de actividades solicitadas | >90% | Mensual | Informe de actividades de mantenimiento | |
| Actividades de mantenimiento preventivo | Número de actividades ejecutadas del plan de mantenimiento / Número de actividades programadas | >90% | Mensual | Informe de actividades de mantenimiento | |

13. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

Valoración de las acciones ejecutadas y previstas para lograr la eficacia en el desempeño y resultados obtenidos por el conjunto de recursos humanos, tecnológicos y administrativos empleados por la Institución para el Programa de Adecuación y mejoramiento de infraestructura física. De acuerdo a las metas establecidas en el Plan de Desarrollo 2020-2021 para cada vigencia se definió que para la vigencia 2022 la meta establecida corresponde al diseño y estructura del PROGRAMA ADECUACIÓN Y MEJORA DEPARTELA Y INFRAESTRUCTURA FÍSICA.

Con el fin de realizar la medición del avance del programa, para la vigencia 2021 el seguimiento y medición del programa se efectuara por medio de los siguientes indicadores

| 2022 | % | Indicador |
|---|----|---|
| Cumplimiento de obra (Construcción) | 10 | $\frac{\text{Construcciones ejecutadas}}{\text{Construcciones solicitadas}} \times 100\%$ (Por orden de gerencia o subgerencia) |
| Cumplimiento de obra (Adecuación) | 10 | $\frac{\text{Adecuaciones ejecutadas}}{\text{Adecuaciones solicitadas}} \times 100\%$ (Por orden de gerencia o subgerencia) |
| avance de obra (Mejoramiento) | 10 | $\frac{\text{Avance real}}{\text{Avance proyectado}} \times 100\%$ |
| Actividades de mantenimiento correctivo | 20 | Indicador se toma mensual. $\frac{\text{Número de mantenimientos correctivos ejecutados}}{\text{Número de actividades solicitadas}}$ |
| Actividades de mantenimiento preventivo | 20 | Indicador se toma mensual. $\frac{\text{Número de actividades ejecutadas del plan de mantenimiento}}{\text{Número de actividades programadas}}$ |
| Sumatoria % | 70 | |

Fórmula

Indicador



1.5 PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO

| INDICADOR / PRODUCTO | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO Trimestre Ier |
|---|--|----------------|--------------|---------------------|---|
| % de personal certificado en la norma de competencias definida | No. De personas certificadas en la norma definida / Total de personas programadas para certificar en la norma de competencia | $\geq 80\%$ | Anual | Certificados | Se recomienda al área de Talento Humano tener en cuenta para el cumplimiento del indicador, lo establecido Programa de Gestión Integral y Bienestar del Talento Humano, en cuanto a Certificación de competencias. |
| % de satisfacción del desarrollo de los programas contenidos en el PEGITH | Sumatoria de respuestas positivas / Número total de preguntas | $\geq 80\%$ | Semestral | Tabulación encuesta | Se debe tener en cuenta que dentro del ítem 13, Seguimiento y medición, establecido en el Programa de Gestión Integral y Bienestar del Talento Humano la frecuencia de medición de este indicador es anual, razón por la cual se debe aclarar la periodicidad a manejar, o de ser el caso realizar los ajustes al programa. (El proceso manifiesta que se encuentra en actualización en el documento TH-PH-01 la frecuencia de medición de anual a semestral.) |
| % Asistencia del plan de capacitación institucional personal de planta | Número de trabajadores de planta participantes en las actividades de capacitación programadas en el período / Número total de trabajadores de planta programados | $\geq 70\%$ | Semestral | Actas asistencia | Se debe tener en cuenta que dentro del ítem 13, Seguimiento y medición, establecido en el Programa de Gestión Integral y Bienestar del Talento Humano la frecuencia de medición de este indicador es trimestral, razón por la cual se debe aclarar la periodicidad a manejar, o de ser el caso realizar los ajustes al programa. (El proceso manifiesta que se encuentra en actualización en el documento TH-PH-01 la frecuencia de medición de anual a semestral.) |
| % Cobertura del plan de bienestar del personal de planta | Número de trabajadores de planta participantes en las actividades de bienestar programadas en el período / Número total | $\geq 70\%$ | Semestral | Actas asistencia | Se debe tener en cuenta que dentro del ítem 13, Seguimiento y medición, establecido en el Programa de Gestión Integral y Bienestar del Talento Humano la frecuencia de medición de este indicador es trimestral, razón por la cual se debe aclarar la periodicidad a manejar, o de ser el caso realizar los ajustes al programa. (El |

| | | | | | |
|---|---|-------|-----------|----------------------------------|--|
| | de trabajadores de planta programados | | | | proceso manifiesta que se encuentra en actualización en el documento TH-PH-01 la frecuencia de medición de anual a semestral.) |
| % de cumplimiento actividades de capacitación | Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas | >=90% | Semestral | Informe y/o respectiva evidencia | Se debe tener en cuenta que dentro del ítem 13, Seguimiento y medición, establecido en el Programa de Gestión Integral y Bienestar del Talento Humano la frecuencia de medición de este indicador es trimestral, razón por la cual se debe aclarar la periodicidad a manejar, o de ser el caso realizar los ajustes al programa, adicionalmente meta proyectada en el programa fue >=70% (El proceso manifiesta que se encuentra en actualización en el documento TH-PH-01 la frecuencia de medición de anual a semestral. Con respecto a la meta en el programa corresponde al >=90%) |
| % de cumplimiento actividades de bienestar | Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas | 90% | Semestral | Informe y/o respectiva evidencia | Se debe tener en cuenta que dentro del ítem 13, Seguimiento y medición, establecido en el Programa de Gestión Integral y Bienestar del Talento Humano la frecuencia de medición de este indicador es trimestral, razón por la cual se debe aclarar la periodicidad a manejar, o de ser el caso realizar los ajustes al programa, adicionalmente meta proyectada en el programa fue >=90% (El proceso manifiesta que se encuentra en actualización en el documento TH-PH-01 la frecuencia de medición de anual a semestral. Con respecto a la meta en el programa corresponde al >=90%) |
| Situaciones Administrativas | Total situaciones administrativas atendidas en términos / Total situaciones administrativas recibidas o a gestionar en el período | 90% | Semestral | Informe y/o respectiva evidencia | Se debe tener en cuenta que dentro del ítem 13, Seguimiento y medición, establecido en el Programa de Gestión Integral y Bienestar del Talento Humano la frecuencia de medición de este indicador es trimestral, razón por la cual se debe aclarar la periodicidad a manejar, o de ser el caso realizar los ajustes al programa, adicionalmente meta proyectada en el programa fue >=90% (El proceso manifiesta que se |

D.



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



8-7405030



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



| | | | | | |
|---|---|-----|-----------|------------------|---|
| | | | | | encuentra en actualización en el documento TH-PH-01 la frecuencia de medición de anual a semestral. Con respecto a la meta en el programa corresponde al >=90%) |
| Cumplimiento estrategia construyendo en familia para trabajar con el alma | Número de colaboradores asistentes a los procesos formativos / Total de colaboradores que confirmen participación | 30% | Semestral | Actas asistencia | Se evidenció concordancia con la medición por vigencias establecida en el Programa de Gestión Integral y Bienestar del Talento Humano para el 2022, se sugiere continuar fortaleciendo las actividades del PEGITH con el fin de brindar a los colaboradores de la Institución bienestar integral contribuyendo en la atención humanizada. |

2. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 IMPLEMENTACIÓN, EVALUACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL MODELO CON ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

| INDICADOR | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO |
|--------------------------------|--|----------------|--------------|---|---|
| Cumplimiento Global del modelo | Promedio de cumplimiento de indicadores del modelo | 55% | Trimestral | HERRAMIENTA MEDICION MODELO DE ATENCION POR SERVICIOS | Es importante tener en cuenta la medición de los siguientes indicadores ya que en la vigencia 2021 No se cumplido : 1) Cumplimiento Global del modelo Gestión Clínica. -1748 El Indicador tiempo promedio de la espera para la asignación de la cama de hospitalización no fue medido durante la vigencia. 1730 El porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en hospitalización no alcanzó la meta. 1705 El indicador de Gestión |



| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>Seguridad del Paciente en Hospitalización no alcanzo la meta.</p> <p>SIN COD. El indicador de adherencia a la medición de riesgos en el ingreso a piso en Internación (Enfermería y Médicos Hospitalarios) no se encuentra ni parametrizado ni medido.</p> <p>2. Cumplimiento Global del modelo UCI Adultos</p> <p>Porcentaje de negación de camas UCI adultos.</p> <p>Tasa de reingresos a UCI Adultos antes de 72 horas por la misma causa ((reingresos/egresos vivos) *1000)</p> <p>*Adherencia a medición de riesgos en el ingreso a piso en UCI Adultos (Enfermería y Médicos Hospitalarios)</p> <p>De igual forma, el atributo de oportunidad esta parametrizado, pero con dificultades en su medición durante la vigencia, por cuanto se recomienda revisar reajustar para dar cumplimiento a los objetivos establecidos.</p> <p>3. Cumplimiento Global del modelo UCI Pediátrica.</p> <p>*SIN COD. Porcentaje de negación de camas UCI pediátrica.</p> <p>*SIN COD. Tiempo promedio de respuesta a interconsultas en UCI Pediátrica.</p> <p>*SIN COD. Adherencia a medición de riesgos en el ingreso a piso en UCI Pediátrica (Enfermería y Médicos Hospitalarios).</p> |
|--|--|--|--|--|--|

Handwritten mark



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



8-7405030



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



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

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

| INDICADOR | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO |
|--|--|----------------|--------------|--|---|
| Proporción de vigilancia de eventos adversos | Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados | >90% | Trimestral | Actas de Comité seguridad del paciente Informe ejecutivo del programara | Se evidencio que el proceso a través de oficio radicado a planeación presentó los indicadores para la vigencia 2022, los cuales coinciden con la herramienta POA, sin embargo, presentan diferencias con el Programa de seguridad del paciente identificado con código CA-PG-03 cargado en Daruma, por tal razón se deben realizar los ajustes pertinentes. |
| Promedio de la calificación de adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente | Sumatoria del número de listas de chequeo aplicadas por pacientes atendidos que cumplen con los criterios según estándar (protocolo...) institucional en el periodo / Sumatoria total de las listas de chequeo aplicadas por pacientes atendidos en el periodo X 100 | >=80% | Trimestral | Actas de Comité seguridad del paciente Informes de adherencia | |
| Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas | No. de ítems de implementación que sé que cumplen en el periodo según cronograma / Total de ítems evaluado en el periodo según cronograma .x100 | >=65% | Trimestral | Actas de Comité seguridad del paciente Informe ejecutivo del programa | |
| Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente | Acciones de control ejecutadas / Acciones de control identificadas | >=65% | Semestral | Seguimiento a matrices de riesgo | |

2.3 PROGRAMA INTEGRALIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO.

| INDICADOR | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO |
|-------------------------|--|----------------|--------------|-----------|--|
| Cumplimiento cronograma | Promedio de cumplimiento de actividades que aplican según cronograma vigencia 2021 | 100% | Trimestral | Informe | Debido a que el proceso ya realizó los ajustes al Programa de Alta Complejidad y Seguimiento Comunitario, se recomienda en la ejecución de las metas planteadas en POA, tener en cuenta las metas pendientes por cumplir de la vigencia 2.021. |

17

2.4 CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN

| INDICADOR | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO |
|--|--|----------------|--------------|------------------------|---|
| Implementación plan de acción de BPE (Plan de trabajo) | Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas | 100% | Trimestral | Informe de seguimiento | Dar cumplimiento a lo estipulado al Acuerdo 018 del 2021 y a la matriz de identificación y seguimiento plan de trabajo. |
| Implementación plan de acción de BPM (Plan de trabajo) | Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas | 100% | Trimestral | Informe de seguimiento | |

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

| INDICADOR | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO |
|--|--|----------------|--------------|---|--|
| Adherencia al buen trato (UCI's, Hospitalización, Urgencias, programa madre canguro) | Número de ítems de la lista que se cumple / Total de ítems evaluados en el mismo periodo | 90% | Trimestral | Formato GER-F-04 Humanización de la atención en Salud Urgencias, GER-F-05 Humanización de la atención en Salud Hospitalización, | Se recomienda implementar acciones sean medibles, verificables y efectivas a través de planes de trabajo con las diferentes áreas y se pueda realizar seguimiento al impacto en la cultura de buen trato y |

Handwritten signature



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



8-7405030



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



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

| | | | | | |
|---|--|-----|------------|---|---|
| | | | | GER-F-08 Humanización de la atención en Salud UCI Neonatal | disminución de quejas, reclamos y peticiones, Adicionalmente actualizar el programa estratégico en Daruma |
| Cobertura del programa de espacios de esparcimiento a colaboradores | Número de áreas impactadas / Número Total de áreas | 90% | Trimestral | Formato GER-F-03 Cronograma de Trabajo Espacios de Esparcimiento | |
| Gestión y Seguimiento intrahospitalario | Número de Seguimientos Intrahospitalarios / Total de pacientes registrados en el periodo | 60% | Trimestral | Formato GER-F-06 Humanización de la atención en salud Post Egreso | |
| Seguimiento a las Intervenciones de las acciones priorizadas | Número de ítems intervenidos / Número de ítems que no se cumplen | 60% | Trimestral | Matriz Consolidad del análisis de cada una de las preguntas | |

3. OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

3.1 PROGRAMA DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

| INDICADOR | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO Ier TRIMESTRE |
|--------------------|--|----------------|--------------|------------------------|--|
| Medición Desempeño | Actividades ejecutadas plan de acción MIPG / Actividades programadas | >=90% | Trimestral | Informe de Seguimiento | Es importante realizar un plan de acción teniendo en cuenta las recomendaciones presentadas con los resultados furag, con el fin de mejorar y continuar dando cumplimiento a la meta y de esta manera satisfacer las necesidades de los usuarios |

3.2 PROGRAMA DE GESTIÓN DE INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

19

| INDICADOR | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO Ier TRIMESTRE |
|---|--|----------------|--------------|--|---|
| Cumplimiento de actividades del programa integración del sistema de información | Número de actividades ejecutadas en la vigencia y que corresponde al periodo de medición según lo planeado / Número total de Actividades planeadas a ejecutar en la vigencia | $\geq 80\%$ | Trimestral | Soportes documentales producto de la Ejecución de las actividades del cronograma | Dar cumplimiento a lo planteado en la herramienta Poa en los términos establecidos. |
| Integraciones ejecutadas en la vigencia | Número de integraciones ejecutadas en la vigencia | ≥ 1 | Anual | Informe Anual de Integraciones | |
| Cumplimiento proyectos TI | Número de proyectos ejecutados en la vigencia y que corresponden al periodo de medición según lo planeado / Número total de proyectos planeados a ejecutar en la vigencia | $\geq 80\%$ | Trimestral | Soportes documentales producto de la Ejecución de las actividades del cronograma | |

3.3 PROGRAMA DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA

| INDICADOR | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO Ier TRIMESTRE |
|------------------------------|--|----------------|--------------|-------------------------------|---|
| Gestión tecnología Biomédica | Número de equipos gestionados ante comité directivo / Número de equipos aprobados para adquisición | $\geq 80\%$ | Anual | Actas de Comité de aprobación | Dar cumplimiento a lo planteado en la herramienta Poa en los términos establecidos. |



| | | | | |
|---|---|-------------|---------|---|
| Gestión de dotación Hospitalaria | Número de dotación hospitalaria Gestionados ante comité directivo / Número de dotación hospitalaria aprobada para adquisición | $\geq 80\%$ | Anual | Actas de Comité de aprobación |
| Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias | Mantenimientos predictivos / Mantenimientos correctivos | $\geq 0,5$ | Mensual | Informe de actividades de mantenimiento |

3.4 SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL - CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 14001:2015

| INDICADOR | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO 1er TRIMESTRE |
|--|--|----------------|--------------|------------------------|--|
| Implementación plan de acción de SGA (Plan de trabajo) | Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas | $\geq 90\%$ | Trimestral | Informe de seguimiento | Mantener la certificación en el cumplimiento de la norma ISO 14001:2015 Sistema de Gestión Ambiental |

3.5 SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 45001:2018

| INDICADOR | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO 1er TRIMESTRE |
|--|--|----------------|--------------|------------------------|--|
| Implementación plan de acción de SST (Plan de trabajo) | Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas | 90% | Trimestral | Informe de seguimiento | Mantener la certificación en el cumplimiento de la norma ISO 14001:2015 Sistema de Gestión Ambiental |



3.6 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2015

21

| INDICADOR | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO 1er TRIMESTRE |
|--|--|----------------|--------------|----------------------------|--|
| Implementación plan estratégico Resultante del análisis del Contexto | Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas | 90% | Trimestral | Informe de seguimiento | Dar cumplimiento (fechas) al plan estratégico del 2022 |
| Cumplimiento Plan de mejora externo ICONTEC | Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas | 90% | Trimestral | Informe de Control Interno | Es importante que se realice seguimiento continuo y cargue de evidencias en la plataforma Daruma para cumplir con las fechas estipuladas en Daruma |

3.7 PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA E INNOVACIÓN

| INDICADOR | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO 1er TRIMESTRE |
|--|--|----------------|--------------|---------------------------------|---|
| Satisfacción del Personal en Formación Internado Docencia-Servicio | Número de estudiantes satisfechos / Total de estudiantes que diligenciaron la encuesta de evaluación del escenario de práctica | 60% | Semestral | Informe Resultados encuesta | Teniendo en cuenta que el proceso de Gestión Académica radicó el 04 de abril, los indicadores para la vigencia 2022, y realizó ajustes al programa estratégico de Docencia, Investigación e Innovaciones cual se encuentra en proceso de cargue en Daruma, se sugiere formalizar este ajuste y tener en cuenta que en borrador del programa enviado el código manejado fue CA-PG-XX, sin embargo, el que le corresponde es GAC-PG, según lo establecido en la norma |
| Resultados de aprendizaje y capacitación en formación continua. | Número de capacitaciones de formación continua realizada al año | >=90% | Anual | Repositorio Catedra San Rafa | |
| | Número de temas revisados / Número de temas planteados en los syllabus de rotación | | Semestral | Informe Resultados encuesta | |
| Productos de Investigación publicados en Revista | Número proyectos de investigación asociados a los grupos del HUSRT, publicados en revista | 8 | Anual | Proyectos publicados en revista | |



| | | | | | |
|----------------------|--|---|-------|---------------------------------------|--------------|
| Congresos ejecutados | Número de congresos realizados en el periodo | 1 | Anual | Base de datos de espacios de difusión | fundamental. |
| Alianza formalizada | Número de Alianzas estratégicas consolidadas en el periodo | 1 | Anual | Alianzas o convenios firmadas | |

3.8 FORTALECER LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN FRENTE AL DESPLIEGUE Y APLICACIÓN DEL ENFOQUE Y EXTENSIÓN A LOS CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS

| INDICADOR | FÓRMULA | META INDICADOR | PERIODICIDAD | EVIDENCIA | OBSERVACIONES CONRTOL INTERNO Ier TRIMESTRE |
|--|--|----------------|--------------|--------------------------------|--|
| Cumplimiento del plan de fortalecimiento o de la mejora continua | Actividades ejecutadas / Actividades programadas | 100% | Trimestral | INFORME SEGUIMIENTO TRIMESTRAL | Dar cumplimiento a lo establecido en la herramienta Poa, dentro de los tiempos planteados. |

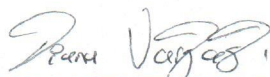
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES

- Es necesario tener en cuenta que debido al proceso de formulación del Plan Operativo Anual vigencia 2022, llevado a cabo durante el primer trimestre, los procesos no presentaron avances de las acciones realizadas en pro del cumplimiento de las metas propuestas, sin embargo, para el seguimiento del segundo trimestre la Oficina Asesora de Control Interno, tendrá en cuenta el monitoreo de las acciones que se tenían proyectadas para el primer trimestre con el fin de determinar su cumplimiento.

- Teniendo en cuenta las observaciones realizadas en este informe, es necesario que cada proceso verifique lo proyectado en POA y ajuste si es el caso los Programas e Indicadores en el Módulo Daruma, de tal manera que guarden coherencia con las metas propuestas.
- Se deben tener en cuenta las recomendaciones realizadas en el seguimiento al plan de desarrollo de la vigencia 2021, de tal forma que sirvan de guía permitiendo el cumplimiento de los objetivos y la disminución de las debilidades presentadas por los procesos.
- Se debe fortalecer la cultura de autocontrol al interior de cada uno de los procesos, generando y consolidando la información a tiempo, con el fin de realizar oportunamente las acciones requeridas para el cumplimiento de las metas, propuestas.

23

Cordial Saludo,



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

Proyecto: Nayarith Ochoa Sanabria
Profesional Universitaria O.A.C.I

Copia: Subgerencias, Desarrollo de Servicios, planeación y procesos involucrados.

