

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

III TRIMESTRE DE 2024

1

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

Tunja, noviembre 2024



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254
PROGRAMA
MADRE CANGURO



SA-CER560814



OS-CER559527

1. OBJETIVO

Verificar el nivel de cumplimiento en las metas planteadas por cada uno de los planes operativos vigentes, derivados del Plan de Desarrollo «SAN RAFA ALMA VIDA Y CORAZÓN». Para el Tercer trimestre del 2024.

2. AREAS / PROCESOS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Gestión Talento Humano, Gestión Financiera, Gestión Jurídica, Gestión Servicios de Apoyo, Gestión Recursos Físicos.

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Atención Urgencias, Atención Hospitalaria, Atención Ambulatoria, Quirófanos, Seguridad del Paciente, Apoyo Diagnóstico, Apoyo Terapéutico, Gestión Farmacéutica, Gestión Preventiva y Predictiva, Sistema de Información y Atención al Usuario, Docencia Servicio, Investigación, Enfermería

OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

Gestión Calidad, Gestión Información, Direccionamiento Estratégico

3. METODOLOGÍA

Inspección revisión y verificación de información presentada por los procesos teniendo en cuenta El procedimiento Asesoría y evaluación de la gestión Institucional Código OACI-PR-03

4. INTRODUCCIÓN

En concordancia con el Acuerdo No. 12 del 13 junio de 2024 se aprueba el plan de desarrollo denominado «San Rafa, alma, vida y corazón» para el periodo 2024-207 y la Plataforma estratégica de la entidad, en la cual se encuentran enmarcadas la misión, visión, objetivos institucionales y líneas estratégicas, este tiene como Objeto «Responder de manera óptima a las necesidades del Departamento de Boyacá y de la comunidad bajo el principio de articulación de las políticas nacionales y sectoriales; se formula este Plan de desarrollo que tiene como pilares los ejes del sistema único de acreditación como son: atención centrada en el usuario, gestión clínica excelente y segura, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, proceso de transformación cultural permanente, responsabilidad social en salud contenidos en la Resolución 2082 de 2014». Este fue socializado mediante circular 202411000000625-GER del 14 de junio del 2024 y se puede consultar a través del siguiente link: <https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=420&seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&slug=plan-de-gestion-2024-2027->

Asimismo, la entidad actualiza el mapa de procesos y organigrama funcional a través de la Resolución 330 del 01 de agosto del 2024 y está en su artículo 4 refiere «Actualizar las caracterizaciones y construir por cada proceso los planes operativo anuales (POA), y la entidad cuenta con la Resolución 222 del 2021 en la cual se define los mecanismos de planeación, Evaluación y rendición de informes de Gestión y en su artículo 5 define «Evaluación planes operativos por control interno: Con base a la autoevaluación que se

2



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



remita en cada periodo, la Oficina de control interno entra a verificar los soportes y evidencias para todos los planes operativos y así definir la calificación y semaforización definitiva. Una vez culmine dicha calificación, la oficina de control interno rendirá informe escrito a la gerencia con copia a las subgerencias de: Servicios de salud, administrativa y financiera y la oficina asesora de desarrollo y servicios, (este proceso se encuentra en actualización) y establece un procedimiento que tiene como objetivo «Establecer los pasos para elaborar el plan operativo anual por procesos según metas y estrategias a desarrollar para cada año, de acuerdo a lo establecido en el Plan de Desarrollo de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja»

3

5. RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO TERCER TRIMESTRE DEL 2024 DEL PLAN OPERATIVO ANUAL:

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

CRITERIOS DE CALIFICACION	
Rangos de Evaluación. Los rangos establecidos de medición de acuerdo con la Resolución Interna No. 107 de 2018 es la siguiente escala cromática:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Entre 80% y 100% código cromático verde. Entre 60% y menos de 79.9% código cromático amarillo. Menor del 60% código cromático rojo.
Valoración de las franjas cromáticas:	
Rojo: Con rango entre 1% y 59.9% es un cumplimiento crítico en las metas evaluadas con deficiencias que deben ser atendidas en un plan de acciones correctivas para una mejora inmediata de la gestión.	
Amarillo: Con rango entre 60% y 79.9% representa una manifestación que los aspectos evaluados están desarrollando un proceso de aplicación con tendencia al fortalecimiento, aunque con algunas debilidades si el porcentaje se ubica en un valor debajo del 70%. Si los resultados se ubican en el límite inferior de 60% se recomienda trabajar con énfasis en un plan de acción correctivo para su mejoramiento.	
Verde: Si el rango se encuentra entre el 80% y el 100%, indica una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y se cumple con la meta propuesta.	

Fuente: Resolución 222 del 2021

A continuación, se presentan los resultados de la verificación y evaluación del tercer Trimestre del 2024 de los planes operativos, obteniendo como resultado lo siguiente:

PLAN OPERATIVO ANUAL 2024			
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 100%		SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD 89%	
Gestión Talento Humano	99%	Atención Urgencias	88%
Gestión Financiera	100%	Atención Hospitalaria	80%
Gestión Jurídica	100%	Atención Ambulatoria	90%
Gestión Servicios de Apoyo	-	Quirófanos	81%
Gestión Recursos Físicos	100%	Seguridad del Paciente	94%
		Apoyo Diagnóstico	100%
		Apoyo Terapéutico	100%
		Gestión Farmacéutica	80%
		Gestión Preventiva y Predictiva	81%
		Sistema de Información y Atención al Usuario	100%
		Docencia Servicio	100%
		Investigación	-
		Enfermería	100%
		OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS 100%	
		Gestión Calidad	100%
		Gestión Información	-
		Direccionamiento Estratégico	-
		TERCER TRIMESTRE 94%	

Fuente: Herramienta Poa Tercer trimestre 2024

6. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

6.1 GESTIÓN TALENTO HUMANO

El plan operativo del proceso gestión de Talento Humano, se ubica de acuerdo a sus actividades en los siguientes ejes: 3 «Humanización en la atención en salud» cuya actividad es «Aprobación y socialización de la política y el programa de humanización», eje 6 «Transformación Cultural permanente» que presenta las actividades «Actualizar procedimiento o instructivo y matrices de planeación de talento humano», «Actualizar programa estratégico de gestión del talento humano» y «Realizar actividades contempladas en el plan de capacitación y plan de bienestar para el cumplimiento del programa estratégico de gestión del talento humano», además en el eje 7 «Responsabilidad Social» con la actividad «Implementar plan de acción de Seguridad y Salud en el Trabajo para el mantenimiento de la certificación ISO 45001:2018».

4

Para el seguimiento III Trimestre de 2024, se tiene establecida como actividad «Implementar plan de acción de Seguridad y Salud en el Trabajo para el mantenimiento de la certificación ISO 45001:2018». Con el indicador «Implementación del plan de acción de seguridad y salud en el trabajo» formulado como «Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas *100» y la meta planteada para el cumplimiento de este indicador es de 90% para el tercer trimestre de la presente vigencia.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE
Resolución de política y programa vigente en Daruma	Producto Política y Programa de humanización	1,00	N/A
Documento vigente en Daruma	Producto Procedimiento o instructivo y matrices de planeación de talento humano	1,00	N/A
Documento vigente aprobado en Daruma	Producto Programa estratégico de gestión del talento humano	1,00	N/A
Cumplimiento a plan de capacitación y plan de bienestar	Número de actividades realizadas/ Número de actividades programadas *100	90%	N/A
Implementación del plan de acción de seguridad y salud en el trabajo	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas *100	90%	100%
PROMEDIO TRIMESTRE			100%

6.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para su medición cuenta con 5 indicadores

[Resolución de política y programa vigente en Daruma](#)

Este indicador tiene periodicidad semestral para su evaluación, por lo tanto, no aplica para este trimestre



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



SC-CER906254
PROGRAMA MADRE CANGURO

SA-CER560814

OS-CER559527

Documento vigente en Daruma

Este indicador tiene periodicidad semestral para su evaluación, por lo tanto, no aplica para este trimestre

Documento vigente aprobado en Daruma

Este indicador tiene periodicidad semestral para su evaluación, por lo tanto, no aplica para este trimestre

Cumplimiento a plan de capacitación y plan de bienestar

Este indicador tiene periodicidad semestral para su evaluación, por lo tanto, no aplica para este trimestre

5

Implementación del plan de acción de seguridad y salud en el trabajo

En relación con el informe trimestral del Plan Operativo Anual (POA) en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), Para el corte correspondiente al tercer trimestre de 2024, la líder del proceso, apporto evidencias que se encuentran contenidas en la carpeta «Talento Humano» y en la subcarpeta «SST», con los documentos soportes de las actividades realizadas por el proceso durante el periodo evaluado. Dentro de los documentos aportados, está el «informe POA 1 trimestre de 2024», en el cual se observa que de las 87 acciones programadas se ejecutaron 86, quedando pendiente por ejecutar la # 62 «Simulacros Externos» que estaba programada para ejecutarse en el mes de septiembre.

Así mismo se anexo información con cada uno de los archivos relacionados, con los cuales se evidencia la realización de las **actividades** programadas, y se identifica la acción que no se llevó a cabo. Con la documentación aportada y el análisis y verificación de la misma se concluye que la ejecución para el trimestre fue del 90%, alcanzando la meta propuesta.

6.1.2 RECOMENDACIONES

Es necesario que desde el subproceso de SST se ejecute la totalidad de las acciones, teniendo en cuenta la importancia que esto significa para la entidad, y además se recomienda al proceso que para futuras entregas se anexe la evidencia concreta del trimestre a evaluar

6.2 PROGRAMA GESTIÓN RECURSOS FINANCIEROS

El plan operativo del proceso de gestión financiera para el seguimiento del año 2024 establece como **actividad** “actualizar programa de recursos financieros y armonizarlos con el plan financiero de la institución” por medio del **indicador** “plan de trabajo actualización del programa” con una meta de cumplimiento del indicador del 50% para el tercer trimestre de 2024.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE
Plan de trabajo para actualización del programa	Cumplimiento al plan de trabajo	50%	100%
PROMEDIO TRIMESTRE			100%

6.2.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El proceso de gestión financiera presenta el plan de trabajo de actualización del programa de recursos financieros, formulado a partir de la primera semana de octubre hasta la tercera semana de diciembre de 2024, el cronograma se cierra con la aprobación del manual del programa de planeación institucional de los recursos financieros (AF-PG-01).

Como evidencia del avance el proceso anexa acta de reunión de revisión de indicadores PEGIF realizada con los responsables de auditoría médica, calidad SIC, cartera, tesorería y financiera, actividad que fue adelantada en el mes de septiembre de 2024, de esta manera se dio **cumplimiento** a lo planteado en la primera etapa del plan de trabajo de actualización del programa.

6

6.2.2 RECOMENDACIONES

Revisar los porcentajes de meta trimestral y anual en cuanto a la formulación de acuerdo con el periodo evaluado y la meta anual. Esto por cuanto se deja en la herramienta POA una meta trimestral del 50%, teniendo en cuenta que se va a realizar seguimiento al indicador en 2024 solamente en dos trimestres, entonces el avance acumulado que esta formulado con el promedio de las cuatro trimestres nos arrojaría un sesgo de medición ya que en los dos primeros trimestres el avance fue del 0%, es importante corregir la fórmula para el rango evaluado que corresponde al tercer y cuarto trimestre de 2024, de otra parte se debe revisar que si se evalúa el porcentaje de avance trimestral como resultado de la suma de los avances trimestrales entonces el avance acumulado se formularia como la suma de los trimestres con seguimiento y no como el promedio acumulado de los trimestres .

Es importante revisar la meta de la vigencia 2024 en el plan de desarrollo ya que esta establece un cumplimiento del >80% del plan financiero y la meta del plan operativo trimestral corresponde a la actualización del programa de recursos financieros y armonizarlo con el plan financiero de la institución con un cumplimiento del 50%, teniendo en cuenta lo anterior no se tiene claridad como se va cumplir la meta para la vigencia 2024.

6.3 GESTIÓN JURÍDICA

El proceso gestión servicios de apoyo, se ubica en el eje 4 «Gestión del Riesgo» con dos actividades y el mismo número de indicadores.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE
Gestión de derechos de petición	Número de derechos de petición contestados en tiempo / Número de derechos de petición radicados *100	100%	100%
Porcentaje de fallos condenatorios socializados	Fallos condenatorios socializados / Total de fallos condenatorios recibidos *100	100%	100%
PROMEDIO TRIMESTRE			100%



6.3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Gestión de derechos de petición

Con corte al tercer trimestre de 2024 el proceso adjunta la carpeta «G jurídica» en la cual reposan tres archivos: Herramienta POA 2024, y dos pantallazos del indicador 1482 en los que se observa un cumplimiento del 100% en el tercer trimestre. Esta información se verificó en el software Daruma y se concluyó que se da cumplimiento al objetivo respecto a la meta planteada.

7

Porcentaje de fallos condenatorios socializados

Se Adjunta justificación del porque no aplica evaluación para este trimestre

6.4 GESTIÓN SERVICIOS DE APOYO

El plan operativo del proceso gestión servicios de apoyo, se ubica en el eje 3 «Humanización en la atención en salud»

Para el seguimiento III Trimestre de 2024, se tiene establecida como actividad «Implementar una estrategia de evaluación del desempeño y adherencia a políticas institucionales al personal que presta servicios de apoyo» con el indicador «Estrategia de evaluación del desempeño y adherencia a políticas institucionales vigente» formulado como «Producto Estrategia de evaluación del desempeño y adherencia a políticas institucionales» y la meta planteada para el cumplimiento de este indicador en la vigencia 2024 es de 1 (uno)

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE
Estrategia de evaluación del desempeño y adherencia a políticas institucionales vigente	Producto Estrategia de evaluación del desempeño y adherencia a políticas institucionales	1	N/A
PROMEDIO TRIMESTRE			N/A

6.4.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para su medición cuenta con un indicador.

Estrategia de evaluación del desempeño y adherencia a políticas institucionales vigente

Este indicador tiene periodicidad semestral para su evaluación, por lo tanto, no aplica para este trimestre

6.4.2 RECOMENDACIONES

Avanzar en la construcción del programa de humanización, para dar cumplimiento a la meta del indicador planteada para esta vigencia



6.5 GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS

EL programa para su evaluación en la vigencia 2024, cuenta con las siguientes cuatro actividades:

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE
Porcentaje de cumplimiento del plan de mejora	Cumplimiento del plan de mejora	25%	100%
Documento del programa de renovación tecnológica	Producto Programa de renovación tecnológica	1	N/A
Porcentaje de Ejecución de Plan de Mantenimiento Preventivo, Biomédica	Numero de Mantenimientos Preventivos realizados / Total de Mantenimientos Preventivos programados en el mes *100	95%	100%
Número de campañas dirigidas al ahorro energético	Total de campañas realizadas dirigidas al ahorro energético	1	N/A
PROMEDIO TRIMESTRE			100%

8

6.5.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa cuenta con cuatro indicadores, dos con periodicidad semestral y dos trimestral, a continuación, se presenta el análisis efectuado a cada uno de ellos.

Porcentaje de cumplimiento del plan de mejora

El líder del proceso aporta evidencias en carpeta «G Recursos físicos» en la que se presenta la subcarpeta «Biomédica», la cual contiene tres archivos: «informe POA tercer trimestre de 2024.pdf» «Herramienta POA 2024.xls» y «Anexo 1.pdf».

En el «informe POA tercer trimestre de 2024.pdf» se describen las actividades que el plan de mejoramiento PA240-034, a la fecha tiene un avance correspondiente al 98.5%.

De otra parte, en el archivo «Anexo 1.pdf» se encuentran 7 certificaciones correspondientes a la participación en la capacitación en «buenas prácticas de elaboración» emitidas por la empresa VALIDARR S.A.S.

Con los documentos aportados se evidencia el cumplimiento a la meta del indicador en un 100% para este tercer trimestre de 2024.

Documento del programa de renovación tecnológica

La medición de este indicador es semestral, no aplica para la evaluación de este trimestre

Porcentaje de Ejecución de Plan de Mantenimiento Preventivo, Biomédica

El subproceso presenta la carpeta «G Recursos físicos» / «Biomédica» / «informe POA tercer trimestre de 2024.pdf» en este informe se describe el comportamiento del indicador 1048 - «Porcentaje de Ejecución

de Plan de Mantenimiento Preventivo, Biomédica», cuya frecuencia de medición es mensual, a continuación, se muestran los datos de cada mes del trimestre evaluado

Julio: 98.75%

Agosto: 99.38%

Septiembre: 99.70%

Obteniendo un promedio para el trimestre de 99.27%, dando cumplimiento a la meta propuesta para el trimestre evaluado

9

Número de campañas dirigidas al ahorro energético

La medición de este indicador es semestral, no aplicando para la evaluación de este primer trimestre

6.5.2 RECOMENDACIONES

Continuar con el nivel de cumplimiento frente a cada uno de los indicadores y las metas propuestas.

7 SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

7.1 ATENCIÓN URGENCIAS

El plan operativo del programa de atención urgencias hace parte de los ejes siguientes: Eje 1 Atención centrada en el usuario con un indicador, Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura con dos indicadores, Eje 3 Humanización en la atención en salud con un indicador, Eje 4 Gestión del Riesgo con dos indicadores y cuenta con las siguientes actividades:

- Definir el ciclo de atención en Urgencias junto con los indicadores ajustados al modelo de atención
- Construir plan de mejora específico para el proceso de atención de urgencias según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad (si aplica)
- Ampliar la oferta de servicios en el proceso de urgencias mediante la apertura de nueva subespecialidad (psiquiatría infantil)
- Implementar acciones para la identificación y manejo del paciente con dolor como signo vital
- Realizar mesas de trabajo buscando mantener la relación personal contratado - capacidad instalada en el proceso de urgencias
- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de urgencias, establecidas en el programa de seguridad del paciente

Para verificar el cumplimiento de estas actividades se definieron los siguientes indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE 2024
Ciclo de atención documentado	Producto Ciclo Atención Urgencias	1	N/A
Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	100%	100%



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254
PROGRAMA
MADRE CANGURO

SA-CER560814

OS-CER559527

Apertura del servicio	Producto Atención por subespecialidad	1	100%
Cobertura de acciones de socialización de la estrategia	Número de personas del equipo de atención a quien se socializa / Total de personas del equipo de atención en el proceso *100	>95%	N/A
Número de mesas de trabajo realizadas	Número de mesas de trabajo realizadas	1	50%
Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de urgencias	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	90%	100%
PROMEDIO TRIMESTRE			88%

10

7.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Con corte al tercer trimestre se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Construir plan de mejora específico para el proceso de atención de urgencias según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad), se estableció el indicador **Cumplimiento a plan de mejora**; Al consultar en el módulo de DARUMA, plan de acción PA240-048 con ocho (8) acciones dentro del cual se encuentra la actividad 4. Realiza guía clínica de cefalea, socializada el 20 y 27 de septiembre al personal médico del servicio de urgencias, estado cerrado y actividad 8. Consolidado General de Adherencia a Guías de Práctica Clínica - Urgencias (Adulto): Actividad: Resocialización de la guía de infección de vías urinaria. Corte 15/11/2024, estado finalizado y corte 19/11/2024 estado cerrado.

El soporte de la evidencia que demuestra el cumplimiento de la actividad era (Informe seguimiento área encargada del mismo), no corresponde al establecido en el plan operativo.

Apertura del servicio

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Ampliar la oferta de servicios en el proceso de urgencias mediante la apertura de nueva subespecialidad (psiquiatría infantil), se estableció el indicador Apertura del servicio, como evidencia aportan contrato 573 del 12 de septiembre de 2024, cuyo objeto es servicios sub especializados de Psiquiatría infantil y Acta de inicio.

Cobertura de acciones de socialización de la estrategia

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Implementar acciones para la identificación y manejo del paciente con dolor como signo vital) establecen el indicador **Cobertura de acciones de socialización**



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



SC-CER906254
PROGRAMA
MADRE CANGURO

SA-CER560814

OS-CER559527

de la estrategia, con corte al tercer trimestre el proceso replantea esta acción para el siguiente trimestre

Número de mesas de trabajo realizadas

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Realizar mesas de trabajo buscando mantener la relación personal contratado - capacidad instalada en el proceso de urgencias) establecen el indicador **Número de mesas de trabajo realizadas**, con corte al trimestre el proceso aporta informe estudio de suficiencia de personal de urgencias de fecha 22 de junio de 2024, en papelería desactualizada y sin firma responsable.

11

Se recomienda verificar la evidencia establecida es un acta de reunión, no un informe.

Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de urgencias

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de urgencias, establecidas en el programa de seguridad del paciente) establecen el **indicador 1706 a Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de urgencias**, Indicador cargado en DARUMA el 18 de noviembre de 2024, el cual cumple la meta establecida.

7.1.2 RECOMENDACIONES

Es necesario que el proceso revise y verifique la documentación aportada como evidencia, ya que adjuntan informes en papelería desactualizada y sin firmas, a su vez se sugiere revisar en el plan operativo las evidencias establecidas ya que no concuerdan con lo aportado por el proceso

7.2 ATENCIÓN HOSPITALARIA

El plan operativo del programa de atención hospitalaria hace parte de los ejes siguientes: Eje 1 Atención centrada en el usuario con un indicador, Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura con cuatro (4) indicadores, Eje 3 Humanización en la atención en salud con un indicador, Eje 4 Gestión del Riesgo con dos indicadores y cuenta con las siguientes actividades:

- Definir el ciclo de atención hospitalaria junto con los indicadores ajustados al modelo de atención
- Programa en funcionamiento
- Documentar programa con indicadores, e iniciar ejecución
- Construir plan de mejora específico para el proceso de atención hospitalaria según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad (si aplica)
- Ampliar la oferta de servicios mediante la apertura de nueva subespecialidad (geriátrica)
- Realizar plan para la gestión de conocimiento del talento humano en salud que incluya al menos una actividad trimestral
- Documentar e implementar "Procedimiento Segunda Opinión Calificada de Conducción Clínica"
- Implementar acciones de mejora para la optimización en el uso de recursos dentro del ciclo de atención hospitalaria
- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de atención hospitalaria, establecidas en el programa de seguridad del paciente



Para verificar el cumplimiento de estas actividades de definieron los siguientes indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE 2024
Ciclo de atención documentado	Producto Ciclo Atención Ambulatoria	1	N/A
Porcentaje de pacientes intrahospitalarios con anticoagulación óptima, atendidos por el programa clínica de anticoagulación	Número de pacientes atendidos por el programa con rangos terapéuticos óptimos de anticoagulación en la estancia hospitalaria / Total de pacientes atendidos por el programa clínica de anticoagulación durante la estancia hospitalaria en el periodo.	50%	N/A
Programa documentado y aprobado	Producto Ciclo Atención Ambulatoria	1	N/A
Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	100%	50%
Apertura del servicio de geriatría	Producto Ciclo Atención Ambulatoria	1	100%
Cumplimiento del plan para la gestión de conocimiento	Número de actividades cumplidas / Número de actividades programadas	100%	50%
Procedimiento aprobado	Producto Ciclo Atención Ambulatoria	1	N/A
Pertinencia médica en las Unidades de Cuidado Intensivo	Pacientes hospitalizados en UCI que cumplen criterios de ingreso /Total de pacientes hospitalizados en UCI en un periodo de tiempo *100	>90%	100%
Proporción de vigilancia de eventos adversos gestion clínica	Número total de eventos adversos analizados y gestionados en el periodo / Número total de eventos adversos reportados en el periodo	90%	100%
PROMEDIO TRIMESTRE			80%

12

7.2.2 ANÁLISIS DE INDICADORES

Con corte al tercer trimestre se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

Cumplimiento a plan de mejora

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Construir plan de mejora específico para el proceso de con corte al tercer trimestre de 2024, cuentan con plan de acción PA 240-048, Actividad 3 (Servicio de

Consulta Externa - (Endocrinología): Actividad, Resocialización de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de obesidad) Estado 15/11/2024 finalizado, sin revisión y el 19/11/2024 en ejecución, es decir devuelto al proceso para correcciones.

Actividad 5 (Servicio de Urgencias- (Pediatria) Guía de Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso) Estado cerrada. Actividades que no cumplieron con el tiempo establecido para cierre del plan.

La evidencia no corresponde a lo establecido en el POA (Informe seguimiento área encargada del mismo)

13

Apertura del servicio de geriatría

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Ampliar la oferta de servicios mediante la apertura de nueva subespecialidad (geriatría)) establecen el indicador **Apertura del servicio de geriatría**, con corte al trimestre el proceso aporta contrato 141 de 2024 y Contrato 516 de 2024 de fecha terminación 31 de diciembre de 2024.

Adicionalmente aportan Manual UI-M-04 MANUAL PARA LA ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL EN EL ADULTO MAYOR POR LA ESPECIALIDAD DE GERIATRÍA, documentado en DARUMA el 26 de agosto de 2024

Cumplimiento del plan para la gestión de conocimiento

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Realizar plan para la gestión de conocimiento del talento humano en salud que incluya al menos una actividad trimestral) establecen el indicador **Cumplimiento del plan para la gestión de conocimiento**, con corte al tercer trimestre el proceso aporta evidencias fotográficas de capacitación realizada al talento humano a diferentes niveles del departamento, articulados con secretaria de Salud.

Sin embargo, se aclara que la evidencia requerida es: Plan de gestión de conocimiento, la cual no adjuntan

Pertinencia médica en las Unidades de Cuidado Intensivo

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Implementar acciones de mejora para la optimización en el uso de recursos dentro del ciclo de atención hospitalaria) establecen el indicador **Pertinencia médica en las Unidades de Cuidado Intensivo**, con corte al tercer trimestre el proceso aporta Ficha técnica del indicador creado en DARUMA ID 2190, PERTINENCIA MEDICA EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, CONSOLIDADO y adjuntan informe de cumplimiento de pertinencia en estancia dentro de las unidades de cuidado intensivo el cual es el insumo para la medición a partir del mes de noviembre de 2024

Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión clínica

Para verificar el cumplimiento de la actividad implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de atención hospitalaria, establecidas en el programa de seguridad del paciente) establecen el **indicador 1705 Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión clínica**, Indicador cargado en DARUMA el 18 de septiembre de 2024



7.2.3 RECOMENDACIONES

Se sugiere revisar en el plan operativo las evidencias establecidas ya que no concuerdan con lo aportado por el proceso

Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el Instructivo Gestión indicadores DARUMA CA-INS-03 en la medición de indicadores relacionado con reporte de eventos adversos el cual establece 40 días calendario.

14

7.3 ATENCIÓN AMBULATORIA

El plan operativo del programa de atención ambulatoria hace parte de los ejes siguientes: Eje 1 Atención centrada en el usuario con un indicador, Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura con dos indicadores, Eje 3 Humanización en la atención en salud con un indicador, Eje 4 Gestión del Riesgo con dos indicadores y cuenta con las siguientes actividades:

- Definir el ciclo de atención ambulatoria junto con los indicadores ajustados al modelo de atención
- Establecer plan de mejora en conjunto con especialidad que aplique ante resultados de no adherencia a GPC entregado por calidad (si aplica)
- Ampliar la oferta de servicios en el proceso de atención ambulatoria mediante la apertura de nueva subespecialidad (neumología pediátrica, electrofisiología y cirugía de tórax)
- Mantener mecanismos de atención preferencial priorizando la atención en el entorno ambulatorio
- Aumentar cobertura de la confirmación de asistencia a citas y procedimientos buscando impactar en la reducción de inasistencia
- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de atención ambulatoria, establecidas en el programa de seguridad del paciente

Para verificar el cumplimiento de estas actividades se definieron los siguientes indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE 2024
Ciclo de atención documentado	Producto Ciclo Atención Ambulatoria	1	N/A
Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	100%	70%
Apertura de servicio	Producto Atención por subespecialidad	1	N/A
Priorización en la asignación de citas	Número de solicitudes priorizadas / Total de solicitudes	10%	100%
Cobertura de confirmación de asistencia a citas y procedimientos	Citas y procedimientos confirmados / Total de citas y procedimientos programados	60%	100%
Proporción de vigilancia de eventos adversos en Consulta Externa y Servicios de Apoyo	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	90%	N/A
PROMEDIO TRIMESTRE			90%



7.3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Con corte al tercer trimestre se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

Cumplimiento a plan de mejora

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Establecer plan de mejora en conjunto con especialidad que aplique ante resultados de no adherencia a GPC entregado por calidad), se estableció el indicador **Cumplimiento a plan de mejora**. Adjuntan informes preliminares de evaluación de la calidad en el diligenciamiento historia clínica y adherencia a guías de práctica clínica de obesidad, hta, hipotiroideos, hiperplasia prostática, correspondientes a los meses de julio y agosto, pendiente septiembre de 2024.

15

Priorización en la asignación de citas

Para verificar el cumplimiento de la actividad, se estableció el indicador **Priorización en la asignación de citas**. Según informe de proceso de Priorización en la asignación de Citas Médicas de Medicina Especializada para el III trimestre de 2024, se priorizaron el 50%, de citas correspondientes a la atención de mujeres en edad de gestación y pacientes con patología oncológicas.

Cobertura de confirmación de asistencia a citas y procedimientos

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Aumentar cobertura de la confirmación de asistencia a citas y procedimientos buscando impactar en la reducción de inasistencia), se estableció el indicador **Cobertura de confirmación de asistencia a citas y procedimientos**. A la fecha de seguimiento, adjuntan informe del resultado de seguimiento, Cobertura de confirmación de asistencia a citas y procedimientos, con un resultado del 68%. Se recomienda utilizar papelería actualizada, ya que adjuntaron informe con el logo anterior.

Proporción de vigilancia de eventos adversos en Consulta Externa y Servicios de Apoyo

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de atención ambulatoria, establecidas en el programa de seguridad del paciente), se estableció el **indicador 1745 Proporción de vigilancia de eventos adversos en Consulta Externa y Servicios de Apoyo**.

A corte 19 de noviembre de 2024, se aclaran que para este trimestre no se presentaron eventos adversos, si bien se reportó un suceso de seguridad este fue catalogado como incidente, por tal razón para este trimestre no aplica la medición del indicador

7.3.2 RECOMENDACIONES

Es necesario que el proceso revise y verifique la documentación aportada como evidencia, ya que adjuntan informes con logos desactualizados, a su vez se sugiere revisar en el plan operativo las evidencias establecidas ya que no concuerdan con lo aportado por el proceso, como se observa a continuación; la actividad es establecer plan de mejora y la evidencia es informe de seguimiento área encargada



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA
Establecer plan de mejora en conjunto con especialidad que aplique ante resultados de no adherencia a GPC entregado por calidad (si aplica)	Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	100%	Trimestral	Informe seguimiento área encargada del mismo

16

7.4 QUIRÓFANOS

El plan operativo del programa de Quirófanos hace parte de los ejes siguientes: Eje 1 Atención centrada en el usuario con un indicador, Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura con dos indicadores, Eje 3 Humanización en la atención en salud con un indicador, Eje 4 Gestión del Riesgo con dos indicadores y cuenta con las siguientes actividades:

- Definir el ciclo de atención en áreas quirúrgicas junto con los indicadores ajustados al modelo de atención
- Construir plan de mejora específico para el proceso de quirófanos según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad
- Documentar protocolo de manejo del dolor posoperatorio y articular con auditoría test de aldrete
- Cumplimiento del % de utilización de salas de cirugía
- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de quirófanos, establecidas en el programa de seguridad del paciente

Para verificar el cumplimiento de estas actividades se definieron los siguientes indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE 2024
Ciclo de atención documentado	Producto Ambulatoria Ciclo Atención	1	N/A
Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	100%	50%
Protocolo documentado y aprobado	Producto Ambulatoria Ciclo Atención	100%	N/A
Porcentaje de Utilización de Salas de Cirugía	Número total de cirugías realizadas en el periodo / Oferta teórica total de salas de cirugía en el periodo	90%	100%
Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión quirúrgica	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	90%	94%
PROMEDIO TRIMESTRE			81%



Con corte al tercer trimestre se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

7.4.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Cumplimiento a plan de mejora

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Construir plan de mejora específico para el proceso de quirófanos según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad), se estableció el indicador **Cumplimiento a plan de mejora**. Adjuntan plan de mejoramiento en formato CA-F-12 el cual no cuenta con Número de consecutivo DARUMA, al consultar en módulo de planes de acción por fecha de elaboración tampoco se encuentra.

17

La evidencia aportada no corresponde a lo establecido en el plan operativo, (Informe seguimiento área encargada del mismo)

Porcentaje de Utilización de Salas de Cirugía

Para verificar el desempeño de la actividad (Cumplimiento del % de utilización de salas de cirugía), se estableció el indicador 1764 **Porcentaje de Utilización de Salas de Cirugía**. Con corte a tercer trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición, de periodicidad mensual el cual cumple con metas establecidas, con un promedio de utilización del 96,9%

Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión quirúrgica

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de quirófanos, establecidas en el programa de seguridad del paciente), se estableció el **indicador 1749 Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión quirúrgica**. A la fecha de seguimiento 15 /11/2024, el indicador 1749 no se encontraba reportado DARUMA

Indicador cargado extemporáneamente en DARUMA 19/11/2024, RESULTADO 85,23% NO CUMPLE LA META ESTABLECIDA QUE ES 90%

7.4.2 RECOMENDACIONES

Se sugiere revisar en el plan operativo las evidencias establecidas ya que no concuerdan con lo aportado por el proceso

Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el Instructivo Gestión indicadores DARUMA CA-INS-03 en la medición de indicadores relacionado con reporte de eventos adversos el cual establece 40 días calendario, adicionalmente no cumplen con meta

7.5 SEGURIDAD DEL PACIENTE

El plan operativo del programa Seguridad del paciente hace parte de Eje 4 Gestión del Riesgo con tres (3) indicadores y cuenta con las siguientes actividades:



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



- Actualizar Programa de seguridad del paciente articulando con la política de gestión institucional de gestión integral del riesgo.
- Fortalecer la gestión del riesgo asistencial a través de la implementación de barreras de seguridad que mitiguen la presentación de eventos adversos.
- Documentar y socializar paquetes instruccionales priorizados según metas internacionales con los colaboradores de la institución

Para verificar el cumplimiento de estas actividades se definieron los siguientes indicadores

18

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE 2024
Documento CA-PG-03 actualizado y vigente	Producto Programa de seguridad del paciente	1	N/A
Proporción de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	>=90%	94%
Número de paquetes instruccionales documentados y socializados	Total de paquetes instruccionales documentados y socializados durante el semestre	7	N/A
PROMEDIO TRIMESTRE			94%

Con corte al tercer trimestre se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

7.5.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Proporción de vigilancia de eventos adversos

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Fortalecer la gestión del riesgo asistencial a través de la implementación de barreras de seguridad que mitiguen la presentación de eventos adversos), se estableció el **indicador 2 Proporción de vigilancia de eventos adversos**.

Con corte a tercer trimestre, se evidencia medición el cual es de periodicidad mensual y arroja los siguientes resultados Julio (95,76), Agosto (95,45) y septiembre (63,30), Se aclara que para el caso del mes de septiembre los procesos que miden eventos adversos no han realizado la medición de este indicador por tal razón aún no está actualizado.

7.5.2 RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta lo establecido en el Instructivo Gestión indicadores DARUMA CA-INS-03 en la medición de indicadores relacionado con reporte de eventos adversos el cual establece 40 días calendario, este indicador no se encuentra actualizado, debido a que los procesos no han dado cumplimiento a este instructivo.

7.6 APOYO DIAGNÓSTICO

El plan operativo del programa de Apoyo diagnóstico hace parte de los ejes siguientes: Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura con un indicador y Eje 4 Gestión del Riesgo con dos indicadores, igualmente cuenta con las siguientes actividades:

- Implementar nuevos estudios en laboratorio clínico
- Gestionar eventos relacionados con el uso de reactivos de diagnóstico in vitro a través del programa de reactivo vigilancia
- Promover el uso racional de hemocomponentes en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

19

Para verificar el cumplimiento de estas actividades se definieron los siguientes indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE 2024
Número de estudios nuevos implementados	Número de estudios nuevos implementados durante el semestre	2	N/A
Incidentes o eventos adversos asociados al uso de reactivos de diagnóstico in vitro analizados y gestionados, Programa de Reactivo vigilancia	Número de incidentes o eventos asociados al uso de reactivos de diagnóstico in vitro analizados y gestionados / Total de incidentes o eventos asociadas al uso de reactivos de diagnóstico in vitro reportados en el periodo	80%	100%
Pertinencia en la transfusión	Número de hemocomponentes transfundidos cumpliendo las recomendaciones de la guía institucional / Total de hemocomponentes transfundidos	95%	100%
PROMEDIO TRIMESTRE			100%

Con corte al tercer trimestre se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

7.6.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Número de estudios nuevos implementados

La actividad tiene periodicidad semestral para su evaluación, sin embargo, el laboratorio clínico para este año ha implementado nuevas pruebas como son: (ENAS, ANCAS, ENAS, CARDIOLIPINAS, CITRULINAS, MIOGLOBINA, N-GAL) pruebas que ya no serán remitidas a laboratorios externos, y las cuales fueron socializados al personal de medicina interna, quedando pendiente establecer el documento de comunicación a personal asistencial.

Se recomienda ajustar el soporte de la evidencia, ya que la actividad enuncia «Implementar nuevos estudios en laboratorio clínico», y según lo aportado por el proceso ya se encuentran implementadas, y el plan operativo describe documento de comunicación a personal

[Incidentes o eventos adversos asociados al uso de reactivos de diagnóstico in vitro analizados y gestionados, Programa de Reactivo vigilancia](#)

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Gestionar eventos relacionados con el uso de reactivos de diagnóstico in vitro a través del programa de reactivo vigilancia), se estableció el indicador 930 **Incidentes o eventos adversos asociados al uso de reactivos de diagnóstico in vitro analizados y gestionados, Programa de Reactivo vigilancia**. Con corte a tercer trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador, de periodicidad mensual el cual cumple con metas establecidas.

Pertinencia en la transfusión

20

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Promover el uso racional de hemocomponentes en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja), se estableció el indicador 1492 **Pertinencia en la transfusión**. Con corte a tercer trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador, de periodicidad mensual el cual cumple con metas establecidas.

7.6.2 RECOMENDACIONES

Es necesario que el proceso, ejecute la totalidad de las actividades programadas y continúe fortaleciendo las actividades de cada uno de sus indicadores, con el fin de mantener y elevar los niveles de cumplimiento.

7.7 APOYO TERAPÉUTICO

El plan operativo del programa de apoyo terapéutico hace parte del eje siguiente: Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura con un indicador y cuenta con las siguientes actividades:

- Mantener programa en funcionamiento

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE 2024
Porcentaje de cumplimiento a las sesiones ordenadas de Rehabilitación Pulmonar en fase intrahospitalaria	Número de sesiones de terapia de Rehabilitación Pulmonar realizadas en fase intrahospitalaria / Número de sesiones de terapia de Rehabilitación pulmonar ordenadas	20%	100%
PROMEDIO TRIMESTRE			100%

Con corte al tercer trimestre se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

7.7.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Mantener programa en funcionamiento), se estableció el indicador 1907 **Porcentaje de cumplimiento a las sesiones ordenadas de Rehabilitación Pulmonar en fase intrahospitalaria**. Se evidencia que, en el mes de julio de 2024, no se cumplió con la meta establecida porque (no se realizaron terapias de rehabilitación pulmonar en fase intrahospitalaria

debido a que no se cuenta con el profesional contratado), para el mes de agosto y septiembre se cumplió con la meta establecida.

7.7.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda revisar el indicador planteado, teniendo en cuenta que el Porcentaje de cumplimiento a las sesiones ordenadas de Rehabilitación Pulmonar en fase intrahospitalaria, no permite Reducir el tiempo de respuesta a interconsulta para ingreso al programa de rehabilitación, cuya meta del cuatrienio es <48 h

21

7.8 GESTIÓN FARMACÉUTICA

El plan operativo del programa Gestión farmacéutica hace parte de los ejes siguientes: Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura con tres (3) indicadores y Eje 4 Gestión del Riesgo con cuatro (4) indicadores igualmente cuenta con las actividades que se relacionan a continuación:

- Realizar y dar cumplimiento a las actividades de calificación y calibración de equipos de apoyo productivo y de control de calidad en la central de mezclas
- Realizar y dar cumplimiento a las validaciones de los sistemas de apoyo crítico como lo son limpieza y desinfección, personal y desinfectantes
- Revisar y actualizar de ser necesario la documentación propia del sistema de gestión de calidad de la CAPM
- Gestionar eventos relacionados con el uso seguro de medicamentos a través del programa de farmacovigilancia
- Emitir boletín mensual de alerta sanitaria como acción preventiva desde el programa de farmacovigilancia
- Gestionar eventos relacionados con el uso seguro de dispositivos médicos a través del programa de tecnovigilancia
- Emitir boletín mensual de alerta sanitaria como acción preventiva desde el programa de tecnovigilancia

Para verificar el cumplimiento de estas actividades se definieron los siguientes indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE 2024
Cumplimiento de calificación y calibración de equipos de apoyo productivo y control de calidad en la central de mezclas	Pruebas realizadas en equipos de apoyo con cumplimiento / total de pruebas realizadas en equipos de apoyo *100	100%	N/A
Adherencia a procedimientos	Cumplimiento en adherencia a procedimientos	100%	0%
Porcentaje de documentos actualizados en daruma	Documentos actualizados en daruma / Total de documentos a actualizar *100	80%	N/A
Reportes recibidos analizados y gestionados por la institución de medicamentos	Numero de reportes recibidos analizados y gestionados en la institución en el periodo / Total de casos reportados en el	80%	100%



	periodo		
Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de farmacovigilancia	Numero de alertas gestionadas que aplican a la institución / Total de alertas publicadas por el INVIMA o entes internacionales	100%	100%
Eventos e incidentes adversos relacionados con dispositivos médicos y equipos biomédicos analizados y gestionados	Número de incidentes y eventos adversos analizados y gestionados / Número de incidentes y eventos adversos reportados	90%	100%
Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de tecnovigilancia	Numero de alertas gestionadas que aplican a la institución / Total de alertas publicadas por el INVIMA que aplican a la institución	100%	100%
PROMEDIO TRIMESTRE			80%

22

Con corte al tercer trimestre se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

7.8.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Adherencia a procedimientos

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Realizar y dar cumplimiento a las validaciones de los sistemas de apoyo crítico como lo son limpieza y desinfección, personal y desinfectantes), se estableció el indicador **Adherencia a procedimientos**. Con corte a tercer trimestre de 2024, no adjuntan Informe de laboratorio microbiológico, a la fecha se cuenta con el contrato con el laboratorio de microbiología que realizara dichas actividades, pero no podrán ser agendadas o programadas hasta tanto no se cuente con visto bueno tanto de los últimos informes de validación del sistema HVAC y la reparación de un condensador que no está permitiendo una adecuada refrigeración de las áreas.

Reportes recibidos analizados y gestionados por la institución de medicamentos

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Gestionar eventos relacionados con el uso seguro de medicamentos a través del programa de farmacovigilancia), se estableció el indicador **Reportes recibidos analizados y gestionados por la institución de medicamentos**. A corte a tercer trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 653, de periodicidad mensual el cual cumple con metas establecidas

Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de farmacovigilancia

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Emitir boletín mensual de alerta sanitaria como acción preventiva desde el programa de farmacovigilancia), se estableció el indicador **Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de farmacovigilancia**. Con corte a tercer trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 1381, de periodicidad mensual el cual cumple con metas establecidas



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



Eventos e incidentes adversos relacionados con dispositivos médicos y equipos biomédicos analizados y gestionados

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Gestionar eventos relacionados con el uso seguro de dispositivos médicos a través del programa de tecnovigilancia), se estableció el indicador **Eventos e incidentes adversos relacionados con dispositivos médicos y equipos biomédicos analizados y gestionado**. Con corte a tercer trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 657, de periodicidad mensual el cual cumple con metas establecidas

23

Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de tecnovigilancia

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Emitir boletín mensual de alerta sanitaria como acción preventiva desde el programa de tecnovigilancia), se estableció el indicador **Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de tecnovigilancia**. Con corte a tercer trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 1087, de periodicidad mensual el cual cumple con metas establecidas y reportan que no se evidenciaron alertas sanitarias durante el período relacionado con dispositivos médicos dentro del listado de dispositivos médicos de la institución

7.8.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda dar cumplimiento a las actividades programadas, específicamente a “Realizar y dar cumplimiento a las validaciones de los sistemas de apoyo crítico como lo son limpieza y desinfección, personal y desinfectantes”, la cual no fue ejecutada, ni presento avance en este trimestre.

7.9 GESTIÓN PREVENTIVA Y PREDICTIVA

El plan operativo del programa de Gestión preventiva y predictiva hace parte del eje siguiente: Eje 4 Gestión del Riesgo con dos indicadores y cuenta con las siguientes actividades:

- Cumplir con la realización periódica de comités institucionales: COVE Y Comité de infecciones
- Implementar paquete instruccional de IAAS

Para verificar el cumplimiento de estas actividades de definieron los siguientes indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE 2024
Cumplimiento de comités	Número de comités realizados / Número de comités programados *100	100%	100%
Cumplimiento al plan de acción para la implementación de paquete instruccional de IAAS	Número de actividades realizadas propias del proceso / Número de actividades programadas propias del proceso*100	>80%	63%
PROMEDIO TRIMESTRE			81%

Con corte al tercer trimestre se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

7.9.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Cumplimiento de comités

Para verificar el acatamiento de la actividad (Cumplir con la realización periódica de comités institucionales: COVE Y Comité de infecciones), se estableció el indicador **Cumplimiento de comités**. Con corte al tercer trimestre de 2024, adjuntan Actas de los meses julio, agosto y septiembre, como soporte de la realización de los comités de infecciones y Cove

24

Cumplimiento al plan de acción para la implementación de paquete instruccional de IAAS

Para verificar el desempeño de la actividad (Implementar paquete instruccional de IAAS), se estableció el indicador **Cumplimiento al plan de acción para la implementación de paquete instruccional de IAAS**. Con corte al tercer trimestre de 2024, adjuntan proyección de plan de acción para la implementación de paquete instruccional de IAAS. Documento excel, el cual no se encuentra cargado en DARUMA

7.9.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda ajustar soporte de evidencia la cual dice Informe y adjuntan plan de acción, o aclarar si el producto es un informe de la Implementar paquete instruccional de IAAS

7.10 ENFERMERÍA

El plan operativo del programa de Enfermería hace parte de los ejes siguientes: Eje 1 Atención centrada en el usuario con un indicador, Eje 3 Humanización en la atención en salud con un indicador, Eje 4 Gestión del Riesgo con un indicador y cuenta con las siguientes actividades:

- Elaborar Plan de atención de enfermería
- Elaborar y socializar el protocolo de bienvenida al paciente.
- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de enfermería, establecidas en el programa de seguridad del paciente

Para verificar el cumplimiento de estas actividades se definieron los siguientes indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE 2024
Documento de plan de atención de enfermería elaborado	Producto Plan de atención de enfermería	1	N/A
Documento Protocolo de bienvenida al paciente aprobado y socializado	Producto Protocolo de bienvenida al paciente	1	100%



Proporción de vigilancia de eventos adversos en proceso Enfermería	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	80%	100%
PROMEDIO TRIMESTRE			100%

Con corte al tercer trimestre se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

25

7.10.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Documento Protocolo de bienvenida al paciente aprobado y socializado

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Elaborar y socializar el protocolo de bienvenida al paciente), se estableció el indicador **Documento Protocolo de bienvenida al paciente aprobado y socializado**. Con corte a tercer trimestre 2024, se evidencia Protocolo de bienvenida al paciente aprobado y socializado con código ENF-PT-51 con fecha 21 de agosto de 2024

Proporción de vigilancia de eventos adversos en proceso Enfermería

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de enfermería, establecidas en el programa de seguridad del paciente), se estableció el indicador **Proporción de vigilancia de eventos adversos en proceso Enfermería**. A la fecha de seguimiento 15 /11/2024, el indicador 1791 no se encontraba reportado en DARUMA

Indicador cargado extemporáneamente el 19/11/2024, RESULTADO 100% CUMPLE LA META ESTABLECIDA.

7.10.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el Instructivo Gestión indicadores DARUMA CA-INS-03 en la medición de indicadores relacionado con reporte de eventos adversos el cual establece 40 días calendario, adicionalmente no cumplen con meta

7.11 SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

Hace parte del Eje 3 del plan de desarrollo que corresponde a «Humanización en la atención en salud». Para la evaluación en el tercer trimestre de la presente vigencia se plantean 3 actividades:

- Implementar estrategia de divulgación de información dirigida a los pacientes (folleto amigable), y su indicador «Porcentaje de pacientes informados» con la meta planteada en 50%
- Mantener tiempo de respuesta ante quejas y reclamos de los usuarios, con el indicador «Promedio de tiempo de respuesta a quejas y reclamos en días» y su meta para la vigencia está planteada como <=15 días
- Desplegar cronograma de divulgación de derechos y deberes como estrategia de humanización, y su indicador es «Cumplimiento de cronograma» con una meta propuesta en 90%.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE
Porcentaje de pacientes informados	Pacientes informados / Pacientes que ingresan a la institución	50%	N/A
Tiempo de respuesta a quejas y reclamo	Promedio de tiempo de respuesta a quejas y reclamos en días	<=15 días	100%
Cumplimiento de cronograma	Porcentaje de avance en cumplimiento al cronograma	90%	100%
PROMEDIO TRIMESTRE			100%

26

7.11.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para esta vigencia se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

Porcentaje de pacientes informados

La medición de este indicador es semestral, no aplicando para la evaluación de este primer trimestre.

Tiempo de respuesta a quejas y reclamo.

Para la actividad 2 «Mantener tiempo de respuesta ante quejas y reclamos de los usuarios» el sub proceso presenta como evidencia: «Informe PQR III trimestre 2024.pdf», en el que se describe el número de quejas recibidas en el trimestre que fueron en total 13 y 65 reclamos, manteniendo un promedio de 8,78 días en cuanto al tiempo de respuesta a las quejas y reclamos recibidas.

Además, se aporta la ficha técnica del indicador 446 «Tiempo promedio de respuesta a quejas de los usuarios», esta información aportada fue verificado en el software Daruma, observando que el promedio de tiempo para dar respuesta es de 8.78 días para el trimestre, con los datos aportados respecto al promedio de días para la respuesta a quejas y reclamos, se da cumplimiento a la meta

Cumplimiento de cronograma

El subproceso aportó como soporte, la carpeta de archivos «CRONOGRAMA DD», la cual contiene archivo Excel, con el cronograma de actividades propuestas para este trimestre y otros archivos con las evidencias de las actividades realizadas para dar cumplimiento al mismo. Así mismo se evidencio que la actividad «Jornadas de formación al personal y abordaje tema de la declaración» programada para realizar el mes de julio no se llevó a cabo. Por lo tanto, el porcentaje de cumplimiento para el trimestre fue de 90.9 %, teniendo en cuenta que la meta planteada para el trimestre es de 90%, se cumple con el objetivo.

Se recomienda en la actividad «Jornadas de formación al personal y abordaje tema de la declaración», tener en cuenta cómo se va a realizar la medición de esta actividad: Universo total, método de evaluación, % porcentaje de avance trimestral.



7.11.2 RECOMENDACIONES

Es necesario que el proceso, ejecute la totalidad de las actividades programadas y continúe fortaleciendo las actividades de cada uno de sus indicadores, con el fin de mantener y elevar los niveles de cumplimiento.

7.12 DOCENCIA SERVICIO

Hace parte del eje 2 «Gestión Clínica Excelente y segura» en el cual se encuentran las actividades «Utilizar contraprestaciones para la formación de perfil docente dentro de la institución» y «Elaboración del programa de gestión del conocimiento - Apartado docencia servicio» y del eje 3 que corresponde a «Humanización en la atención en salud» con la actividad «Implementar política de cero tolerancias frente al acoso y violencia de género en el marco de formación del talento humano en salud»

27

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE
Número de propuestas educativas gestionadas por contraprestación	Total, de propuestas educativas gestionadas	1	N/A
Programa de gestión del conocimiento vigente en Daruma	Producto Programa de gestión del conocimiento	1	N/A
Gestión oportuna de quejas	Número de quejas gestionadas / Número de quejas recibidas *100	>90%	100%
PROMEDIO TRIMESTRE			100%

7.12.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa cuenta con tres indicadores, dos con periodicidad semestral y uno trimestral, a continuación, se presenta el análisis efectuado a cada uno de ellos.

Número de propuestas educativas gestionadas por contraprestación

La medición de este indicador es semestral, no aplicando para la evaluación de este primer trimestre

Programa de gestión del conocimiento vigente en Daruma

La medición de este indicador es semestral, no aplicando para la evaluación de este primer trimestre

Gestión oportuna de quejas

Con corte al tercer trimestre de 2024, el proceso aportó como evidencia la carpeta «Docencia Servicio» en la cual se encuentran dos archivos con los documentos «Herramienta POA (1) (1).xlsx» y «análisis POA.pdf». en la información entregada y puntualmente en el «análisis POA» señala que: «[...]se implementa, la política de cero tolerancia frente al acoso y la violencia de género en el marco de formación de talento humano en salud donde se crea el grupo interdisciplinario para estos casos y son los encargados de hacer seguimiento acompañamiento y direccionamiento ante las situaciones presentadas



"» y además que «[...] tan solo se presentaron cinco (5) quejas en la oficina de docencia servicio asociada con situaciones presentadas por parte del personal en formación durante el desarrollo, de prácticas formativas[...]» .las cuales fueron gestionadas en su totalidad. Con la evidencia aportada se cumple con la meta propuesta para el trimestre.

7.12.2 RECOMENDACIONES

Es necesario que el proceso para próxima evaluación realice el seguimiento, aportado evidencias con datos de indicadores mediante los cuales se verifique el porcentaje de avance frente a la implementación de la política y el número de quejas presentadas y el número de quejas gestionadas

28

7.13 INVESTIGACIÓN

Ubicado en el plan de desarrollo en el Eje 2 «Gestión Clínica Excelente y segura» cuenta con 4 actividades e igual número de indicadores, con periodicidad semestral para su evaluación.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE
Número de eventos realizados	Total, de eventos realizados durante el semestre	2	N/A
Número de actividades realizadas	Total, de actividades realizadas durante el semestre	2	N/A
Número de alianzas establecidas	Total, de alianzas establecidas durante el semestre	2	N/A
Programa de gestión del conocimiento vigente en Daruma	Producto Programa de gestión del conocimiento	1	N/A
PROMEDIO TRIMESTRE			N/A

7.13.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa cuenta con cuatro indicadores, con periodicidad semestral, a continuación, se presenta el análisis efectuado a cada uno de ellos.

Número de eventos realizados

La medición de desde indicador es semestral, no aplicando para la evaluación de este primer trimestre

Número de actividades realizadas

La medición de desde indicador es semestral, no aplicando para la evaluación de este primer trimestre

Número de alianzas establecidas

La medición de desde indicador es semestral, no aplicando para la evaluación de este primer trimestre

Programa de gestión del conocimiento vigente en Daruma

La medición de este indicador es semestral, no aplicando para la evaluación de este primer trimestre

7.13.2 RECOMENDACIONES

Avanzar en la ejecución de actividades planteadas para cada indicador con el fin de alcanzar las metas propuestas en la evaluación semestral.

29

8. OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

8.1 GESTIÓN CALIDAD

Ubicado en el plan de desarrollo en el Eje 2 «Gestión Clínica Excelente y segura» cuenta con 7 actividades y 8 indicadores para su evaluación en el tercer trimestre de 2024.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE
Porcentaje de actualización del programa de adherencia a GPC	% Avance de actualización del programa	50%	100%
Documento de plan de formación aprobado por oficina de talento humano	Producto Plan de formación GPC	1	N/A
Guías de práctica clínica con material audiovisual disponible en plataforma moodle institucional	Total, de GPC con material audiovisual disponible	8	N/A
Documento Anexo del Modelo	Producto Documento definición atención telemedicina	1	N/A
Documento matriz e informe de capacidad instalada por servicios	Producto Capacidad instalada por servicios	1	N/A
Documento vigente manual de mejoramiento	Producto Manual de Mejoramiento	1	N/A
Cumplimiento programación "miércoles de acreditación"	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	1	100%
Matriz Autoevaluación por grupo de estándares	Producto Matriz Autoevaluación	100%	N/A
PROMEDIO TRIMESTRE			100%

8.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para este trimestre se analizaron los siguientes indicadores:

Porcentaje de actualización del programa de adherencia a GPC



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.net



El proceso para el corte del tercer trimestre aporta como evidencia la carpeta «G, calidad», en la que se encuentra la subcarpeta «GPC», que a su vez contiene acta de reunión pantallazo de correos enviados y registro fotográfico en el que se observa que el documento CA-PG-01 «Programa institucional de implementación y adherencia a guías de práctica clínica» registrado en el software Daruma, se verifica esta información en el software evidenciando su registro. Para este trimestre el proceso da cumplimiento a la meta planteada en 100%

[Documento de plan de formación aprobado por oficina de talento humano](#)

30

La evaluación de esta actividad se efectúa de manera semestral, por lo cual no aplica para este trimestre.

[Guías de práctica clínica con material audiovisual disponible en plataforma moodle institucional](#)

La evaluación de esta actividad se efectúa de manera semestral, por lo cual no aplica para este trimestre.

[Documento Anexo del Modelo](#)

La evaluación de esta actividad se efectúa de manera semestral, por lo cual no aplica para este trimestre.

[Documento matriz e informe de capacidad instalada por servicios](#)

La evaluación de esta actividad se efectúa de manera semestral, por lo cual no aplica para este trimestre.

[Documento vigente manual de mejoramiento](#)

La evaluación de esta actividad se efectúa de manera semestral, por lo cual no aplica para este trimestre.

[Cumplimiento programación "miércoles de acreditación"](#)

La líder del proceso aporta como evidencia la carpeta «G calidad» en la que se encuentra la subcarpeta «SUA» que a su vez contiene lo siguientes archivos

Julio: 5 actividades de acreditación efectuadas los días 3, 10, 17, 25 y 31

Agosto: 4 actividades de acreditación llevadas a cabo los días: 8, 14, 21 y 28

Septiembre: 4 actividades, realizadas los días: 4, 11, 18 y 25

Como evidencia de la ejecución de estas actividades se presentan: Bitácoras de los eventos realizados, registros fotográficos, listas de asistencia, y pieza comunicativa. Con la información aportada, se da cumplimiento a la meta de indicador para este tercer trimestre de 2024

Sin embargo, es necesario que el proceso revise y verifique la documentación aportada como evidencia, ya que algunas de las actas y listas de asistencia no cumplen con lo establecido en el artículo 8.11 de la «norma fundamental» CA-M-00

[Matriz Autoevaluación por grupo de estándares](#)

La evaluación de esta actividad se efectúa de manera semestral, por lo cual no aplica para este trimestre.

8.1.2 RECOMENDACIONES



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



Es necesario que el proceso revise y verifique la documentación aportada como evidencia, ya que algunas de las actas y listas de asistencia no cumplen con lo establecido en el artículo 8.11 de la «norma fundamental» CA-M-00.

8.2 GESTIÓN INFORMACIÓN

Ubicado en el plan de desarrollo en el Eje 5 «Gestión de la tecnología» cuenta con 2 actividades y 2 indicadores para su evaluación en el tercer trimestre de 2024.

31

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE
Documento del programa estratégico	Producto Programa estratégico	1	N/A
Documento de plan estratégico de comunicaciones	Producto Plan estratégico de comunicaciones	1	N/A
PROMEDIO TRIMESTRE			N/A

8.2.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para este trimestre se analizaron los siguientes indicadores:

[Documento del programa estratégico](#)

La evaluación de esta actividad se efectúa de manera semestral, por lo cual no aplica para este trimestre

[Documento de plan estratégico de comunicaciones](#)

La evaluación de esta actividad se efectúa de manera semestral, por lo cual no aplica para este trimestre

8.2.2 RECOMENDACIONES

Para este trimestre no se debía presentar evidencia para los indicadores es necesario que, el proceso debe avanzar en las actividades frente a cada uno de los indicadores y las metas propuestas

8.3 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Ubicado en el plan de desarrollo en el Eje 4 «Gestión del riesgo» cuenta con 3 actividades y 3 indicadores para evaluar en el tercer trimestre de la presente vigencia.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE
Procesos institucionales con identificación de riesgos en los mapas de riesgos	Procesos institucionales con identificación de riesgos en los mapas de riesgos / Total de	50%	N/A

	procesos institucionales *100		
Formulario activo en página web	Producto Formulario de solicitud de referenciaci3n de otras entidades	1	N/A
Procedimientos Actualizados	Producto Documentos actualizados	100%	N/A
PROMEDIO TRIMESTRE			N/A

32

8.3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para este trimestre se analizaron los siguientes indicadores:

Procesos institucionales con identificaci3n de riesgos en los mapas de riesgos

La actividad tiene periodicidad semestral para su evaluaci3n, por lo tanto, no aplica para este trimestre, sin embargo, el proceso presento carpeta «Direccionamiento» en la que se encuentran los siguientes documentos: OADS-F-40 «MAPA DE RIESGOS DE GESTION Y FISCALES»; OADS-F-14 «MAPA DE RIESGOS DE SICOF 2024» Y AF-F-23 «MAPA DE RIESGOS DE SARLAFPADM 2024»

Formulario activo en página web

La actividad tiene periodicidad semestral para su evaluaci3n, por lo tanto, no aplica para este trimestre. Sin embargo, el proceso aporta link para acceder a la página web de la instituci3n y al formulario: «solicitud de referenciaci3n de otras entidades»

Procedimientos Actualizados

La actividad tiene periodicidad semestral para su evaluaci3n, por lo tanto, no aplica para este trimestre, sin embargo el proceso presento: link que da acceso al software Daruma para verificar la actualizaci3n de documentos.



CONCLUSIONES:

Realizada la evaluación por parte de la oficina de control interno, el porcentaje del cumplimiento del POA para el tercer trimestre del 2024 corresponde al 94%, las siguientes actividades no cumplieron con lo establecido:

ATENCIÓN URGENCIAS:

- Implementar acciones para la identificación y manejo del paciente con dolor como signo vital
- Realizar mesas de trabajo buscando mantener la relación personal contratado - capacidad instalada en el proceso de urgencias.

33

ATENCIÓN HOSPITALARIA:

- Construir plan de mejora específico para el proceso de atención hospitalaria según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad -
- Realizar plan para la gestión de conocimiento del talento humano en salud que incluya al menos una actividad trimestral

ATENCIÓN AMBULATORIA:

- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de atención ambulatoria, establecidas en el programa de seguridad del paciente.

QUIRÓFANOS:

- Construir plan de mejora específico para el proceso de quirófanos según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad – pendiente cargar en DARUMA
- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de quirófanos, establecidas en el programa de seguridad del paciente. Indicador cargado inoportunamente.

GESTIÓN FARMACÉUTICA

- Realizar y dar cumplimiento a las validaciones de los sistemas de apoyo crítico como lo son limpieza y desinfección, personal y desinfectantes.

De acuerdo a la evaluación realizada por esta oficina, se evidenció incumplimiento al Instructivo Gestión indicadores DARUMA CA-INS-03, específicamente en la medición de indicadores relacionado con reporte de eventos adversos el cual establece 40 días calendario.



ALERTAS DE MEJORA

1. Se recomienda adjuntan acta de aprobación de los planes operativos por procesos y/o servicios, vigencia 2024
2. Se recomienda aportar evidencias debidamente diligenciadas, garantizando que sean legibles, completas, sin espacios en blanco, identificados, informes gerenciales con las respectivas firmas y verificaciones de los líderes de proceso utilizando los logos institucionales debidamente actualizados.
3. Se recomienda al proceso de Quirófanos cargar en DARUMA, el plan de mejora elaborado según los resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad
4. Se recomienda Atención hospitalaria realizar el plan para la gestión de conocimiento del talento humano en salud que incluya al menos una actividad trimestral, esto teniendo en cuenta que según actividad planteada por el proceso
5. Se recomienda Apoyo terapéutico revisar lo establecido en el componente estratégico con lo planteado en el componente operativo anual, teniendo en cuenta que el Porcentaje de cumplimiento a las sesiones ordenadas de Rehabilitación Pulmonar en fase intrahospitalaria, no permite Reducir el tiempo de respuesta a interconsulta para ingreso al programa de rehabilitación, cuya meta del cuatrienio es <48 h.
6. Se recomienda al proceso Gestión preventiva y predictiva cargar en DARUMA el plan de acción para la implementación de paquete instruccional de IAAS, actividad que estaba programada para el tercer trimestre.
7. Es importante revisar la herramienta POA y ajustar los soportes de las evidencias, teniendo en cuenta las acciones o actividades planteadas, adicionalmente los porcentajes de meta establecidos en cada actividad, observando los periodos de medición y el acumulado anual para que exista consistencia con las metas planteadas, esto teniendo en cuenta la actividad 12 del procedimiento OACI-PR-03 "Las metas Institucionales no podrán ser modificadas , en caso de ser necesario de ajuste previa justificación se solicitara por escrito a la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios"
8. Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el Instructivo Gestión indicadores DARUMA CA-INS-03 específicamente en la medición de indicadores relacionado con reporte de eventos adversos el cual establece 40 días calendario.
9. Se recomienda a la segunda línea de defensa verificar los soportes de evidencias aportadas por los procesos teniendo en cuenta la calidad, oportunidad y veracidad de la información.
10. Se recomienda actualizar los programas estratégicos e indicadores que se encuentran en la herramienta DARUMA para aquellos procesos que los requiera, esto con el fin de que exista articulación en lo programado y en lo evidenciado.



11. Se recomienda a los responsables de procesos que no cumplieron con meta establecida o que presenten desviaciones frente al cumplimiento del periodo evaluado, realizar acta de compromiso en el formato Cód.: OADS-F-09, con el profesional de planeación para cumplir con la meta establecida en los planes operativos anuales».

ORIGINAL FIRMADO

DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ

Asesora de Control Interno
E.S.E. Hospital Universitario San Rafael Tunja
Anexa: Carpeta evidencias Actividades

Proyecto: Claudia Sáenz, Gustavo Molano, Liliana Rodríguez
Profesionales O.A.C.I
Copia: Subgerencias, Desarrollo de Servicios, planeación y procesos involucrados.



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co

