

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

IV TRIMESTRE DE 2023

1

Elaborado por:
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, febrero de 2024



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



8-7405030



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

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



OBJETIVO

Verificar el nivel de cumplimiento en las metas planteadas por cada uno de los planes operativos vigentes, derivados del Plan de Desarrollo «EN EL SAN RAFA TRAJAMOS CON EL ALMA». Para el cuarto trimestre del 2023.

2

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.

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

INTRODUCCIÓN

En concordancia con la Plataforma estratégica de la entidad, aprobada mediante Acuerdo No. 007 de julio de 2020 y modificadorio 018 de 2021, en la cual se encuentran enmarcadas la misión, visión, principios y valores institucionales, objetivos institucionales y los nueve pilares estratégicos de la entidad, el Plan operativo anual se constituye como un instrumento fundamental para asegurar la real y efectiva ejecución de los pilares de la institución, buscando mediante un proceso participativo determinar las acciones necesarias para la consecución de los objetivos institucionales estratégicos; en esencia busca el fortalecimiento de los procesos y su mejoramiento continuo orientado al crecimiento institucional. Así mismo, se constituye en un instrumento que apoya el proceso de planificación de la entidad articulando las acciones de la institución a su misión y objetivos, permitiendo la identificación sistemática de objetivos institucionales, metas, resultados esperados, indicadores, actividades y recursos específicos para el logro de los compromisos institucionales y cumplimiento gradual de los objetivos, a través de las estrategias que se articulan en los programas estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional 2020 - 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

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

También se tiene un procedimiento denominado Asesoría y Evaluación de la Gestión Institucional que sirve para verificar el cumplimiento de las metas establecidas según el plan de desarrollo.



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



8-7405030



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

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



I. RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO CUARTO TRIMESTRE DEL 2023 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.

3

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:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 Cuarto Trimestre del 2023 de los planes operativos, de conformidad con la resolución interna 222 de 2021, con el propósito de avanzar en el fortalecimiento de los ejes estratégicos planteados en el plan de desarrollo 2020 – 2024, obteniendo como resultado lo siguiente:

PLAN OPERATIVO ANUAL 2023					
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	97%	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	96%	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS	98%
Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF)	83%	Modelo de atención articulado con los procesos institucionales, generando una implementación oportuna, pertinente, segura e integral para el Usuario y su familia.	100%	Programa de Gestión y Desempeño Institucional	95%
Programa Gestión de Sistema de Costos	100%	Programa de Seguridad del Paciente bajo el enfoque de adaptación y mitigación de Programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario.	99%	Programa de gestión de integración del sistema de información.	100%
Fortalecimiento de la gestión del riesgo y prevención del daño antijurídico de la entidad	100%	Buenas practicas de elaboración y Manufactura	95%	Programa de Gestión de tecnología y dotación Hospitalaria.	100%
Programa de adecuación y mejoramiento de Infraestructura física	100%	Programa de Humanización que involucre la sensibilización del talento humano con enfoque.	85%	Sistema de Gestión Ambiental	100%
Programa de Gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención.	100%		100%	Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo	98%
				Sistema de Gestión de la Calidad	100%
				Proyectos de investigación competitiva a nivel regional y Nacional impactando positivamente el Fortalecimiento de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael Fortalecer la implementación del proceso de acreditación frente al despliegue y	95%
					95%
4er TRIMESTRE					97%

Fuente: Herramienta Poa Cuarto trimestre 2023

1. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

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

4

Se tiene establecido PROGRAMA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LOS RECURSOS FINANCIEROS (PEGIF) Versión: 004, donde se señalan las directrices de seguimiento y medición para el cumplimiento del Eje establecido en el Plan de Desarrollo denominado Gestión del riesgo a través del cual se garantizará la gestión de los recursos que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la entidad.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE
Crecimiento UVR	$(\text{UVR acumulada periodo actual} / \text{UVR acumulada periodo anterior}) - 1$	>1,8%	100%
% Incremento en la utilización de Quirófano	$(\% \text{ de Utilización Quirófano vigencia actual} / \% \text{ de Utilización Quirófano vigencia anterior}) - 1$	$\geq 0,00$	100%
Cumplimiento de la facturación neta de la vigencia	$\text{Facturación neta de la vigencia} / \text{Facturación neta definida en Plan Financiero para la vigencia}$	$\geq 95\%$	100%
Identificación e Intervención de Hallazgos en Auditoría pre radicación	$\text{Inconsistencias intervenidas} / \text{Total de inconsistencias halladas}$	$\geq 80\%$	100%
Utilización de la capacidad instalada	$\text{Capacidad instalada utilizada} / \text{Total capacidad instalada disponible}$	$\geq 90\%$	100%
Ingreso reconocido por venta de servicios de Salud por UVR	$(\text{Total facturación reconocida} / \text{Número de UVR producidas vigencia actual}) / (\text{Total facturación reconocida} / \text{Número de UVR producidas vigencia anterior}) - 1$	> 0%	100%
Gasto por UVR producida	$\text{Gasto de funcionamiento} + \text{de operación comercial y prestación de servicios} / \text{Número de UVR producidas}$	\leq mismo periodo vigencia anterior	0%
Gasto de personal por UVR producida	$\text{Gasto de personal (de planta + remuneración servicios técnicos)} / \text{Número de UVR producidas}$	\leq al periodo vigencia anterior	0%
Equilibrio con reconocimiento total	$\text{Total reconocimiento} / \text{Total gasto comprometido}$	>1	100%
Equilibrio con recaudo total	$\text{Total recaudo} / \text{Total gasto comprometido}$	>1	0%



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@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

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	>90%	100%
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	<=30%	100%
Aceptación de Glosa de la vigencia	Valor de Glosa neta final aceptada de la vigencia / Facturado en la vigencia	<4%	100%
Cumplimiento en pago de vigencias anteriores	Total de pagos de cuentas por pagar de vigencias anteriores / Total cuentas por pagar vigencias anteriores	100%	100%
Superavit o Deficit presupuestal	Total ingreso reconocido - Total gasto comprometido	>1	100%
Calculo del indice de Riesgo	Superavit o Deficit operacional Total / Ingresos operacionales totales recaudados	>=0,00	100%
Cumplimiento Recaudo de cartera	Total recaudado en la vigencia / Total meta de recaudo definida para la vigencia en Plan Financiero	>=95%	100%
Cumplimiento del articulo 22 "Cobro Persuasivo" de la Resolución 072 de 2020 Manual Interno de recaudo de Cartera	Total Informes trimestrales presentados / Total Informes presentados exigibles	100%	100%
Promedio Trimestral			83%

5

ANÁLISIS DE INDICADORES

CRECIMIENTO UVR:

La fórmula del indicador del programa de gestión institucional PEGIF y la fórmula de la matriz de seguimiento POA no concuerdan con la formula del indicador en la ficha técnica en DARUMA.

La ficha técnica del indicador 620 en DARUMA y la matriz de seguimiento toman como fuente la información del plan financiero, sin embargo, se solicita sincronía en los datos del indicador en PEGIF y la matriz, con el fin de tener claridad en el seguimiento desde control interno.



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



8-7405030



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



El indicador 620 presentó modificaciones en el mes de marzo mediante acta de mesa de trabajo de definición POA 2023 con fecha 06/03/2023 en donde se determina en $\geq 1,8\%$ la meta.

Es importante tener en cuenta las modificaciones y porcentajes de seguimiento parciales para determinar si el promedio cumple dentro del plan financiero. Lo anterior debido a que en el primer trimestre de 2023 hubo un cambio en la meta, en el segundo trimestre el líder del proceso evalúa frente a la meta del plan financiero y no a la UVR del mismo trimestre de 2022 y en el tercer trimestre vuelve a evaluarse sobre la UVR de 2022, adicionalmente al consultar la evidencia en DARUMA presenta una UVR de 1,54 indicador que no cumple con la meta de 1,8%.

La unidad de medida trimestral no es consistente durante los cuatro periodos, lo que impide que el total acumulado del plan refleje el cumplimiento total de la meta.

- [% INCREMENTO EN LA UTILIZACIÓN DE QUIRÓFANO:](#)

En el cuarto trimestre se analiza el resultado del indicador teniendo en cuenta la herramienta DARUMA con valor promedio del trimestre de 10,37% lo que significa que se cumple la meta y se observa una mejor utilización de la capacidad instalada durante el cuarto trimestre de 2023.

Es importante aclarar que para el primero, segundo y tercer trimestre no se dio cumplimiento a la meta del indicador

- [CUMPLIMIENTO EN LA FACTURACIÓN NETA DE LA VIGENCIA:](#)

Es importante que exista sincronía entre los valores de cálculo del indicador 1434 incremento de la facturación neta de la vigencia con el plan financiero y con las observaciones en la matriz de seguimiento POA.

Así las cosas se toma el resultado del plan financiero, el indicador cumple con la meta establecida generando un resultado de 102,75

- [IDENTIFICACIÓN E INTERVENCIÓN DE HALLAZGOS EN AUDITORIA PRE-RADICACIÓN:](#)

El resultado del indicador 1435 en DARUMA determina que se identificaron hallazgos de auditoria pre-radición y que se les hizo Intervención al 100%, por lo tanto, cumple con la meta de $\geq 80\%$

- [UTILIZACIÓN DE LA CAPACIDAD INSTALADA:](#)

El promedio de ocupación para el cuarto trimestre es del 139,8%, de acuerdo con el enlace \HSRTUNCLU\Estadísticas\Estadísticas\Estadísticas_2023\Decreto_2193_2023 tomado como soporte por tanto el indicador cumple evidenciando sobreocupación.

Es importante indicar cual es la evidencia y aportarla para los seguimientos, igualmente todos los indicadores deben estar en la plataforma DARUMA.



- INGRESO RECONOCIDO POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD POR UVR:

En la matriz de seguimiento no se definió la evidencia. Para el seguimiento se utiliza el plan financiero a diciembre de 2023.

Como resultado del indicador se obtiene el 14,25% dando cumplimiento a la meta fijada en > 0%. Con este indicador se refleja una mejora tanto en la facturación como en la producción.

se reitera que en la matriz de seguimiento debe existir un soporte que evidencie los factores del indicador, además de que debe incorporarse en DARUMA.

- GASTO POR UVR PRODUCIDA:

El indicador 1455 Gasto por UVR producida generado de DARUMA difiere del estimado manualmente que toma como fuente la información del seguimiento al plan financiero a diciembre de 2023:

Daruma resultado acumulado 2023: 1.015.574,36

Matriz seguimiento POA cuarto trimestre: 14% de incremento frente a 2022

Tanto el numerador como el denominador del indicador en DARUMA no concuerdan con los datos del plan financiero.

El auditor toma como fuente el seguimiento el plan financiero donde se observa que no hay cumplimiento del indicador. Es importante que se de sincronía entre el indicador 1455 en DARUMA y seguimiento a plan financiero

- GASTO DE PERSONAL POR UVR PRODUCIDA

En la bitácora del indicador 1456 en DARUMA presenta valores en la formula desproporcionales a los del seguimiento a plan financiero. Se requiere revisar la formulación del indicador en DARUMA.

Se toma el comentario del líder del proceso que da como resultado un incremento del 15% por lo cual no cumple con la meta para el año 2023.

Este indicador inicio con medición trimestral y presentó modificaciones respecto a la periodicidad pasando a ser anual. según acta de planeación de fecha 01 de junio.

- EQUILIBRIO CON RECONOCIMIENTO TOTAL

En la bitácora del indicador 1456 en DARUMA presenta valores en la formula desproporcionales a los del seguimiento a plan financiero. Se requiere revisar la formulación del indicador en DARUMA.

Se toma el comentario del líder del proceso que da como resultado un incremento del 15% por lo cual no cumple con la meta para el año 2023.

Este indicador inicio con medición trimestral y presentó modificaciones respecto a la periodicidad pasando a ser anual. según acta de planeación de fecha 01 de junio.



- EQUILIBRIO CON RECAUDO TOTAL:

La evidencia aportada por el proceso es el indicador 1457 en DARUMA, reflejando como resultado 140,83 lo cual indica que superó la meta >1 por lo tanto cumple. Es importante unificar la unidad de medida del resultado del indicador en DARUMA y en matriz de seguimiento.

Este indicador inicio con medición trimestral y presentó modificaciones respecto a la periodicidad pasando a ser anual. según acta de planeación de fecha 01 de junio de 2023.

- OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DE GLOSA INICIAL:

El proceso aporta como evidencia el indicador 1340 en DARUMA, con 99,87% esto indica que del cuarto trimestre continúan 88 facturas recibidas de las EAPB con notificación de glosa sin responder, de acuerdo con la meta $>90\%$ el indicador cumple.

- PARTICIPACIÓN DE LA GLOSA INICIAL Y DEVOLUCIONES PENDIENTES EN EL TOTAL DE LA CARTERA:

El líder de proceso adjuntó como evidencia el indicador 1338 en DARUMA y refleja un resultado del 11,62% por lo tanto cumple con la meta $\leq 30\%$.

- ACEPTACIÓN DE GLOSA DE LA VIGENCIA:

En la evidencia aportada el resultado del indicador 546 es: 1,12%, por lo tanto, cumple la meta $<4\%$.

Se sugiere que se revise con la persona encargada de indicadores la bitácora de valores capturados.

- CUMPLIMIENTO EN PAGO DE VIGENCIAS ANTERIORES:

Como evidencia el proceso aporta el indicador 1460 en DARUMA y refleja un resultado del 100% por lo tanto cumple con la meta del 100%.

Este indicador inicialmente se media en forma trimestral y presentó modificaciones respecto a la periodicidad pasando a ser anual. según acta de planeación de fecha 01 de junio de 2023.

No hay claridad en los valores en plan financiero y la presente matriz y daruma.

- SUPERÁVIT O DÉFICIT PRESUPUESTAL:

La evidencia aportada es el indicador 1463 de DARUMA, en donde se reporta un superávit que representa el 18,26% siendo este mayor a la meta de $\geq 0,00$ por lo tanto cumple con la meta.

- CÁLCULO DEL ÍNDICE DE RIESGO:

La evidencia aportada es el indicador 1463 de DARUMA, en donde se reporta un superávit que representa el 18,26% siendo este mayor a la meta de $\geq 0,00$ por lo tanto cumple con la meta.



- CUMPLIMIENTO DE RECAUDO DE CARTERA:

El líder del proceso aporta como evidencia el indicador 1463 de DARUMA, con un resultado 105,63% siendo este mayor a la meta de $\geq 95\%$ por lo tanto cumple con la meta.

Se insiste que los valores del indicador no coinciden con el seguimiento del plan financiero.

- CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 22 "COBRO PERSUASIVO" DE LA RESOLUCIÓN 072 DE 2020 MANUAL INTERNO DE RECAUDO DE CARTERA:

Se dio cumplimiento al informe trimestral de acuerdo a la evidencia aportada por el proceso

- INDICADOR RESULTADO

CUMPLIMIENTO IV TRIMESTRE	IV Trimestre del 2023	ESTADO
	83%	NO CUMPLE

El área financiera propone como meta un resultado mayor o igual 90% para el año 2023, El avance del IV trimestre en PEGIF corresponde al 83%. El resultado del trimestre no cumple debido a los siguientes indicadores: Gasto por UVR producida, Gasto de personal por UVR producida y Equilibrio con recaudo total.

Es importante destacar que el indicador del Porcentaje de incremento en la utilización de quirófano en el cuarto trimestre cumplió, pero al hacer la evaluación del año el indicador no cumple de acuerdo con la herramienta de seguimiento POA.

Para el cuarto trimestre mediante acta de planeación de fecha 01/06/2023 se modifica la periodicidad de los indicadores de gastos por UVR producida, gasto de personal por UVR producida, Equilibrio con reconocimiento total, equilibrio con recaudo total, cumplimiento en pago de vigencias anteriores y superávit o déficit presupuestal pasando de periodo trimestral a anual.

RECOMENDACIÓN.

- ✓ Se recomienda la articulación de la formula, cálculo, periodicidad y resultado de los indicadores de PEGIF entre: DARUMA, Evidencia aportada para el seguimiento, observaciones y datos consignados en la matriz de seguimiento no coincide con plan financiero
Lo anterior debido a que el seguimiento de evaluación de POA para este programa no cuenta con un control ya que hay desigualdad entre los criterios de formulación y resultado, lo que genera incertidumbre.
- ✓ Teniendo en cuenta que se replantearon indicadores del PEGIF con respecto a la periodicidad, es importante programar mesa de trabajo entre planeación y el líder del programa Pegif con el fin de verificar la forma de medición anual consolidada y las metas de los indicadores modificados durante la vigencia 2023 y analizar el cumplimiento de esta vigencia



Los indicadores a los que se les replanteo el periodo son los siguientes:

INDICADOR	FORMULA	PERIODICIDAD INICIAL	PERIODICIDAD ACTUAL	No. INDICADOR
Gasto por UVR producida	Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios / Número de UVR producidas	TRIMESTRAL	ANUAL	1455
Gasto de personal por UVR producida	Gasto de personal (de planta + remuneración servicios técnicos) / Número de UVR producidas	TRIMESTRAL	ANUAL	1456
Equilibrio con reconocimiento total	Total, reconocimiento / Total gasto comprometido	TRIMESTRAL	ANUAL	1457
Equilibrio con recaudo total	Total, recaudo / Total gasto comprometido	TRIMESTRAL	ANUAL	608
Cumplimiento en pago de vigencias anteriores	Total, de pagos de cuentas por pagar de vigencias anteriores / Total cuentas por pagar vigencias anteriores	TRIMESTRAL	ANUAL	1460
Superávit o Déficit presupuestal	Total, ingreso reconocido - Total gasto comprometido	TRIMESTRAL	ANUAL	1461

10

- ✓ Para los indicadores en los que interviene como componente las UVR, se recomienda anexar el archivo del cálculo y actualización de las unidades de valor.
- ✓ Se recomienda para las siguientes mediciones de indicadores PEGIF adjuntar además del indicador DARUMA los documentos base del cálculo como lo son ejecuciones presupuestales, informes de cartera, de cobro persuasivo y los necesarios para corroborar los elementos de la fórmula establecida

1.2 PROGRAMA GESTIÓN DE SISTEMA DE COSTOS.

Se tiene establecido Programa Gestión de Sistema de Costos identificado con Código AF-PG-02 Versión: 002, donde se señalan las directrices de seguimiento y medición para el cumplimiento del Eje establecido en el Plan de Desarrollo denominado Gestión del riesgo a través del cual se garantizar la gestión de los recursos que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la entidad.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO 3er TRIMESTRE
Seguimiento trimestral al comportamiento de los centros de costos	Total, informes trimestrales de costos evaluados / Total trimestres de la vigencia	100%	100%
Seguimiento de Costos de Paquetes Institucionales	Actividades Ejecutadas del Cronograma / Actividades Planeadas en Cronograma	100%	100%
Seguimiento de Costos a Servicios y Especialidades	Actividades Ejecutadas del Cronograma / Actividades Planeadas en Cronograma	100%	100%

CUMPLIMIENTO CUARTO TRIMESTRE	100%	ESTADO
		CUMPLE



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@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

ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa de costos para el presente trimestre se mide con los siguientes indicadores:

- SEGUIMIENTO TRIMESTRAL AL COMPORTAMIENTO DE LOS CENTROS DE COSTO:

El líder del proceso presenta el informe trimestral del cuarto trimestre de 2023 en donde se analizan los costos por unidades de negocio, por centro de costos y por vigencias, así como por cada elemento del costo, dando cumplimiento a la meta del indicador.

- SEGUIMIENTO DE COSTOS DE PAQUETES INSTITUCIONALES:

En el soporte aportado se evidencia el cumplimiento de costos evaluados según la programación para el IV trimestre de 2023.

- SEGUIMIENTO DE COSTOS A SERVICIOS Y ESPECIALIDADES

Según informes enviados como evidencia a 12 de las 13 especialidades se les hizo análisis de costos.

No se evidencia soporte de programa B24 debido a que el contrato con famisanar EPS se liquidó por lo cual no es posible hacer costeo.

El Proceso ha cumplido el 100% de las metas trazadas, presenta evidencias de cada indicador de acuerdo con lo planteado en la matriz POA. Se recomienda cargar en DARUMA los indicadores del programa de gestión de sistema de costos.

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE
Línea base del programa de prevención de daño antijurídico HUSRT	Definición línea base del programa de prevención de Daño Antijurídico	100%	100%
Cumplimiento actividades del programa de gestión del riesgo y prevención de daño antijurídico contenidas en el manual de daño antijurídico	# Actividades ejecutadas del Programa de Gestión del Riesgo y prevención de daño antijurídico / # Actividades programadas del Programa de Gestión del Riesgo y prevención de daño antijurídico	60%	100%
Medición del impacto de adherencia a guías, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de la línea base del programa	Informe jurídico que contendrá recomendaciones, cuando sea el caso, respecto del impacto de la adherencia o no a guías, con relación a los tres servicios mayormente involucrados en procesos judiciales, conforme a la línea base del programa	100%	100%



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



8-7405030



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



Medición del impacto de la gestión de eventos adversos, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de línea base del programa	Informe jurídico que contendrá recomendaciones, cuando sea el caso, respecto del impacto de la gestión de los eventos adversos, en relación con los tres servicios mayormente involucrados en procesos judiciales, conforme a la línea base del programa	100%	100%
---	--	------	------

CUMPLIMIENTO DE AVANCE CUARTO TRIMESTRE	100%	ESTADO
		CUMPLE

Este programa busca la mejora y fortalecimiento en los procesos administrativos y asistenciales, que incluyan la eficacia y eficiencia en los mismos minimizando el daño antijurídico, a continuación, relacionaremos los indicadores propuestos y el cumplimiento para el cuarto trimestre:

- INDICADOR 1 LÍNEA BASE DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DAÑO ANTIJURÍDICO HUSRT

Se evidencia que el proceso cumple con las metas propuestas sin embargo, una vez cumplida la acción inherente a la publicación y aprobación del Manual de Prevención de Daño Antijurídico, es importante destacar que el indicador menciona definir la "Línea base del programa de prevención de daño antijurídico HUSRT" es de aclarar que esta tiene un objetivo netamente cuantitativo y que los indicadores se formulan con la finalidad de construir, sobre la base de evidencias, información que permita la toma de mejores decisiones.

Así las cosas, La elaboración de la Línea de Base implica llevar a cabo pasos preliminares para identificar la información necesaria y definir criterios precisos que permitan aprovechar al máximo la información disponible.

Se recomienda que el proceso diseñe una la línea base conlleve:

- ✓ Identificar indicadores fundamentales que deben ser utilizados obligatoriamente para la planificación, seguimiento, evaluación, control y rendición de cuentas.
- ✓ Organizar las bases de datos de acuerdo con las necesidades de información identificadas.
- ✓ Establecer técnicas y procedimientos estandarizados para garantizar la obtención de la información necesaria.
- ✓ Definir responsabilidades y compromisos en relación con los requisitos de la información.

- INDICADOR 2 CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE DAÑO ANTIJURÍDICO CONTENIDAS EN EL MANUAL DE DAÑO ANTIJURÍDICO.

Se evidencia en las actas del Comité de Conciliación, que fue presentado y aprobado el nuevo cronograma de actividades, a su vez es presentado correo electrónico masivo enviado, a diferentes integrantes de los



procesos involucrados, esta medición de resultados se recomienda ser socializada ante el comité de Conciliación.

- INDICADOR 3 MEDICIÓN DEL IMPACTO DE ADHERENCIA A GUÍAS, EN RELACIÓN CON LOS SERVICIOS MAYORMENTE INVOLUCRADOS, CONFORME A LA VARIACIÓN DE LA LÍNEA BASE DEL PROGRAMA.

13

Se hace entrega del informe de Adherencia a guías con sus respectivas recomendaciones a cada uno de los servicios involucrados.

- INDICADOR 4 MEDICIÓN DEL IMPACTO DE LA GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS, EN RELACIÓN CON LOS SERVICIOS MAYORMENTE INVOLUCRADOS, CONFORME A LA VARIACIÓN DE LÍNEA BASE DEL PROGRAMA.

Se pudo constatar que el proceso entregó el Informe jurídico que contenía recomendaciones, respecto del impacto de la gestión de los eventos adversos, en relación con los tres servicios mayormente involucrados en procesos judiciales, conforme a la línea base del programa sin embargo se recomienda fortalecer el contenido del informe, generando recomendaciones más específicas, y la medición del impacto en relación a los servicios mayormente involucrados.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al proceso socializar la medición del despliegue del envío de información a través del resultado de encuestas u otros medios, con posterioridad al del envío de información a través del correo masivo.
- Se recomienda fortalecer los informes a través de recomendaciones más específicas que permitan a los procesos tomar medidas e involucrarse más con la prevención del daño antijurídico al interior de la entidad.
- Se sugiere dar cumplimiento al plan de acción aprobado por el comité de conciliaciones el cual debe estar alineado según las directrices del Manual de Daño Antijurídico. Su implementación permite llevar a cabo estrategias y coordinar esfuerzos con las partes y autoridades pertinentes para este fin. Se recomienda que el seguimiento sea presentado ante el comité de conciliación de la entidad.

1.4 PROGRAMA DE ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE
Cumplimiento de obra (Construcción)	Construcciones ejecutadas / Construcciones solicitadas	90%	100%



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



8-7405030



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



Cumplimiento de obra (Adecuación)	Adecuaciones ejecutadas / Adecuaciones solicitadas	90%	100%
Porcentaje avance de obra (Mejoramiento)	% Avance real / % Avance proyectado	90%	100%
Actividades de mantenimiento correctivo	Número de mantenimientos correctivos ejecutados / Número de actividades solicitados	>90%	100%
Actividades de mantenimiento preventivo	Número de actividades ejecutadas del plan de mantenimiento / Número de actividades programadas	>90%	100%
CUMPLIMIENTO DEL CUARTO TRIMESTRE	100%	ESTADO	
		CUMPLE	

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

ANÁLISIS DE INDICADORES

El proceso cuenta con cinco indicadores los cuales tres tienen periodicidad semestral y dos mensual, de acuerdo con esto para el cuarto trimestre se efectúa evaluación a todos los indicadores. A continuación, se describen las acciones ejecutadas para cada uno de ellos.

CUMPLIMIENTO DE OBRA (CONSTRUCCIÓN):

El líder del proceso presenta como evidencia, informe del cuarto trimestre del 2023, en el que se indica la solicitud de la construcción de: Comedor social y rampa de acceso para restaurantes. Se aporta acta de socialización evidencia fotografía que permite evidenciar la ejecución de actividades para dar cumplimiento a la meta.

CUMPLIMIENTO DE OBRA (ADECUACIÓN)

El líder del proceso aporta como evidencia, carpeta «programa mantenimiento» en la cual se incluye el informe «POA cuarto trimestre» en este documento se presenta registro fotográfico de cada una de las actividades de adecuación ejecutadas y adicionalmente está el acta de reunión con subgerencia de servicios de salud, así como también la subgerencia administrativa y financiera en la que se presenta las obras que se van a adecuar. Mediante la revisión de esta evidencia y lo plasmado en el informe se puede observar un cumplimiento para la meta del indicador

PORCENTAJE AVANCE DE OBRA (MEJORAMIENTO)

El líder del proceso aporta como evidencia, carpeta «programa mantenimiento» en la cual se aporta el informe «POA cuarto trimestre» en este documento se presenta registro fotográfico de cada una de las actividades ejecutadas. El proceso informa que, para el segundo semestre de 2023, se efectuaron obras de mejoramiento en el baño del área de reanimación.

De acuerdo con lo anterior se da cumplimiento a las actividades de mejoramiento solicitadas para el segundo semestre de 2023, su porcentaje de ejecución y cumplimiento frente a la meta del indicador es de 100%



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



8-7405030



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



ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO

El proceso aporta el informe «POA cuarto trimestre» como evidencia , y en este se describe las actividades de mantenimientos correctivos, efectuadas para el cuarto trimestre de 2023, y adicionalmente se anexa el formato MAN-F-22 «reporte de solicitudes de actividades de mantenimiento correctivos y asistenciales», de acuerdo con la información contenida en estos documentos y contrastados con los datos cargados en el software Daruma, se verifica las actividades programadas y ejecutadas para cada mes, como e muestra a continuación:

Octubre: 88 mantenimientos correctivos solicitados y 88 realizados.,

Noviembre: 107 mantenimientos correctivos solicitados y 107 realizados

Diciembre: 75 mantenimientos correctivos solicitados y 75 realizados

Teniendo en cuenta esta información se observa que el proceso alcanzo la meta del indicador en un 100% para el IV trimestre de la vigencia 2023

ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Dentro de las evidencias aportadas por el proceso en la carpeta «Programa mantenimiento» se encuentra el archivo «Mantenimiento preventivo 2do semestre de 2023», en el cual se muestran los mantenimientos preventivos programados y ejecutados para el II semestre de 2023, comparada la información de este documento con los datos del indicador registrado en el software Daruma se muestra los siguientes resultados:

Octubre: mantenimientos 25 preventivos solicitados y 25 realizados.,

Noviembre: mantenimientos 91 preventivos solicitados y 91 realizados

Diciembre: mantenimientos 50 preventivos solicitados y 50 realizados

De acuerdo con esta información se verifico que el proceso alcanzo la meta del indicador en un 100% para el cuarto trimestre de 2023

RECOMENDACIÓN

Se debe tener concordancia, entre los datos contenidos en el informe y las evidencias con los datos cargados en los indicadores del proceso y que se encuentran registrados en el software Daruma

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE 2023
% 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	>=80%	100%



Medición clima laboral (planta, E.S.T, CPS)	No. Trabajadores a quien se aplica el instrumento / Total de trabajadores	>=20%	100%
% cumplimiento cronograma intervención clima laboral	No. Actividades realizadas/total actividades programadas	>=90%	100%
% de satisfacción del desarrollo de los programas contenidos en el PEGITH	Sumatoria de respuestas positivas / Número total de preguntas	>=80%	100%
% Asistencia del plan de capacitación institucional personal de planta	Número de trabajadores de planta participantes en las actividades de capacitación programadas en el período / Número total de trabajadores de planta programados	>=70%	100%
% de cumplimiento actividades de capacitación	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	>=90%	100%
% cumplimiento planes de formación que cumplen con indicador de eficacia	No. de Planes de formación que cumplen con indicador de eficacia/Total de planes de formación del período	>=20%	100%
% Asistencia del plan de bienestar del personal de planta	Número de trabajadores de planta participantes en las actividades de bienestar programadas en el período / Número total de trabajadores de planta programados	>=70%	100%
% de cumplimiento actividades de bienestar	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	90%	100%
Situaciones Administrativas	Total, situaciones administrativas atendidas en términos / Total situaciones administrativas recibidas o a gestionar en el período	90%	100%



Cumplimiento estrategia construyendo en familia para trabajar con el alma	Número de colaboradores asistentes a los procesos formativos / Total de colaboradores que confirmen participación	30%	100%
CUMPLIMIENTO CUARTO TRIMESTRE	100%	ESTADO	
		CUMPLE	

17

Fuente: Plan Operativo: Programa Gestión de Talento Humano

De los 11 indicadores con que tiene PEGITH, 7 se realizan con medición semestral y 4 anual.

% DE PERSONAL CERTIFICADO EN LA NORMA DE COMPETENCIAS DEFINIDA

Como evidencias para determinar el cumplimiento a la meta del indicador, la líder del proceso aporta evidencias en la carpeta «PEGITH» en la cual se encuentra el «Informe Ejecutivo II Semestre de 2023» en el numeral 1. de este informe se encuentra descrito:

Las normas en las cuales la entidad dispuso la certificación con el apoyo del SENA fueron:

1. NCL-230101313. Dispensar productos farmacéuticos según delegación y manual técnico. El proyecto se desarrolló en la Regional Boyacá CEGAFE con un total de 50 candidatos inscritos y certificados (cumplimiento del 100%)
2. NCL 230101261 Asistir a actividades de la vida diaria según protocolos de salud y política de humanización, se realizó de acuerdo con los lineamientos vigentes del proceso ECCL. De los 76 candidatos inscritos se certifican 71 en niveles básico, avanzado e intermedio, y 5 candidatos con juicio "aún no competente" (cumplimiento del 93%)
3. NSCL: 210601020. Atender clientes de acuerdo con procedimiento de servicio y normativa. De los 81 candidatos inscritos se certifican 79 en niveles básico, avanzado e intermedio y 2 candidatos con juicio "aún no competente" (cumplimiento del 97%).

Además del informe, también se anexo como evidencia la subcarpeta «certificaciones de competencias SENA» en la que se encuentran cada una de las certificaciones dadas a los candidatos que cumplieron los requisitos.

De acuerdo con la información aportada, se obtuvo un nivel de cumplimiento de 97% que a su vez representa el cumplimiento a la meta del indicador en un 100% para la vigencia 2023.

MEDICIÓN DE CLIMA LABORAL (PLANTA, E.S.T, CPS)

La responsable del proceso anexa la carpeta «PEGITH», subcarpeta «2. CLIMA LABORAL» en la que se presenta la informe medición de clima laboral, así como también las evidencias, de la realización de la encuesta para medir el nivel de satisfacción del clima laboral. El proceso también presenta en otra subcarpeta «el informe ejecutivo segundo semestre» en el que se describe: Se cuenta en la institución con 285 trabajadores de planta y CPS, de este universo se tomó una muestra de 165, trabajadores de los cuales solamente 62 respondieron la encuesta. Es decir, se obtuvo 22%, logrando alcanzar la meta del indicador en un 100 % la vigencia 2023.

A partir de los resultados obtenidos se recomienda, generar planes de trabajo, en los que se desarrollen acciones que apunten a incrementar la participación y mejorar la percepción de los colaboradores respecto de las variables que tiene en cuenta la encuesta

18

% CUMPLIMIENTO CRONOGRAMA DE INTERVENCIÓN CLIMA LABORA

Como evidencias para determinar el cumplimiento a la meta del indicador, la líder del proceso aporta soportes en la carpeta «PEGITH» en la cual se encuentra el «Informe Ejecutivo II Semestre de 2023» en el numeral 1 encuentra descrito lo siguiente:

Las normas en las cuales la entidad dispuso la certificación con el apoyo del SENA fueron:

1. NCL-230101313. Dispensar productos farmacéuticos según delegación y manual técnico. El proyecto se desarrolló en la Regional Boyacá CEGAFE con un total de 50 candidatos inscritos y certificados (cumplimiento del 100%)
2. NCL 230101261 Asistir a actividades de la vida diaria según protocolos de salud y política de humanización, se realizó de acuerdo con los lineamientos vigentes del proceso ECCL. De los 76 candidatos inscritos se certifican 71 en niveles básico, avanzado e intermedio, y 5 candidatos con juicio "aún no competente" (cumplimiento del 93%)
3. NSCL: 210601020. Atender clientes de acuerdo con procedimiento de servicio y normativa. De los 81 candidatos inscritos se certifican 79 en niveles básico, avanzado e intermedio y 2 candidatos con juicio "aún no competente" (cumplimiento del 97%).

Además del informe, también se anexo como evidencia la subcarpeta «certificaciones de competencias SENA» en la que se encuentran cada una de las certificaciones dadas a los candidatos que cumplieron los requisitos.

De acuerdo con la información aportada, se obtuvo un nivel de cumplimiento de 97% que a su vez representa el cumplimiento a la meta del indicador en un 100% para la vigencia 2023.

% DE SATISFACCIÓN DEL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS CONTENIDOS EN EL PEGITH

El proceso anexo como evidencias el «Informe Ejecutivo II Semestre de 2023» en el cual describe las actividades correspondientes a este indicador y en la subcarpeta «Encuesta de satisfacción» se aportan las evidencias de la realización de las encuestas, tabulación y presentación de resultados. De acuerdo con estos documentos, se realizó encuesta mediante formulario Google respecto de las actividades de capacitación y bienestar realizadas en el segundo semestre de 2023 con los siguientes resultados: La muestra tomada se discrimino así: 289 trabajadores de la empresa LABORAMOS y 146 de TEMPOLAB, que generaron un total de 4215 respuestas, de las cuales 3882 fueron positivas, lo que representa el 92%, de satisfacción respecto a los programas contenidos en el PEGITH, con este nivel de satisfacción se cumplimiento a la meta del indicador.

Se debe resaltar el esfuerzo institucional para la vigencia 2023, en cuanto la calidad de las actividades realizadas y que genera un alto nivel de satisfacción en los trabajadores de la ESE HUSRT participantes en las mismas.

% ASISTENCIA DEL PLAN DE CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL PERSONAL DE PLANTA

Para este indicador con corte a 31 de diciembre del 2023, el proceso aporta como evidencia la carpeta «PEGITH» y en ella el archivo «CAPACITACIONES» donde reposan los soportes documentales tales como: Cronograma de capacitación, actas de asistencia a capacitación, certificados de cursos y diplomados, formato TH-F-105, informe de encuesta y graficas de las evaluaciones efectuadas. Asimismo, se presenta



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



8-7405030



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

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



«informe ejecutivo II semestre» donde se describe las acciones realizadas y los resultados obtenidos, como se muestra a continuación. El plan de capacitación se divide en dos ejes:

1. Creación valor público Probidad y ética de lo público
2. Gestión del conocimiento, Creación de valor público, que a su vez se subdividen en 6 actividades programadas y que se llevaron a cabo.

De acuerdo con la información aportada y analizada se obtiene como resultado que la participación promedio de los trabajadores de planta en las actividades de capacitación programadas para el periodo fue del 96%, con lo que se da cumplimiento a la meta

Para el segundo semestre la participación en la actividad de Re-Inducción 21-06-2023 al 16-10-2023, fue de 74%, es decir que, de 50 trabajadores programados, asistieron a la reinducción 37.

Por esta razón y debido a la importancia que reviste la participación del personal de planta en esta actividad, es necesario que desde la alta dirección se tomen las medidas pertinentes para lograr una participación de todos los trabajadores de planta en esta actividad.

% DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN

La líder del proceso anexa la evidencia en la carpeta «PEGITH» archivo «capacitaciones», en el que se encuentra el cronograma de capacitaciones, evaluaciones, tabulación de los cursos realizados por los trabajadores de las empresas tercerizadas, de otra parte, en el informe ejecutivo se presenta y describe las actividades planteadas en el cronograma de capacitaciones y el porcentaje de ejecución de las mismas. En la que se observa que el plan se construyó teniendo en cuenta los ejes propuestos en el Plan Nacional de Formación y Capacitación 2020- 2030, bajo 4 ejes y 32 actividades de capacitación para el segundo semestre del 2023, de las cuales se hicieron 30, dando como resultado un 94% de ejecución, cumplimiento con la meta del indicador para el segundo semestre de la vigencia 2023.

%CUMPLIMIENTO PLANES DE FORMACIÓN QUE CUMPLEN CON INDICADOR DE EFICACIA

Para el indicador se presentan evidencias en la carpeta «PEGITH» en la que se encuentran el archivo «informe ejecutivo II semestre» en este documento se indica el porcentaje de participación en los planes de formación particularmente el de UCI adulto, en el que se presentó un bajo porcentaje de participación como se muestra a continuación: médicos generales 35%, enfermeras 48%, auxiliares 63%, y terapeutas respiratorias 83% , el promedio de participación en planes de formación para la vigencia 2023 fue de 83% , teniendo en cuenta que la meta fijada para el indicador es $\geq 20\%$ se da cumplimiento a la meta. Adicionalmente se presenta la subcarpeta «Planes de formación» que contiene otras 16 carpetas con las evidencias del cumplimiento a las actividades de formación.

Aun cuando se da cumplimiento a la meta del indicador, se recomienda, fortalecer la participación de los trabajadores que hacen parte de la unidad, entendiendo que es de obligatorio cumplimiento el plan de formación de las Unidades de Cuidado intensivo y además, atender la solicitud los líderes, respecto a que solicitan, se asigne por cuadro de turno el tiempo para capacitación, ya que la cobertura no se logra al 100%, situación que dificulta el cumplimiento de los criterios relacionados con formación continua definido en la Resolución 3100 de 2019

% ASISTENCIA DEL PLAN DE BIENESTAR DEL PERSONAL DE PLANTA

Se presenta como evidencia para este indicador la subcarpeta «BIENESTAR» la cual se subdivide en 4 carpetas

- 1) Cumpleaños



- 2) Día de las profesiones
- 3) Soporte actividades bienestar, en este archivo se encuentran las actas de asistencia para cada actividad realizada.
- 4) Tabulaciones encuestas
- 5) Archivos que contiene: cronograma bienestar, cobertura bienestar II semestre, cronograma bienestar II semestre, informe final TEMPOLAB y programa semana de San Rafa curvas, en los que está documentada cada una de las 15 actividades que están dentro del cronograma para el segundo semestre. De acuerdo con la información presentada se pudo observar que, frente a la asistencia de las actividades de bienestar, por parte de los trabajadores de planta se obtiene un 81% promedio de participación, y se alcanza la meta para este segundo semestre de 2023.

20

Sin embargo, se debe mencionar que persiste la baja participación del personal administrativo, directivo y de los médicos especialistas, en estas actividades.

% DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE BIENESTAR

De acuerdo con la evidencia aportada por el proceso en la carpeta PEGITH sub carpeta «bienestar», en la que se encuentran, los soportes de las actividades y el cronograma de actividades, adicionalmente descrito en el «informe ejecutivo II semestre» se pudo observar que, de las 15 actividades programadas para el segundo semestre de 2023, estas se ejecutaron las 15, dando cumplimiento del 100% respecto a la meta del indicador.

SITUACIONES ADMINISTRATIVAS

El proceso aporta como evidencias archivo «Situaciones administrativas 2 s», en el que se encuentra el formato TH-F-70 «Situaciones administrativas» y donde se tiene la información de las actividades de este segundo semestre de 2023, además anexan el «informe ejecutivo II semestre», en este documento se encuentra la información tabulada observando que se presentaron 122 situaciones administrativas que fueron atendidas dentro de términos, dando cumplimiento a la meta.

CUMPLIMIENTO ESTRATEGIA CONSTRUYENDO EN FAMILIA PARA TRABAJAR CON EL ALMA

Se anexa como soportes por parte del proceso, la subcarpeta «Estrategia de familia» en la que se encuentran 7 archivos con las actas de asistencia de cada una de las actividades, y un archivo con el «Informe II semestre de final 2023», teniendo en cuenta la evidencia presentada se observó que se realizaron 5 charlas:

1. Acciones estratégicas para la prevención con el 57% de cumplimiento
2. La comunicación bidireccional con 50%
3. Familias conocedoras de los riesgos que rodean a los NNA (se efectúa en la charla conjunta con la de - Como mantener una buena salud mental en familia.) 50%
4. Manejo de emociones 72%
5. Como mantener una buena salud mental en familia con 67% de cumplimiento, teniendo en cuenta estos resultados se obtuvo un promedio de 58% de cumplimiento para la estrategia, con este resultado se da cumplimiento a la meta del indicador para este segundo semestre de 2023.



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



8-7405030



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

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



RECOMENDACIÓN

Teniendo en cuenta que el proceso de gestión de talento humano, para este trimestre, dio cumplimiento en cada uno de los indicadores, se insta a continuar con el desarrollo de las actividades de cada uno de los indicadores y así mantener los niveles de cumplimiento. Así mismo el proceso debe tener aplicar la norma fundamental CA-M-00 al momento de elaborar y presentar evidencias.

21

2. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

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

ANÁLISIS DEL INDICADOR

La oficina de control Interno realizo el seguimiento de Implementación, Evaluación y Cumplimiento del Modelo con enfoque de Atención Primaria en Salud teniendo en cuenta el informe presentado por el líder de programas especiales clínicos para el cuarto trimestre del 2023 observando lo siguiente:

GESTIÓN CLÍNICA – HOSPITALIZACIÓN

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	CUARTO TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio cuarto trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO	
ACCESIBILIDAD	1748	24	Tiempo promedio de espera para asignación de cama en hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	Medido	100	35,29	No Cumple la Meta	No Apropiado	0			
OPORTUNIDAD	1693	24	Oportunidad en la realización de las interconsultas por especialistas en el servicio de internación	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	Medido	100	6,64	En Metas	Apropiado	100			
PERTINENCIA	1730	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	Medido	100	88,87%	En Metas	Apropiado	100			
SEGURIDAD	935	4	Índice de pacientes hospitalizados que desarrollan úlceras por presión	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	Medido	100	2,39	En Metas	Apropiado	100			
CONTINUIDAD	955	10	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días, consolidado	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	Medido	100	2,46	En Metas	Apropiado	100			
GESTIÓN DEL RIESGO	1553	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consolidado	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	Medido	100	97,96%	En Metas	Apropiado	100			
SATISFACCIÓN	1714	80%	Tasa de Satisfacción en Hospitalización (SIAU)	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	Medido	100	96,96%	En Metas	Apropiado	100			
HUMANIZACIÓN	1721	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Hospitalización (Humanización)	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	Medido	100	95,60%	En Metas	Apropiado	100	100	87,5	91,25

Fuente: Consolidado modelo de atención cuarto trimestre 2023

GESTIÓN QUIRÚRGICA

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	CUARTO TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio cuarto trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO	
ACCESIBILIDAD	78	5%	Proporción de cancelación de cirugía por causa institucional	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	Medido	100	0,79%	En Metas	Apropiado	100			
OPORTUNIDAD	1	35	Oportunidad en la realización de cirugía programada	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	Medido	100	34,40	En Metas	Apropiado	100			
PERTINENCIA	1731	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías de gestión quirúrgica	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	Medido	100	88,57%	En Metas	Apropiado	100			
SEGURIDAD	1408	80%	Porcentaje de adherencia a la buena práctica de cirugía segura	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	Medido	100	99,25%	En Metas	Apropiado	100			
CONTINUIDAD	1727	10	Tasa de Reingresos en el paciente quirúrgico a hospitalización antes de 15 días	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	Medido	100	2,52	En Metas	Apropiado	100			
GESTIÓN DEL RIESGO	337	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Sala de Cirugía	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	Medido	100	97,37%	En Metas	Apropiado	100			
SATISFACCIÓN	1715	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Salas de Cirugía (SIAU)	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	Medido	100	98,29%	En Metas	Apropiado	100			
HUMANIZACIÓN	1741	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Salas de Cirugía (Humanización)	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	Medido	100	99,15%	En Metas	Apropiado	100	100	100	100

Fuente: Consolidado modelo de atención cuarto trimestre 2023

URGENCIAS

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado		Indicador en Medición y Reporte		CUARTO TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN			Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio cuarto trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
					Indicador parametrizado	Medido	Indicador en Medición y Reporte	Medido			En Metas	Apropiado	100				
ACCESIBILIDAD	707	30	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	17,49	En Metas	Apropiado	100	100	100	100	100	
OPORTUNIDAD	1692	10	Oportunidad en la realización de las interconsultas por especialistas en el servicio de urgencias	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	5,49	En Metas	Apropiado	100					
PERTINENCIA	1733	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en el servicio de Urgencias	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	89,50%	En Metas	Apropiado	100					
SEGURIDAD	1706	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de urgencias	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100					
CONTINUIDAD	612	1%	Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas, Urgencias Adultos	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	0,03%	En Metas	Apropiado	100					
GESTIÓN DEL RIESGO	251	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Urgencias	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	95,46%	En Metas	Apropiado	100					
SATISFACCIÓN	1716	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Urgencias (SIAU)	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	97,68%	En Metas	Apropiado	100					
HUMANIZACIÓN	1722	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Urgencias (Humanización)	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	98,65%	En Metas	Apropiado	100					

Fuente: Consolidado modelo de atención cuarto trimestre 2023

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado		Indicador en Medición y Reporte		CUARTO TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN			Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio cuarto trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
					Indicador parametrizado	Medido	Indicador en Medición y Reporte	Medido			En Metas	Apropiado	100				
ACCESIBILIDAD	1774	30%	Accesibilidad a UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	21,00%	En Metas	Apropiado	100	100	100	75	82,5	
OPORTUNIDAD	1738	2	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	4,27	No Cumple la Meta	No Apropiado	0					
PERTINENCIA	1728	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	97,12%	En Metas	Apropiado	100					
SEGURIDAD	1707	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de UCI adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	85,45%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0					
CONTINUIDAD	1739	7%	Proporción de reingresos a UCI Adultos antes de 72 horas por la misma causa	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	0,36%	En Metas	Apropiado	100					
GESTIÓN DEL RIESGO	254	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100					
SATISFACCIÓN	1717	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Adultos (SIAU)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	99,12%	En Metas	Apropiado	100					
HUMANIZACIÓN	1725	80%	Adherencia al buen trato en la UCI Adultos (Humanización)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	98,25%	En Metas	Apropiado	100					

Fuente: Consolidado modelo de atención cuarto trimestre 2023

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado		Indicador en Medición y Reporte		CUARTO TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN			Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio cuarto trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
					Indicador parametrizado	Medido	Indicador en Medición y Reporte	Medido			En Metas	Apropiado	100				
ACCESIBILIDAD	1775	40%	Accesibilidad a UCI Pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	100	Medido	100	5,56%	En Metas	Apropiado	100	100	100	100	100	
OPORTUNIDAD	1777	160	Oportunidad al ingreso al servicio de UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	100	Medido	100	79,17	En Metas	Apropiado	100					
PERTINENCIA	1729	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	100	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100					
SEGURIDAD	1708	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	100	Medido	100	100%	En Metas	Apropiado	100					
CONTINUIDAD	1737	10%	Reingresos a UCI Pediátrica antes de 72 horas por la misma causa	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	100	Medido	100	0	En Metas	Apropiado	100					
GESTIÓN DEL RIESGO	44	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	100	Medido	100	97,74%	En Metas	Apropiado	100					
SATISFACCIÓN	1718	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Pediátrica (SIAU)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	100	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100					
HUMANIZACIÓN	1724	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de UCI Pediátrica (Humanización)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	100	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100					

Fuente: Consolidado modelo de atención cuarto trimestre 2023



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@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

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	CUARTO TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio cuarto trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
ACCESIBILIDAD	1776	70%	Accesibilidad a UCI Neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	Medido	100	57,92%	En Metas	Apropiado	100		
OPORTUNIDAD	1703	2	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas en UCI Neonatal al Servicio de Urgencias	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	Medido	100	1,81	En Metas	Apropiado	100		
PERTINENCIA	1732	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100		
SEGURIDAD	1709	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de UCI neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100		
CONTINUIDAD	1259	65%	Proporción de captación inicial al PMC ambulatorio, Hospitalización	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	Medido	100	76,74%	En Metas	Apropiado	100	100	100
GESTIÓN DEL RIESGO	259	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	Medido	100	99,90%	En Metas	Apropiado	100		
SATISFACCIÓN	1719	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Neonatal (SIAU)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	Medido	100	99,42%	En Metas	Apropiado	100		
HUMANIZACIÓN	1723	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de UCI Neonatal (Humanización)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100		100

Fuente: Consolidado modelo de atención cuarto trimestre 2023

CONSULTA EXTERNA

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	CUARTO TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio cuarto trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
ACCESIBILIDAD	1742	15	Proporción de llamadas contestadas en asignación de citas médicas	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	Medido	100	13,76	No Cumple la Meta	No Apropiado	0		
OPORTUNIDAD	1743	15	Oportunidad en la asignación de citas en consulta externa - consolidado	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	Medido	100	5,22	En Metas	Apropiado	100		
PERTINENCIA	1744	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	Medido	100	87,91%	En Metas	Apropiado	100		
SEGURIDAD	1745	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en Consulta Externa y Servicios de Apoyo	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100		
CONTINUIDAD	1262	10%	Proporción de retraso inicial al ingreso al PMC ambulatorio, Hospitalización	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	Medido	100	2,21%	En Metas	Apropiado	100	100	87,5
GESTIÓN DEL RIESGO	263	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	Medido	100	96,99%	En Metas	Apropiado	100		
SATISFACCIÓN	1746	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (SIAU)	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	Medido	100	96,03%	En Metas	Apropiado	100		
HUMANIZACIÓN	1747	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (Humanización)	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	Medido	100	97,09%	En Metas	Apropiado	100		91,25

Fuente: Consolidado modelo de atención cuarto trimestre 2023

A continuación, se describen los indicadores que no cumplieron con las metas en el cuarto trimestre 2023

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	CUARTO TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO
ACCESIBILIDAD	1748	24	Tiempo promedio de espera para asignación de cama en hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	35,29	No Cumple la Meta
OPORTUNIDAD	1738	2	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	4,27	No Cumple la Meta
SEGURIDAD	1707	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de UCI adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	85,45	No Cumple la Meta
ACCESIBILIDAD	1742	15	Proporción de llamadas contestadas en asignación de citas médicas	CONSULTA EXTERNA	13,76	No Cumple la Meta

Fuente: Consolidado modelo de atención cuarto trimestre 2023



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



8-7405030



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



SC-CER906254
PROGRAMA
MADRE CANGURO

SA-CER560814

OS-CER559527

El indicador 1748 Tiempo promedio de espera para asignación de cama en hospitalización, cuya meta es: Menor a 24 horas, obtuvo para este trimestre un Resultado: 35.29 horas (no cumple meta), de acuerdo al análisis realizado por la líder de programas indica el dato se encuentra con tendencia decreciente respecto al trimestre anterior dato que puede estar relacionado con el aumento en giro cama en el servicio de hospitalización generando así mayor accesibilidad de la asignación de cama en la institución. Adicionalmente se documenta que la limitación para acceder a una cama en hospitalización puede estar sujeta a que varios pacientes de los que acceden a nuestros servicios no requieren de la complejidad del hospital generando falta de acceso a pacientes que si lo requieren. Como complemento se informa que ya se encuentra en ejecución la construcción de la nueva torre de urgencias la cual contara con gran capacidad instalada para solventar la problemática que se tiene con respecto a acceder a una cama de hospitalización en menos de 24 horas posterior a la orden médica.

El indicador 1738 Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos cuya meta: Menor a 2 horas obtuvo para este trimestre un Resultado: 4,27 horas (no cumple meta), de acuerdo al análisis realizado por la líder de programas indica que para este trimestre a pesar que el indicador venía con un comportamiento decreciente respecto a los trimestres anteriores es de resaltar que nuevamente se incumple la meta de manera reiterativa y adicionalmente en el cuarto trimestre la tendencia es creciente respecto al periodo anterior.

Se recomienda al servicio tomar medidas efectivas que logren generar una real oportunidad de ingreso a la unidad sin afectar la prestación del servicio o necesidad del paciente.

El indicador 1707 Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de UCI adultos cuya meta: 90% obtuvo para este trimestre un Resultado: 85,45 (no cumple meta), de acuerdo al análisis realizado por la líder de programas indica que para este trimestre el número de eventos adversos tiene una tendencia creciente respecto al periodo anterior razón por la cual no se logra un cumplimiento en el análisis de los mismos, de igual manera se recomienda que al mismo tiempo que los eventos adversos aumentan, se tengan los controles necesarios para mitigarlos generando seguridad en la atención de los pacientes de la unidad. Finalmente es importante definir responsabilidades y tiempos de quien va a realizar este tipo de análisis con el fin de lograr un cumplimiento de la meta dentro de las fechas establecidas para tal fin.

El indicador 1742 Proporción de llamadas contestadas en asignación de citas médicas cuya meta: 15 obtuvo para este trimestre un Resultado: 13.76 (no cumple meta), de acuerdo al análisis realizado por la líder de programas indica Respecto a el indicador de proporción de llamadas contestadas en asignación de citas médicas se encuentra en incumplimiento de meta de manera reiterativa sin embargo se documenta que es debido a fallas externas, en primer lugar el comportamiento de llamadas en este último trimestre incremento significativamente (143.677) respecto al periodo anterior (68.587) lo que género que así mismo se garantizara el responder el total de llamadas y más allá asignar cita a toda la demanda tenida durante el periodo. De esta manera se puede concluir que a pesar de que el servicio del call center se encuentre en su capacidad resolutive del 100%, la disponibilidad de agenda por parte de todas las especialidades es mínima en relación al número de pacientes que solicitan una cita médica por el servicio de consulta externa.

Al verificar las fuentes de este indicador describe INFORME ÁREA DE MANTENIMIENTO; se recomienda ajustarlo



1742 PROPORCIÓN DE LLAMADAS CONTESTADAS EN ASIGNACIÓN DE CITAS MÉDICAS
REPORTE ESPECÍFICO DE INDICADOR
 2024-02-09, 10:28



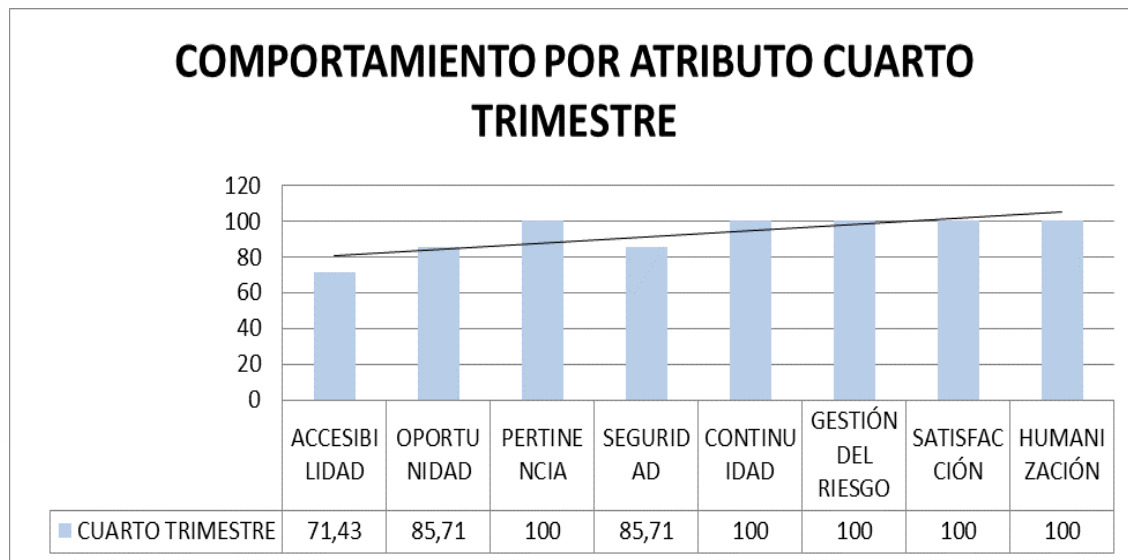
INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo:	Procesos Misionales
Índex:	1742
Versión:	001
F. Aprobación:	16 de noviembre de 2023
Categorías:	• Misional
Estado:	Activo
Descripción:	FUENTE DE NUMERADOR: Informe area de mantenimiento FUENTE DE DENOMINADOR: Informe area de mantenimiento ESTANDAR META: minima 15% nominal 25% maxima 35% meta definida segun la base
Equipo:	Consulta Externa Especializada
Participantes del equipo:	Clara Milena Niño Castillo - Administrador Jorge Armando Figueredo Malagon - Administrador Tatiana Carolina Mendoza Rojas - Alimentador

Fuente: Daruma

COMPORTAMIENTO ATRIBUTOS CUARTO TRIMESTRE 2023

En cuanto a los atributos de calidad para el cuarto trimestre se observa que los indicadores de Accesibilidad en (Gestión clínica y Consulta externa), Oportunidad en (tiempo promedio interconsulta UCI adulto) y Seguridad (Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de UCI adultos) son los que presentan menor cumplimiento para este trimestre.

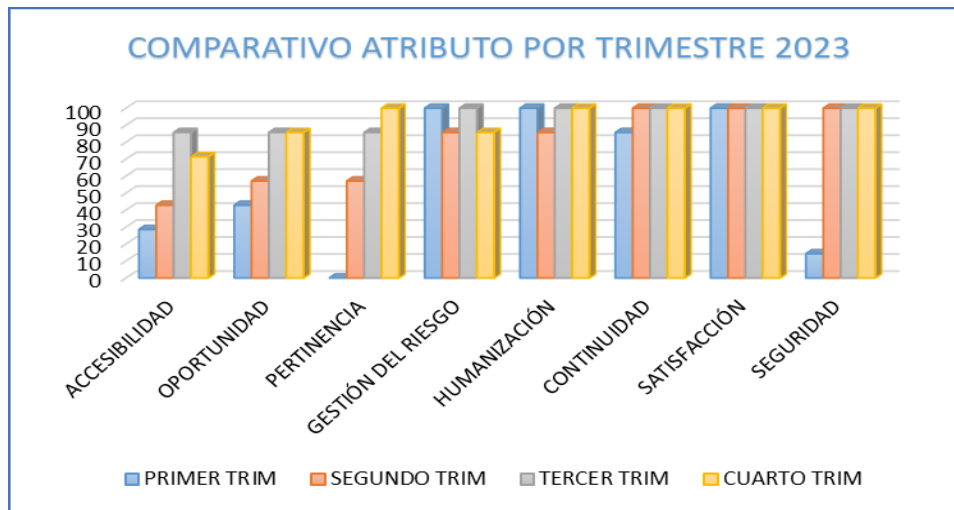


Fuente: Consolidado modelo de atención cuarto trimestre 2023

Al realizar un comparativo de los atributos por trimestre, se evidencia incrementos significativos en los atributos de oportunidad, pertinencia, gestión del riesgo, por otro lado, para el caso de continuidad, satisfacción y seguridad se mantiene con un porcentaje del 100%

ATRIBUTO	PRIMER TRIM	SEGUNDO TRIM	TERCER TRIM	CUARTO TRIM
ACCESIBILIDAD	28,57	42,86	85,71	71,43
OPORTUNIDAD	42,86	57,14	85,71	85,71
PERTINENCIA	0	57,14	85,71	100
GESTIÓN DEL RIESGO	100	85,71	100	100
HUMANIZACIÓN	100	85,71	100	100
CONTINUIDAD	85,71	100	100	100
SATISFACCIÓN	100	100	100	100
SEGURIDAD	14,29	100	100	85,71
CONSOLIDADO	59	78,57	94,64	92,85

Fuente: Informes modelo atención vigencia 2023



Fuente: Consolidado modelo de atención vigencia 2023

Para el cuarto trimestre del 2023 se da cumplimiento a la meta trimestral del programa estratégico Modelo atención, obteniendo un resultado del 93% porcentaje superior a la meta establecida que es del 70%

FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO CUARTO TRIMESTRE	ESTADO
Promedio de cumplimiento de indicadores del modelo	70%	93%	CUMPLE

Fuente: Plan Operativo Anual: Pilar atención centrada en el usuario

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

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

27

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE	ESTADO
Proporción de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	>90%	97%	CUMPLE
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%	97%	CUMPLE
Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas	No. de ítems de implementación que se que cumplen en el periodo según cronograma / Total de ítems evaluado en el periodo según cronograma .x100	>=80%	78%	NO CUMPLE META
Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente	Acciones de control ejecutadas / Acciones de control identificadas	>=65%	97%	CUMPLE

El proceso responsable presento Informe de cada indicador medido, en cuanto al análisis del indicador **Proporción de vigilancia de eventos adversos del segundo trimestre**, se puede evidenciar lo siguiente:

El monitoreo de este indicador evalúa la efectividad de la gestión de los eventos adversos reportados al programa a través de DARUMA, indicador que arroja un resultado del 97%, porcentaje que cumple con la meta establecida que es >90%

Con corte al cuarto trimestre del 2023, el programa adjunta base de datos CA-F-77 Reporte y gestión de eventos, consolidado de indicadores por proceso, soportes que permiten evidenciar un cumplimiento del trimestre del 97%, sin embargo, se evidencio que, en el proceso de Uci adulto, no se gestionaron la totalidad de eventos; obteniendo un porcentaje en el trimestre del 85%.

Al analizar el indicador **Promedio de la calificación de adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente**, El resultado del indicador promedio de calificación de adherencia a las BPS, se obtiene de la Sumatoria del número de listas de chequeo aplicadas por pacientes atendidos que cumplen con los criterios según estándar (protocolo...) institucional en el periodo.



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



8-7405030



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

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



El proceso misional que obtuvo la mayor calificación fue la Unidad cuidados pediátrico y neonatal y Gestión clínica con un 100% de cumplimiento en los ítems evaluados, y el proceso con menor porcentaje de cumplimiento en los ítems evaluados fue el servicio de urgencias con un 85%

El consolidado total del indicador para el cuarto trimestre es de un 97% porcentaje que cumple con la meta establecida que es del $\geq 80\%$

Al analizar el indicador **Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas** El resultado de este indicador se obtiene de los ítems de implementación que se cumplen en el periodo según cronograma / Total de ítems evaluado en el periodo

El Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas para este trimestre da como resultado un 78%, porcentaje que cumplimiento por debajo de la meta establecida que es del $\geq 80\%$

Se aclara que este indicador no cumple meta, porque el proceso de farmacia cuenta con un plan de mejoramiento cargado en DARUMA, el cual se encuentra en términos de ejecución y con avances del 38%, porcentajes que afectan el resultado total del indicador.

En cuanto a la medición del indicador **Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente** Indicador de periodicidad semestral, el resultado de este indicador se obtiene de la gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente.

El Promedio de la calificación de Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente para este trimestre da como resultado un 97%, porcentaje que da cumplimiento a la meta establecida que es del $\geq 65\%$

2.3 PROGRAMA INTEGRALIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO.

El programa de integridad de alta complejidad y seguimiento comunitario se fundamenta en lo establecido en el eje de Gestión de servicios del plan de desarrollo el cual pretende fortalecer y ampliar la integridad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad

Por medio del programa, a través de las líneas priorizadas de intervención, se busca consolidar un manejo integral del paciente, involucrando los cuidadores y el equipo interdisciplinario, para abordar las patologías prevalentes desde su promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento comunitario.

Para la medición de avances y cumplimiento, se realiza teniendo en cuenta que, para cada programa, proyecto o especialidad, se tendrán en cuenta los criterios de medición de cada uno de los mismos, dando porcentaje de cumplimiento en cada trimestre en los que aplique según cronograma individual de cada servicio, programa o proyecto.

SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS POR TRIMESTRE				CUMPLIMIENTO PROMEDIO		
		I	II	III	IV	CRITERIO	SERVICIO	GLOBAL
Proyecto	Indicador: porcentaje de implementación (avance según cronograma)	X	X	X	X	100%	80%	80%
	Indicador: porcentaje de operación(según cronograma)	X	X	X	X	100%		
Programa	Indicador: Diagnóstico situacional	X	X	X	X	100%	80%	
	Indicador: Documento del programa	X	X	X	X	100%		
	Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base dedatos, etc.	X	X	X	X	100%		
	Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores	X	X	X	X	100%		
	Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa	X	X	X	X	100%		
Indicador: Estudio de costos, paquetesy facturación.	X	X	X	X	100%			
Especialidad	Indicador: Diagnóstico situacional y justificación	X	X	X	X	100%	80%	
	Indicador: porcentaje de cumplimiento Habilitación según Res 3100	X	X	X	X	100%		
	Indicador: Estudio de costos, estudio de Mercado y estudios precontractuales.	X	X	X	X	100%		
	Indicador: Operación y Producción.	X	X	X	X	100%		

Fuente: PROGRAMA ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO GQR-PG-01

Teniendo en cuenta los criterios anteriores el resultado de la medición del trimestre por programa priorizado fue el siguiente:

VIGENCIA	PROGRAMA	CUMPLIMIENTO IV TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO GLOBAL VIGENCIA 2023
2023	REHABILITACION PULMONAR	100%	95%
2023	CLINICA DE OBESIDAD	100%	
2023	PIE DIABETICO	100%	
2023	CLINICA DE ANTICUAGULACION	100%	
2023	HOSPITAL SEGURO CONTRA LA TROMBOSIS	100%	
2023	LABORATORIO DE PRUEBAS DE FUNCION PULMONAR	100%	
2023	ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	100%	
2023	MICROCIRUGIA	100%	
2023	COMITÉ DE BIOETICA	30%	
2023	PROGRAMA DE DONACION DE ORGANOS	100%	
2023	UCI CORONARIA	100%	
2023	PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA	100%	
2023	PROGRAMA CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO	100%	

Fuente: Informe alta complejidad corte cuarto trimestre 2023



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



8-7405030



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

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



El promedio de cumplimiento de las actividades que aplican según cronograma para este trimestre arroja un 95%, porcentaje por debajo de la meta establecida que era del 100%.

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO IV TRIMESTRE
Cumplimiento cronograma	Promedio de cumplimiento de actividades que aplican según cronograma vigencia 2023	100%	95%

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

Con corte al cuarto trimestre de 2023, la líder de programas adjunta informe del avance y evidencias por programa y especialidad. Los programas que dieron cumplimiento al total de las actividades programadas para este trimestre fueron: Rehabilitación pulmonar, Clínica de obesidad, Pie diabética, endocrinología pediátrica, Microcirugía, programa de donación de órganos y Uci coronaria, Laboratorio de pruebas de función pulmonar, Programa de rehabilitación cardiaca, Programa clínica del dolor y cuidado paliativo, Clínica de anticoagulación y hospital seguro.

En cuanto al Comité de bioética, el incumplimiento es REITERATIVO ya que aportaron evidencias de las reuniones realizadas en el trimestre en formatos que no se encuentran en DARUMA, adicionalmente no cumplen con lo establecido en el artículo séptimo SESIONES y artículo noveno QUORUM de la Resolución 336 de 2021, adicionalmente incumplen con los lineamientos de la resolución 371 de 2023 CONTROL Y MONITOREO DEL TRABAJO EN EQUIPO "COMITE".

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

BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN

Se presenta como evidencia, dos archivos que se encuentran en la carpeta «BPE-BPM»/«BPE»/ allí reposan, documentos que soporta la ejecución de las actividades establecidas, para el cuarto trimestre de 2023, dentro de estos documentos se encuentra oficio de fecha 24 de noviembre de 2023, dirigida al referente de planeación y cuyo asunto era: «Ajuste al POA de la central de adecuación preparación de medicamentos (CAMP)», debido a que las actividades contractuales pendientes tardan más tiempo del inicialmente planteado y de las cuales dependía la ejecución de varias tareas planteadas en el POA, razón por la cual estas actividades no se pudieron ejecutar.

De acuerdo con este ajuste, el proceso para el cuarto trimestre de 2023 en las carpetas anteriormente mencionadas presenta el cronograma de actividades a realizar con corte a 31 de diciembre de 2023, en el cual se plantearon 5 actividades, las cuales presentan las evidencias de su ejecución y se da cumplimiento a la meta el indicador planteado para este cuarto trimestre.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO CUARTO TRIMESTRE	ESTADO
Implementación plan de trabajo BPE	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	100%	CUMPLE

Fuente: Plan Operativo Anual BPE

BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA.

Para este cuarto trimestre de 2023 el proceso presenta evidencias en la carpeta «BPM-BPE» dentro de la evidencia presentada se encuentra el OADS-F-21 «Identificación y seguimiento planes de trabajo» en este documento se tenían planteadas 8 actividades para el cuarto trimestre de 2023, de las cuales se ejecutaron 5, y las correspondientes a «Indicadores» no se realizaron. Para este trimestre se obtuvo un 63% en la ejecución respecto al a meta que se tenía planteado en 90%.

Se debe precisar que aun cuando no se ejecutaron el total de actividades, se logró la Certificación Cumplimiento de requisitos de Buenas prácticas de manufactura. Cumpliendo con el objetivo trazado para el plan de desarrollo la vigencia 2023

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO CUARTO TRIMESTRE	ESTADO
Implementación plan de trabajo BPM	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	70%	No CUMPLE

Fuente: Plan Operativo Anual BPM

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE
Disminución % Quejas de trato	Número de Quejas de trato / Total de quejas del periodo	<15	100%
% Satisfacción con el servicio de la HUSRT (Calidad atención)	Número de personas que califican el servicio del HUSRT en Bueno / Total de pacientes encuestados *100	>=80%	100%
Cumplimiento del Programa de Humanización	Número de actividades ejecutadas / Total de Actividades programadas	>=80%	100%
% Usuarios que recomiendan el HUSRT	Número de personas que recomendarían la HUSRT en Bueno / Total de pacientes encuestados *100	>=93%	100%
CUMPLIMIENTO DE AVANCE DEL TRIMESTRE	100	ESTADO CUMPLE	

Fuente: Plan Operativo Anual programa de humanización

ANÁLISIS DE INDICADORES

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



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



8-7405030



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



- DISMINUCIÓN % QUEJAS DE TRATO:

Con corte al cuarto trimestre de 2023, se cuenta con las siguientes evidencia «INFORME ACTIVIDADES HUMANIZACIÓN OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE» y el pantallazo en el cual se presenta el reporte del indicador 444 «disminución en el número de Quejas», el cual tiene como meta de medición (<15), se verifican los datos e el software Daruma, encontrado lo siguiente : Octubre 6, Noviembre 5 y Diciembre 5, dando el cumplimiento de la meta propuesta, ya que el promedio de quejas presentadas para este trimestre fue de 5.3 se da cumplimiento al indicador

32

- % SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO DE LA HUSRT (CALIDAD ATENCIÓN)

Como evidencia del cumplimiento de las acciones programadas para el cuarto trimestre de 2023, el proceso anexo :« Informe de actividades Humanización pdf» en el que se encuentra descrito el indicador 12 «Como Califica su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS, Buena y Muy Buena» y la siguiente ficha técnica « Las encuestas de satisfacción son realizadas de manera mensual de acuerdo al formato establecido por medio de Software Daruma Salud modulo Encuestas por el personal de SIAU y Humanización.

Se realiza un muestreo probabilístico utilizando el software EPI INFO teniendo en cuenta como universo el promedio de atenciones trimestrales del año inmediatamente anterior con una estimación de 5% de error y 95% de confiabilidad.

Las encuestas se realizaron en los servicios de consulta externa, urgencias (adultos, pediátricas y ginec obstetricia), hospitalización (adultos, pediátrica y ginec obstetricia), Unidades de Cuidado Intensivo, (Adulto, Pediátrica y Neonatal) y salas de cirugía – ambulatorio y programa madre canguro intrahospitalario y ambulatorio».

Asimismo, se aporta el pantallazo de los datos reportados en el software Daruma/modulo indicadores, para este trimestre se presentaron los siguientes datos:

Octubre: 92,63

Noviembre: 97,96

Diciembre: 99,2

De acuerdo con estos datos, el promedio obtenido para el trimestre fue de 96.5 en el % de satisfacción con el servicio de la HUSRT, logrando la meta del indicador

- CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN:

Dentro de las evidencias aportadas esta: «Informe de actividades Humanización pdf» en este documento se encuentran descritas cada una de las actividades programadas y ejecutadas del programa humanización y registro fotográfico de las mismas y este contiene la siguiente información:

Indicador 1867 «Cumplimientos en la ejecución de actividades del programa de humanización».

OCTUBRE: Actividades proyectadas 6 / ejecutadas 6

NOVIEMBRE: Actividades proyectadas 6 / ejecutadas 6

DICIEMBRE: Actividades proyectadas 6 / ejecutadas 6

Se verifica esta información en el software Daruma/modulo indicadores, y se confirman los datos aportados.



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



8-7405030



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



De acuerdo con los datos y la evidencia suministrados y verificados, se da cumplimiento a la meta del indicador.

- % USUARIOS QUE RECOMIENDAN EL HUSRT:

El proceso presenta como evidencia el « Informe de actividades Humanización pdf» , se muestran los datos del indicador 697 «Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos», se indica que «la medición se realizó teniendo en cuenta el Número de ítems de la lista que se cumple/ Total de ítems evaluados en el mismo periodo, tomando el cumplimiento de los ítems con un porcentaje mayor al 80% y los de no cumplimiento con un porcentaje menor al 80% ,teniendo en cuenta el numerador del número de usuarios que respondieron "definitivamente si" o "probablemente si" a la pregunta ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?, como valor del denominador número de usuarios que respondieron la pregunta.»

La información consignada en el informe se verifica en el software Daruma/modulo indicadores y en el cual se presentan los siguientes resultados.

Octubre 97,96

Noviembre 97,78

Diciembre 99,47

De acuerdo con los resultados cargados en el indicador para el cuarto trimestre de 2023 se obtiene un promedio de 98.40, cumpliendo con la meta del indicador.

RECOMENDACIÓN.

Teniendo en cuenta que el programa de humanización, logro las metas planteadas para cada indicador, es necesario que se continúe con esta tendencia positiva respecto a la ejecución de sus indicadores y mantener la adherencia a la norma fundamental CA-M-00

3. OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS.

3.1 ÍNDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE
Medición Desempeño	Actividades ejecutadas plan de acción MIPG / Actividades programadas	>=90%	100%

Fuente: Plan Operativo programa de Gestión y Desempeño Institucional

POLITICA	PORCENTAJE AVANCE
INTEGRIDAD	100%
TALENTO HUMANO	100%
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	100%

GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO	100%
GOBIERNO DIGITAL	NO APLICA
RACIONALIZACION DE TRAMITES	100%
DEFENSA JURIDICA	NO APLICA
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PUBLICA	100%
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	100%
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA	100%
SERVICIO AL CIUDADANO	50%
GESTIÓN DOCUMENTAL	100%
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN	100%
GESTION DE LA INFORMACION ESTADISTICA	0%
SEGURIDAD DIGITAL	50%
RESULTADO CONSOLIDADO IV TRIMESTRE 2023	86%

Fuente: Informe Plan de Acción Planeación

Una vez verificada la evidencia aportada por cada uno de los procesos, la cual es consolidada en el informe MIPG, por el área de planeación, la oficina asesora de Control Interno observo lo siguiente:

- ✓ Si bien el indicador de análisis de la Política de Integridad es objeto de cumplimiento, se pudo constatar a través de los resultados de FURAG que las respuestas al código de Integridad no denotan un despliegue en cuanto a la interacción con grupos de valor, se recomienda revisar estos resultados con el fin de ser incluidas en el Plan de Acción de la Vigencia 2024 y ser socializados al Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
- ✓ En la Política de Planeación Institucional Es importante aclarar el número de políticas con las que cuenta la entidad y el número de Políticas actualizadas, con el fin de poder hacer una evaluación objetiva del indicador.
- ✓ Dimensión Direccionamiento Estratégico Política: Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto, se pudo evidenciar el informe de la resolución 48.
- ✓ Dimensión Gestión con valores para resultados, Política: Fortalecimiento Organizacional y simplificación de procesos, en cuanto a la promoción del uso de elementos no contaminantes se recomienda fortalecer el NO uso de globos, globos metálicos y demás contaminantes que son usados en las oficinas para las decoraciones de cumpleaños, es importante el uso de productos reciclables y en materiales como papel que hagan mención al cuidado ambiental, dando cumplimiento a las circulares internas. A su vez la evidencia aportada solo anexa registro



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



8-7405030



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

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



fotográfico, pero no se evidencia las actas para poder medir el impacto en cuanto a la participación.

- ✓ En esta misma dimensión "Ajuste metodología de Comités institucionales, a fin de generar resultados que permitan tomar decisiones", a través de los seguimientos de la Oficina de Control Interno se pudo evidenciar que la totalidad de los Comités NO están haciendo uso de la herramienta, por tal razón se recomienda medir el despliegue y adherencia al mismo fortaleciendo el uso de la misma por medio de la capacitación.
- ✓ Dentro de la Política: Gobierno Digital no se generaron actividades, se recomienda fortalecer las metas de esta Política teniendo en cuenta que los resultados más bajos en FURAG para la entidad vienen de está.
- ✓ Dentro de la Política: Seguridad Digital, una vez evaluada la evidencia se observa la creación de un boletín de seguridad digital, pero no se pudo evidenciar a que correos fue enviado, y si el mismo fue recibido por el receptor, se recomienda generar campañas con más integración y que puedan constatar una medición a la información.
- ✓ En cuanto a la Política de Servicio al ciudadano el indicador refiere Ventanilla Única activa, por medio del análisis de la evidencia se pudo observar que no se le está dando cumplimiento al indicador.
- ✓ En la Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública para Documentar las buenas prácticas de la entidad en materia de participación ciudadana que permitan alimentar el próximo plan de participación, no se puede constatar la documentación de buenas prácticas ciudadanas, se recomienda de manera reiterativa por la Oficina de Control Interno, fortalecer estas políticas, ya que son las que reflejan puntuación más baja en resultados FURAG, es de aclarar que el trabajo en equipo y la organización estratégica de los inmersos en estas políticas fortalecerá los resultados de nuestra entidad dentro estas políticas.
- ✓ Dimensión Información y Comunicación Política: Transparencia y acceso a la información pública, se adjunta un Boletín que no cumple con las especificaciones y características de los Boletines de la entidad, si bien se pudo observar la elaboración de este que contiene los valores de un servidor público, no se evidencia a que correos fue enviado y tampoco si la recepción de correos fue efectiva y llego al receptor, se recomienda medir resultados de aceptación a través de encuestas u otras herramientas que puedan constatar que se cumple con el objetivo del indicador.
- ✓ Política: Gestión de la Información Estadística, Consultar a los grupos de valor sobre las necesidades de información estadística y evalúa con ellos los resultados estadísticos generados", no se encontró Tabulación encuesta e informe por tanto no se cumple con el indicador.

3.2 PROGRAMA DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

Es importante tener en cuenta que el programa tiene 3 indicadores como se describe a continuación:

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE
----------------------	---------	----------------	---------------------



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



8-7405030



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



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	>=80%	100%
Integraciones ejecutadas en la vigencia	Número de integraciones ejecutadas en la vigencia	>=1	100%
Cumplimiento proyectos TI	Número de proyectos ejecutados en la vigencia y que corresponden al periodo de medición según lo planeado / Número total de proyectos planeados a ejecutar en la vigencia	>=80%	100%

36

CUMPLIMIENTO DEL CUARTO TRIMESTRE	100%	ESTADO
		CUMPLE

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

CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

El proceso anexo como evidencia para el cuarto trimestre de 2023 la carpeta «Programa Integración de sistemas» que contiene 4 subcarpetas y 4 archivos. Entre las subcarpetas se encuentra «Evidencias integración» subdividida en 4 archivos con documentos como: actas pruebas, avances e informe integración, además aporta el «informe POA 2023». Según estos datos, se programaron y ejecutaron 5 actividades:

- ✓ Actividad No. 3: Verificar la viabilidad para la integración entre Servinte Clinical Suite y uno de los siguientes sistemas: Hemodinamia, Ginecología (Ecografía), Cardiología (Electrocardiograma). Se realizan pruebas con los proveedores Amarey y Técnica Electro médica, dando como resultado que es viable la integración entre los ECG y Servinte. Se elaboraron actas e informe de pruebas y parametrización. \\hsrtunclu\Plan de Trabajo Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\IV TRIM\3. Evidencia Integración.
- ✓ Actividad No. 5: Analizar la Infraestructura de TI actual del Hospital y proyección de la actualización tecnológica que requiere. Con el contrato N° 730, el cual tiene por objeto el Arrendamiento de servidores físicos de procesamiento y almacenamiento para ampliar el respaldo de información crítica institucional de los sistemas de información de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, de acuerdo a dicho contrato se realizó respaldo de los sistemas de información y respaldo de las bases de datos (\\Sistemas1\TRD_Sistemas\135.5_INTERVENTORIA_CONTRATOS_TI\2023\730_ARRIERDOCON TINGENCIA\Ejecucion). Con el contrato 585, se ejecuta ampliación de memoria de servidor y reorganización de máquinas virtuales, ampliación de discos para optimizar la infraestructura del datacenter. \\Sistemas1\TRD_Sistemas\135.5_INTERVENTORIA_CONTRATOS_TI\2023\585_MANTTO_REDES_SERVIDORES). Se presenta informe a la Gerencia y Junta Directiva del Hospital con el diagnóstico de infraestructura de TI, para el funcionamiento de sistemas de Información y plataforma tecnológicas que operan en el Hospital. \\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\IV TRIM\5. Evidencia Infraestructura TI.
- ✓ Actividad No. 7: Analizar el despliegue e implementación del sistema de información administrativa, financiero y asistencial, así como la Infraestructura de TI para el funcionamiento de la sede María Josefa Canelones UMI Para el último trimestre no se adelantaron actividades debido que no se recibió actualización de los planos arquitectónicos para dar continuidad a la



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



8-7405030



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



- proyección de la Infraestructura de la UMI. Sin embargo, se realizó análisis presupuestal para la vigencia 2024 con base a las secciones de usuarios del Sistema de Información Servinte, formato AF-F-19 enviado por correo Electrónico a Financiera \\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\III TRIM\7.Evidencia Infraestructura UMI.
- ✓ Actividad No. 8 Realizar el mantenimiento preventivo de la Infraestructura de Red de Datos y Dispositivos de Conectividad Se ejecutó contrato con la empresa UNIÓN TEMPORAL NETRED2023 "UT NETRED2023", CTO 585 2023, con objeto Prestar el servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de hardware y software a redes de datos, servidores, datacenter y dispositivos asociados; incluye bolsa de 60 horas para la intervención de eventos contingencia y/o imprevistos si se requiere y bolsa de repuestos para la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja. [\\Sistemas1\TRD_Sistemas\135.5 INTERVENTORIA CONTRATOS TI\2023\585 MANTTO REDES SERVIDORES\ejecucion\](#)
 - ✓ Actividad No. 9: Aprobación de recursos para la ejecución de proyectos Se aprueba el contrato 730 el cual tiene por objeto el Arrendamiento de servidores físicos de procesamiento y almacenamiento para ampliar el respaldo de información crítica institucional de los sistemas de información de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja. [\\SISTEMAS1\TRD_Sistemas\135.5 INTERVENTORIA CONTRATOS TI\2023\730_ARRIENDO CONTINGENCIA.](#)

37

Una vez verificada la información contenida en la carpeta «Programa Integración de sistemas» se observa que de las 5 actividades programadas para el cuarto trimestre de 2023 se ejecutaron las 5 y se da cumplimiento a la meta el indicador.

- DIAGNÓSTICO PARA INTEGRACIONES.

El proceso aporta como evidencia, la carpeta «Programa Integración» / «evidencia integración», en esta carpeta se encuentra el «INFORME DE GESTION PROGRAMA DE INTEGRACION DEL SISTEMA DE INFORMACION», donde se describe la realización de pruebas, estudio financiero de viabilidad y se concluye lo siguiente: Con los resultados de las pruebas realizadas se evidencia la viabilidad de integrar el sistema de información Servinte, Enterprise y los equipos Electrocardiogramas.

- Actualmente los equipos EKG del Hospital no cuentan con la tecnología necesaria para realizar la integración por lo que se requiere la adquisición mínima de 4 equipos los cuales de acuerdo con el análisis financiero y de costos presentan un tiempo de retorno de inversión de 3 años.

- Con la integración se garantizará el cargue automático de los estudios realizados en el sistema Servinte, aumenta el control de los estudios no facturados, ahorro en tiempo del proceso y la disminución de papel.

- Se deja a consideración la implementación una vez presentada la solución al Comité Directivo del Hospital.

Adicionalmente se presenta actas y video de reunión virtual. Con las evidencias aportadas se da cumplimiento a la meta del indicador para el cuarto periodo de 2023.

- CUMPLIMIENTO PROYECTOS TI

El líder del proceso anexa como evidencias, el informe «PROGRAMA DE GESTIÓN DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN». En el cual se describe cada uno de los 7 proyectos programados y ejecutados dentro de la vigencia y sus avances en el tercer trimestre de 2023. A continuación, se muestran las actividades realizadas y su porcentaje de ejecución.



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



8-7405030



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



- 1) Realizar el diagnóstico e implementación para zonas Wifi priorizando algunos servicios asistenciales y/o administrativos
- 2) Verificar la viabilidad para la integración entre Servinte Clinical Suite y uno de los siguientes sistemas: Hemodinamia, Ginecología (Ecografía), Cardiología (Electrocardiograma)
- 3) Analizar la viabilidad de integrar la data de Servinte con una herramienta de reportes como: Power BI, Google Analytics y/o herramientas libres
- 4) Analizar la Infraestructura de TI actual del Hospital y proyección de la actualización tecnológica que requiere. carpeta «evidencias estructura TI»
- 5) Realizar servicio de soporte y mantenimiento más actualizaciones para SOFTWARE DE CONTROL FINANCIERO "SICOF" licenciamiento actual; migración a infraestructura en la nube que incluye administración de infraestructura, certificado de seguridad (Backus) y hosting y reinstalación y puesta en marcha en la nube de Ada y si se requiere bolsa de servicios profesionales del software "SICOF" hasta por 30 horas.
- 6) Analizar el despliegue e implementación del sistema de información administrativa, financiero y asistencial, así como la Infraestructura de TI para el funcionamiento de la sede María Josefa Canelones UMI evidencias en la carpeta «evidencias estructura UMI»
- 7) Realizar el mantenimiento preventivo de la Infraestructura de Red de Datos y Dispositivos de Conectividad, como soporte de la ejecución se presenta en la carpeta «evidencias mantenimiento red» / Contrato 585 2023.

La evidencia de la ejecución de estos proyectos se encuentra documentada en la carpeta «Programa Integración SI» / «evidencia infraestructura TI» verificada la, información, se puede decir que da cumplimiento a la meta del indicador para el cuarto trimestre de la vigencia 2023

CÓDIGO	PROYECTO	PCT	OBSERVACIONES
PROY-01	Realizar el diagnóstico e implementación para zonas Wifi priorizando algunos servicios asistenciales y/o administrativos	100%	"El contratista Colombia Mas Tv, Realizó la instalación, montaje y despliegue del cableado en cada piso, además realizó instalación de los 58 Access Point Wifi 6 en las diferentes áreas, realizó instalación y configuración de la controladora en el datacenter principal para la gestión y administración de la red wifi, Validación del portal cautivo. Se tiene adjunta informe de instalación: ""Informe de instalación red WI-Fi 6 HUSRT Sin MACs.pdf"" y los planos en autocad de los Access Point en cada una de las áreas: Distribución de Access Point.dwg\\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\III TRIM\Evidencia Zona wifi"
PROY-02	Verificar la viabilidad para la integración entre Servinte Clinical Suite y uno de los siguientes sistemas: Hemodinamia, Ginecología (Ecografía), Cardiología (Electrocardiograma)	100%	Se realiza Reunión con Proveedores Técnica electromedica, Amarey, bimedco, para ver la viabilidad de integrar Electrocardiograma (ECG) con el sistema de información Servinte, Enterprise. Se escala a Proveedor Agfa inquietudes sobre la modalidad y el flujo de trabajo, Se elaboró acta con los temas, Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.cotratados . \\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\Segundo Trimestre\integración Para el III Trimestre no había actividades programadas, los avances realizados serán reportados para el próximo trimestre.
PROY-03	Analizar la viabilidad de integrar la data de Servinte con una herramienta de reportes como: Power BI, Google Analytics y/o herramientas	100%	"En las reuniones previas con el proveedor Osigu del sistema de información Servinte Clinical Suite, se ha explorado la posibilidad de obtener la herramienta de Business Inteligencia (BI) para su integración. Sin embargo, en nuestra última reunión, el proveedor nos informó que la herramienta de BI aún se encuentra en proceso de desarrollo. Por lo tanto, hasta que no tengamos acceso a esta herramienta de BI, no podremos evaluar la viabilidad de su integración con nuestro sistema de información. Se adjunta acta de reunión: ""Acta de Reunión y Seguimiento Osigu Tunja 25092023.pdf""



	libres.		\\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\III TRIM\Evidencias BI"
PROY-04	Analizar la Infraestructura de TI actual del Hospital y proyección de la actualización tecnológica que requiere.	100%	<p>"Se realiza informe del Análisis de Infraestructura de TI, de acuerdo a reuniones con contratistas e Ingenieros de TI. Se proyecta las necesidades tecnológicas requeridas por el hospital.</p> <p>Se adjuntan: informe de infraestructura ""INFORME_Infraestructura2023.pdf"", actas de reunión para renovación de infraestructura; ""01_Acta_TIC_GEXTERRA_03082023.pdf"", ""03_Acta_Gerencia_TIC_Gexterra_Contingencia_23082023.pdf"", propuestas de renovación de infraestructura; ""VALOR PROPUESTA DE INFRAESTRUCTURA v2.pdf"", ""HUSRT-PROPUESTA DE INFRAESTRUCTURA_.pdf"", ""Propuesta Plan Continuidad del Negocio.pptx.pdf"", informe diagnóstico de infraestructura y PETI enviado a gerencia; ""PETI_DIAGNOSTICO_INFRAESTRUCTURA_TIC.pdf"", ""DiagnosticoTI_enviadoGerencia.pdf""</p> <p>\\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\III TRIM\5. Evidencia Infraestructura TI"</p> <p>Se realiza CTO 730, \\Sistemas1\TRD_Sistemas\135.5_INTERVENTORIA_CONTRATOS_TI\2023\730_ARRIERO CONTINGENCIA\Ejecución con objeto Arrendamiento de servidores físicos de procesamiento y almacenamiento para ampliar el respaldo de información crítica institucional de los sistemas de información de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, para realizar respaldo de los sistemas de información y respaldo de las bases de datos al igual que en el contrato 585, se realiza ampliación de memoria de servidor y reorganización de máquinas virtuales, ampliación de discos para optimizar la infraestructura del datacenter.</p>
PROY-05	Realizar servicio de soporte y mantenimiento más actualizaciones para SOFTWARE DE CONTROL FINANCIERO "SICOF" licenciamiento actual; migración a infraestructura en la nube que incluye administración de infraestructura, certificado de seguridad (Backus) y hosting y reinstalación y puesta en marcha en la nube de Ada y si se requiere bolsa de servicios profesionales del software "SICOF" hasta por 30 horas.	100%	<p>Se adiciona y modifica el contrato No. 225 de 2023, se realizó Migración a la Nube. El contratista realizó la migración del servidor de aplicaciones de la BD ORACLE a LAPOINT URL pública: https://hsrt.adacsc.co/nomina_hospital</p> <p>\\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\Segundo Trimestre\Migración.</p>
PROY-06	Analizar el despliegue e implementación del sistema de información administrativa, financiero y asistencial, así como la Infraestructura de TI para el funcionamiento de la sede María Josefa Canelones UMI	100%	<p>Se han adelantado reuniones con subgerencia administrativa, el arquitecto encargado del área de mantenimiento y el consorcio UMI-SANRAFAEL, donde se han manifestado las necesidades en cuanto a recursos tecnológicos para la UMI, hasta el momento no se ha recibido una proyección definitiva de los servicios habilitados, áreas, usuarios y demás elementos que permitan calcular de manera aproximada puntos de red de datos/voz, inalámbrico, equipos de cómputo, impresoras, escáner, Tablet, correos electrónicos, sistema de comunicaciones unificadas entre otros.</p> <p>Sin embargo, dentro de la proyección inicial de renovación tecnológica se contemplaron los servidores para una cantidad de usuarios equivalentes a los servicios que se trasladaran a la UMI. Esta información está contemplada en el informe de diagnóstico Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co de infraestructura y PETI enviado a gerencia.</p>



			Se adjuntan: diagnóstico infraestructura y PETI enviado a gerencia ""DIAGNOSTICO_INFRAESTRUCTURA_TIC.pdf"" ""DiagnosticoTI_enviadoGerencia.pdf"" ""DIAGNOSTICO_PLAN_RENOVACION_TIC_v2.pdf2 \\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\IIITRIM\7.Evidencia Infraestructura UMI". Para el último trimestre no se adelantaron actividades debido que no se recibió actualización de los planos arquitectónicos para dar continuidad a la proyección de la Infraestructura de la UMI. Sin embargo, se realizó análisis presupuestal para la vigencia 2024 en base a las secciones de usuarios del Sistema de Información Servinte.
PROY-07	Realizar el mantenimiento preventivo de la Infraestructura de Red de Datos y Dispositivos de Conectividad	100%	Se realizo contrato con la empresa UNIÓN TEMPORAL NETRED2023 "UT NETRED2023", CTO 585 2023, donde se ejecuta el mantenimiento a redes, servidores, rack de acuerdo a Las especificaciones del contrato\\Sistemas\TRD_Sistemas\135.5_INTERVENTORIA_CONTRATOS_TI\2023\585_MANTTO_REDES_SERVIDORES\ejecución\ \\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\IVTRIM\8. Evidencia Mantenimiento Infraestructura de Red
TOTAL			100%

Fuente: Informe POA Sistemas

RECOMENDACIÓN

Es necesario que el proceso continúe fortaleciendo las actividades de cada uno de estos indicadores, con el fin de mantener los niveles de cumplimiento y tener en cuenta la CO-M-00 «Norma fundamental» en la elaboración de la documentación producida en el proceso.

3.3 PROGRAMA DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA.

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE
Gestión tecnología Biomédica	Número de equipos gestionados ante comité directivo / Número de equipos aprobados para adquisición	>=80%	100%
Gestión de dotación Hospitalaria	Número de dotación hospitalaria Gestionados ante comité directivo / Número de dotación hospitalaria aprobada para adquisición	>=80%	100%
Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias	Mantenimientos predictivos / Mantenimientos correctivos	>=0,5	100%
CUMPLIMIENTO DE AVANCE CUARTO TRIMESTRE	META DEL INDICADOR		ESTADO
	80%		CUMPLE

En cuanto a este proceso se busca fortalecer la tecnología según la capacidad instalada que permita mantener los más altos estándares en servicios a través del programa de gestión tecnológica y dotación hospitalaria, una vez analizada la evidencia aportada para medición del indicador se pudo constatar que:



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



8-7405030



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



SC-CER906254
PROGRAMA
MADRE CANGURO

SA-CER560814

OS-CER559527

INDICADOR 1 GESTIÓN TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

El proceso para el segundo trimestre presentó informe respecto a la gestión y posterior adquisición de tecnología biomédica: un video colposcopio y un histeroscópico para el servicio de ginecología» y como evidencia aportó C-F-28 FORMATO ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – HISTEROSCOPIO- VIDEOCOLPOSCOPIO, además se aportó el formato C-F-32 «EVALUACIÓN TÉCNICA PRELIMINAR» QUE TIENE COMO OBJETO « ADQUISICIÓN DE HISTEROSCOPIO Y VIDEOCOLPOSCOPIO PARA EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.». Analizada la información, se observa que se gestionó la adquisición de dos equipos.

41

De acuerdo con la evidencia presentada y lo descrito en el informe POA cuarto trimestre de 2023, se dio cumplimiento a la gestión de los recursos financieros y estudios técnicos para la adquisición de equipos. Con esta evidencia se da cumplimiento a la meta del indicador para la vigencia 2023 en un 100%.

INDICADOR 2 GESTIÓN DE DOTACIÓN HOSPITALARIA

El líder del proceso anexa como evidencia carpeta « Programa Gestión tecnológica», en esta, se encuentran cuatro archivos que contienen el «informe POA cuarto trimestre 2023» , dos actas de « comité directivo» tres archivos que contienen el «informe POA cuarto trimestre 2023», dos formatos C-F-31 «EVALUACION TECNICA DEFINITIVA» el primero tiene como objeto « SUMINISTRO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA UPS PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA» y el segundo «SUMINISTRO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE TANQUE CALENTADOR DE AGUA CALIENTE A VAPOR PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA». Es decir que en el cuarto trimestre de 2023 se presentó la adquisición de un tanque calentador y una UPS, por parte del área de mantenimiento de dotación hospitalaria, otras áreas involucradas Sistemas (TIC'S y Almacén), no realizaron ninguna adquisición.

De acuerdo con la evidencia presentada y lo descrito en el informe POA cuarto trimestre de 2023, se dio cumplimiento a la meta del indicador para la vigencia 2023.

INDICADOR 3 DISMINUCIÓN DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS IMPLEMENTANDO LAS LISTAS DE CHEQUEO DIARIAS

Para este indicador el responsable del proceso aporta evidencias en carpeta «Programa Gestión tecnológica» en la que se encuentran 3 archivos. de acuerdo con esta evidencia y lo contenido en el «informe POA cuarto trimestre 2023» respecto a este indicador se presentó lo siguiente por parte del líder del proceso

En el mes de octubre se presenta 1 mantenimientos correctivos y 8 mantenimientos predictivos según base de datos correspondiente al área y verificados en la plataforma digital HR CATCH, se realizaron rondas diarias para la verificación de los equipos en los servicios, presencial a los servicios para controlar el daño de los equipos en, los mantenimientos correctivos son relacionados con personal del área, aunque se realizan mantenimientos de otras empresas no se deben tomar en cuenta debido a que es un externo, se recomienda el buen uso de los equipos en cada una de las áreas para su normal funcionamiento.



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



8-7405030



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



- En el mes de noviembre se presentaron 3 mantenimientos correctivos y 3 mantenimientos predictivos según base de datos correspondiente al área y verificados en la plataforma digital HR CATCH, se realizaron rondas diarias para la verificación de los equipos en los servicios, presencial a los servicios para controlar el daño de los equipos en los servicios, los mantenimientos correctivos son relacionados con personal del área, aunque se realizan mantenimientos de otras empresas no se deben tomar en cuenta debido a que es un externo, se recomienda el buen uso de los equipos en cada una de las áreas para su normal funcionamiento.

- En el mes de Diciembre se presentaron 2 mantenimientos correctivos y se presentaron 6 mantenimientos predictivos según base de datos correspondiente al área y verificados en la plataforma digital HR CATCH, se realizaron rondas diarias para la verificación de los equipos en los servicios, presencial a los servicios para controlar el daño de los equipos en los servicios, los mantenimientos correctivos son relacionados con personal del área, aunque se realizan mantenimientos de otras empresas no se deben tomar en cuenta debido a que es un externo, se recomienda el buen uso de los equipos en cada una de las áreas para su normal funcionamiento.

Analizada la información, se verifica el indicador 548 «DISMINUCIÓN DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS IMPLEMENTANDO LAS LISTAS DE CHEQUEO DIARIAS» y se observa que se da cumplimiento a la meta planteada para este cuarto trimestre de 2023 en un 100%

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al proceso recopilar las actas del Comité donde se evidencie la gestión adelantada, de equipos gestionados y dotaciones hospitalaria gestionadas y aprobadas.

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO IV TRIMESTRE	ESTADO
Implementación plan de acción de SGA (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	$\geq 90\%$	100%	CUMPLE

Fuente: Informe Gestión Ambiental

El proceso presenta el plan de acción del sistema de gestión ambiental, para este cuarto trimestre se programaron 55 actividades, y fueron ejecutadas las 55. Para la verificación del cumplimiento a las acciones, el proceso anexa evidencias en la carpeta «ISO14001», que a su vez contiene 5 subcarpetas y 7 archivos, en los cuales se encuentran documentadas las actividades realizadas. Uno de estos archivos es el «Informe cuarto trimestre POA» en este documento se describen las actividades programadas y realizadas dentro de este cuarto trimestre.

Octubre:

- Evaluación de requisitos legales: Para esta evaluación fue contratado un auditor externo, quien evaluó e identificó la pertinencia de cada uno de los requisitos legales de la matriz, se adjunta el informe de evaluación.
- Día del árbol: Se adjunta el registro fotográfico y las ayudas didácticas utilizadas para la campaña, se obtuvo una gran adherencia en la participación del personal de la institución.

Noviembre:

- Se actualiza el documento del Manual del Sistema de gestión ambiental en el Software DARUMA con código GA-M-01
- Actualización de carpetas de fichas de seguridad: Se adjuntan las actas de entrega y actualización de las carpetas de fichas de seguridad de los diferentes servicios de la institución.

43

Diciembre:

- Informe de evaluación de contratistas: Se adjunta informe de evaluación de contratistas ambientales frente al cumplimiento de las políticas verdes de la institución.
- Informe de Revisión por la dirección: Se adjunta informe de revisión por la dirección debidamente firmado y aprobado.

Teniendo en cuenta la información aportada y verificada en cada uno de los archivos, se observa el cumplimiento a la meta del indicador para el IV trimestre de la vigencia 2023.

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO IV TRIMESTRE	ESTADO
Implementación plan de acción de SST (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	98%	CUMPLE

Fuente: Informe POA/SST

De acuerdo con la evidencia aportada por el proceso, la cual se anexo en carpeta «ISO 45001», que a su vez contiene 39 subcarpetas, además de 6 archivos y lo establecido en el plan de trabajo de gestión de SST, se tenían programadas 83 actividades y se ejecutaron 73 durante este cuarto trimestre de 2023.

Las acciones que quedaron sin ejecución fueron:

- 1 Capacitación de estilos de vida saludable.
- 1 Campaña de riesgo químico.
- 1 Evaluaciones higiénicas en áreas priorizadas y/o análisis y seguimiento mediciones vigencia 2021 – 2022.
- 1 Capacitación de seguridad vial.
- 3 Capacitación en emergencias por pisos con proveedor externo y avances en cuanto al informe de índice hospitalario por parte del Gestor de emergencias
- 1 Seguimiento epidemiológico de acuerdo con el diagnóstico de Condiciones Psicosociales y satisfacción laboral, con análisis de incidencia y prevalencia.
- 1 Capacitación prevención de maquina equipo y herramienta.
- 1 Rondas e inspecciones en Higiene y Seguridad. (R mecánico, eléctrico, Locativo) (CAMPAÑA).

Analizadas y verificadas las evidencias, se concluye que el proceso obtuvo un nivel de 88 % respecto a la ejecución de actividades programadas para el cuarto trimestre de- 2023.

Respecto al indicador, para este trimestre se cumple con la meta planteada.



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



8-7405030



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



RECOMENDACIÓN:

Es necesario que el programa adopte las medidas pertinentes, para lograr la ejecución de la totalidad de las actividades programadas.

44

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO IV TRIMESTRE	ESTADO
Implementación plan estratégico Resultante del análisis del Contexto	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	100%	CUMPLE
Cumplimiento Plan de mejora externo ICONTEC	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	100%	CUMPLE

Fuente: Informe POA/SGC PMC

Para este trimestre se analizaron los siguientes indicadores:

IMPLEMENTACIÓN PLAN ESTRATÉGICO RESULTANTE DEL ANÁLISIS DEL CONTEXTO

Se presenta como evidencia carpeta «ISO:9001» que contiene dos archivos: «DOFA PMC 2023 oads-f-38 seguimiento 3cer trimestre» y el «Informe ejecutivo SGC PMC Vigencia 2023 pdf». Ahora bien, este indicador mide el nivel de cumplimiento de las líneas estratégicas, derivadas del análisis del contexto (DOFA) del Programa Madre Canguro Intrahospitalario y ambulatorio.

Para la vigencia 2023 se programaron 43 actividades para ser ejecutadas dentro de los tres primeros trimestres el año, y se ejecutaron en los tiempos establecidos, teniendo este indicador para la vigencia 2023 tendencia estable y presento un porcentaje de cumplimiento del 100%, al no tener programadas actividades para el cuarto trimestre de 2023, la evaluación de este periodo no aplica.

Es decir, el indicador cumplió la meta para la vigencia 2023 en un 100%, este cumplimiento contribuyo a mantener el certificado ISO9001:2015.

CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORA EXTERNO ICONTEC

Respecto a este indicador, el proceso aporta como evidencia «informe ejecutivo POA ISO 9001:2015 y link <https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/actionplan/125>, mediante el cual se accede al módulo Daruma y se puede observar que este se encuentra cerrado, para la vigencia 2023 se da cumplimiento a la meta del indicador en un 100%



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



8-7405030



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



3.7 EJE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN

45

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV 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%	92%
Resultados de aprendizaje y capacitación en formación continua.	Número de capacitaciones de formación continua realizada al año	10	78%
	Número de temas revisados / Número de temas planteados en los syllabus de rotación	>=30%	100%
	Número de reconocimientos docentes / número de solicitudes	>=30%	N/A
Productos de Investigación publicados en Revista	Número proyectos de investigación asociados a los grupos del HUSRT, publicados en revista	80%	100%
Congresos ejecutados	Número de congresos realizados en el periodo	2	100
Alianza formalizada	Número de Alianzas estratégicas consolidadas en el periodo	1	100%

Fuente: Informe POA gestión de Investigación e Innovación

Es importante tener en cuenta que el programa estratégico cuenta con 7 indicadores, de los cuales 5 se miden anualmente y dos semestral, de acuerdo con esta periodicidad

SATISFACCIÓN DEL PERSONAL EN FORMACIÓN INTERNADO DOCENCIA-SERVICIO

Es importante tener en cuenta que la medición de este indicador es semestral, para este trimestre el proceso presento evidencias, las cuales se encuentran cargadas en la carpeta «Programa de investigación» archivo «Informe POA cuarto trimestre 2023.doc» y «soporte encuestas calificación global y revisión de temas.xlsx» De acuerdo con este informe para el segundo semestre de 2023 se obtuvo un 92%, sin embargo al verificar la información con el indicador 1308 «Satisfacción del Personal en Formación Internado», además la tabulación de las encuestas realizadas por el proceso no coinciden.

Es importante que la información registrada en el indicador en el software Daruma, coincida con la que se presenta en el informe y en el archivo en el que se efectuó la tabulación. Por lo tanto, se recomienda



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



8-7405030



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



reiterativamente que exista controles en el proceso Gestión de investigación e innovación que permitan veracidad de la información entregada

RESULTADOS DE APRENDIZAJE Y CAPACITACIÓN DOCENTE DOCENCIA-SERVICIO

46

- Número de capacitaciones de formación continua realizada al año

Para la evaluación de este indicador durante la vigencia 2023, el proceso responsable aportó como evidencia carpeta «capacitaciones» verificada la información de este documento no se observa la totalidad de los datos respecto a la «Agenda de capacitaciones de formación continua realizadas», se presentan archivos que contienen imágenes alusivas a eventos académicos y algunas actas de reunión

Por tanto, la evidencia presentada no constituye completamente una «agenda de capacitaciones de formación continua realizadas». Se debe mencionar que para el primer trimestre del año se presentó imágenes sin actas de reunión, teniendo en cuenta que el indicador se evalúa de manera anual, en el cuarto trimestre se presentará la documentación que demuestra la ejecución de las actividades. Sin embargo, aun cuando la evidencia presentada se da de manera parcial, se cumple la meta planteada del indicador para la vigencia 2023

- Número de temas revisados / Número de temas planteados en los syllabus de rotación

Para la evaluación de este indicador durante la vigencia 2023, el proceso responsable aportó como evidencia la carpeta y subcarpetas «Programa de investigación» / «Temas revisados» / «INFORME POA CUARTO TRIMESTRE 2023.pdf» en este último archivo se observa lo siguiente: «Para las especialidades electivas se destaca que el 72% reportan cumplimiento del 100 de los temas revisados, 23% revisaron el 90% de los temas propuestos en syllabus y solo el 5% revisó el 70% de los temas; al igual que en las especialidades básicas las electivas corresponden a alta complejidad que brindan a los médicos internos la posibilidad de revisar temas diversos y adicionales a los propuestos, como se evidencia en la siguiente gráfica.

De acuerdo con la información reportada para el segundo semestre de 2023 el proceso dio cumplimiento con la meta del indicador

- Número de reconocimientos docentes / número de solicitudes

Para esta vigencia no se presentaron solicitudes para reconocimientos docentes, y por lo tanto tampoco se otorgaron reconocimientos para la vigencia 2023. por esta razón, la evaluación de este indicador no aplica para esta vigencia.

PRODUCTOS DE INVESTIGACIÓN PUBLICADOS EN REVISTA

El proceso presenta como evidencia para el cumplimiento la carpeta «Programa de investigación» y la subcarpeta «Publicaciones» en la que se encuentran 6 archivos con las imágenes de las publicaciones realizadas, dando cumplimiento a la meta el indicador para la vigencia 2023.



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



8-7405030



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



CONGRESOS EJECUTADOS

La líder del proceso anexa evidencias en la carpeta «Programa de investigación» en esta carpeta se encuentra inmersa la carpeta «congresos» y en esta se encuentran archivos que contienen evidencia fotográfica, actas de registro y publicidad de los dos congresos realizados en la vigencia 2023. a continuación, se describe cada uno de los eventos académicos realizados.

- 1) Congreso «Docencia Servicio en el Camino de la Excelencia» llevado a cabo el día 4 de octubre de 2023 en el auditorio Boyaquirá
- 2) Congreso de medicina del deporte efectuado el 20 y 21 de octubre y que se organizó en asociación con la universidad Santo Tomas.

Por tanto, la ejecución de este indicador para la vigencia 2023, cumple con la meta

ALIANZA FORMALIZADA

Se presenta como evidencia para este indicador en la subcarpeta «congresos» el archivo del documento mediante el cual se formalizo el convenio con la universidad Santo Tomas, firmado el 17 de mayo de 2023, por un periodo de 10 años. Con este documento formalizado, se da cumplimiento a la meta del indicador

RECOMENDACIONES.

Es indispensable que el proceso fortalezca los soportes, para que sean claros y que determinen puntualmente la ejecución de la acción establecida en el indicador, ya que para la vigencia evaluada se presentaron inconsistencias, que generaron una baja calificación, quedando al borde del incumplimiento de la meta para el 2023. Así mismo el proceso debe entender y tener presente que la evaluación de estos indicadores afecta las metas trazadas en el plan de desarrollo de la institución y por ende directamente a gerencia.

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

Para dar cumplimiento a la línea estratégica fortalecimiento del sistema obligatorio de garantía de Calidad en salud se estableció un cronograma de trabajo de mejoramiento continuo, en el cual se programaron 56 actividades en la vigencia 2023, de las cuales para este trimestre correspondieron 23 actividades discriminadas por estándar.

Teniendo en cuenta el informe presentado por la profesional de apoyo PAMEC y de acuerdo a las evidencias aportadas se observa que para el cuarto trimestre de la vigencia 2023 se establecieron 23 oportunidades de mejora, las cuales fueron priorizadas de acuerdo a la metodología de la ruta crítica y el manual de priorización de planes de mejoramiento definido por el Ministerio de Salud teniendo en cuenta las variables riesgo, costo y volumen.

Con corte al cuarto trimestre de 2023, se tenían programadas 23 actividades de las cuales se les dio un cumplimiento a 21 para un porcentaje del 91%, quedando pendiente una acción del estándar de Direccionamiento relacionada con (Evaluar conocimiento de las políticas) y una de cliente asistencial



relacionada con (evidencia de cargue de soportes para la implementación del paquete instruccional identificación correcta del paciente y toma de muestras de laboratorio

ESTANDAR	CUARTO TRIMESTRE	
	PROGRAMADAS	EJECUTADAS
CLIENTE ASISTENCIAL	6	5
DIRECCIONAMIENTO	3	2
GERENCIA	2	2
TALENTO HUMANO	3	3
AMBIENTE FISICO	4	4
TECNOLOGIA	0	0
INFORMACION	4	4
CALIDAD	1	1
TOTAL	23	21

Fuente: consolidado informe cuarto trimestre PAMEC

48

El acumulado de enero a diciembre arroja un cumplimiento del 87%

- ✓ En cuanto al estándar de Direccionamiento para este trimestre a la oportunidad de mejora "Definir y fortalecer las políticas alineadas a la plataforma estratégica", se observa que se encuentran Identificadas las políticas actuales y su alcance con la plataforma estratégica, pero a la fecha quedo pendiente "Evaluar conocimiento de las políticas"
- ✓ Para este trimestre en el estándar de cliente asistencial no se cargaron soportes para la implementación del paquete instruccional identificación correcta del paciente y toma de muestras de laboratorio pese a mesa de trabajo realizada con los responsables cuyos compromisos no se cumplieron

Conforme a lo establecido en la línea estratégica **Fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud** del plan de desarrollo no se da cumplimiento a la meta del indicador **Cumplimiento de actividades planeadas en Programa de Auditoría de Mejoramiento Continuo**, teniendo en cuenta que se obtuvo un porcentaje del 87% en este trimestre.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	Consolidado	ESTADO
			RESULTADO CUARTO TRIMESTRE	
Cumplimiento del plan de fortalecimiento de la mejora continua	Actividades ejecutadas / Actividades programadas	100%	87%	NO CUMPLE



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



8-7405030



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

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



CONCLUSIONES:

Realizada la evaluación por parte de la oficina de control interno, el porcentaje del cumplimiento del POA para el **cuarto** trimestre del 2023 corresponde al **96%**, los siguientes pilares o ejes del plan de desarrollo no cumplieron la meta para el IV Trimestre 2023:

- ✓ Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF)
- ✓ Programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario.
- ✓ Buenas prácticas de elaboración y Manufactura
- ✓ 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.
- ✓ Fortalecer la implementación del proceso de acreditación frente al despliegue y aplicación del enfoque y extensión a los clientes interno y externo.

ALERTAS DE MEJORA

1. El seguimiento al Plan Operativo Anual se convierte en una herramienta de autoevaluación permanente con el fin de verificar las metas alcanzadas. Es importante que los líderes fortalezcan al interior de sus procesos el autocontrol, promoviendo la entrega oportuna y completa de la información como respaldo de la ejecución de las actividades.
2. 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.
3. Se recomienda aportar evidencias debidamente diligenciadas, garantizando que sean legibles, completas, sin espacios en blanco, identificados y que proporcionen evidencia de la conformidad con los requisitos, así como la operación eficaz y efectiva del sistema de Gestión de Calidad, informes gerenciales con las respectivas firmas y verificaciones de los líderes de proceso.
De otra parte, se recomienda al proceso que los documentos presentados como evidencia sean diligenciados de acuerdo a lo establecido en la norma fundamental CA-M-00, numeral 8.10.2 «DILIGENCIAMIENTO» y además que la información presentada este en los formatos actualizados.
4. Se recomienda al Área Comercial implementar estrategias dirigidas a todas las entidades responsables de pago dando a conocer la existencia, funcionamiento y beneficios de nuestros programas, que permitan incentivar el crecimiento y productividad de cada uno de ellos.
5. Para Microcirugía se recomienda reevaluar si se continúa o no con la prestación de esta subespecialidad, toda vez que con 11 procedimientos realizados en el 2023 se generó una utilidad representativa.



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



8-7405030



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



6. En cuanto al Comité de bioética, el incumplimiento es REITERATIVO ya que aportaron evidencias de las reuniones realizadas en el cuarto trimestre en formatos que no se encuentran en DARUMA, adicionalmente no cumplen con lo establecido en el artículo **SEPTIMO** SESIONES y artículo **NOVENO** QUORUM de la Resolución 336 de 2021, a la vez incumple con los lineamientos de la resolución 371 de 2023 CONTROL Y MONITOREO DEL TRABAJO EN EQUIPO "COMITE".
7. Se recomienda a los procesos dar cumplimiento a la eficiencia Operativa de los planes de acción ya que estos están diseñados para abordar problemas específicos o alcanzar objetivos predeterminados. Cumplir con estos planes contribuye a una operación más eficiente y efectiva de la entidad, logrando los objetivos estratégicos y mejora Continua ya que, al seguir estos planes, la entidad se compromete con la adaptación y evolución constante, lo que es esencial en un entorno dinámico.

50

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
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

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

