

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

I TRIMESTRE DE 2024

1

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

Tunja, mayo 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 TRABAJAMOS CON EL ALMA». Para el primer trimestre del 2024.

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 modificatorio 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.



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 PRIMER TRIMESTRE DEL 2024 DEL PLAN OPERATIVO ANUAL:

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

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:
➤ 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 Primer Trimestre del 2024 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 2024					
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	100%	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	99%	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS	100%
Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF)	100%	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	N/A
Programa Gestión de Sistema de Costos	100%	Programa de Seguridad del Paciente bajo el enfoque de adaptación y mitigación de riesgos	100%	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%	Programa Integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario.	95%	Programa de Gestión de tecnología y dotación Hospitalaria.	100%
Programa de adecuación y mejoramiento de infraestructura física	100%	Buenas practicas de elaboración y Manufactura	100%	Sistema de Gestión Ambiental	100%
Programa de Gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia.	N/A	Programa de Humanización que involucre la sensibilización del talento humano con enfoque tanto para cliente interno	100%	Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo	100%
				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 De Tunja y su zona de influencia.	N/A
				Fortalecer la implementación del proceso de acreditación frente al despliegue y aplicación del enfoque y extensión a los clientes interno y	100%
1er TRIMESTRE				100%	

Fuente: Herramienta Poa Primer trimestre 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



1. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

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

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 garantizar la gestión de los recursos que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la entidad.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 1 TRIMESTRE
Crecimiento UVR	$(\text{UVR acumulada periodo actual} / \text{UVR acumulada periodo anterior}) - 1$	>1,1%	100%
Cumplimiento de la facturación neta de la vigencia	$\text{Facturación neta de la vigencia} / \text{Facturación neta definida en Plan Financiero para la vigencia}$	>=95%	100%
Identificación e Intervención de Hallazgos en Auditoría pre radicación	$\text{Inconsistencias intervenidas} / \text{Total de inconsistencias halladas}$	>=80%	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%
Oportunidad en la respuesta de glosa inicial	$\text{Total, facturas con glosa que cuentan con respuesta oportuna} / \text{Total de facturas notificadas con glosa inicial en la vigencia}$	>90%	100%
Participación de la Glosa inicial y devoluciones pendientes en el total de la cartera	$\text{Total, de glosas pendientes de conciliar entre las partes} + \text{Devoluciones pendientes de reconocimiento de pago} / \text{Total Cartera}$	<=30%	100%
Aceptación de Glosa de la vigencia	$\text{Valor de Glosa neta final aceptada de la vigencia} / \text{Facturado en la vigencia}$	<4%	100%
Cumplimiento de recaudo de cartera	$\text{Total, recaudo en la vigencia} / \text{Total meta de recaudo definida para la vigencia en plan financiero}$	>=95%	100%
Cumplimiento del artículo 22 "Cobro Persuasivo" de la Resolución 072 de 2020 Manual Interno de recaudo de Cartera	$\text{Total, Informes trimestrales presentados} / \text{Total Informes presentados exigibles}$	100%	100%
Promedio Trimestral			100%

ANÁLISIS DE INDICADORES

- CRECIMIENTO UVR:

El resultado del indicador 620 señalado por el líder del proceso es de 12,6% y difiere del indicador descargado de DARUMA que arroja un resultado de 13,92%. Sin embargo, el indicador en los dos casos **cumple** la meta para el 1er trimestre de 2024 ya que es mayor a 1,1%.



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



Este indicador se verificó y se calculó con la formula establecida en la matriz POA y PEGIF que es: $(UVR \text{ acumulada periodo actual} / UVR \text{ acumulada periodo anterior-1}) * 100$, al igual que con la formula en DARUMA: $(\text{diferencia del valor de la UVR de la vigencia menos el valor de la UVR de la vigencia anterior} / UVR \text{ vigencia anterior})$ llegando al resultado de 13.92%.

5

La observación del líder del proceso indica el resultado de 12.6 % que corresponde al comportamiento de las UVR frente a la meta establecida en PEGIF.

El indicador 620 fue modificado según acta de definición de plan anual operativo 2024 de fecha 30/01/2024 en donde se determina en $\geq 1,1\%$ la meta. Se observa que la meta establecida para el presente indicador representa un porcentaje mínimo de crecimiento de la producción frente a los resultados obtenidos en el primer trimestre de 2024.

El proceso no aportó la evidencia, se recomienda enviar evidencia para los seguimientos y los soportes que sean del caso.

- CUMPLIMIENTO EN LA FACTURACIÓN NETA DE LA VIGENCIA:

El indicador 1434 cumple con la meta establecida generando un resultado de 117,85% para el primer trimestre de 2024. Por lo tanto, **cumple** con la meta, fijada en $\geq 95\%$.

Se observa que la evidencia aportada no muestra la medición trimestral del indicador, sino el comportamiento mensual, se recomienda enviar evidencia del indicador mostrando los valores del trimestre.

Igualmente revisar que en la herramienta de DARUMA la información básica del indicador difiere de la información de captura en cuanto a la fuente de información y la descripción del numerador y denominador.

- IDENTIFICACIÓN E INTERVENCIÓN DE HALLAZGOS EN AUDITORIA PRE-RADICACIÓN:

Para el primer trimestre de 2024, el resultado del indicador 1435 en DARUMA determina que se identificaron hallazgos de auditoria pre-radición y que se les hizo Intervención, logrando un cumplimiento del 100% de acuerdo con las reuniones de seguimiento mensual, por lo tanto, cumple con la meta de $\geq 80\%$. En la ficha técnica del indicador el proceso señala que en el mes de febrero se auditaron en prefectura 2.366 cuentas con una revisión del 80%, es decir el cumplimiento del indicador está en el límite establecido.

No se pudo constatar con la evidencia el resultado del indicador, se solicita aportar las actas de seguimiento a los hallazgos evidenciados y el formato F-F-17 "control de evidencias por factura revisada"

- INGRESO RECONOCIDO POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD POR UVR

En la matriz no se definió la evidencia. Para esta verificación se utiliza como fuente el seguimiento al plan financiero a marzo 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



Como resultado del indicador se obtiene el 16,25% 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.

6

- OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DE GLOSA INICIAL:

El proceso aporta como evidencia el indicador 1340 en DARUMA, con 99,52% esto indica que del primer trimestre continúan 69 facturas recibidas de las EAPB con notificación de glosa sin responder. Sin embargo, 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 15,69% por lo tanto cumple con la meta <=30%.

- ACEPTACIÓN DE GLOSA DE LA VIGENCIA:

En la evidencia aportada el resultado del indicador 546 es: 0,01%, por lo tanto, cumple la meta <4%.

- CUMPLIMIENTO DE RECAUDO DE CARTERA:

La meta definida en plan financiero para el 1er trimestre fue de \$84.697.056.721 y el total recaudado fue de \$85.349.760.121 superando la meta en \$652.703.400 equivalente a al 101%. Por lo tanto, cumple la meta.

En el numerador y denominador del indicador en DARUMA se evidencian los siguientes valores 53.411.574.442,00 y 53.688.594.496 valores que distan de los valores de plan financiero. Se solicita homogeneidad en las dos fuentes. Sin embargo, el resultado del indicador es 101%

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

El proceso aporta evidencia del informe detallado de gestión de cobro persuasivo del primer trimestre de 2024, con lo cual de evidencia que cumple de la meta.

El proceso socializa mensualmente en comités de cartera los informes por parte de jurídica sobre los cobros persuasivos efectuados en el primer trimestre.

- INDICADOR RESULTADO

CUMPLIMIENTO I TRIMESTRE	I Trimestre del 2024	ESTADO
	100%	CUMPLE



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



8-7405030



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



El resultado del presente periodo es del 100% por lo tanto cumple debido a que la meta quedo establecida en 90% no se tomaron los indicadores que pasaron a medición anual y a los cuales no se les hizo seguimiento en el presente trimestre.

RECOMENDACIONES

- ✓ 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 facturación, de cobro persuasivo y los necesarios para corroborar los elementos de la fórmula establecida.
- ✓ Los indicadores en DARUMA, aportados como evidencia deben coincidir en el resultado y el periodo correspondiente al seguimiento, con el fin de facilitar la verificación y análisis del cumplimiento de estos.
- ✓ Teniendo en cuenta las modificaciones realizadas por los lideres en actas suscrita por el proceso es importante que se realice actualización al: Programa de gestión Institucional PROGRAMA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LOS RECURSOS FINANCIEROS (PEGIF)
- ✓ Es necesario definir responsable y área a la que se trasladan los indicadores que fueron eliminados según acta de definición del plan operativo anual 2024: "% incremento utilización de quirófano y "utilización de la capacidad instalada" teniendo en cuenta que no están incluidos en el plan financiero y que deben evaluarse periódicamente.

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 que los recursos contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la entidad.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO 1er 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 PRIMER TRIMESTRE	100%	ESTADO
		CUMPLE

ANÁLISIS DE INDICADORES

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



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



SEGUIMIENTO TRIMESTRAL AL COMPORTAMIENTO DE LOS CENTROS DE COSTO:

El proceso presenta el informe trimestral del primer trimestre de 2024 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 al indicador.

8

Se observa desproporción en la distribución de los costos por materiales de los centros de costos de oficinas asesoras, oficina asesora jurídica y oficina asesora de desarrollo de servicios, dado que la estructura de centros de costos de la entidad define en la unidad funcional "oficinas asesoras" como se observa en la imagen tres centros de costos: Oficinas asesoras, oficina asesora jurídica y oficina asesora de desarrollo de servicios; siendo esta última la que más demandaría costos por que consolida las oficinas de calidad, comunicaciones, planeación, publicidad y gestión ambiental . Se recomienda rectificar esta asignación de costos.

UNIDADES DE NEGOCIO ADMINISTRATIVA MARZO 2024

CENTRO DE COSTO	GASTOS GENERALES	MATERIALES	MANO DE OBRA	COSTO PRIMO
SUB GER. ACTIVA FINANCIERA	12.440.953	3.841.687	147.292.670	163.575.310
SUB GER. SERVICIOS SALUD	8.021.343	5.328.844	133.937.409	147.287.596
GERENCIA	15.875.444	2.801.984	186.779.561	205.456.989
OFICINAS ASESORAS	20.501.981	67.057.387	209.605.791	297.165.159
OFICINA ASESORA JURIDICA	19.837.438	-	235.300.740	255.138.178
OFICINA ASESORA DESARROLLO DE SERVICIOS	45.490.901	-	573.891.184	619.382.085
TALENTO HUMANO	15.228.857	6.967.819	146.432.322	168.628.998
CARTERA	10.620.980	2.891.619	85.006.599	98.519.198
FACTURAC. ADMIS. AUD. MEDICA	83.933.339	1.312.671	1.181.697.750	1.266.943.760

Fuente: Informe de Costos

CLASIFICACION DE CENTROS DE COSTO	UNIDADES FUNCIONALES	CODIGO	CENTROS DE COSTO	OFICINAS O SERVICIOS QUE PERTENECEN AL CENTRO DE COSTO
ADMINISTRATIVOS	DIRECCION	10010	SUB GERENCIA ACTIVA FINANCIERA	SUB GERENCIA ACTIVA FINANCIERA
		10020	SUB GERENCIA SERVICIOS SALUD	SUB GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
		10030	GERENCIA	GERENCIA
	OFICINAS ASESORAS	1201	OFICINAS ASESORAS	COMERCIAL, CONTROL INTERNO, REVISORIA FISCAL
		1202	OFICINA ASESORA JURIDICA	OFICINA JURIDICA, CONTRATACION
		1203	OFICINA ASESORA DESARROLLO DE SERVICIOS	DESARROLLO DE SERVICIOS, CALIDAD, COMUNICACIONES, PLANEACION, PUBLICIDAD, GESTION AMBIENTAL
	FINANCIERA Y TALENTO HUMANO	1301	TALENTO HUMANO	TALENTO HUMANO, SALUD OCUPACIONAL
		1302	CARTERA	CARTERA
		1303	FACTURACION ADMISIONES Y AUDITORIA MEDICA	FACTURACION, ADMISIONES, AUDITORIA MEDICA, AUTORIZACIONES, ASIGNACION ETIAS
		1304	FINANCIERA	CALIA GENERAL, TESORERIA, PRESUPUESTO, CONTABILIDAD, COSTOS

Fuente: Estructura centros de costos HUSRT

SEGUIMIENTO DE COSTOS DE PAQUETES INSTITUCIONALES:

En el soporte aportado se evidencia el cumplimiento de costos evaluados según la programación para el I trimestre de 2024. De las 6 actividades planeadas se efectuaron 6. La planeación deberá estar aprobada y firmada por quienes en ella intervengan. Es importante aportar la socialización y/o comunicación del informe al comité directivo y dejar evidencia de esta.

SEGUIMIENTO DE COSTOS A SERVICIOS Y ESPECIALIDADES

Según los 38 informes enviados como evidencia a 38 especialidades planeadas se les hizo análisis de costos. Por lo anterior cumple con la meta.

El documento de planeación de paquetes y especialidades se requiere con formalidades, entre estas quienes conciertan la programación, firmas y fecha de emisión del documento.

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE I TRIMESTRE
Línea base del programa de prevención de daño antijurídico HUSRT	Definición línea base del programa de prevención de Daño Antijurídico	100%	100%



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



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%
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 PRIMER 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 primer trimestre:

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

Si bien la actividad cumple con el indicador propuesto, que es la Línea base del programa de prevención de daño antijurídico HUSRT, el proceso presenta un informe consolidado que aborda las causas litigiosas, las acciones presentadas y sus respectivos porcentajes de frecuencia. Se recomienda centrarse más en la prevención del despliegue. Aunque el informe contiene datos específicos relacionados con la línea base, es importante medir el impacto desde su implementación, con el fin de identificar oportunidades

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

Según revisión de la evidencia proporcionada por el proceso, la Oficina de Control Interno ha observado y destacado varios aspectos que requieren atención. A pesar de que el proceso ha cumplido con las actividades virtuales aprobadas en el Comité de Conciliación, según lo mencionado en el informe, al profundizar en el análisis se realiza las siguientes sugerencias y acciones de mejora importantes que merecen ser abordadas:

El informe debería incluir recomendaciones concretas sobre el impacto de las acciones realizadas en el marco de las actividades virtuales. Esto implica evaluar cómo estas acciones han contribuido a los objetivos generales del programa y qué medidas pueden tomarse para maximizar su efectividad en el futuro, con el fin de garantizar la eficacia y el éxito continuo de las actividades virtuales en el marco del programa, es fundamental que el informe no solo presente los resultados de manera descriptiva, sino que



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



también incluya un análisis crítico, identifique áreas de mejora y ofrezca recomendaciones concretas para maximizar el impacto de las acciones implementadas. Además, se enfatiza la importancia de la medición del impacto y el análisis continuo de datos como herramientas esenciales para impulsar la mejora continua y la excelencia operativa.

10

A su vez se recomienda presentar estos resultados al Comité de Conciliación a fin de socializar el trabajo realizado.

- 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.

Después de analizar la evidencia proporcionada por el proceso, se observa que el informe contiene recomendaciones claras y específicas derivadas del análisis realizado. Sin embargo, como recomendación adicional, la Oficina de Control Interno señala que, si bien el informe se radica a la líder de planeación en cumplimiento del POA y se dirige al área de planeación de la entidad, no se evidencia que estas recomendaciones estén siendo dirigidas a las dependencias responsables de abordarlas.

Es crucial que las recomendaciones derivadas del análisis se dirijan de manera explícita a los procesos que tengan la responsabilidad de implementarlas. Esto garantizará que las acciones correctivas o mejoras propuestas se aborden de manera efectiva y se traduzcan en un impacto real en la operación y el cumplimiento de los objetivos del programa.

- 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.

Del análisis de la evidencia aportada por el proceso la oficina de Control Interno concluye lo siguiente si bien se reporta que Las recomendaciones presentadas se centran en dos puntos clave

1. Responsabilidad Interna: Cada servicio debe asumir la responsabilidad de implementar mejoras derivadas del análisis de eventos adversos.
2. Comunicación y Retroalimentación: Es esencial difundir entre los profesionales involucrados y otros servicios clínicos las medidas adoptadas y los resultados obtenidos, promoviendo así un ambiente de aprendizaje y prevención de eventos adversos.

1.4 PROGRAMA DE ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE I TRIMESTRE
Cumplimiento de obra (Construcción)	Construcciones ejecutadas / Construcciones solicitadas	90%	N/A
Cumplimiento de obra (Adecuación)	Adecuaciones ejecutadas / Adecuaciones solicitadas	90%	N/A



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



Porcentaje avance de obra (Mejoramiento)	% Avance real / % Avance proyectado	90%	N/A
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 PRIMER 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 primer trimestre se efectúa evaluación a todos los indicadores. A continuación, se describen las acciones ejecutadas para cada uno de ellos.

CUMPLIMIENTO DE OBRA (CONSTRUCCIÓN):

Este indicador de medición semestral, por tanto, no aplica para la evaluación de este trimestre.

CUMPLIMIENTO DE OBRA (ADECUACIÓN)

Este indicador de medición semestral, por tanto, no aplica para la evaluación de este trimestre.

PORCENTAJE AVANCE DE OBRA (MEJORAMIENTO)

Este indicador de medición semestral, por tanto, no aplica para la evaluación de este trimestre.

ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO

El líder del proceso anexa evidencias en la carpeta «Programa de mantenimiento» en la que se encuentra el «POA PRIMER TRIMESTRE 2024», se describen las actividades de mantenimiento realizadas en el primer trimestre de 2024 y soportadas en el formato diligenciado «REPORTE DE SOLICITUDES DE ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVOS Y ASISTENCIALES» MAN-F-22, allí se encuentran relacionados cada una de las solicitudes de mantenimientos correctivos y su ejecución para los meses de:

Enero: solicitudes 111, ejecutados 111

Febrero: solicitudes 123, ejecutados 123

Marzo: solicitudes 67, ejecutados 67

Esta información fue verificada ingresando al software Daruma/modulo indicadores /indicador 586 «Ejecutar actividades de mantenimiento correctivo» coincidiendo con la información reportada, y dando cumplimiento a la meta del indicador para este primer trimestre.

ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

El líder del proceso presenta informe, en el que se muestran las actividades de mantenimientos predictivos, ejecutados para este primer trimestre del 2024 y soportadas en el documento «PLAN DE



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



MANTENIMIENTO 2024 – 1ER TRIMESTRE.xlsx» se realizó verificación aleatoria de actividades y su respectivo soporte en físico y se verificó la información en el software Daruma /modulo indicadores /indicador 585 «Ejecutar actividades de Mantenimiento preventivo» observando lo siguiente:

Enero: 26 mantenimientos preventivos programados y 26 realizados.

Febrero: 83 mantenimientos preventivos programados y 83 ejecutados.

Marzo: 30 mantenimientos preventivos programados y 30 ejecutados

Con las evidencias aportadas se verificó que el proceso da cumplimiento a la meta del indicador para este Primer trimestre de 2024

RECOMENDACIÓN

Se insta al proceso continuar con el nivel de ejecución, respecto a las actividades programadas y ejecutadas para, mantener a la meta del indicador.

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	AVANCE
%cumplimiento cronograma de intervención clima laboral	No. Actividades realizadas/Total de actividades programadas	$\geq 90\%$	Anual	N/A
% de satisfacción del desarrollo de los programas contenidos en el PEGITH	Sumatoria de respuestas positivas / Número total de preguntas	$\geq 80\%$	Semestral	N/A
% de cumplimiento actividades de capacitación	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	$\geq 90\%$	Semestral	N/A
%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	$\geq 20\%$	Anual	N/A
% de cumplimiento actividades de bienestar	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	90%	Semestral	N/A
Situaciones Administrativas	Total, situaciones administrativas atendidas en términos / Total situaciones administrativas recibidas o a gestionar en el período	90%	Semestral	N/A
Cumplimiento estrategia construyendo en familia para trabajar con el alma	Número de colaboradores asistentes a los procesos formativos / Total de colaboradores que confirmen participación	30%	Semestral	N/A

Fuente: Plan Operativo: Programa Gestión de Talento Humano

Para el indicador "% de satisfacción del desarrollo de los programas contenidos en el PEGITH", su cumplimiento es semestral, por tal razón no se evidencia para el periodo evaluado en la tabla.

El indicador "% de cumplimiento actividades de capacitación" se evalúa semestralmente, por lo tanto, no es objeto de verificación.

Debido a que el indicador "% de cumplimiento actividades de bienestar" se mide cada semestre, no se refleja en el periodo evaluado



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 cumplimiento del indicador "% de cumplimiento actividades de bienestar" se refleja semestralmente, por esta razón, no se observa en el periodo evaluado.

Dado que el indicador "% de satisfacción del desarrollo de los programas contenidos en el PEGITH" tiene una medición semestral, no se evidencia en el periodo bajo evaluación en la tabla.

13

Este indicador "% de cumplimiento actividades de capacitación" se refleja en un cumplimiento semestral, por tal esta razón, no se observa en el periodo evaluado.

El indicador "% de cumplimiento actividades de bienestar" se mide semestralmente, por tal razón, no se observa en el periodo evaluado.

Debido a que el cumplimiento del indicador "% de satisfacción del desarrollo de los programas contenidos en el PEGITH" es semestral, por tal esta razón, no se observa en el periodo evaluado.

Como el indicador "% de cumplimiento actividades de capacitación" se evalúa semestralmente, por tal razón, no se observa en el periodo evaluado.

El cumplimiento semestral del indicador "% de cumplimiento actividades de bienestar" por tal esta razón, no se observa en el periodo evaluado.

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 primer trimestre del 2024 observando lo siguiente:

GESTIÓN CLÍNICA – HOSPITALIZACIÓN

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	PRIMER TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio primer 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	100	Medido	100	39,33	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	82,5
OPORTUNIDAD	1693	24	Oportunidad en la realización de las interconsultas por especialistas en el servicio de internación	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	100	Medido	100	6,27	En Metas	Apropiado	100	
PERTINENCIA	1730	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	100	Medido	100	88,18%	En Metas	Apropiado	100	
SEGURIDAD	935	4	Índice de pacientes hospitalizados que desarrollan Ulceras por Presión	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	100	Medido	100	2,15	En Metas	Apropiado	100	
CONTINUIDAD	955	10	Tasa de reintegro de pacientes hospitalizados en menos de 15 días, consolidado	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	100	Medido	100	2,67	En Metas	Apropiado	100	
GESTIÓN DEL RIESGO	1553	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consolidado	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	100	Medido	100	73,88%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	
SATISFACCIÓN	1714	80%	Tasa de Satisfacción en Hospitalización (SIAU)	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	100	Medido	100	97,77%	En Metas	Apropiado	100	
HUMANIZACIÓN	1721	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Hospitalización (Humanización)	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	100	Medido	100	99,07%	En Metas	Apropiado	100	

Fuente: Consolidado modelo de atención primer trimestre 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



GESTIÓN QUIRÚRGICA

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	PRIMER TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio primer trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
ACCESIBILIDAD	78	5%	Proporción de cancelación de cirugía por causa institucional	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	100	Medido	100	0,52%	En Metas	Apropiado	100	73,75
OPORTUNIDAD	1	35	Oportunidad en la realización de cirugía programada	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	100	Medido	100	37,41	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	
PERTINENCIA	1731	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías de gestión quirúrgica	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	100	Medido	100	83,33%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	
SEGURIDAD	1408	80%	Porcentaje de adherencia a la buena práctica de cirugía segura	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	100	Medido	100	97,47%	En Metas	Apropiado	100	
CONTINUIDAD	1727	10	Tasa de Reingresos en el paciente quirúrgico a hospitalización antes de 15 días	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	100	Medido	100	2,57	En Metas	Apropiado	100	
GESTIÓN DEL RIESGO	337	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Sala de Cirugía	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	100	Medido	100	73,42%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	
SATISFACCIÓN	1715	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Salas de Cirugía (SIAU)	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	100	Medido	100	99,57%	En Metas	Apropiado	100	
HUMANIZACIÓN	1741	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Salas de Cirugía (Humanización)	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	100	Medido	100	95,73%	En Metas	Apropiado	100	

Fuente: Consolidado modelo de atención primer trimestre de 2024

URGENCIAS

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	PRIMER TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio primer trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
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	20,81	En Metas	Apropiado	100	91,25
OPORTUNIDAD	1692	10	Oportunidad en la realización de las interconsultas por especialistas en el servicio de urgencias	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	5,64	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	87,87%	En Metas	Apropiado	100	
SEGURIDAD	1706	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de urgencias	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	93,33%	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	0,07%	En Metas	Apropiado	100	
GESTIÓN DEL RIESGO	251	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Urgencias	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	57,02%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	
SATISFACCIÓN	1716	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Urgencias (SIAU)	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	97,88%	En Metas	Apropiado	100	
HUMANIZACIÓN	1722	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Urgencias (Humanización)	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	97,97%	En Metas	Apropiado	100	

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	PRIMER TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio primer trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
ACCESIBILIDAD	1774	30%	Accesibilidad a UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	29,18%	En Metas	Apropiado	100	91,25
OPORTUNIDAD	1738	2	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	3,23	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	96,36%	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	100,00%	En Metas	Apropiado	100	
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	0,15%	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	77,51%	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	100,00%	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	99,46%	En Metas	Apropiado	100	

Fuente: Consolidado modelo de atención primer trimestre 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



UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	PRIMER TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio primer trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
ACCESIBILIDAD	1775	40%	Accesibilidad a UCI Pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	100	Medido	100	11,61%	En Metas	Apropiado	100	100
OPORTUNIDAD	1777	160	Oportunidad al ingreso al servicio de UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	100	Medido	100	113,43	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	99,17%	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	96,47%	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	100

Fuente: Consolidado modelo de atención primer trimestre de 2024

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	PRIMER TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio primer trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
ACCESIBILIDAD	1776	70%	Accesibilidad a UCI Neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	100	Medido	100	50,78%	En Metas	Apropiado	100	100
OPORTUNIDAD	1703	2	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas en UCI Neonatal al Servicio de Urgencias	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	100	Medido	100	1,64	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	100	Medido	100	93,75%	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	100	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	100	Medido	100	61,44%	En Metas	Apropiado	100	
GESTIÓN DEL RIESGO	259	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	100	Medido	100	92,58%	En Metas	Apropiado	100	
SATISFACCIÓN	1719	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Neonatal (SIAU)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	100	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100	
HUMANIZACIÓN	1723	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de UCI Neonatal (Humanización)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	100	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100	100

Fuente: Consolidado modelo de atención primer trimestre de 2024

CONSULTA EXTERNA

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	PRIMER TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio primer trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
ACCESIBILIDAD	1742	15	Proporción de llamadas contestadas en asignación de citas médicas	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	100	Medido	100	19,60	En Metas	Apropiado	100	82,5
OPORTUNIDAD	1743	15	Oportunidad en la asignación de citas en consulta externa consolidado	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	100	Medido	100	5,06	En Metas	Apropiado	100	
PERTINENCIA	1744	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	100	Medido	100	73,27%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	
SEGURIDAD	1745	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en Consulta Externa y Servicios de Apoyo	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	100	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100	
CONTINUIDAD	1262	10%	Proporción de retraso inicial al ingreso al PMC ambulatorio, Hospitalización	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	100	Medido	100	1,43%	En Metas	Apropiado	100	
GESTIÓN DEL RIESGO	263	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	100	Medido	100	63,18%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	
SATISFACCIÓN	1746	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (SIAU)	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	100	Medido	100	96,57%	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	100	Medido	100	99,74%	En Metas	Apropiado	100	100

Fuente: Consolidado modelo de atención primer trimestre de 2024

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



SC-CER906254
PROGRAMA
MADRE CANGURO

SA-CER560814

OS-CER559527

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	AMBITO	PRIMER TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO
ACCESIBILIDAD	1748	Menor a 24 horas	Tiempo promedio de espera para asignación de cama en hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	39,33	No Cumple la Meta
OPORTUNIDAD	1	35	Oportunidad en la realización de cirugía programada	GESTIÓN QUIRÚRGICA	37,41	No Cumple la Meta
OPORTUNIDAD	1738	2	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	3,23	No Cumple la Meta
GESTIÓN DEL RIESGO	1553	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consolidado	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	73,88%	No Cumple la Meta
GESTIÓN DEL RIESGO	337	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Sala de Cirugía	GESTIÓN QUIRÚRGICA	73,42%	No Cumple la Meta
GESTIÓN DEL RIESGO	251	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Urgencias	URGENCIAS	57,02%	No Cumple la Meta
GESTIÓN DEL RIESGO	263	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	63,18%	No Cumple la Meta
PERTINENCIA	1731	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías de gestión quirúrgica	GESTIÓN QUIRÚRGICA	83,33%	No Cumple la Meta
PERTINENCIA	1744	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	73,27%	No Cumple la Meta

Fuente: Consolidado modelo de atención primer trimestre de 2024

Con corte al primer trimestre de 2024 la líder de gestión clínica y programas adjunta informe del avance y evidencias por ámbito, indicador y atributo. El cumplimiento global arroja resultado de 84%, valor que supera la meta establecida que es del 80%, los servicios y/o ámbitos que arrojaron porcentajes inferiores a la meta fueron: Gestión clínica (indicador -Tiempo promedio de espera para asignación de cama en hospitalización y Adherencia al protocolo de lavado de manos-Consolidado),Gestión Quirúrgica (Indicadores: Oportunidad en la realización de cirugía programada, Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías de gestión quirúrgica y Adherencia al protocolo de lavado de manos - Sala de Cirugía) y Apoyo Servicios de salud (indicadores: Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Consulta Externa, Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consulta Externa), lo cual se explica detalladamente a continuación.

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: 39,33 horas (no cumple meta), de acuerdo al análisis realizado por la líder de Indicador con tendencia a la estandarización con



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



relación al trimestre anterior, dado por similar número de ingresos a hospitalización, se realiza asociación de fallas trimestral teniendo en cuenta que si bien es cierto la tendencia puede disminuir no es posible cumplir meta establecida teniendo en cuenta la capacidad instalada de la institución, los cierres de servicios de la ESE Santiago de Tunja y la baja capacidad resolutoria de las Instituciones prestadoras de servicios de salud de los niveles inferiores también se relacionan con el no cumplimiento de este indicador

17

El indicador 1 Oportunidad en la realización de cirugía programada, cuya meta es: **Menor a 35 días**, obtuvo para este trimestre un Resultado: 37,41 horas (no cumple meta), de acuerdo al análisis realizado por la líder No se da incumplimiento a la meta institucional pues varias especialidades contaban con un número extenso de pendientes en lista de espera, sin embargo la capacidad instalada de quirófanos es insuficiente para la demanda de pacientes para programar, adicionalmente se realizó asociación de fallas del indicador con el fin de que estas mismas especialidades incrementaran sus jornadas para que de esta manera se logre brindar una oportuna atención a estos pacientes

El indicador 1738 Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos cuya meta: Menor a 2 horas obtuvo para este trimestre un Resultado: 3,23 horas (no cumple meta), de acuerdo con el análisis realizado por la líder de programas indica que este Indicador esta fuera de meta, sin embargo, se observa una disminución considerable en el tiempo de respuesta a interconsultas con relación a los meses anteriores. No se formulan acciones de mejora ya que se encuentra en seguimiento por el área de control interno y tiene formulado el Plan de Acción PA-240-011 el cual tiene actividades hasta 30 de septiembre

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 1553 Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consolidado cuya meta: 75% obtuvo para este trimestre un Resultado: 73,58 (no cumple meta), de acuerdo al análisis realizado por la líder de programas indica que para este trimestre debido a que el personal de la institución, conocía al integrante de comité de infecciones que realizaba las mediciones a la adherencia al protocolo de lavado de manos, arrojaba resultados sobre el 95 %, por lo que, se realizó un cambio en la metodología de evaluación, en donde se establece personal oculto nuevo, para la medición y un cambio de auxiliar de enfermería en el comité de infecciones, lo que ocasiona una baja en el porcentaje de cumplimiento a los servicios. Por lo anterior se realiza intervención con talleres y retroalimentaciones para adherencia a lavado de manos.

El indicador 337 Adherencia al protocolo de lavado de manos - Sala de Cirugía - Consolidado cuya meta: 75% obtuvo para este trimestre un Resultado: 73,42 (no cumple meta), de acuerdo al análisis realizado por la líder de programas indica que para este trimestre Debido a que el personal de la institución, conocía al integrante de comité de infecciones que realizaba las mediciones a la adherencia al protocolo de lavado de manos, arrojaba resultados sobre el 95 %, por lo que, se realizó un cambio en la metodología de evaluación, en donde se establece personal oculto nuevo, para la medición y un cambio de auxiliar de enfermería en el comité de infecciones, lo que ocasiona una baja en el porcentaje de cumplimiento a los servicios. Por lo anterior comité de infecciones realiza intervención con talleres y retroalimentaciones para adherencia a lavado de manos.

El indicador 251 Adherencia al protocolo de lavado de manos - Urgencias - Consolidado cuya meta: 75% obtuvo para este trimestre un Resultado: 57,02 (no cumple meta), de acuerdo al análisis



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



realizado por la líder de programas indica que para este debido a que el personal de la institución, conocía al integrante de comité de infecciones que realizaba las mediciones a la adherencia al protocolo de lavado de manos, arrojaba resultados sobre el 95 %, por lo que, se realizó un cambio en la metodología de evaluación, en donde se establece personal oculto nuevo, para la medición y un cambio de auxiliar de enfermería en el comité de infecciones, lo que ocasiona una baja en el porcentaje de cumplimiento a los servicios. Por lo anterior se realiza intervención con talleres y retroalimentaciones para adherencia a lavado de manos.

18

El indicador 263 Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consulta Externa- Consolidado cuya meta: 75% obtuvo para este trimestre un Resultado: 63,18% (no cumple meta), de acuerdo al análisis realizado por la líder de programas indica que para este debido a que el personal de la institución, conocía al integrante de comité de infecciones que realizaba las mediciones a la adherencia al protocolo de lavado de manos, arrojaba resultados sobre el 95 %, por lo que, se realizó un cambio en la metodología de evaluación, en donde se establece personal oculto nuevo, para la medición y un cambio de auxiliar de enfermería en el comité de infecciones, lo que ocasiona una baja en el porcentaje de cumplimiento a los servicios. Por lo anterior se realiza intervención con talleres y retroalimentaciones para adherencia a lavado de manos

El indicador 1731 Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías de gestión quirúrgica - Consolidado cuya meta: 85% obtuvo para este trimestre un Resultado: 83,33% (no cumple meta), de acuerdo al análisis realizado por la líder de programas indica que El resultado del indicador muestra el porcentaje de adherencia a guías de práctica clínica para el primer trimestre, del proceso de gestión quirúrgica del 83%, presentándose un comportamiento decreciente, respecto al 88% del IV trimestre del año 2023, además de no encontrarse dentro de la meta mínima institucional, se evalúa el comportamiento del porcentaje de adherencia donde se mide la guía de apendicitis con un cumplimiento del 89% y la GPC de Hernias de pared abdominal con un cumplimiento del 74%, la principal causa de no cumplimiento se asocia a él no diligenciamiento de escalas de clasificación de hernias y las descripciones quirúrgicas del material (densidad de la malla usada), desde el programa adherencia a guías se evalúa lista de chequeo y se considera que por la concepción del instrumento en cuanto al número de preguntas el margen de error es muy poco. Se establecerá plan de mejora con la especialidad de Cirugía General

El indicador 1744 Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Consulta Externa cuya meta: 85% obtuvo para este trimestre un Resultado: 73,27% (no cumple meta), de acuerdo al análisis realizado por la líder de programas indica que este Indicador esta fuera de meta, El resultado del indicador muestra el porcentaje de adherencia a guías de práctica clínica en consulta externa en el cual se mide la guía de: falla cardíaca, hipertensión arterial, obesidad e hipotiroidismo, el cual reporta un promedio de cumplimiento del 73%; cumplimiento que se encuentra fuera de meta establecida del 85%; el indicador presenta una tendencia decreciente respecto al trimestre anterior que reportó un promedio de cumplimiento del 87,9%, siendo la primera vez que cumple con la adherencia. Se presenta el cumplimiento por especialidad: Medicina Interna GPC de Hipertensión Arterial: con un cumplimiento de 64%, y para la especialidad de Cardiología, GPC de Insuficiencia Cardíaca con un cumplimiento de 93%, de igual manera se continua medición para la especialidad de Endocrinología de GPC de manejo de Obesidad con un cumplimiento del 68%, y GPC de Hipotiroidismo con un cumplimiento de 70%. Se muestra una tendencia decreciente en todas las mediciones de las la guías de: hipertensión arterial, obesidad e hipotiroidismo y falla cardíaca, los principales hallazgos se relacionan respecto a signos de alarma y educación de paciente, q se miden tanto en HC, como en manejo de Patología



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



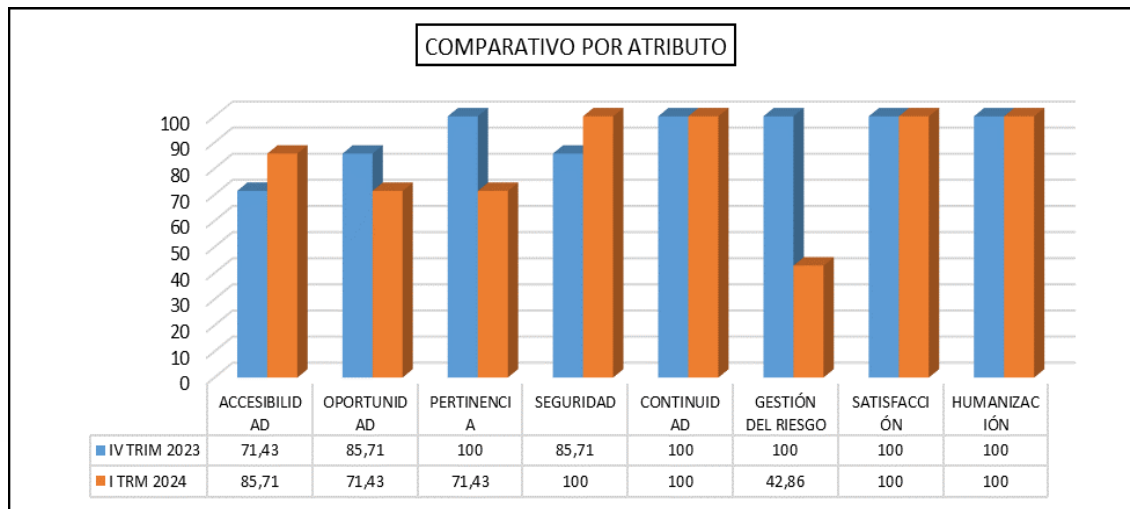
COMPORTAMIENTO ATRIBUTOS PRIMER TRIMESTRE 2024

Al realizar un comparativo de los atributos entre el último trimestre 2023 y el primer trimestre de 2024, se evidencia una tendencia decreciente en los indicadores de oportunidad, pertinencia y gestión del riesgo, un incremento en los atributos de accesibilidad y seguridad, por otro lado, para el caso de continuidad, satisfacción y humanización se mantiene con un porcentaje del 100%

19

ATRIBUTO	IV TRIM 2023	I TRM 2024
ACCESIBILIDAD	71,43	85,71
OPORTUNIDAD	85,71	71,43
PERTINENCIA	100	71,43
SEGURIDAD	85,71	100
CONTINUIDAD	100	100
GESTIÓN DEL RIESGO	100	42,86
SATISFACCIÓN	100	100
HUMANIZACIÓN	100	100
CUMPLIMIENTO ATRIBUTO	92,86	83,92

Fuente: Informe modelo atención vigencia 2024



Fuente: Informe modelo atención vigencia 2024

Al realizar un comparativo de los ámbitos entre el último trimestre 2023 y el primer trimestre de 2024, se evidencia una tendencia decreciente en los servicios de Gestión clínica, Gestión quirúrgica, urgencias y consulta externa, un incremento en los ámbitos de UCI adulto, por otro lado, para el caso de UCI pediátrica y neonatal se mantiene con un porcentaje de cumplimiento del 100%



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



En lo relacionado a gestión del riesgo que fue el atributo que obtuvo menor puntaje ya se tienen mesas de trabajo y planes de mejora en los distintos servicios a con el fin de lograr su cumplimiento y que a su vez se refleje en la atención con calidad a toda nuestra población.

SERVICIO.AMBITO	IV TRIM 2023	I TRM 2024
GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	91,25	82,50
GESTIÓN QUIRÚRGICA	100	73,75
URGENCIAS	100	91,25
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	82,5	91,25
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	100	100
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	100	100
CONSULTA EXTERNA	91,25	82,50
CUMPLIMIENTO AMBITO	95	88,75

Fuente: Informe modelo atención vigencia 2024

Para el primer trimestre de 2024, se da cumplimiento a la meta trimestral del programa estratégico Modelo atención, obteniendo un resultado del 84% porcentaje superior a la meta establecida que es del 80%

FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO PRIMER TRIMESTRE	ESTADO
Promedio de cumplimiento de indicadores del modelo	$\geq 80\%$	84%	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:

- 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 I TRIMESTRE	ESTADO
Proporción de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	$> 90\%$	95%	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



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	$\geq 80\%$	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 cumplan en el periodo según cronograma / Total de ítems evaluado en el periodo según cronograma .x100	$\geq 80\%$	83%	CUMPLE
Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente	Acciones de control ejecutadas / Acciones de control identificadas	$\geq 65\%$	85%	CUMPLE

21

El proceso responsable presento Informe de cada indicador medido, en cuanto al análisis del indicador **Proporción de vigilancia de eventos adversos del primer 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 95%, porcentaje que cumple con la meta establecida que es $>90\%$

Con corte al primer trimestre del 2024, 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 95%, sin embargo, se evidencio que el proceso que no cumple meta establecida fue Gestión farmacéutica con un 62%.

Adicionalmente se observó que los siguientes procesos tienen pendiente el análisis de eventos adversos

1. Atención de urgencias, pendientes de análisis tres (3) eventos, correspondientes al mes de marzo de 2024, dentro de términos
2. Gestión farmacéutica, pendientes 5 de análisis, correspondientes al mes de marzo de 2024, dentro de términos
3. Habilitación, pendiente un evento relacionado con (Perforación base de apéndice por carencia de instrumental quirúrgico), evento notificado el 26 de febrero de 2024. Evento fuera de término.

Se recuerda que el plazo máximo para análisis de eventos es 45 días (30 días investigación y 15 de análisis) según Manual de sistema de reportes y gestión de eventos relacionados con la atención en salud CA-M-09

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.

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 91%

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



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



Para este trimestre se evidencio que de la 9 evaluaciones de adherencia 2 (trasfusión segura y traslado de pacientes) obtuvieron un porcentaje del 81% de cumplimiento, se recomienda para el caso de transfuncion segura enfatizar en mejorar la adherencia mediante la realización de la valoración inicial al paciente por parte del médico previo al inicio de la transfusión, a su vez se recomienda mejor la adherencia en el registro de notas de enfermería a la finalización de la transfusión y registrar en la historia clínica si se presentaron o no reacciones adversas durante la transfusión, para el caso de traslado de pacientes se recomienda a los camilleros aumentar la adherencia en recibir al paciente en el servicio y así mismo entregarlo al servicio de destino de acuerdo al protocolo ENF-PT-39.

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 sé que 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 83%, porcentaje que da cumplimiento a la meta establecida que es del $\geq 80\%$

El proceso que arrojó el menor cumplimiento (69%) en la implementación se da en gestión farmacéutica, porque se encuentra en proceso de autoevaluación

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 85%, porcentaje que da cumplimiento a la meta establecida que es del $\geq 65\%$, sin embargo, se evidencio que el proceso que no cumple meta establecida fue Gestión quirúrgica con el 50% y Urgencias sin avance.

Es importante aclarar que la líder de seguridad del paciente mediante correo electrónico de fechas 06 de febrero y 23 de marzo de 2024 solicito el envío de las matrices de riesgos actualizadas acorde a las orientaciones dadas en mesas de trabajo anteriores.

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 criterio de medición, como se muestra en la siguiente imagen:



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



8-7405030



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



ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA			
MATRIZ DE CUMPLIMIENTO A INDICADORES - PROGRAMA DE ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO			
SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODO EVALUADO	% CUMPLIMIENTO TRIMESTRE EVALUADO
		I TRIMESTRE	
Programa - Rehabilitación Pulmonar	Indicador: Diagnóstico situacional		100%
	Indicador: Documento del programa		
	Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.		
	Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores		
	Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa	100%	
Programa - Clínica de obesidad	Indicador: Diagnóstico situacional		100%
	Indicador: Documento del programa		
	Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.		
	Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores		
	Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa	100%	
Programa - Pié diabético	Indicador: Diagnóstico situacional		100%
	Indicador: Documento del programa		
	Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.		
	Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores		
	Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa	100%	
Programa - Clínica de anticoagulación	Indicador: Diagnóstico situacional		100%
	Indicador: Documento del programa		
	Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.		
	Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores		
	Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa	100%	
Programa - Hospital seguro contra la trombosis	Indicador: Diagnóstico situacional		100%
	Indicador: Documento del programa		
	Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.		
	Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores		
	Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa	100%	
Laboratorio de pruebas de función pulmonar	Indicador: Diagnóstico situacional y justificación		100%
	Indicador: porcentaje de cumplimiento Res 3100 (avance según cronograma)		
	Indicador: Estudio de costos, estudio de mercado y estudios precontractuales.		
	Indicador: Operación y Producción.	100%	
	Indicador: Diagnóstico situacional y justificación		
Endocrinología Pediátrica	Indicador: porcentaje de cumplimiento Habilitación según Res 3100		100%
	Indicador: Estudio de costos, estudio de mercado y estudios precontractuales.		
	Indicador: Operación y Producción.	100%	
	Indicador: Diagnóstico situacional y justificación		
	Indicador: porcentaje de cumplimiento Habilitación según Res 3100		
Microcirugía	Indicador: porcentaje de cumplimiento Habilitación según Res 3100		100%
	Indicador: Estudio de costos, estudio de mercado y estudios precontractuales.		
	Indicador: Operación y Producción.	100%	
	Indicador: Diagnóstico situacional y justificación		
	Indicador: porcentaje de cumplimiento Habilitación según Res 3100		
Comité de Bioética	Resolución de conformación del comité		100%
	Promedio de cumplimiento periodicidad de reuniones.	100%	
	Promedio de cumplimiento tareas y compromisos en cada comité	100%	
	Avance de planes de trabajo y acciones de mejora	100%	
	Porcentaje de cumplimiento en análisis de eventos solicitados a revisión por el Comité	100%	
Programa de Donación de Órganos	Indicador: Diagnóstico situacional		100%
	Indicador: Documento del programa		
	Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.		
	Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores		
	Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa	100%	
Uci coronaria	Indicador: Diagnóstico situacional		100%
	Indicador: fase preoperatoria y documentación		
	Indicador: porcentaje de cumplimiento Res 3100 (avance según cronograma)		
	Habilitación (avance según cronograma)		
	Indicador: porcentaje de implementación (avance según cronograma)	100%	
Programa Rehabilitación Cardíaca	Indicador: Diagnóstico situacional		100%
	Indicador: Documento del programa		
	Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.		
	Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores		
	Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa	100%	
Programa Clínica del Dolor y Cuidado Paliativo	Indicador: Diagnóstico situacional y justificación		100%
	Indicador: porcentaje de cumplimiento Habilitación según Res 3100		
	Indicador: Estudio de costos, estudio de mercado y estudios precontractuales.		
	Indicador: Operación y Producción.	100%	
	Indicador: Diagnóstico situacional y justificación		

Fuente: informe programa de alta complejidad y seguimiento comunitario



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

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

PROGRAMA	CUMPLIMIENTO I TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO GLOBAL VIGENCIA 2024
Programa clínica de obesidad	100%	95%
Programa de pie diabético	100%	
Programa hospital seguro contra la trombosis	100%	
Programa clínica de anticoagulación	100%	
Programa de donación de órganos	100%	
Comité de bioética	100%	
Laboratorio de pruebas de función pulmonar	100%	
Microcirugía	30%	
Endocrinología pediátrica	100%	
UCI Coronaria	100%	
Programa de Rehabilitación Cardíaca	100%	
Programa Clínica de Dolor y Cuidado Paliativo	100%	

Fuente: Informe alta complejidad corte primer trimestre 2024

Con corte al primer trimestre de 2024 la líder de gestión clínica y programas adjunta informe del avance y evidencias por programa y especialidad. El porcentaje de avance acumulado de los 13 programas arroja resultado de 95%, valor que supera la meta establecida que es del 90%. El programa que obtuvo el menor valor y que no cumple la meta establecida fue Microcirugía con un porcentaje del (30%), el resto de los programas cumple con la meta establecida, sin embargo, es importante tener en cuenta algunas recomendaciones de la líder de programas

MICROCIRUGIA

El servicio de cirugía plástica que es de donde proviene la realización de los procedimientos de microcirugía presento en el trimestre un solo paciente, esto a causa de que no se cuenta con el número suficiente de talento humano especializado en microcirugía

PROGRAMA REHABILITACIÓN PULMONAR – LABORATORIO PRUEBAS DE FUNCIÓN PULMONAR.

El comportamiento de los indicadores en el primer trimestre se presenta estable, sin embargo el seguimiento mes a mes no ha tenido un aumento significativo en las intervenciones y estrategias establecidas en las metas del programa, como se comentó previamente es importante mantener una comunicación y articulación estrecha con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud, gracias a que es la puerta de entrada de nuestros programas desde el ingreso del paciente hasta la continuidad del tratamiento, educación y gestión en la prevención del riesgo que les estamos brindando a los pacientes del departamento.



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



ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

El servicio de endocrinología pediátrica desde su implementación viene presentando un crecimiento en su productividad considerable, pues para el mismo periodo vigencia 2023 su productividad fue en promedio 4.000.000, mientras que para el presente trimestre se observa una productividad de 9.000.000 a razón del incremento en el número de consultas en el servicio de consulta externa al igual que el aumento de interconsultas en los servicios de pediatría, uci neonatal y uci pediátrica

25

CLÍNICA DE ANTICOAGULACIÓN – HOSPITAL SEGURO CONTRA LA TROMBOSIS

Con base al comportamiento del programa en términos de rentabilidad, es un programa que está orientado a la gestión del riesgo de los pacientes hospitalizados, en garantizar la reducción de los eventos adversos asociados a la enfermedad tromboembólica venosa, complicaciones y estancias prolongadas.

Contamos con talento humano especializado para atender las valoraciones requeridas por el programa y se proyecta con el personal asistencial. Se recomienda al programa incrementar en productividad puesto que se cuenta con paciente con patologías de este tipo los cuales deben estar incluidos en la clínica de anticoagulación

PRUEBAS DE FUNCION PULMONAR

En función de rentabilidad desde el mes de enero a marzo ha sido favorable, se han realizado estrategias de divulgación con las EPS y con el personal asistencial para mantener el desarrollo de las actividades de espirómetros.

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO I TRIMESTRE
Cumplimiento cronograma	Promedio de cumplimiento de actividades que aplican según cronograma vigencia 2024	90%	95%

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

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

BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA.

Con corte al primer trimestre de 2024, se verifica el documento «Identificación y Seguimiento Plan de Trabajo» OADS-F-21, en el cual se observa que, para el primer trimestre de 2024, se tenían programadas 4 actividades, que fueron ejecutadas en su totalidad. Como evidencia el proceso aporta la carpeta: «EVIDENCIAS I TRIMESTRE 2024» y 4 subcarpetas en las que se encuentran los archivos de la actividad 1 con los documentos «verificación de celdas de CO y DP 26 de enero 2024. pdf»; actividad 2 con los archivos «Reporte cambil de filtros.pdf» y Documentos Cambio Filtros MESSER. pdf»; Actividad 7 con los archivos «Capacitación Ingreso a áreas.pdf» y Capacitaciones Garantía de Calidad.pdf; y para la actividad No 12 con los siguientes archivos «Presentación Evaluación de calidad de producto.ppt.» y sf-sa-f-32-evaluación-de-calidad-del-producto-v2 I TRIMESTRE 2024». Con la evidencia presentada se da cumplimiento a la meta del indicador para este I trimestre de 2024 en un 100%



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

Para las capacitaciones, se debe utilizar la plantilla institucional 2024, esto debido a que en la evidencia presentada referente a la actividad No 7, en el archivo «Capacitación Ingreso a áreas.pdf» se evidencia el uso de una plantilla desactualizada

26

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

Fuente: Plan Operativo Anual BPM

BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN.

De acuerdo con contenido en el documento «Identificación y Seguimiento Plan de Trabajo» OADS-F-21, para el primer trimestre de 2024, no se programaron actividades para esta área

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO PRIMER TRIMESTRE	ESTADO
Implementación plan de trabajo BPE	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	0%	N/A

Fuente: Plan Operativo Anual BPE

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO	ESTADO
Cumplimiento cronograma de actividades	actividades ejecutadas en el periodo de medición / Número total de Actividades planeadas	$\geq 90\%$	Trimestral	CUMPLE
% cobertura capacitación Humanización	Número de asistentes a la jornada / Total del personal del área clínica	$\geq 90\%$	Trimestral	CUMPLE

Fuente: Plan Operativo Anual programa de humanización

ANÁLISIS DE INDICADORES

ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL PERIODO DE MEDICIÓN / NÚMERO TOTAL DE ACTIVIDADES PLANEADAS

Como evidencia para este primer trimestre de 2024, se presentó el plan de actividades del programa de Humanización



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



Este informe abarca las iniciativas y proyectos diseñados para mejorar la calidad de la atención y el bienestar de los pacientes, así como para promover un ambiente de trabajo más humano y colaborativo entre el personal. El plan incluye diversas actividades, tales como talleres de capacitación para el personal, eventos de integración para fomentar el trabajo en equipo, y campañas de concientización dirigidas tanto a los empleados como a los pacientes y sus familias.

27

NÚMERO DE ASISTENTES A LA JORNADA / TOTAL DEL PERSONAL DEL ÁREA CLÍNICA

Con corte al primer trimestre de 2024, el área responsable presentó la carpeta titulada «Programa de Humanización». En esta carpeta se incluye el «Informe de Sensibilización en Humanización en los Servicios de Salud» junto con las actas de asistencia de todos los eventos de capacitación ejecutados durante el primer trimestre de 2024. Dentro de estas actividades de capacitación, se realizaron dos evaluaciones: un Pretest y un Postest. Los resultados del Pretest mostraron que el 62% de los participantes respondieron correctamente todas las preguntas, mientras que en el Postest este porcentaje aumentó al 80%.

Además, según el informe presentado y la evidencia recopilada, se programaron 1400 participantes para las actividades de capacitación, de los cuales asistieron 1322. Esto representa una tasa de participación del 94.42%, superando la meta esperada del 90% y cumpliendo con el indicador establecido para este trimestre. Este resultado refleja el éxito de las estrategias implementadas y el alto nivel de compromiso tanto de los organizadores como de los participantes en el programa de humanización. Sin embargo, en cumplimiento del indicador menciona total de personal de área clínica se evidencia que en el informe no contiene una descripción específica con relación al número del personal de área clínica asistentes a las jornadas, adicionalmente es necesario que se verifique la formula de este

RECOMENDACIÓN.

Se recomienda al programa de Humanización emitir una resolución formal que documente y constate el traslado del programa de Humanización al proceso de Gestión del Talento Humano. Esta resolución deberá incluir los detalles del cambio, los objetivos específicos, y los beneficios esperados de esta integración, asegurando una transición clara y estructurada que facilite la continuidad y el fortalecimiento de las iniciativas del programa de humanización al interior de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, y este articulado con el PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO "CORAZÓN MÁS HUMANO

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%	N/A

Fuente: Plan Operativo programa de Gestión y Desempeño Institucional

Con respecto a este indicador la referente a planeación menciona: Que se adelantó el ejercicio del diligenciamiento de los Autodiagnósticos, y la construcción del Plan de Acción para la vigencia 2024 y el seguimiento al plan de acción se realizará en el segundo trimestre.



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



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 I TRIMESTRE
Cumplimiento de actividades del programa integración del sistema de información	Número de actividades ejecutadas en la vigencia y que corresponde al periodo de medición según lo planeado / Número total de Actividades planeadas a ejecutar en la vigencia	$\geq 80\%$	100%
Integraciones ejecutadas en la vigencia	Número de integraciones ejecutadas en la vigencia	≥ 1	-
Cumplimiento proyectos TI	Número de proyectos ejecutados en la vigencia y que corresponden al periodo de medición según lo planeado / Número total de proyectos planeados a ejecutar en la vigencia	$\geq 80\%$	-

CUMPLIMIENTO DEL PRIMER 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

Con corte al primer trimestre de 2024, el líder del proceso aporta como evidencia «INFORME PROGRAMA DE GESTIÓN DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN» en el que se enumeran los indicadores y cada una de las acciones programadas para dar cumplimiento a las metas trazadas. En lo referente a este indicador se aportó el formato OADS-F-21 «IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO PLAN DE TRABAJO» en el que se presenta una acción ejecutada dentro del primer trimestre 2024, y corresponde a la elaboración y aprobación de cronograma de actividades. En la siguiente imagen se muestra el plan de trabajo.

CÓDIGO: OADS-F-21		E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA												Fecha: 30/01/2023				
Versión: 03		IDENTIFICACION Y SEGUIMIENTO PLAN DE TRABAJO																
FECHA SEGUIMIENTO:		ÁREA / SERVICIO: GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN																
AÑO 2024																		
		P = Programado E = Ejecutado																
No.	AREA / SERVICIO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agosto	Actividad Ejecutada	% de Cumplimiento Anual	OBSERVACIONES				
1	Desarrollo de Servicios - TI	ELABORACIÓN DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES POA	Gerencia	0	0	0	1	1	0	0	3	0	3	7	14.3%	Se elaboró cronograma de actividades para la vigencia 2024, se incluye en el informe del primer trimestre.		
2	Desarrollo de Servicios - TI	ANALIZAR LA VIABILIDAD DE INTEGRAR EL ECOGRANO DE RADIOLOGÍA CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ENTERPRISE	Profesional Universitario Asesor (Andrés Ramírez)									1	1	0	0.0%			
3	Desarrollo de Servicios - TI	MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA PARA EL ALMACENAMIENTO DE INFORMACIÓN Y RESPALDO DE SERVIDORES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SERVIENTE CLÍNICA SUITE DEL HUSAT.	Profesional Especializado II (Carolina Velásquez)									1	1	0	0.0%			
4	Desarrollo de Servicios - TI	LEVANTAMIENTO DE REQUISITOS PARA EL DISEÑO DEL NUEVO APLICATIVO PARA LA GESTIÓN DE MANTENIMIENTOS DE EQUIPOS DEL LAS ÁREAS DE BIOMÉDICA Y SISTEMAS	Tecnólogo Administrativo (David Guerrero)									1	1	0	0.0%			
5	Desarrollo de Servicios - TI	LEVANTAMIENTO DE REQUISITOS PARA EL DISEÑO DE LA NUEVA PÁGINA DE SERVIDORES	Tecnólogo Administrativo (Juan Felipe García)									1	1	0	0.0%			
6	Desarrollo de Servicios - TI	IMPLEMENTACIÓN DEL CALL CENTER PARA OPTIMIZAR EL PROCESO DE CITAS MÉDICAS EN CONSULTA EXTERNA	Profesional Especializado (Karen Jiménez)									1	1	0	0.0%			
7	Desarrollo de Servicios - TI	CONSTRUCCIÓN DE DASHBOARD QUE PERMITA VISUALIZAR REPORTES DE SERVIENTE CLÍNICA SUITE SOLICITADOS POR EL ÁREA DE CALIDAD	Tecnólogo Administrativo y Profesional Especializado II (David Guerrero, Carolina Velásquez)									1	1	0	0.0%			
Total Actividades												7	1					
% de Cumplimiento Mensual				#C/DI	#C/DI	100	#C/DI					14.3%	14.3%					
RESULTADOS DE GESTIÓN TRIMESTRE				1er. TRIMESTRE				2do. TRIMESTRE				AÑO						
P = Programado				1				100				#C/DI				7	14.3	ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN: BUENO: 80 - 100%. REGULAR: 60-80% DEFICIENTE: 0-59
E = Ejecutado																		

• DIAGNÓSTICO PARA INTEGRACIONES.



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

La evaluación de este indicador tiene periodicidad anual, por lo tanto, no aplica para este trimestre

• CUMPLIMIENTO PROYECTOS TI

En la siguiente tabla se muestran los proyectos que se plantearon para la vigencia 2024, sin embargo, se aclara que para el primer trimestre no se priorizaron actividades, por esta razón no aplica su medición.

29

CODIGO	PROYECTO
PROY-01	ANALIZAR LA VIABILIDAD DE INTEGRAR EL ECÓGRAFO DE RADIOLOGÍA CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ENTERPRISE
PROY-02	MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA PARA EL ALMACENAMIENTO DE INFORMACIÓN Y RESPALDO DE SERVIDORES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SERVINT CLINICAL SUITE DEL HUSRT.
PROY-05	LEVANTAMIENTO DE REQUISITOS PARA EL DISEÑO DEL NUEVO APLICATIVO PARA LA GESTIÓN DE MANTENIMIENTOS DE EQUIPOS DEL LAS ÁREAS DE BIOMÉDICA Y SISTEMAS
PROY-06	LEVANTAMIENTO DE REQUISITOS PARA EL DISEÑO DE LA NUEVA MESA DE SERVICIOS
PROY-07	IMPLEMENTACIÓN DEL CALL CENTER PARA OPTIMIZAR EL PROCESO DE CITAS MÉDICAS EN CONSULTA EXTERNA
PROY-08	CONSTRUCCIÓN DE DASHBOARD QUE PERMITA VISUALIZAR REPORTES DE SERVINT CLINICAL SUITE SOLICITADOS POR EL ÁREA DE CALIDAD

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.

3.3 PROGRAMA DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA.

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE I TRIMESTRE
Gestión tecnología Biomédica	Número de equipos gestionados ante comité directivo / Número de equipos aprobados para adquisición	$\geq 80\%$	-
Gestión de dotación Hospitalaria	Número de dotación hospitalaria Gestionados ante comité directivo / Número de dotación hospitalaria aprobada para adquisición	$\geq 80\%$	-
Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias	Mantenimientos predictivos / Mantenimientos correctivos	$\geq 0,5$	100%
CUMPLIMIENTO DE AVANCE PRIMER 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:

INDICADOR 1 GESTIÓN TECNOLOGÍA BIOMÉDICA



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



La evaluación de este indicador tiene periodicidad anual, por lo tanto, no aplica para este trimestre

INDICADOR 2 GESTIÓN DE DOTACIÓN HOSPITALARIA

30

La evaluación de este indicador tiene periodicidad anual, por lo tanto, no aplica para este trimestre

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

El líder del proceso aporta evidencias en carpeta «Programa de Gestión Tecnológica» en la que se presenta el «Informe POA primer trimestre de 2024.», de acuerdo con esta evidencia y la verificación de la información registrada en el software Daruma respecto a este indicador, estos fueron los resultados por cada mes:

- En el mes de enero se presentaron 5 mantenimientos correctivos y 13 mantenimientos predictivos según base de datos correspondiente al área y verificados en la plataforma digital HR CATCH
- En el mes de febrero se presentaron 11 mantenimientos correctivos y 13 mantenimientos predictivos según base de datos correspondiente al área y verificados en la plataforma digital HR CATCH
- En el mes de marzo se presentaron 5 mantenimientos correctivos y 7 mantenimientos predictivos el nuevo aplicativo del área, 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, hay que ser prudentes y realizarla bajo las más estrictas normas de bioseguridad, los mantenimientos correctivos son relacionados con personal del área.

De acuerdo con la evidencia aportada y la verificación en el software Daruma, para este trimestre se presentaron más mantenimientos predictivos que correctivos, presentándose variación en el indicador, sin embargo, se da cumplimiento a la meta, ya que se obtuvo el 1.57 durante el trimestre superando la meta que está planteada como $\geq 0,5$.

Analizada la información, y verificada la información del indicador 548 «DISMINUCIÓN DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS IMPLEMENTANDO LAS LISTAS DE CHEQUEO DIARIAS» se observa que se da cumplimiento a la meta planteada para este primer trimestre de 2024 en un 100%

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO I 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

De acuerdo con el cronograma del Plan de Acción del Sistema de Gestión Ambiental, para este primer trimestre se tenían programadas 64 acciones, que fueron ejecutadas en su totalidad, y de las cuales se aportan evidencias en la carpeta ISO:14001, subcarpetas: ENERO; FEBRERO; MARZO, CONSUMO DE



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



AGUA Y ENERGIA PRIMER TRIMESTRE DE 2024.pdf, GA-F-06 «MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES 2024», GA-F-48 «PLAN DE TRABAJO SGA 2024.xlsx y el informe primer trimestre. De acuerdo con la evidencia presentada y la ejecución de cada una de las acciones programadas el proceso logro el 100%, cumpliendo con la meta programada para este primer trimestre de 2024.

31

A continuación, se presentan las actividades realizadas durante este trimestre:

ENERO:

- **Celebración del Día de la Educación Ambiental:** Conforme a las fechas de calendario ambiental, se realizó la celebración de este día, concientizando al personal de la importancia de la educación ambiental para el fortalecimiento de la cultura ambiental institucional. Se adjuntan registros fotográficos.
- **Reporte de información a la empresa Veolia:** Se realizó el reporte de información a Veolia acerca del estado actual del vertimiento.
- **Reporte a la contraloría:** Se realizó el reporte respectivo de gastos ante la contraloría por medio de la oficina de tesorería.
- **Actualización de Manual de Evaluación de Contratistas:** Se actualizó el manual de contratistas de la institución, teniendo en cuenta las no conformidades del ICONTEC, el manual puede ser consultado en el Software DARUMA con código SST-M-11, en donde se incluyen los requisitos de carácter ambiental que deben tener inmersos cada uno de los contratos de adquisición de bienes y servicios, la fecha de actualización en el manual está registrada de 27/02/2024.
- **Actualización Matriz de Riesgos y Oportunidades y Matriz DOFA:** Se adjuntan las matrices de riesgos, oportunidades y el DOFA actualizados para la vigencia 2024.
- **Actualización de Matriz de Requisitos Legales:** Se actualiza la matriz de requisitos legales del sistema, la actualización se puede verificar en la pestaña de seguimientos de la matriz.
- **Visita de cocina en la planta:** Se adjunta acta de inspección al servicio.
- **Inspección de vehículos de transporte de sustancias peligrosas:** Se adjuntan listas de chequeo aplicadas
- **Inspecciones de cumplimiento de rutas sanitarias:** Se adjuntan listas de chequeo aplicadas.
- **Análisis del comportamiento de los indicadores:** Se adjunta análisis del comportamiento de los indicadores, en el cual se sugiere ajuste de metas y se generan nuevos indicadores de gestión.

FEBRERO:

- **Día internacional sin pitillo:** Se celebra de acuerdo con el calendario ambiental la fecha, se adjunta registro fotográfico.
- **Visita Planta de Lavandería:** Se adjunta informe de inspección de la visita a la planta de lavandería.
- **Análisis resultados de Agua potable:** Se presentan los resultados de los análisis de agua potable en la presentación del comité GAGAS.
- **Socialización Manual de contratistas:** Se adjunta acta de socialización del Manual de Contratistas a los líderes de proceso.
- **Socialización de requisitos de cumplimiento con servicios tercerizados y de apoyo:** Se socializan los requisitos a ser cumplido por cada uno de los servicios tercerizados y se adjuntan las cartas de adherencia de cada uno de los servicios tercerizados al Sistema de Gestión Ambiental.
- **Evaluación riesgos matriz de riesgos y oportunidades:** Se adjuntan las matrices diligenciadas de riesgos y oportunidades con actualizaciones respectivas para la vigencia 2024.
- **Actualización Matriz de Requisitos legales:** Se actualiza la matriz de requisitos legales del sistema, la actualización se puede verificar en la pestaña de seguimientos de la matriz.



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



- **Actualización Manual de Gestión Ambiental:** Se actualiza el Manual de Gestión Ambiental de la institución el cual puede ser encontrado en el Software Daruma con código GA-M-01 con fecha de modificación de 05 de marzo de 2024.
- **Inspección cocina:** Se adjunta el acta de inspección al servicio de cocina.
- **Inspección ruta sanitaria:** Se adjunta lista de chequeo de las inspecciones de rutas sanitarias del mes
- **Inspección vehículos:** Se adjunta lista de chequeo de las inspecciones de vehículos del mes
- **Ajustes de indicadores DARUMA:** Se realiza el ajuste de los indicadores, se adjunta matriz de ficha técnica de los indicadores usados para el año 2024.
- **Propuesta GAGAS disminución de recursos naturales:** Se proponen estrategias y alternativas de gestión de recursos naturales en la presentación del comité GAGAS del mes.
- **Reunión Comité GAGAS:** Se realizó la primera reunión del comité GAGAS en el cual se aprobó el plan de trabajo del sistema de Gestión Ambiental.
- **Reporte de indicadores de Gestión interna secretaria de Protección Social:** Se diligencio la encuesta según los lineamientos establecidos por la secretaria de protección social y según los indicadores de destinación obtenidos de la vigencia vencida 2023.
- **Actualización de la matriz de aspectos e impactos ambientales:** Se actualizó en general documentación del sistema según el plan de trabajo y las recomendaciones realizadas por el ICONTEC

MARZO:

- **Celebración del día del agua:** Conforme a las fechas de calendario ambiental, se realizó la celebración de este día, concientizando al personal y gente externa a la institución la importancia del ahorro del agua. Se adjunta el registro fotográfico.
- **Hora del Planeta:** Se realiza en conjunto con la celebración del día del agua en donde se invita a los trabajadores a apagar la luz durante una hora, para ahorrar recursos naturales en todo el planeta.
- **Registro de RESPEL a Corpoboyacá:** Se realizó el diligenciamiento de la plataforma del IDEAM como gran generador de residuos peligrosos.
- **Actualización Matriz de Requisitos Legales:** Se actualiza la matriz de requisitos legales del sistema, la actualización se puede verificar en la pestaña de seguimientos de la matriz.
- **Campaña disposición de residuos sólidos en la red hidrosanitaria:** Se realiza campaña se adjunta registro fotográfico.
- **Actualización del PGIRASA de la institución:** Se actualizó el PGIRASA de acuerdo con los cambios en los aspectos ambientales de la institución, se encuentra en DARUMA con Código GA-M-02, actualizado en el mes de marzo
- **Actualización de tableros infórmate:** Se adjuntan los registros fotográficos de la actualización de los tableros.
- **Visita de cocina en la planta:** Se realizó respectiva inspección en la planta con seguimiento de No conformidades encontradas durante la visita.
- **Verificación vehículos transporte de sustancias peligrosas:** Se realizó la verificación de las condiciones de los vehículos de transporte de sustancias peligrosas, con sus respectivas correcciones.
- **Inspección de rutas sanitarias:** Se adjuntan las listas de chequeo correspondientes del mes.
- **Articulación con residuos RAEE:** Se adjunta contrato del gestor externo, en el cual se incluyen para gestión durante la vigencia 2024, los residuos RAEE.
- **Matriz de partes interesadas:** Actualización de matrices conforme a las No conformidades de las auditorías internas y externas.
- **Campañas de sensibilización de sustancias químicas:** Se adjunta campaña de sensibilización de sustancias químicas realizados por la ARL.



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



En cuanto al plan de capacitaciones con corte al PRIMER TRIMESTRE del año en curso, se tenían programadas 25 actividades como se muestra en la siguiente imagen,

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA													
Codigo: TH-F-37			CRONOGRAMA DE CAPACITACION/ RE-INDUCCIÓN AÑO 2024										
Versión 03			Fecha: 25-10-2023										
			P	E	P	E	P	E	P	E			
SERVICIO O ÁREA	EJE PLAN NACIONAL DE CAPACITACIONES	NECESIDADES DE CAPACITACIÓN (TEMÁTICA)	ENERO-FEBRERO-MARZO		ABRIL-MAYO-JUNIO		JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE		OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE		Actividades Programadas	Actividades ejecutadas	Cumplimiento
			25	25	18	0	24	0	22	0			
ALMACEN	Gestión del conocimiento	Manejo adecuado y rotulación de sustancias químicas							1		1	0	#DIV/0!
	Gestión del conocimiento	Lineamientos de la política ambiental y SST	1	1			1				2	1	200
SISTEMAS	Gestión del conocimiento	Manejo adecuado y rotulación de sustancias químicas			1						1	0	#DIV/0!
	Gestión del conocimiento	Lineamientos de la política ambiental y SST	1	1			1				2	1	200
BIOMEDICA	Gestión del conocimiento	Manejo adecuado y rotulación de sustancias químicas					1				1	0	#DIV/0!
	Gestión del conocimiento	Lineamientos de la política ambiental y SST			1				1		2	0	#DIV/0!
SEDE UNIDA TENDIA RESPIRATORIA INFANTIL	Gestión del conocimiento	Lineamientos de la política ambiental y SST					1		1		2	0	#DIV/0!
	Gestión del conocimiento	Lineamientos de la política ambiental y SST	1	1			1				2	1	200
TOTAL ACTIVIDADES PROGRAMADAS			25	25	18	0	24	0	22	0	88	25	#DIV/0!

Fuente: INFORME DE GESTIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL-PLAN OPERATIVO ANUAL PRIMER TRIMESTRE AÑO 2024

El proceso aportó evidencias de la ejecución de cada una de las actividades de capacitación para los meses de enero febrero y marzo, las cuales reposan en la carpeta «ISO:14001»

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO I TRIMESTRE	ESTADO
Implementación plan de acción de SST (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	97%	CUMPLE

Fuente: Informe POA/SST

Para el corte al primer trimestre del 2024 la líder del proceso aportó evidencias que se encuentran contenidas en la carpeta «ISO 45001» la cual cuentan con 15 subcarpetas con los documentos soporte, de las actividades realizadas por el proceso durante el primer trimestre de esta vigencia. De acuerdo con las evidencias presentadas y lo descrito en los documentos; «Plan de Trabajo Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo 2024» SST-F-43 y el «INFORME POA 1 TRIMESTRE 2024 pdf.» para este primer semestre el proceso tenía programado 74 actividades, de las cuales se ejecutaron 72. Las dos actividades que quedaron sin realizar corresponden a: la # 45: «Salud Femenina / Salud Masculina» y la # 75 «Consolidación diagnóstico de condiciones de salud y Perfil sociodemográfico»

De acuerdo con la evidencia aportada y en concordancia con el informe presentado por la líder del proceso, se cumplió la meta del indicador, ya que se obtuvo para el trimestre un 97% en la ejecución



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:

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

34

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO I 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%	N/A	N/A

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 UCIN 2024», «DOFA 2024 PMCAMB», «INFORME POA 1ER TRIMESTRE2024 pdf.» y «HERRAMIENTA POA 2024.xlsx». 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 el primer trimestre de 2024 se programaron 12 actividades discriminadas en: 6 de actividades de PMC ambulatorio y 6 actividades correspondientes a PMC intrahospitalario, las cuales se ejecutaron dentro del programa previsto. A través del siguiente link se encuentran cargadas las evidencias correspondientes a las actividades de las líneas estratégicas del primer trimestre de 2024: POA ISO 9001

De acuerdo con las evidencias presentadas y el «INFORME POA 1ER TRIMESTRE2024 pdf.» se dio cumplimiento a la meta del indicador

3.7 EJE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE I TRIMESTRE
Satisfacción del personal en formación internado	Número de estudiantes satisfechos / Número de estudiantes encuestados	80%	N/A
Actividades de formación en investigación	Actividades de capacitación ejecutadas en investigación / Actividades de capacitación programadas en investigación	80%	N/A
Índice de aprobación de protocolos radicados ante el comité de bioética	Protocolos aprobados en comité de bioética en investigación / Total de protocolos radicados a gestión de la investigación	70%	N/A
Productos de Investigación publicados en Revista	Número proyectos publicados en revista	80%	N/A



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



Congresos ejecutados	Número de congresos realizados en el periodo	2	N/A
Alianza formalizada	Número de Alianzas estratégicas consolidadas en el periodo	1	N/A

Fuente: Informe POA gestión de Investigación e Innovación

35

Es importante tener en cuenta que el programa estratégico cuenta con 6 indicadores, de los cuales 3 se miden semestralmente y 3 anualmente.

SATISFACCIÓN DEL PERSONAL EN FORMACIÓN INTERNADO

La evaluación de este indicador tiene periodicidad semestral, por lo tanto, no aplica para este trimestre

ACTIVIDADES DE FORMACION EN INVESTIGACIÓN

La evaluación de este indicador tiene periodicidad semestral, por lo tanto, no aplica para este trimestre

INDICE DE APROVACION DE PROTOCOLOS RADICADOS ANTE EL COMITÉ DE BIOETICA

La evaluación de este indicador tiene periodicidad semestral, por lo tanto, no aplica para este trimestre

PRODUCTOS DE INVESTIGACIÓN PUBLICADOS EN REVISTA

La evaluación de este indicador tiene periodicidad anual, por lo tanto, no aplica para este trimestre

CONGRESOS EJECUTADOS

La evaluación de este indicador tiene periodicidad anual, por lo tanto, no aplica para este trimestre

ALIANZA FORMALIZADA

La evaluación de este indicador tiene periodicidad anual, por lo tanto, no aplica para este trimestre

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 anterior, 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 89



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



actividades en la vigencia 2024, de las cuales para este trimestre correspondieron 30 actividades discriminadas por estándar, 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.

36

Con corte al primer trimestre de 2024, se tenían programadas 30 actividades de las cuales se les dio un cumplimiento a 25 para un porcentaje de cumplimiento del 83%, quedando pendientes las siguientes actividades: Estándar cliente asistencial (2 actividades) relacionadas con: Definir el procedimiento y gestión del consultador crónico y Establecer sesiones de trabajo con las EAPB con el fin de articular el proceso de referencia y contrarreferencia. Estándar ambiente físico (Documentar el protocolo de Bienvenida e información al paciente y su familia, revisando especialmente la información que se entrega sobre plan de emergencias.) Estándar tecnología (Revisar lineamientos actuales sobre la gestión de la tecnología en el hospital), Estándar información (Aplicar evaluación de conocimiento sobre la metodología de la evaluación de la calidad de historia clínica y los criterios que se evalúan a los líderes de los servicios.).

No ACCIONES PROGRAMADAS VIGENCIA		PRIMER TRIMESTRE 2024	
ESTANDAR	TOTAL	PROGRAMADAS	EJECUTADAS
CLIENTE ASISTENCIAL	14	10	8
DIRECCIONAMIENTO	6	2	2
GERENCIA	8	0	0
TALENTO HUMANO	4	0	0
AMBIENTE FISICO	16	5	4
TECNOLOGIA	16	6	5
INFORMACIÓN	20	5	4
CALIDAD	5	2	2
TOTAL	89	30	25

Fuente: consolidado informe primer trimestre PAMEC

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	Consolidado	ESTADO
			RESULTADO PRIMER TRIMESTRE	
Cumplimiento del plan de fortalecimiento de la mejora continua	Actividades ejecutadas / Actividades programadas	$\geq 80\%$	83%	CUMPLE

CONCLUSIONES:

El seguimiento del POA, para el primer trimestre del 2024 cumple con las metas establecidas para este trimestre, sin embargo la oficina de control interno observo que se realizó ajustes en los indicadores de algunos programas estratégicos, pasando de metas trimestrales a anuales y realizando cambio de actividades, por tal razón se recomienda realizar seguimiento continuo aquellos indicadores con 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



anual y que pueden afectar el cumplimiento de esta vigencia, asimismo aquellos que no cumplen con actividades establecidos para el primer trimestre:

✓ **PROGRAMA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LOS RECURSOS FINANCIEROS (PEGIF):** Gasto por UVR producida, Gasto de personal por UVR producida, Equilibrio con reconocimiento total, Superávit o Déficit presupuestal, Cálculo del índice de Riesgo.

37

✓ **MODELO DE ATENCIÓN:** Se evidenció que de los 8 atributos solo 4 atributos (seguridad, continuidad, satisfacción y humanización) cumplen al 100%, el atributo que obtuvo menor puntaje fue gestión del riesgo por incumplimiento del indicador Adherencia al protocolo de lavado de manos en los siguientes ámbitos (Urgencias, consulta externa, gestión quirúrgica y gestión clínica)

✓ **ACREDITACIÓN:**

Para el primer trimestre se da cumplimiento a la meta establecida, sin embargo, quedaron actividades que para la fecha de corte aún no se han terminado o están en ejecución, pero que por cronograma ya se deberían haber ejecutado relacionadas con los siguientes estándares: (2 actividades) Estándar cliente asistencial, (1 actividades) Estándar ambiente físico (1 actividad) Estándar tecnología, (1 actividad).

✓ **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Para el caso del indicador "Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente" Se recomienda realizar mesas de trabajo priorizando los siguientes procesos (Gestión quirúrgica y Urgencias) que no cumplen con la meta establecida y no actualizaron la matriz CA-F-75.

En cuanto al indicador Proporción de vigilancia de eventos adversos, Se recuerda a los procesos que el plazo máximo para análisis de eventos es 45 días (30 días investigación y 15 de análisis) según Manual de sistema de reportes y gestión de eventos relacionados con la atención en salud CA-M-09

✓ **ALTA COMPLEJIDAD:** El programa que obtuvo el menor valor y que no cumple la meta establecida fue Microcirugía con un porcentaje del (30%), el resto de los programas cumple con la meta establecida, sin embargo, es importante tener en cuenta las recomendaciones de la líder de programas

✓ **PROGRAMA DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL:** Aprobar y realizar seguimiento a los planes de acción MIPG para la vigencia 2024.

✓ **PROGRAMA DE GESTIÓN DE INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN:** realizar continuamente cumplimiento proyectos TI.

✓ **PROGRAMA DE ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA:** Realizar seguimiento Cumplimiento de obra (Construcción), Cumplimiento de obra (Adecuación), Porcentaje avance de obra (Mejoramiento).

✓ **PROGRAMA DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA:** Realizar seguimiento al indicador Número de equipos gestionados ante comité directivo / Número de equipos aprobados para adquisición, Número de dotación hospitalaria Gestionados ante comité directivo / Número de dotación hospitalaria aprobada para adquisición.



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



- ✓ **PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO QUE IMPACTEN EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL USUARIO Y SU FAMILIAR:** Con medición semestral se recomienda realizar un seguimiento interno de las metas.
- ✓ **CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 45001:2018:** Es necesario que el proceso de Gestión Ambiental adopte las medidas pertinentes, para lograr la ejecución de la totalidad de las actividades programadas, para cada trimestre.
- ✓ **BPM Y BPE:** Realizar seguimientos continuos para implementar plan de trabajo BPE
- ✓ **GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN:** Con medición semestral se recomienda realizar un seguimiento interno de las metas.

38

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 para las siguientes mediciones de indicadores PEGIF adjuntar además del indicador DARUMA los documentos base del cálculo como lo son ejecuciones presupuestales, informes de facturación, de cobro persuasivo y los necesarios para corroborar los elementos de la fórmula establecida.
3. 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.
4. Se recomienda realizar mesa de trabajo con el asesor jurídico externo y planeación, con el fin de tener claridad de cómo se evaluará el cumplimiento de las metas trazadas para la vigencia 2024, teniendo en cuenta que se esta formulando plan de desarrollo periodo 2024- 2027.
5. Todos los procesos deben reflejar en sus informes un análisis detallado del impacto de sus actividades. Es fundamental medir este para identificar alertas de mejora y oportunidades de optimización. Esto implica no solo reportar los resultados, sino también evaluar críticamente las respuestas y los datos recopilados, destacando tendencias, patrones y áreas que necesitan atención. Al implementar estas medidas, se asegura una mejora continua y efectiva en todas las actividades realizadas.

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, Laura Gracia
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

