

Al contestar cite 20211100047611



Tunja,

Doctor

YAMIT NOE HURTADO NEIRA

Gerente

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

Ciudad

Ref. Informe de evaluación de gestión plan operativo anual por procesos del Tercer Trimestre de 2021.

Cordial saludo Dr. Yamit

En cumplimiento a la resolución interna 107 de 2018, y de conformidad con las funciones legales y de planeación de la oficina de control interno, me permito adjuntar el Informe de Evaluación de gestión plan operativo anual por procesos, correspondiente al tercer trimestre de 2021, para su conocimiento y acciones a que haya a lugar.

Atentamente,



DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ

Asesora Control Interno

E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Anexo Informe 29 folios.

C.C Oficina Asesora Desarrollo de servicios, Subgerencias y procesos intervinientes.



E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
GERENCIA
Recibido por William Gutierrez
Hora: 11:01 Dia: 01
Mes: 12 Año: 2021



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
e-mail: Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



Tunja, noviembre 2021

1
Doctor
YAMIT NOE HURTADO NEIRA
Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad

Ref. Informe de evaluación de gestión plan operativo anual por procesos del tercer trimestre de 2021.

Respetado Doctor:

Remito el informe de evaluación de los planes operativos anuales del tercer trimestre de 2021.

OBJETIVO

Determinar el nivel de avance en las metas planteadas por cada uno de los planes operativos vigentes, proporcionando las observaciones y/o recomendaciones que faciliten el cumplimiento de los objetivos previstos.

ALCANCES DE LA AUDITORIA

- ✓ Revisar las actividades previstas e incidencia en las metas propuestas.
- ✓ Revisar que los resultados de la autoevaluación o sustentación cuente con los soportes idóneos.
- ✓ Definir la calificación respectiva en las metas propuestas.
- ✓ Presentar observaciones y/o recomendaciones.

AREAS / PROCESOS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN

Humanización, Gestión Quirúrgica, Gestión de calidad, Gestión clínica, Gestión financiera, Facturación, Auditoria 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

- ✓ Revisar evidencias y soportes.
- ✓ Acudir a las fuentes primarias de información, y aplicar los indicadores de resultado propuestos.

SOPORTES DE LA AUDITORIA

- ✓ Soportes y evidencias presentadas a control interno.
- ✓ Tablas de retención documental de los respectivos procesos.
- ✓ Resolución 107 de 2018



E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
GERENCIA
Recibido por William G. Sierra
Hora: 11:01 Día 01
Mes 12 Año 2021

INTRODUCCION

En concordancia con la Plataforma estratégica de la entidad, aprobada mediante Acuerdo No. 007 de julio de 2020, en la cual se encuentran enmarcadas la misión, visión, principios y valores instituciones, objetivos institucionales y los nueve pilares estratégicos de la entidad, el Plan operativo anual se constituye como un instrumento fundamental para asegurar la real y efectiva ejecución de los 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 pilares y programas estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional 2020 - 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO TERCER TRIMESTRE DE 2021 DEL PLAN OPERATIVO ANUAL:

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

CRITERIOS DE CALIFICACION
Rangos de Evaluación. Los rangos establecidos de medición de acuerdo a la Resolución Interna No. 107 de 2018 es la siguiente escala cromática:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entre 80% y 100% código cromático verde. ➤ Entre 60% y menos de 79.9% código cromático amarillo. ➤ Menor del 60% código cromático rojo.
Valoración de las franjas cromáticas:
Rojo: Con rango entre 1% y 59.9% es un cumplimiento crítico en las metas evaluadas con deficiencias que deben ser atendidas en un plan de acciones correctivas para una mejora inmediata de la gestión.
Amarillo: Con rango entre 60% y 79.9% representa una manifestación que los aspectos evaluados están desarrollando un proceso de aplicación con tendencia al fortalecimiento aunque con algunas debilidades si el porcentaje se ubica en un valor debajo del 70%. Si los resultados se ubican en el límite inferior de 60% se recomienda trabajar con énfasis en un plan de acción correctivo para su mejoramiento.
Verde: Si el rango se encuentra entre el 80% y el 100%, indica una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y se cumple con la meta propuesta.

A continuación, se presentan los resultados de la verificación y evaluación del tercer trimestre de 2021 de los planes operativos, de conformidad con la resolución interna 107 de 2018, 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:



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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	PROGRAMA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LOS RECURSOS FINANCIEROS (PEGIF)	RESULTADO 3 TRIMESTRE
Crecimiento UVR	$\text{UVR acumulada periodo actual} / \text{UVR acumulada periodo anterior} - 1)$	>5%	Trimestral	51%	100%
Incremento en la utilización de Quirófano	$\text{Tiempo de Utilización Quirófano periodo actual} / \text{Tiempo de Utilización Quirófano periodo anterior} - 1)$	>= 3%	Trimestral	96%	100%
Incremento en la facturación neta de la vigencia	$\text{Facturación neta de la vigencia} / \text{Facturación neta de vigencia anterior} - 1)$	>8%	Trimestral	75%	100%
Identificación e Intervención de Hallazgos en Auditoria pre radicación	$\text{Inconsistencias intervenidas} / \text{Total de inconsistencias halladas}$ 435	>=80%	Trimestral	100%	100%
Utilización de la capacidad instalada	$\text{Capacidad instalada utilizada} / \text{Total capacidad instalada disponible}$	>=85%	Trimestral	106%	100%
Ingreso reconocido por venta de servicios de Salud por UVR	$\text{Total facturación reconocida} / \text{Número de UVR producidas}$	>= mismo periodo vigencia anterior	Trimestral	16%	100%
Gasto por UVR producida	$\text{Gasto de funcionamiento} + \text{de operación comercial y prestación de servicios} / \text{Número de UVR producidas}$	<= mismo periodo vigencia anterior	Trimestral	-0.8%	100%
Gasto de personal por UVR producida	$\text{Gasto de personal (de planta + remuneración servicios técnicos)} / \text{Número de UVR producidas}$	<= al periodo vigencia anterior	Trimestral	-7.9%	100%
Equilibrio con reconocimiento total	$\text{Total reconocimiento} / \text{Total gasto comprometido}$	>1	Trimestral	1.60%	100%
Equilibrio con recaudo total	$\text{Total recaudo} / \text{Total gasto comprometido}$	>1	Trimestral	0.86%	0%
Oportunidad en la respuesta de glosa inicial	$\text{Total facturas con glosa que cuentan con respuesta oportuna} / \text{Total de facturas notificadas con glosa inicial en la vigencia}$ 1340	>95%	Trimestral	100%	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%	Trimestral	16%	100%
Aceptación de Glosa de la vigencia	$\text{Valor de Glosa neta final aceptada de la vigencia} / \text{Facturado en la vigencia}$	<4%	Mensual	1.64 %	100%
Cumplimiento en pago de vigencias anteriores	$\text{Total de pagos de cuentas por pagar de vigencias anteriores} / \text{Total cuentas por pagar vigencias anteriores}$	100%	Trimestral	87%	0%

Superávit o Déficit presupuestal	Total ingreso reconocido - Total gasto comprometido	>1	Trimestral	46.213.111.428	100%
Acto Administrativo de adopción de la política de prevención del daño Antijurídico y evidencias de su socialización	Acto Administrativo actualización y evidencia de socialización	>1	Anual	1	100%
Informe de seguimiento Política de Prevención del Daño Antijurídico	Informe de seguimiento	1	Semestral	1	100%
Acciones de mejora definidas para Riesgo Jurídico Identificado	Acciones de mejora identificadas	1	Anual	1	100%
Calculo del índice de Riesgo	Superávit o Déficit operacional Total / Ingresos operacionales totales recaudados	1	Trimestral	0.32%	0%
Incremento Recaudado de cartera	Valor recaudado trimestre vigencia actual / Valor recaudado trimestre vigencia anterior	>=10%	Trimestral	41%	100%
Cumplimiento del artículo 22 "Cobro Persuasivo" de la Resolución 072 de 2020 Manual Interno de recaudo de Cartera	Informe de seguimiento	Informe	Trimestral	1	100%
INDICADOR RESULTADO	Total Indicadores que Superan la Meta / Total Indicadores del Programa por Vigencia	>=85%	Trimestral		86%

Tabla: Resultados Tercer Trimestre PROGRAMA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LOS RECURSOS FINANCIEROS (PEGIF)

1.1.1 CRECIMIENTO UVR: Muestra el incremento en la productividad de la empresa

CONCEPTO	A SEPTIEMBRE DE 2021		INCREMENTO FRENTE A 2020
	EVIDENCIADO 2020	ALCANIZADO 2021	
Dosis de biológico aplicadas	767,0	1.308,0	70,5%
Consultas de medicina general urgentes realizadas	176.002,2	207.226,9	17,7%
Consultas de medicina especializada efectivas realizadas	157.544,4	185.403,4	17,7%
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	87.747,1	81.100,4	-7,6%
Partos vaginales	81.640,0	105.625,0	29,4%
Partos por cesárea	47.740,0	50.452,5	5,7%
Total de días estancia de los egresos	817.315,1	1.610.920,0	97,1%
Días estancia Cuidados Intensivos	1.152.801,0	2.170.674,4	88,3%
Total de drogas realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	4.154.809,2	5.563.898,8	33,9%
Exámenes de laboratorio	3.492.868,8	5.165.793,3	47,9%
Número de imágenes diagnósticas tomadas	2.785.664,2	4.357.661,0	56,4%
Número de sesiones de talleres colectivos -PIC-	-	-	-
TOTAL UVR	12.954.898,93	19.500.023,65	50,5%
	COMPORTAMIENTO FRENTE A LA META		
	INCREMENTO FRENTE A 2020		

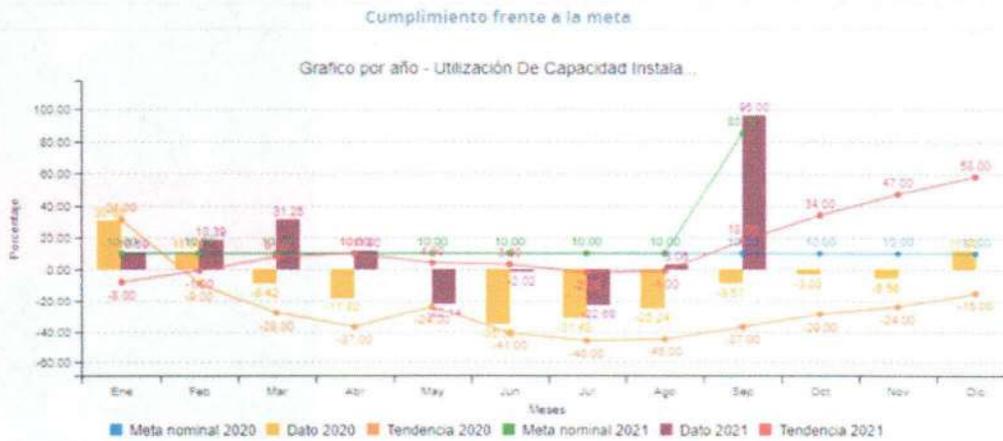
Fuente: Informe Programa De Gestión Institucional De Los Recursos Financieros (PEGIF)



La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta de incremento frente a la vigencia anterior sin embargo es importante indicar que en la vigencia 2020, la entidad presento una disminución significativa de la productividad por efecto directo de la pandemia.

6

1.1.2 INCREMENTO EN LA UTILIZACIÓN DE QUIRÓFANO: Muestra como la entidad maximiza la utilización de los quirófanos frente a la vigencia anterior.



Fuente: Modulo de indicadores Daruma

La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta de incremento frente a la vigencia anterior, logrando aumentar la utilización de la capacidad instalada, sin embargo, es importante indicar que en la vigencia 2020 la entidad presento una disminución significativa de la productividad por efecto directo de la pandemia

1.1.3 INCREMENTO EN LA FACTURACIÓN NETA DE LA VIGENCIA. Muestra la mayor generación de ingresos de la entidad.

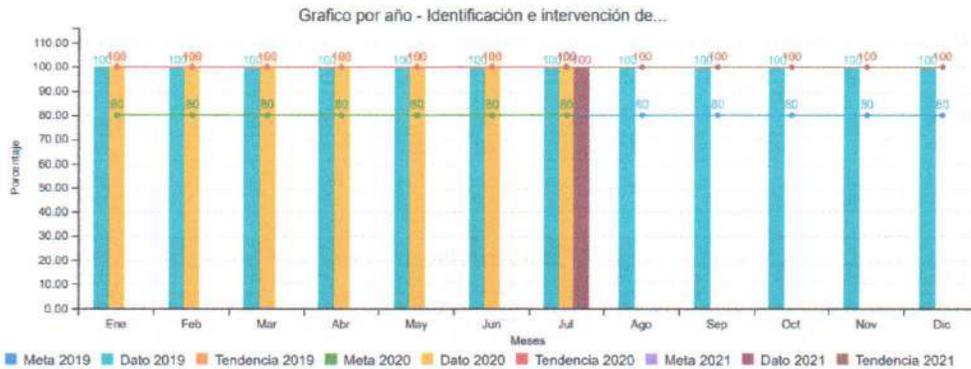
CONCEPTO	2021	2020	INCREMENTO
SERVICIOS DE SALUD	182.577.304.003	104.076.412.961	75%
CONVENIOS DOCENTE ASISTENCIALES	692.420.046	451.051.706	54%
TOTAL	183.269.726.070	104.527.466.687	75%

Fuente: Informe Programa De Gestión Institucional De Los Recursos Financieros (PEGIF)

La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta de incremento frente a la vigencia anterior, logrando aumentar la facturación en un 75% frente a la vigencia anterior, sin embargo, es importante indicar que en la vigencia 2020 la entidad presentó una disminución significativa de la productividad por efecto directo de la pandemia.



1.1.4 IDENTIFICACIÓN E INTERVENCIÓN DE HALLAZGOS EN AUDITORIA PRE RADICACIÓN. Muestra la identificación de oportunidades de mejora en los procesos de facturación de la entidad.



Fuente: Modulo de indicadores Daruma

La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta de adelantar acciones de mejora sobre los hallazgos evidenciados.

1.1.5 UTILIZACIÓN DE LA CAPACIDAD INSTALADA: Muestra la utilización de la capacidad dispuesta por la entidad para la atención de usuarios:

CONCEPTO	2021
NUMERO DIAS CAMA OCUPADA	100.684
NUMERO DIAS CAMA DISPONIBLE	94.953
TOTAL	106%

Fuente: Informe Programa De Gestión Institucional De Los Recursos Financieros (PEGIF)

La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta llegando a una ocupación de la capacidad instalada del 106%.

1.1.6 INGRESO RECONOCIDO POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD POR UVR, Muestra el ingreso generado por cada UVR producida por la entidad

CONCEPTO	2021	2020	INCREMENTO
FACTURACION	183.269.726.070	104.527.466.687	75%
UVR PRODUCIDA	19.500.024	12.954.899	51%
TOTAL	9.398	8.069	16%

Fuente: Informe Programa De Gestión Institucional De Los Recursos Financieros (PEGIF)

La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta con un incremento del 16% en el ingreso generado por cada UVR producida, sin embargo los resultados de la vigencia anterior se vieron afectados a la baja por la disminución de la demanda de servicios por efecto directo de la pandemia.

1.1.7 GASTO POR UVR PRODUCIDA: Muestra cuánto gasta la entidad en producir una UVR

RUBRO	2021	2020	VARIACION
SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA	2.805.136.924	2.876.289.300	-2,5%
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	74.446.365.185	52.468.623.621	41,9%
CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NOMINA	1.033.531.682	1.123.891.036	-8,0%
ADQUISICION DE BIENES	4.350.865.852	4.143.608.045	5,0%
ADQUISICION DE SERVICIOS	11.551.064.938	9.375.593.558	23,2%
IMPUESTOS Y MULTAS	98.224.472	970.085.200	-89,9%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES DE PREVISION SOCIAL	781.652.126	770.504.755	1,4%
OTRAS TRANSFERENCIAS	2.382.862.022	330.409.045	621,2%
COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	39.907.425.538	22.039.596.157	81,1%
COMPRA DE SERVICIOS PARA LA VENTA	16.586.781.601	9.038.088.489	83,5%
TOTAL	153.943.910.340	103.136.689.206	49,3%
UVR PRODUCIDA	19.500.024	12.954.899	50,5%
COMPORTAMIENTO	7.895	7.961	-0,8%

Fuente: Informe Programa De Gestión Institucional De Los Recursos Financieros (PEGIF)

La entidad LOGRA el cumplimiento de la meta propuesta puesto que el gasto obligado por UVR producida se disminuyó en un 0.8% y la meta propuesta es del 2%.

1.1.8 GASTO DE PERSONAL POR UVR PRODUCIDA

RUBRO	2021	2020	VARIACION
SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA	2.805.136.924	2.876.289.300	-2,5%
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	74.446.365.185	52.468.623.621	41,9%
CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NOMINA	1.033.531.682	1.123.891.036	-8,0%
TOTAL	78.285.033.791	56.468.803.957	38,6%
UVR PRODUCIDA	19.500.024	12.954.899	50,5%
COMPORTAMIENTO	4.015	4.359	-7,9%

Fuente: Informe Programa De Gestión Institucional De Los Recursos Financieros (PEGIF)

La entidad LOGRA el cumplimiento de la meta propuesta puesto que el gasto de persona por UVR producida se disminuye en un 7.9% y la meta propuesta es que el gasto sea menor a la vigencia anterior.

1.1.9 EQUILIBRIO CON RECONOCIMIENTO TOTAL: Muestra como la entidad genera ingresos para cubrir los gastos en los que incurre la entidad.

RUBRO	2021
DISPONIBILIDAD INICIAL	1.287.097.064
INGRESOS CORRIENTES	184.482.197.168
RECURSOS DE CAPITAL	66.021.810.915
TOTAL RECONOCIMIENTO	251.791.105.147

Fuente: Informe Programa De Gestión Institucional De Los Recursos Financieros (PEGIF)

RUBRO PRESUPUESTAL	2021
SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA	2.805.136.924
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	74.446.365.185
CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NOMINA	1.033.531.682
ADQUISICION DE BIENES	4.350.865.852
ADQUISICION DE SERVICIOS	11.551.064.938
IMPUESTOS Y MULTAS	98.224.472
TRANSFERENCIAS CORRIENTES DE PREVISION SOCIAL	781.652.126
OTRAS TRANSFERENCIAS	2.382.862.022
COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	39.907.425.538
COMPRA DE SERVICIOS PARA LA VENTA	16.586.781.601
INVERSION DOTACION	926.423.000
SERVICIO DE LA DEUDA	2.296.611.606
TOTAL	157.166.944.946

EQUILIBRIO	1,60
-------------------	-------------

Fuente: Informe Programa De Gestión Institucional De Los Recursos Financieros (PEGIF)

La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta alcanzando un resultado de equilibrio de 1.06 situación que muestra que la entidad genera reconocimientos mayores al gasto comprometido por la entidad a pesar que el gasto en algunos casos cubre más meses de los que está reconociendo.

1.1.10 EQUILIBRIO CON RECAUDO TOTAL.

RUBRO	2021
DISPONIBILIDAD INICIAL	1.287.097.064
INGRESOS CORRIENTES	68.323.195.440
RECURSOS DE CAPITAL	66.021.810.915
TOTAL RECONOCIMIENTO	135.632.103.419

Fuente: Informe Programa De Gestión Institucional De Los Recursos Financieros (PEGIF)

RUBRO PRESUPUESTAL	2021
SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA	2.805.136.924
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	74.446.365.185
CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NOMINA	1.033.531.682
ADQUISICION DE BIENES	4.350.865.852
ADQUISICION DE SERVICIOS	11.551.064.938
IMPUESTOS Y MULTAS	98.224.472
TRANSFERENCIAS CORRIENTES DE PREVISION SOCIAL	781.652.126
OTRAS TRANSFERENCIAS	2.382.862.022
COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	39.907.425.538
COMPRA DE SERVICIOS PARA LA VENTA	16.586.781.601
INVERSION DOTACION	926.423.000
SERVICIO DE LA DEUDA	2.296.611.606
TOTAL	157.166.944.946

EQUILIBRIO	0,86
-------------------	-------------

Fuente: Informe Programa De Gestión Institucional De Los Recursos Financieros (PEGIF)



La entidad **NO LOGRA** el cumplimiento de la meta propuesta alcanzando un resultado de equilibrio con recaudo de 0.86 situación que muestra que la entidad logra recaudar tan solo el 86% del total que ha obligado, es importante que la entidad fortalezca las estrategias de contención del gasto y mejoras en el recaudo a fin de disminuir las cuentas por pagar.

1.1.11 OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DE GLOSA INICIAL: Muestra el cumplimiento de la entidad en la respuesta y tramite de glosas iniciales.



Fuente: Modulo de indicadores Daruma

La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta dando trámite oportuna al 100% de las glosas iniciales recibidas en la vigencia 2021.

1.1.12 PARTICIPACIÓN DE LA GLOSA INICIAL Y DEVOLUCIONES PENDIENTES EN EL TOTAL DE LA CARTERA: Muestra la proporción de cartera NO EXIGIBLE por encontrarse glosada o Devuelta



Fuente: Modulo de indicadores Daruma

La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta puesto que a Septiembre la participación de glosas y devoluciones se encuentra por debajo de la meta situándose en el 15.84% de la cartera.

11

1.1.13 ACEPTACIÓN DE GLOSA DE LA VIGENCIA:



Fuente: Modulo de indicadores Daruma

La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta puesto que a Septiembre la aceptación de glosas de servicios prestados en la vigencia 2021 se sitúa en el 1.64% del total facturado en la vigencia 2021.

1.1.14 CUMPLIMIENTO EN PAGO DE VIGENCIAS ANTERIORES:

CONCEPTO	2021
TOTAL CUENTAS POR PAGAR CONSTITUIDAS PAGADAS	17.727.958.308
TOTAL CUENTAS POR PAGAR CONSTITUIDAS	20.393.521.129
% DE CUENTAS POR PAGAR PAGADAS	87%

Fuente: Informe Programa De Gestión Institucional De Los Recursos Financieros (PEGIF)

La a corte 30 de Septiembre de 2021 ha efectuado el pago del 87% del total de cuentas constituidas como cuentas por pagar al cierre de la vigencia 2021, sin embargo el cumplimiento de esta meta es anual.



1.1.15 SUPERAVIT O DEFICIT PRESUPUESTAL:

CONCEPTO	2021
TOTAL INGRESO RECONOCIDO	251.791.105.147
TOTAL GASTO COMPROMETIDO	205.577.993.719
SUPERAVIT PRESUPUESTAL	46.213.111.428

Fuente: Informe Programa De Gestión Institucional De Los Recursos Financieros (PEGIF)

A corte 30 de Septiembre de 2021 la entidad opera con SUPERAVIT PRESUPUESTAL puesto que genera excedentes presupuestales (mayor Reconocimiento) de \$46.213.111.428.

1.1.16 ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCIÓN DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURIDICO Y EVIDENCIAS DE SU SOCIALIZACIÓN:

Se observa que la modificación del Manual para la formulación e implementación de la política de prevención del daño antijurídico fue socializado y aprobado por unanimidad por el Comité según acta No. 6 de fecha 25 de marzo de 2021.

1.1.17 INFORME DE SEGUIMIENTO POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURIDICO:

La oficina Jurídica de la entidad efectuó presentación de informe de seguimiento del daño antijuridico en el comité de conciliación de la entidad, con lo cual se da cumplimiento a las acciones propuestas.

1.1.18 ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA RIESGO JURÍDICO IDENTIFICADO

La oficina Jurídica de la entidad efectuó presentación de las acciones de mejora para los riesgos jurídicos identificados, con lo cual se da cumplimiento a las acciones propuestas.

1.1.19 CALCULO DEL INDICE DE RIESGO:

CONCEPTO	2021
SUPERAVIT O DEFICIT OPERACIONAL TOTAL	- 33.101.949.258
INGRESOS OPERACIONALES TOTALES RECAUDADOS	103.099.125.204
INDICE DE RIESGO	- 0,32

Fuente: Informe Programa De Gestión Institucional De Los Recursos Financieros (PEGIF)

A corte 30 de Septiembre de 2021 la entidad no logra superar el índice de riesgo situación que podría someter a la entidad a la generación de programa de saneamiento fiscal y financiero si la entidad es objeto de evaluación por parte del Ministerio de Salud Y protección Social, situación que obliga a que la entidad deba hacer seguimiento permanente al comportamiento de gasto, de recaudo y adoptar medidas que contribuyan a su mejora.

1.1.20 INCREMENTO RECAUDO DE CARTERA

CONCEPTO	2021
VALOR RECAUDADO TRIMESTRE VIGENCIA ACTUAL	47.157.145.743
VALOR RECAUDADO TRIMESTRE VIGENCIA ANTERIOR	33.538.955.710
INCREMENTO RECAUDO	41%

Fuente: Informe Programa De Gestión Institucional De Los Recursos Financieros (PEGIF)

A corte 30 de septiembre de 2021 la entidad aumenta el total del recaudo en un 41%.

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

El área de cartera indica que se han adelantado los procesos de cobro persuasivo que han permitido a la entidad los mejores resultados de recaudo evidenciados, se adjunta informe del área de cartera.

1.2 PROGRAMA GESTIÓN DE SISTEMA DE COSTOS.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	PROGRAMA GESTIÓN DE SISTEMA DE COSTOS	RESULTADO 3 TRIMESTRE
Seguimiento trimestral al comportamiento de los centros de costos	Total informes trimestrales de costos evaluados / Total trimestres de la vigencia	100%	Trimestral	Informes Trimestrales	100%	100%
Centros de costos definidos con diagnóstico realizado	Total centros de costos con informe de diagnóstico / total de centros de costos definidos	100%	Anual	Informes Diagnóstico	100%	100%
Unidades funcionales definidos con diagnóstico realizado	Total unidades funcionales con informe de diagnóstico / total unidades funcionales definidas	100%	Anual	Informes Diagnóstico	12	75%
Criterios de distribución de costos actualizados si aplica	Total criterios de distribución de costos con informe diagnóstico / Total criterios de distribución de costos definidos	100%	Anual	Informes Diagnóstico	NA	NA

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE COSTOS	total indicadores que superan la meta/total indicadores del programa por vigencia	75%	Trimestral			92%
-------------------------------------	---	-----	------------	--	--	-----

1.2.1 SEGUIMIENTO TRIMESTRAL AL COMPORTAMIENTO DE LOS CENTROS DE COSTOS.

La entidad efectuó la proyección de informes de centros de costos para el tercer trimestre y ha efectuado el seguimiento del comportamiento de los centros de costos con corte al tercer trimestre de la vigencia 2021, se han identificado oportunidades para la división de centros de costos, sin embargo esta actividad dependerá de la decisión de ajuste de la capacidad instalada que por efecto directo de la pandemia de manera permanente ha presentado variaciones en cuanto a: cantidad de camas habilitadas, servicios habilitados, expansión en sedes temporales Hunza y UMI, que una vez se definan permitirán definir los centros de costos que se mantendrán en la entidad y los que deberán ser ajustados.

1.2.2 CENTROS DE COSTOS DEFINIDOS CON DIAGNÓSTICO REALIZADO.

La entidad efectuó la proyección de informes de centros de costos, como primer avance del cumplimiento del programa, estos informes serán objeto de actualización de manera trimestral y permitirán a la entidad la identificación de oportunidades de mejora.

1.2.3 UNIDADES FUNCIONALES DEFINIDOS CON DIAGNOSTICO REALIZADO:

UNIDADES FUNCIONALES	INFORME REALIZADO	INFORME PENDIENTE
DIRECCION	1	
OFICINAS ASESORAS	1	
FINANCIERA Y TALENTO HUMANO	1	
RECURSOS FISICOS	1	
RECURSOS DE INFORMACION	1	
SERVICIOS GENERALES	1	
APOYO LOGISTICO	1	
URGENCIAS	1	
SERVICIOS AMBULATORIOS	1	
INTERNACION		1
QUIROFANOS Y SALA DE PARTOS		1
APOYO DIAGNOSTICO		1
APOYO TERAPEUTICO		1
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD	1	
CONVENIOS DOCENTE ASISTENCIALES	1	
ARRIENDOS	1	
TOTAL INFORMES	12	4
TOTAL UNIDADES FUNCIONALES	16	16
INDICADOR	75%	25%

Fuente: Informe Programa Gestión De Sistema De Costos.

Con base en los informes de costos realizados se han proyectado 12 informes de unidades funcionales de la 16 definidas, situación que muestra un cumplimiento del 75%.

1.1.1 CRITERIOS DE DISTRIBUCIÓN DE COSTOS ACTUALIZADOS SI APLICA

En el desarrollo del programa se adelanta la revisión de los criterios de distribución que se utilizan para la distribución de costos, este informe se realizó en el trimestre anterior y no se han evidenciado ajustes necesarios a los ya presentados en el seguimiento realizado en el trimestre anterior.

1.2 FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTJURÍDICO DE LA ENTIDAD.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	RESULTADO CONSOLIDADO 3er TRIMESTRE
Evaluación del impacto jurídico respecto de la no adherencia a guías de manejo clínico	PRODUCTO: Informe jurídico en el que se determine el impacto jurídico de la no adherencia a las guías de manejo clínico correspondientes a la fechas de los hechos de las demandas, que permita ajustar las actividades del plan de acción anual del Manual de Prevención de antijurídico de la ESE.	Se establecerá una vez evaluada la información presentada por la oficina jurídica y partes interesadas	INFORME	1. Informe 2. Plan de acción del Manual de Prevención de daño Antijurídico ajustado con base en el informe, de ser el caso	100%
Evaluación del impacto jurídico respecto de la no adherencia a protocolos que generen eventos adversos	PRODUCTO: Informe jurídico que en el que se determine los servicios y personal presuntamente involucrados en hechos adversos, correspondientes a la fechas de los hechos de las demandas, que permita ajustar las actividades del plan de acción anual del Manual de Prevención de antijurídico de la ESE.	Se establecerá una vez evaluada la información presentada por la oficina jurídica y partes interesadas	INFORME	1. Informe 2. Plan de acción del Manual de Prevención de daño Antijurídico ajustado con base en el informe, de ser el caso	95%
Seguimiento demandas interpuestas por derechos laborales	PRODUCTO: Informe jurídico que contenga seguimiento a demandas interpuestas por derechos laborales e incluya recomendaciones al área de Contratación y Talento Humano de la ESE, y se generen compromisos en mesas de trabajo.	Se establecerá una vez evaluada la información presentada por la oficina jurídica y partes interesadas	INFORME	1, Informe 2, Recomendaciones por escrito radicadas a las dependencias correspondientes. 3, Actas de reunión	100%
TOTAL					98%

Tabla de resultados fortalecimiento de la gestión del riesgo y prevención del daño antijurídico de la entidad

1.2.1 INFORME JURÍDICO EN EL QUE SE DETERMINE EL IMPACTO JURÍDICO DE LA NO ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE MANEJO CLÍNICO CORRESPONDIENTES A LA FECHAS DE LOS HECHOS DE LAS DEMANDAS, QUE PERMITA AJUSTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL DEL MANUAL DE PREVENCIÓN DE ANTIJURÍDICO DE LA ESE.

La oficina jurídica viene liderando la consolidación del programa de prevención de daño antijurídico desde la perspectiva integral y planeo un cronograma de actividades, a la fecha la oficina jurídica con cuenta con 126 procesos activos, los cuales se clasifican en la siguiente gráfica.



Después de relacionar la totalidad de los procesos judiciales, se clasifica el medio de control, el valor del pasivo o activo contingente y el nivel de riesgo:

REPARACIÓN DIRECTA	Alto	Medio	Bajo	Total
No. de procesos	8	25	38	
Valor del Contingente	\$ 2.677.723.205	\$ 4.927.020.590	\$ 2.865.932.474	\$ 10.470.676.269

REPETICIÓN	Alto	Medio	Bajo	Total
No. de procesos	6	6	5	
Valor del Contingente	\$ 985.560.705	\$ 1.283.245.936	\$ 9.434.861	\$ 2.233.241.502

NULIDAD Y NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	Alto	Medio	Bajo	Total
No. de procesos	3	2	22	
Valor del Contingente	\$ 63.624.840	\$ 1.633.582	\$ 42.115.232	\$ 107.373.654

OTROS PROCESOS	Alto	Medio	Bajo	Total
No. de procesos	4	2	5	
Valor del Contingente Activo	\$ 180.000.000	\$ 114.600.170	\$ 57.454.537	\$ 352.054.707
Valor del Contingente Pasivo	\$ 125.749.379	\$ 14.535.272	\$ 9.119.727	\$ 149.404.378

Fuente: Informe de Junta Directiva sept 2021

Handwritten signature

1.2.2 INFORME JURÍDICO QUE EN EL QUE SE DETERMINE LOS SERVICIOS Y PERSONAL PRESUNTAMENTE INVOLUCRADOS EN HECHOS ADVERSOS, CORRESPONDIENTES A LA FECHAS DE LOS HECHOS DE LAS DEMANDAS, QUE PERMITA AJUSTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL DEL MANUAL DE PREVENCIÓN DE ANTIJURÍDICO DE LA ESE.

Teniendo en cuenta el informe enviado por la oficina jurídica para este indicador se tiene un cumplimiento del 95% de la estructuración de la línea base del programa, de las 902 celdas, se evidencia el diligenciamiento de 857.

1.2.3 INFORME JURÍDICO QUE CONTENGA SEGUIMIENTO A DEMANDAS INTERPUESTAS POR DERECHOS LABORALES E INCLUYA RECOMENDACIONES AL ÁREA DE CONTRATACIÓN Y TALENTO HUMANO DE LA ESE, Y SE GENEREN COMPROMISOS EN MESAS DE TRABAJO.

Las demandas laborales contra la institución se tratan mayoritariamente de demanda en relación con el contrato realidad, estas demandas se han convertido en un problema no solo jurídico, sino presupuestal, ya que la vinculación del personal se realiza mediante contrato de prestación de servicios y a través de la tercerización de los servicios misionales, si bien en la actualidad cursa en contra de la entidad 6 procesos ordinarios laborales con una pretensión de \$119.529.348, es importante avanzar hacia la reducción impactando las finanzas de la ESE HUSRT.

Sin embargo con el informe enviado por la oficina jurídica, éste es un diagnóstico inicial, el cual se debe establecer acciones que mitiguen el riesgo jurídico en materia laboral.

1.3 PROGRAMA DE ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REPONSABLE	GESTIÓN MANTENIMIENTO	RESULTADO 3 TRIMESTRE
Construcción, adecuación y/o mejoramiento de las condiciones de infraestructura del HUSRT	Porcentaje avance de obra (Construcción)	% Avance real / % Avance proyectado	90%	Semestral	Coordinador Mantenimiento	100%	100%
	Porcentaje avance de obra (Adecuación)	% Avance real / % Avance proyectado	90%	Semestral	Coordinador Mantenimiento	100%	100%
	Porcentaje avance de obra (Mejoramiento)	% Avance real / % Avance proyectado	90%	Semestral	Coordinador Mantenimiento	100%	100%

Actividades de mantenimiento correctivo	Número de mantenimientos correctivos ejecutados / Número de actividades solicitados	>90%	Mensual	Coordinador Mantenimiento	100%	100%
Actividades de mantenimiento preventivo	Número de actividades ejecutadas del plan de mantenimiento / Número de actividades programadas	>90%	Mensual	Coordinador Mantenimiento	98%	98%
CUMPLIMIENTO GENERAL					100%	100%

Tabla programa de adecuación y mejoramiento de infraestructura física

1.1.1 PORCENTAJE AVANCE DE OBRA (CONSTRUCCIÓN).

Para el tercer trimestre de 2021 se programó la construcción de un cuarto para autoclave de laboratorio, directriz de la gerencia y coordinador de área.



Imagen Adecuaciones cuarto de autoclave

1.1.2 PORCENTAJE AVANCE DE OBRA (ADECUACIÓN)

Para el tercer trimestre de 2021, se programaron 3 actividades así:

- ✓ Techo UMI segundo piso.



Imagen adecuaciones UMI



- ✓ Muros doble cara superboard escaleras 5 sur.



Imagen Adecuaciones 5sur

- ✓ Oficina 2 de consulta externa.



Imagen Adecuaciones consulta externa

1.1.3 PORCENTAJE AVANCE DE OBRA (MEJORAMIENTO).

Para este indicador se programó el arreglo de dos unidades sanitarias caballeros y damas por trimestre, directriz de gerencia y coordinador de área.

Segundo trimestre	6 sur
Tercer trimestre	Baños Urgencias personas diversamente hábiles
Cuarto trimestre	Balos consulta externa personas diversamente hábiles.

Fuente: informe programa de adecuación y mejoramiento de infraestructura física

Como esta actividad se requería con celeridad debido a que en el hospital no se cuentan con las unidades sanitarias necesarias se realizó el mejoramiento de los baños planteados en el cuadro en el segundo trimestre. Por ende se cumple con este indicador para esta vigencia.



Imagen Baño 6 piso.

Baño urgencias

20

Baños urgencias



Baño Consulta Externa.



Se evidencia que se cumple con las actividades programadas para la vigencia 2021.

1.1.4 ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO.

El indicador se encuentra alimentado en el sistema de información Daruma con el número 586, el cual tiene un cumplimiento para el tercer trimestre de 2021 del 100%

Id	Nombre	Tendencia	Año	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
586	Ejecutar actividades de mantenimiento correctivo	▲	2021	99,51	99,49	99,26	99,29	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	N.R.	

Fuente; modulo indicadores daruma

1.1.5 ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO.

El indicador se encuentra alimentado en el sistema de información Daruma con el número 585, el cual tiene un cumplimiento para el tercer trimestre de 2021 de 98%




21

Id	Nombre	Tendencia	Año	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
585	Ejecutar actividades de Mantenimiento preventivo		2021	94,12	100,00	100,00	94,59	100,00	100,00	95,00	100,00	100,00	93,75	N.R.	

Fuente; modulo indicadores daruma

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

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPOSABLE	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	RESULTADO 3 TRIMESTRE
Rediseñar, Socializar, Implementar y evaluar el Programa de Gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia.	% de personal certificado en la norma de competencias definida	No. De personas certificadas en la norma definida / Total de personas programadas para certificar en la norma de competencia	>=80%	Anual	Certificados	Coordinador actividades Talento Humano	81%	100%
	% de satisfacción del desarrollo de los programas contenidos en el PEGITH	Sumatoria de respuestas positivas / Número total de preguntas	>=80%	Semestral	Tabulación encuesta	Coordinador actividades Talento Humano	NA	NA
	% Cobertura del plan de capacitación institucional personal de planta	Número de trabajadores de planta participantes en las actividades de capacitación programadas en el período / Número total de trabajadores de planta programados	>=70%	Semestral	Actas asistencia	Coordinador actividades Talento Humano	89	100%




% Cobertura del plan de bienestar del personal de planta	Número de trabajadores de planta participantes en las actividades de bienestar programadas en el período / Número total de trabajadores de planta programados	>= 70%	Semestral	Actas asistencia	Coordinador actividades Talento Humano	100%	100%
% de cumplimiento actividades de capacitación	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	>= 90%	Semestral	Informe y/o respectiva evidencia	Coordinador actividades Talento Humano	100%	100%
% de cumplimiento actividades de bienestar	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	90%	Semestral	Informe y/o respectiva evidencia	Coordinador actividades Talento Humano	100%	100%
Situaciones Administrativas	Total situaciones administrativas atendidas en términos / Total situaciones administrativas recibidas o a gestionar en el período	90%	Semestral	Informe y/o respectiva evidencia	Coordinador actividades Talento Humano	100%	100%
Transformación cultural	Sumatoria de respuestas positivas / Número total de preguntas	>= 90%	Semestral	Informe y/o respectiva evidencia	Coordinador actividades Talento Humano	NA	NA
Cumplimiento estrategia construyendo en familia para trabajar con el alma	Número de colaboradores asistentes a los procesos formativos / Total de colaboradores que confirmen participación	30%	Semestral	Actas asistencia	Coordinador actividades Talento Humano	56%	100%
CUMPLIMIENTO GENERAL							100%



1.5.1 % DE PERSONAL CERTIFICADO EN LA NORMA DE COMPETENCIAS DEFINIDA:

En el tercer trimestre de 2021 se evidencia que se llevó a cabo el proceso de certificación de competencias de la norma del área clínica de atención al usuario, en el cual se programaron 67 funcionarios y terminaron el proceso 54 para un cumplimiento del 81%.

1.5.2 % DE SATISFACCIÓN DEL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS CONTENIDOS EN EL PEGITH.

Para el tercer trimestre de la vigencia no aplica medición para éste indicador.

1.5.3 % COBERTURA DEL PLAN DE CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL PERSONAL DE PLANTA.

En el tercer trimestre de 2021, se evidencia que se realizaron capacitaciones dirigidas al personal de planta.

TEMATICA	TERCER TRIMESTRE		
	PLANTA	programados o inscritos planta	% cumpli
PROGRAMA MADRE CANGURO	8	13	61.54
PLAN DE FORMACION UCI ADULTO	3	3	100
PLAN DE FORMACION UCI NEONATAL	3	3	100
USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	5	5	100
SINTOMAS POR SARS COVID 2 (COVID19) Y PREVENCION	35	35	100
PLANTEESE UNA VIDA CON PASION	6	6	100
MANEJO SEGURO CORTOPÚNZANTES	8	8	100
FORMACION DE BRIGADISTAS INTEGRALES	8	8	100
SISTEMA DE GESTION Y ST -50 HORAS	2	2	100
SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL	9	9	100
Concienciación al uso racional de antibiótico -FARMACIA	11	11	100
IAMI	14	14	100
PIEL SANA	1	1	100
EVALUACION DEL DESEMPEÑO	46	61	75.41
BOMBAS DE INFUSIÓN	7	7	100
MANEJO EQUIPOS BIOMEDICOS	1	1	100
SUMATORIA COBERTURA TERCER TRIMESTRE	167	187	
PROGRAMADOS	187		
% COBERTURA	89.3048128		

Fuente: Informe programa de gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia.

1.5.4 % COBERTURA DEL PLAN DE BIENESTAR DEL PERSONAL DE PLANTA.

Durante el tercer trimestre de 2021, se programaron 2 actividades de bienestar para los funcionarios de planta así:

ACTIVIDAD	TERCER TRIMESTRE		
	PLANTA	DIRIGIDO A	%CUMPLIMI
Celebración cumpleaños personal de planta Puente mas largo	41	41	100%
Celebracion de cumpleaños Envio tarjeta virtual a cada funcionario	11	11	100%
TOTAL	41	41	100%

Fuente: Informe programa de gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia.

Se tiene una cobertura del plan de bienestar del personal de planta del 100%.

1.5.5 % DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN.

Para el tercer trimestre de 2021 se programaron 11 capacitaciones de las cuales se ejecutaron 11 para un cumplimiento del 100%.

1.5.6 % DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE BIENESTAR.

Para el tercer trimestre de 2021, se programaron 7 actividades, de las cuales se ejecutaron 7 para un cumplimiento del 100%.

Las actividades programadas para el tercer trimestre encontramos:

1. Aplicación estrategia salario emocional
2. Celebración de cumpleaños, envío tarjeta virtual a cada funcionario a partir de febrero
3. Conmemoración día de la profesión y fechas especiales, Envío tarjeta virtual
4. Conmemoración día de la secretaria, envío tarjeta virtual
5. Conmemoración día de la enfermera, envío tarjeta virtual
6. Tour de bienestar
7. Clima laboral y cambio organizacional

1.5.7 SITUACIONES ADMINISTRATIVAS.

Se evidencia en archivo enviado por el proceso que para el tercer trimestre de 2021 se han remitido 80 situaciones administrativas, resolviéndolas al 100%.

INDICADOR TRAMITE SITUACIONES ADMINISTRATIVAS	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
# SITUACIONES ADMITIVAS TRAMITADAS	23	30	27	80
SITUACIONES ADMINISTRATIVAS REQUERIDAS	23	30	27	80
RESULTADO INDICADOR	100			

Fuente: Informe programa de gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia.

1.5.8 TRANSFORMACIÓN CULTURAL.

Para el tercer trimestre del año no aplica la medición de este indicador.

1.5.9 CUMPLIMIENTO ESTRATEGIA CONSTRUYENDO EN FAMILIA PARA TRABAJAR CON EL ALMA

Para el periodo evaluado se programaron 5 charlas así:

INDICADOR	CIBERACOSO	PAUTAS DE CRIANZA SESION 1	PAUTAS DE CRIANZA SESION 2	COMUNICACION ASERTIVA	ASPECTOS IDENTIFICACION DE VIOLENCIAS	TOTAL
ASISTENTES	44	73	68	112	105	402
PROGRAMADOS	59	176	176	176	176	763
%ASISTENCIA	75%	41%	39%	64%	60%	56%

Fuente: Informe del programa de gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia

Recomendaciones Generales para la Subgerencia Administrativa y Financiera:

- El Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PGIRF), de los 20 indicadores, 3 no cumplen con la meta establecida, se recomienda tomar las acciones pertinentes para cumplir con los objetivos propuestos.
- El programa gestión de costos de los 4 indicadores, 2 cumplen con la meta y 1 se encuentra con un avance del 75%, y uno no aplica para el periodo evaluado, se recomienda tomar las acciones pertinentes para cumplir con los objetivos propuestos.
- El Programa de adecuación y mejoramiento de infraestructura física, de los 5 indicadores, 5 cumplen con la meta, se recomienda continuar con la ejecución de las acciones para cumplir con los objetivos propuestos.
- Programa de Gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia, de los 9 indicadores, 7 cumplen con la meta, 2 no aplican para el periodo evaluado, se recomienda continuar con las acciones programadas para dar cumplimiento a los objetivos propuestos.

2. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

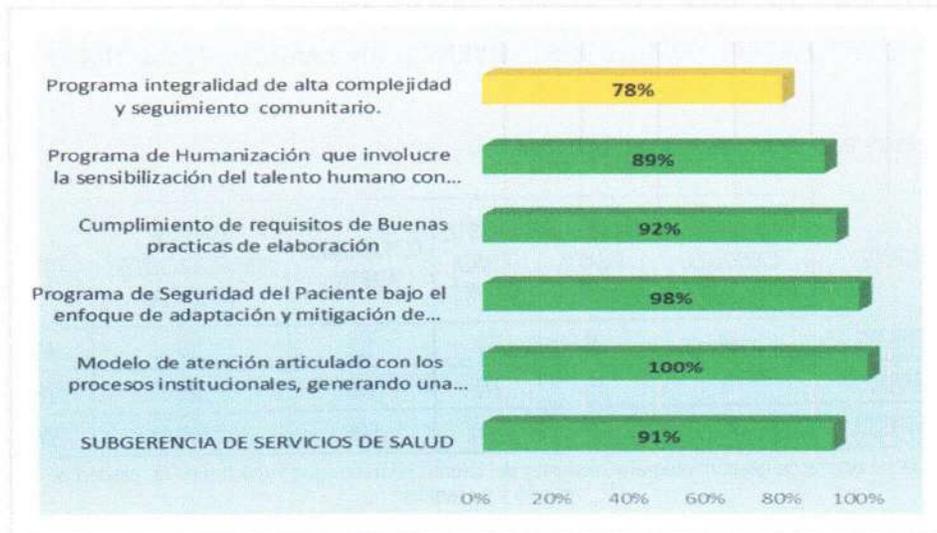


Imagen resultados subgerencia servicios de salud

El promedio general para la Subgerencia de Servicios de Salud es del 91%, de igual forma "indica una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y se cumple con la meta propuesta, a continuación se encuentra las matrices de cada uno de los programas con el porcentaje de cumplimiento de las metas propuestas junto con recomendaciones u observaciones, que se consideran importantes por esta oficina para la consecución de los objetivos estratégicos planteados en el Plan de Desarrollo de la institución:

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

TRIMESTRE	GESTIÓN CLÍNICA	GESTIÓN QUIRÚRGICA	URGENCIAS	UCI ADULTOS	UCI PEDIÁTRICA	UCI NEONATAL	CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS DE APOYO	CONSOLIDADO DE CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL
PRIMER TRIMESTRE	↓ 59.0	→ 70.0	↓ 52.5	↓ 42	→ 64.0	↓ 56.0	↓ 42	↓ 55.1
SEGUNDO TRIMESTRE	↓ 59.0	→ 70.0	↓ 61.3	↓ 42	→ 73.0	↓ 74.0	↓ 42	→ 60.2
TERCER TRIMESTRE	→ 68.0	→ 79.0	→ 78.8	↓ 59	↓ 56.0	↑ 91.0	↓ 59	→ 70.1
CUARTO TRIMESTRE	↓ 0.0	↓ 0.0	↓ 0.0	↓ 0.0	↓ 0.0	↓ 0.0	↓ 0.0	↓ 0.0
CUMPLIMIENTO ANUAL POR PROCESOS	→ 62	→ 73	→ 64	↓ 48	→ 64	→ 74	↓ 48	→ 62

Fuente: modelo de atención articulado con los procesos institucionales, generando una implementación oportuna, pertinente, segura e integral para el usuario y su familia.

Para el tercer trimestre de 2021 se evidencia un cumplimiento general de implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente con enfoque de Atención Primaria en Salud del 70.1%, cumpliendo la meta de la vigencia del 35%, dentro de los procesos con menor cumplimiento se encuentran:



UCI PEDIÁTRICA: A la luz de los indicadores reportados en el último trimestre se puede observar un cumplimiento de los pilares del modelo del **56%**, la construcción de los indicadores queda en un porcentaje de cumplimiento del 62.5% y el cumplimiento de la medición de los mismos registra una proporción del 75%. El cumplimiento global del modelo en el proceso para el tercer trimestre es del 56%

Cumplimiento del indicador porcentaje de negación de camas UCI pediátrica: El porcentaje de negación de camas aumentó en el último trimestre a expensa del número de camas asignadas como urgencia vital y al volumen de camas solicitadas el cual fue bajo. Este indicador se ha mantenido estable durante el año, sin embargo es necesario revisar al interior del proceso las dificultades que se tienen dentro de la prestación del servicio, las necesidades de la red y el perfil epidemiológico del año en contraste con las vigencias anteriores, para definir futuros planes de respuesta frente al incremento de la frecuencia de uso del servicio y la posibilidad de diseñar estrategias para el apoyo a las comunidades.

Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Pediátrica: Se reporta un cumplimiento del 50% en adherencia a las guías, este proceso se encuentra actualmente sin medición, se espera que pueda ser verificado y contrastado con los eventos adversos reportados por el programa.

Adherencia a medición de riesgos en el ingreso a piso en UCI Pediátrica (Enfermería y Médicos Hospitalarios): Este indicador no se encuentra medido ni parametrizado, busca la implementación de las escalas de medición del riesgo. La unidad de cuidados intensivos ha realizado ejecución de algunas de las escalas de riesgo, sin embargo, no ha sido evaluado, por lo que se sugiere realizar la verificación de las escalas empleadas, la implantación de las escalas faltantes para la medición de la adherencia de este proceso. Es necesario igualmente contrastar esta información con la implementación de guías en el servicio y medir resultados.

UCI ADULTOS: los indicadores reportados en el último trimestre se puede observar un cumplimiento de los pilares del modelo del 59%, la construcción de los indicadores queda en un porcentaje de cumplimiento del 75% y el cumplimiento de la medición de los mismos registra una proporción del 87.5%. El cumplimiento global del modelo en el proceso para el tercer trimestre es del 59%.

Cumplimiento al indicador Porcentaje de negación de camas UCI adultos: La medición del indicador no alcanza la meta durante los primeros tres trimestres del año en curso, en promedio el porcentaje de negación se encuentra en el 38.7%, esto corresponde a la capacidad instalada del hospital, frente a los requerimientos de la red frente a la aceptación del paciente que requiere cuidado crítico, comprendiendo que aun cuando la red realizó apertura de nuevas en la mayoría de las ESE de segundo nivel, el comportamiento de remisión se mantuvo estable, ya que es el hospital la única institución pública del departamento con el total de especialidades y procesos habilitados para dar soporte a las personas, familias y comunidades.

Frente a este indicador, se sugiere mantener las medidas de coordinación interinstitucional, no solo con los niveles básicos y complementarios, sino con los centros reguladores de urgencias y las EAPB, frente a la resolutivez que deben mantener los municipios y el comportamiento de las remisiones con respecto a las patologías que se aceptan en el hospital. Es también importante tener en cuenta la información relacionada con el análisis del indicador para realizar reuniones trimestrales o semestrales con la red de prestadores, las EAPB y la Secretaría Departamental de salud para estructurar los direccionamientos y mejorar la capacidad de respuesta de los segundos niveles de atención



Atributo gestión del riesgo: Adherencia a medición de riesgos en el ingreso a piso en UCI Adultos (Enfermería y Médicos Hospitalarios); este indicador no se encuentra medido ni parametrizado, busca la implementación de las escalas de medición del riesgo. La unidad de cuidados intensivos ha realizado ejecución de algunas de las escalas de riesgo, sin embargo, no ha sido evaluado, por lo que se sugiere realizar la verificación de las escalas empleadas, la implantación de las escalas faltantes para la medición de la adherencia de este proceso. Es necesario igualmente contrastar esta información con la implementación de guías en el servicio y medir resultados.

CONSULTA EXTERNA: Se puede observar un cumplimiento de los pilares del modelo del 33.3%, la construcción de los indicadores queda en un porcentaje de cumplimiento del 100% y el cumplimiento de la medición de los mismos registra una proporción del 62.5%. El cumplimiento global del modelo en el proceso para el tercer trimestre es del 59%.

Proporción de llamadas contestadas en asignación de citas médicas: El indicador no ha sido medido en ninguno de los trimestres, no se cuenta con la información correspondiente para realizar el análisis del incumplimiento ni las causas, por lo tanto se sugiere que sea realizado el plan de mejoramiento con los coordinadores de las áreas y las acciones de mejora para el alcance de la meta. Es necesario enfatizar en la importancia que tiene para el servicio la oportunidad en la atención de las llamadas para que la población pueda contar con el acceso a los servicios ambulatorios de la institución, todo dentro del enfoque de atenciones seguras en la prevención de posibles complicaciones por la inobservancia de los pacientes y sus patologías.

Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Consulta Externa: Este atributo no ha sido medido, se define la importancia de la medición de la adherencia a guías con relación al aumento de los casos reportados por el programa de seguridad del paciente y su impacto a nivel institucional. Se sugiere la elaboración del plan de mejoramiento para su estricto seguimiento

Cumplimiento a Indicador de Gestión Seguridad del Paciente en Consulta Externa y Servicios de Apoyo: Durante la vigencia el indicador no ha superado el 60%, es importante realizar el plan de mejoramiento en acompañamiento del programa de seguridad y gestión del riesgo para que den el soporte necesario para la implementación de las medidas preventivas y barreras de seguridad necesarias en concatenación con la adherencia a guías.

Adherencia al buen trato en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (Humanización): El indicador no ha sido medido, se advierte un gran riesgo conforme a la importancia que tiene dentro de la atención, en espera de respuesta por parte del proceso

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

ACTIVIDAD	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	EVIDENCIA	REPOSABLE	CUMPLIMIENTO	PROMEDIO 3o TRIMESTRE
Fortalecer y articular la implementación del Programa de seguridad	Proporción de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de	>80%	Actas de Comité seguridad del paciente Informe	Líder Seguridad del Paciente	76 %	95%



del paciente bajo el enfoque de adaptación y mitigación de riesgos.		eventos adversos detectados		ejecutivo del programara			
	Promedio de la calificación de adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente	Sumatoria del número de listas de chequeo aplicadas por pacientes atendidos que cumplen con los criterios según estándar (protocolo...) institucional en el periodo / Sumatoria total de las listas de chequeo aplicadas por pacientes atendidos en el periodo X 100	>= 80%	Actas de Comité seguridad del paciente Informes de adherencia	Líder Seguridad del Paciente	90%	100%
	Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas	No. de ítems de implementación que se que cumplen en el periodo según cronograma / Total de ítems evaluado en el periodo según cronograma .x100	>= 65%	Actas de Comité seguridad del paciente Informe ejecutivo del programara	Líder Seguridad del Paciente	67%	100%
	Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente	Acciones de control ejecutadas / Acciones de control identificadas	>= 40%	Seguimiento a matrices de riesgo	Líder Seguridad del Paciente	NA	NA
CUMPLIMIENTO GENERAL							98%

2.2.1 Proporción de vigilancia de eventos adversos

CONSOLIDADO INSTITUCIONAL	ENFERMERIA	GESTIÓN CLÍNICA	GESTIÓN QUIRÚRGICA	URGENCIAS	UCI ADULTOS	UCI PEDIÁTRICA	UCI NEONATAL	APOYO SERVICIOS SALUD	SEDE MARIA JOSEFA CAMELONES	GESTIÓN FARMACEÚTICA	EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PÚBLICA
76%	87%	82%	89%	55%	77%	65%	88%	38%	NA	100%	NA

Fuente: Informe de programa de seguridad del paciente bajo el enfoque de adaptación y mitigación de riesgos.

El proceso misional con mayor gestión de eventos adversos, corresponde a gestión farmacéutica con 100% y el proceso con menor gestión de eventos es apoyo a servicios de salud con un 38% de los eventos adversos gestionados de los reportados.

Con respecto a la gestión de los eventos relacionados por enfermería el análisis de los casos se está registrando en el módulo EVENTO de DARUMA siendo este uno de las metas del programa de seguridad



del paciente. De igual forma se encuentra en marcha el registro y análisis de los eventos en DARUMA por parte del servicio de Ginecoobstetricia, igualmente el servicio de UCI neonatal, así mismo se efectuó capacitación en metodología de análisis de eventos en el software DARUMA el servicio de UCI pediátrico, servicio de hemodinamia. Se encuentra pendiente definir mecanismo para la gestión de los eventos en DARUMA por los demás servicios.

2.2.2 PROMEDIO DE LA CALIFICACIÓN DE ADHERENCIA A LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

INDICADOR	EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PÚBLICA	GESTION FARMACEUTICA	GESTIÓN CLÍNICA	GESTIÓN QUIRÚRGICA	URGENCIAS	UCI ADULTOS	UCI PEDIATRICA	ENFERMERIA	UCI NEONATAL	APOYO SERVICIOS SALUD	SEDE MARIA JOSEFA CANELONES	CUMPLIMIENTO	PROMEDIO 2º TRIMESTRE
Promedio de la calificación de adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente	NA	NA	95%	92%	78%	80%	98%	90%	97%	NA	NA	90%	100%

Fuente: Informe de programa de seguridad del paciente bajo el enfoque de adaptación y mitigación de riesgos.

Se observa que el proceso con mayor porcentaje de cumplimiento es UCI pediátrica con el 98%, y el proceso con menor porcentaje de cumplimiento corresponde a urgencia 78%, en cuanto a los procesos misionales con menor porcentaje de cumplimiento, se instaurarán las acciones de retroalimentación y formulación de acciones de mejora, medidas a desplegar bajo el liderazgo de los responsables de los procesos

2.2.3 PROMEDIO DE LA CALIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PRIORIZADAS.

INDICADOR	EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PÚBLICA	GESTION FARMACEUTICA	GESTIÓN CLÍNICA	GESTIÓN QUIRÚRGICA	URGENCIAS	UCI ADULTOS	UCI PEDIATRICA	ENFERMERIA	UCI NEONATAL	APOYO SERVICIOS SALUD	SEDE MARIA JOSEFA CANELONES	CUMPLIMIENTO	PROMEDIO 3º TRIMESTRE
Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas	89%	80%	54%	NA	NA	58%	58%	NA	58%	NA	NA	67%	100%

Fuente: Informe de programa de seguridad del paciente bajo el enfoque de adaptación y mitigación de riesgos.

Se observa que el proceso con mayor calificación corresponde a gestión farmacéutica con la implementación de BPS mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos, y el proceso con la implementación más baja corresponde a Gestión clínica con la BPS Reducir el riesgo de la atención de paciente con enfermedad mental, sin embargo se observa un cumplimiento del 100% con respecto a la meta de la vigencia del > 65%.

El líder del programa menciona que los resultados asignados corresponden al proceso de implementación, es decir el desarrollo de las actividades tendientes a implementar las recomendaciones descritas en cada BPS, por lo cual la calificación se asigna al proceso o servicio planteado como líder de cada buena práctica.

2.2.4 GESTIÓN DEL RIESGO EXTREMO Y ALTO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con respecto al indicador ejecución de las acciones de control para la gestión del riesgo en seguridad del paciente, no es posible reportar datos del indicador establecido para el tercer semestre del año 2021, teniendo en cuenta que a la fecha nos encontramos en la fase de diseño de la matriz de riesgos por cada proceso misional, el cual se encuentra en el siguiente estado:

PROCESO MISIONAL	IDENTIFICACION DEL RIESGO	ANALISIS Y EVALUACION DE RIESGOS	PLANIFICAR RESPUESTAS	DESPLIEGUE	IMPLEMENTACION, SEGUIMIENTO Y REVISION
ENFERMERIA	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
GESTION CLINICA	Amarillo	Amarillo	Amarillo	Amarillo	Amarillo
GESTION QUIRURGICA	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
URGENCIAS	Amarillo	Amarillo	Amarillo	Amarillo	Amarillo
UCI A DULTOS	Amarillo	Amarillo	Amarillo	Amarillo	Amarillo
UCI PEDIATRICA	Amarillo	Amarillo	Amarillo	Amarillo	Amarillo
UCI NEONATAL	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
SERVICIO FARMACEUTICO	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
LABORATORIO CLINICO-APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	Amarillo	Amarillo	Amarillo	Amarillo	Amarillo
PAATOLOGIA -APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
HEMODINAMIA -APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	Amarillo	Amarillo	Amarillo	Amarillo	Amarillo

Fuente: Informe de programa de seguridad del paciente bajo el enfoque de adaptación y mitigación de riesgos.

Los procesos que se encuentran en Rojo están en cero avance, Amarillo en proceso de elaboración y Verde en aprobación.

En virtud de lo anterior, la oficina asesora de desarrollo de servicios envió oficio radicado el 25 de noviembre de 2021, donde menciona que el indicador gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente, por encontrarse en fase de construcción de matrices de riesgo para cada proceso misional, por tal motivo, la meta no aplica para la vigencia 2021.



2.3 PROGRAMA INTEGRALIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO.

32

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA
Diseñar implementar y evaluar Programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario.	40%	Cumplimiento cronograma	Promedio de cumplimiento de actividades que aplican según cronograma vigencia 2021	40%	Trimestral	Informe

Programa	Meta	3 Trimestre	Cumplimiento Meta
Hematología - Oncología	40%	90%	100%
Rehabilitación Pulmonar		63%	100%
Obesidad		67%	100%
Osteoporosis		75%	100%
Pie diabético		67%	100%
Trombosis		47%	100%
Anticoagulación		53%	100%
Accesos Vasculares		15%	37%
Laboratorio Pruebas Función Pulmonar		0%	0%
Microcirugía		100%	100%
Comité de Bioética		0%	0%
Donación de Órganos		88%	100%
Total			55%

Tabla de resultados programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario

Para el tercer trimestre de 2021, el programa de integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario tiene un cumplimiento general del 78% cumpliendo con la meta establecida para la vigencia



Fase 1: Vigencia 2021

El proyecto de hematología y Oncología para la vigencia 2021 consta de 2 fases, la fase 1 pre-operativa – habilitación y la fase 2 Operativa – Quimioterapia

Para la fase 1 se cuenta con el estudio de oferta y demanda de consulta externa de las diferentes especialidades relacionadas con la atención del cáncer y unidades de quimioterapia, las cuales incluye las unidades o servicios habilitados en la población objeto del área de influencia, igualmente contiene el análisis de necesidades a la luz de la resolución 3100 de 2019, la construcción de los documentos como protocolos, procesos, procedimientos, entre otros, igualmente el planteamiento de indicadores a parametrizar una vez se inicie la operación del proyecto, se encuentra pendiente la definición de los estándares de talento humano, la adquisición del proveedor de mezclas para el aseguramiento de la calidad de los tratamientos.

Para el tercer periodo, se evidencia un cumplimiento del 60%, cumple con la meta establecida.

VIGENCIA	SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS				CUMPLIMIENTO PROMEDIO POR CRITERIO	CUMPLIMIENTO SERVICIO PRIORIZADO
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE		
2021	PROYECTO HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA - FASE 1 Y 2 (Fase 1: preoperativa - habilitación y Fase 2: operativa - Quimioterapia)	Indicador: fase preoperativa y documentación	100	100	70		90	64
		Indicador: porcentaje de cumplimiento Res 3100 (avance según cronograma)	80	80	80		80	
		Habilitación (avance según cronograma)			50		50	
		Indicador: porcentaje de implementación (avance según cronograma)			50		50	
		Indicador: porcentaje de operación (según cronograma)			50		50	

Fuente: Informe programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario

2.31 PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR

Del programa de rehabilitación pulmonar se evidencia el estudio de costos, diseño de indicadores para cuando se encuentre en inicio de operación dejar parametrizados; diseño del documento con su respectivo diagnóstico situacional, solicitud de laboratorio de pruebas de función pulmonar, análisis y proyección de tarifas a implementar, entre otros. Está pendiente la construcción de la documentación del programa y el estudio de costos, el programa tiene un cumplimiento para el tercer trimestre de 63.3% cumpliendo con la meta establecida.

VIGENCIA	SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS				CUMPLIMIENTO PROMEDIO POR CRITERIO	CUMPLIMIENTO SERVICIO PRIORIZADO
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE		
2021	Programa - Rehabilitación Pulmonar	Indicador: Diagnóstico situacional		100	100		100	63
		Indicador: Documento del programa		80	80		80	
		Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.			0		0	
		Indicador: Planteamiento y parametrización de indicadores			100		100	
		Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa			100		100	
		Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.			0		0	

Fuente: Informe programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario



2.3.2 PROGRAMA – CLÍNICA DE OBESIDAD

Desde el programa clínica de obesidad, se tienen la plataforma documental del programa, los protocolos, guías y demás, se hizo avance en los costeos y paquetes, se presentan a junta directiva y se saca como acuerdo, se establece proceso contractual con cirugía bariátrica, ya se cuenta con producción de juntas de obesidad, pendiente realizar la primera cirugía de obesidad. El programa ya cuenta con la documentación completa, se realizó el primer procedimiento el día 4 de octubre de 2021 el cual está en proceso de evaluación por parte del equipo, para la realización de los correspondientes ajustes, cumplimiento para el tercer trimestre de 66.6% cumpliendo con la meta establecida.

VIGENCIA	SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS				CUMPLIMIENTO PROMEDIO POR CRITERIO	CUMPLIMIENTO SERVICIO PRIORIZADO
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE		
2021	Programa - Clínica de obesidad	Indicador: Diagnóstico situacional	100	100	100		100	71
		Indicador: Documento del programa	100	100	100		100	
		Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.	100	100	100		100	
		Indicador: Planteamiento y parametrización de indicadores		50	0		25	
		Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa		0	0		0	
		Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.		100	100		100	

Fuente: Informe programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario

2.3.3 PROGRAMA – CLÍNICA DE OSTEOPOROSIS

Desde el programa clínica de osteoporosis, se tienen la plataforma documental del programa, los protocolos, guías y demás documentos debidamente relacionados en Daruma, indicadores planteados más no parametrizados, pendiente asignen jefe de enfermería al programa para poder iniciar captura de los datos, estudio de costos adelantado y presentado a junta directiva, ya con acuerdo aprobado y socializado con comercial, cumplimiento para el tercer trimestre de 75% cumpliendo con la meta establecida.

VIGENCIA	SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS				CUMPLIMIENTO PROMEDIO POR CRITERIO	CUMPLIMIENTO SERVICIO PRIORIZADO
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE		
2021	Programa - clínica de osteoporosis	Indicador: Diagnóstico situacional	100	100	100		100	76
		Indicador: Documento del programa	100	100	100		100	
		Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.	100	50	100		83.33333333	
		Indicador: Planteamiento y parametrización de indicadores		100	50		75	
		Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa		0	0		0	
		Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.		100	100		100	

Fuente: Informe programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario

2.3.4 PROGRAMA PIE DIABÉTICO:

Desde el programa Pie diabético, se tienen la plataforma documental del programa, los protocolos, guías y demás documentos debidamente relacionados en Daruma, indicadores planteados más no parametrizados, pendiente asignen jefe de enfermería al programa para poder iniciar captura de los datos, estudio de costos adelantado y presentado a junta directiva, ya con acuerdo aprobado y socializado con comercial, cumplimiento para el tercer trimestre de 66.6% cumpliendo con la meta establecida.



VIGENCIA	SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS				CUMPLIMIENTO PROMEDIO POR CRITERIO	CUMPLIMIENTO SERVICIO PRIORIZADO
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE		
2021	Programa - Pié diabético	Indicador: Diagnóstico situacional	100	100	100		100	71
		Indicador: Documento del programa	100	100	100		100	
		Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.	100	100	100		100	
		Indicador: Planteamiento y parametrización de indicadores		50	0		25	
		Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa		0	0		0	
		Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.		100	100		100	

Fuente: Informe programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario

2.3.5 PROGRAMA HOSPITAL SEGURO CONTRA LA TROMBOSIS

Desde el programa Hospital Seguro contra la Trombosis, se tiene parte del diagnóstico situacional, sin embargo, el bajo reporte a seguridad del paciente de los eventos tromboticos como TEP y TVP considerados como eventos prevenibles es bajo, se tienen pendiente el avance de la plataforma documental del programa, los protocolos, guías y demás documentos, indicadores planteados más no parametrizados, se encuentra pendiente el ajuste de los indicadores, cumplimiento para el tercer trimestre de 46.6% cumpliendo con la meta establecida

VIGENCIA	SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS				CUMPLIMIENTO PROMEDIO POR CRITERIO	CUMPLIMIENTO SERVICIO PRIORIZADO
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE		
2021	Programa - Hospital seguro contra la trombosis	Indicador: Diagnóstico situacional		70	70		70	35
		Indicador: Documento del programa		70	100		85	
		Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.		0	60		30	
		Indicador: Planteamiento y parametrización de indicadores		50	50		50	
		Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa				0	0	
		Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.				0	0	

Fuente: Informe programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario

2.3.6 PROGRAMA CLÍNICA DE ANTICOAGULACIÓN

Desde el programa Clínica de anticoagulación, se tiene parte del diagnóstico situacional planteado en documento del programa, pendiente de aprobación, se tienen pendiente el avance de la plataforma documental del programa, los protocolos, guías y demás documentos, indicadores planteados más no parametrizados, pendiente asignen jefe de enfermería al programa para poder iniciar diseño de protocolos y adopción de guías, cumplimiento para el tercer trimestre de 53.3% cumpliendo con la meta establecida

VIGENCIA	SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS				CUMPLIMIENTO PROMEDIO POR CRITERIO	CUMPLIMIENTO SERVICIO PRIORIZADO
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE		
2021	Programa - Clínica de anticoagulación	Indicador: Diagnóstico situacional	70	70	70		70	51
		Indicador: Documento del programa	70	70	70		70	
		Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.		0	30		15	
		Indicador: Planteamiento y parametrización de indicadores		50	50		50	
		Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa				0	0	
		Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.				100	100	

Fuente: Informe programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario

2.3.7 ACCESOS VASCULARES

Se construyó el documento del programa y el análisis situacional, sin embargo este se encuentra en fase de validación ya que aún no se ha construido el diagnóstico situacional, lo cual puede sugerir cambios de

fondo en el documento, se espera el ajuste del documento con el apoyo del equipo conformado para el proceso. Se recalca que en la construcción del documento se ha contado con el apoyo técnico de BD Colombia, quienes han generado soporte técnico en la construcción y ajuste del programa, cumplimiento para el tercer trimestre de **15% no cumple con la meta establecida**

36

VIGENCIA	SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS				CUMPLIMIENTO PROMEDIO POR CRITERIO	CUMPLIMIENTO SERVICIO PRIORIZADO
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE		
2021	Programa de Accesos Vasculares	Indicador: Diagnóstico situacional			0		0	0
		Indicador: Documento del programa			50		50	
		Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.				0	0	
		Indicador: Planteamiento y parametrización de indicadores				0	0	
		Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa				0	0	
		Parametrización en sistema				0	0	
		Socialización Autorizaciones y Facturación				0	0	
Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.				0	0			

Fuente: Informe programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario

2.3.8 LABORATORIO DE PRUEBAS DE FUNCIÓN PULMONAR

El programa aún no ha iniciado su fase operativa, se construye nuevo cronograma de actividades para el logro del objetivo planteado, sin embargo para el tercer trimestre queda con **0% de avance el cual no cumple con la meta establecida.**

VIGENCIA	SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS				CUMPLIMIENTO PROMEDIO POR CRITERIO	CUMPLIMIENTO SERVICIO PRIORIZADO
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE		
2021	Laboratorio de pruebas de función pulmonar	Indicador de cumplimiento de cronograma			0		0	#DIV/0!
		Indicador: fase preoperatoria y documentación			0		0	
		Indicador: porcentaje de cumplimiento fase 3100 (avance según cronograma)			0		0	
		Habilitación (avance según cronograma)			0		0	
		Indicador: porcentaje de implementación (avance según cronograma)			0		0	
Indicador: porcentaje de operación (según cronograma)					#DIV/0!			

Fuente: Informe programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario

2.3.9 MICROCIRUGÍA

Desde microcirugía, se tiene ya el estudio de costos, ya se cuenta con acuerdo de junta directiva para cobro de eventos, ya se cuenta con relación contractual con Cirujano Plástico Reconstructivo y ya se han realizado procedimientos en la institución, para el tercer trimestre tiene un cumplimiento del 100% de avance el cual cumple con la meta establecida.

VIGENCIA	SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS				CUMPLIMIENTO PROMEDIO POR CRITERIO	CUMPLIMIENTO SERVICIO PRIORIZADO
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE		
2021	Microcirugía	Indicador: Diagnóstico situacional y justificación		100	100		100	100
		Indicador: porcentaje de cumplimiento Habilitación según Res 3100		100	100		100	
		Indicador: Estudio de costos, estudio de mercado y estudios precontractuales.		100	100		100	
		Indicador: Operación y Producción.		100	100		100	

Fuente: Informe programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario

2.3.10 COMITÉ DE BIOÉTICA

Se realiza la reunión de concertación para la construcción del comité, en apoyo de Bioeticista, Abogada y Filósofa, en coordinación con la oficina de calidad y apoyo a la subgerencia de prestación de servicios con



el fin de articular a la luz de la norma la reestructuración de los comités que se encuentran vigentes para su correcto funcionamiento, este documento se estará socializando en el mes de diciembre del presente año, sin embargo para el tercer trimestre queda con **0% de avance el cual no cumple con la meta establecida.**

37

VIGENCIA	SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS				CUMPLIMIENTO PROMEDIO POR CRITERIO	CUMPLIMIENTO SERVICIO PRIORIZADO
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE		
2021	Comité de Bioética	Resolución de conformación del comité			0		0	0
		Promedio de cumplimiento periodicidad de reuniones.					0	
		Promedio de cumplimiento tareas y compromisos en cada comité					0	
		Avance de planes de trabajo y acciones de mejora.					0	
		Porcentaje de cumplimiento en análisis de eventos solicitados a revisión por el Comité.					0	

Fuente: Informe programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario

2.3.11 DONACIÓN DE ÓRGANOS

Desde el programa de Donación de Órganos, se cuenta con documento del programa y demás documentos de norma en Daruma, bajo acompañamiento y asesoría de secretaría de salud distrital de Bogotá, se hace reporte a dicha secretaría tal y como lo señala plan de mejora externo, para el tercer trimestre tiene un cumplimiento del 88.3% de avance el cual cumple con la meta establecida.

VIGENCIA	SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS				CUMPLIMIENTO PROMEDIO POR CRITERIO	CUMPLIMIENTO SERVICIO PRIORIZADO	CUMPLIMIENTO GLOBAL VIGENCIA
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
2021	Programa de Donación de Órganos	Indicador: Diagnóstico situacional		100	100		100	88	
		Indicador: Documento del programa		100	100		100		
		Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.		100	100		100		
		Indicador: Planteamiento y parametrización de indicadores				100	100		
		Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa				100	100		
		Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.			90		90		

Fuente: Informe programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario

2.4 CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE BUENAS PRACTICAS DE ELABORACIÓN

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	RESPONSABLE	Gestión Farmacéutica	RESULTADO 3 TRIMESTRE
Implementación plan de acción de BPE (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	100%	Trimestral	Informe de seguimiento	Director Técnico Farmacia	83%	83%

Para el tercer trimestre de 2021 se programaron 6 actividades con el siguiente cumplimiento:

AÑO 2021				
No.	P = Programado E = Ejecutado		RESPONSABLE	% de Cumplimiento Anual
	ACTIVIDAD			
1	Adquisición de sillas plásticas de acuerdo a las especificaciones de		Almacén	100%

	la norma para los procesos de producción en la CAPM		
2	Suministro de canecas para las áreas de la CAPM.	Ingeniería ambiental	100%
3	Identificar áreas con estado de limpieza que deben contener; Producto elaborado anteriormente, quien realizo limpieza, verificación de limpieza y estado de limpieza.	Farmacia, Publicidad	100%
4	Evaluar cambio de selladoras manuales a automáticas para optimizar proceso de producción de re empaque y reenvase de formas farmacéuticas sólidas.	Farmacia, almacen	75%
5	Revisar y actualizar la documentación en la red de calidad de todos los procesos de la CAPM.	Farmacia	20%
6	Realizar la validación y/o calificación del sistema HVAC	Mantenimiento	100%
CUMPLIMIENTO			83%

Fuente: Plan de acción BPE

Se evidencia un cumplimiento general de Buenas prácticas de elaboración de 83%, las actividades con porcentajes más bajos corresponden a Evaluar cambio de selladoras manuales a automáticas para optimizar proceso de producción de re empaque y reenvase de formas farmacéuticas sólidas con 75% y Revisar y actualizar la documentación en la red de calidad de todos los procesos de la CAPM con solo 20%, se recomienda tomar las acciones respectivas con el fin de dar cumplimiento a las actividades programadas con el fin de cumplir con los objetivos propuestos.

2.5 CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REONSABLE	Gestión Farmacéutica	RESULTADO 3 TRIMESTRE
Implementación plan de acción de BPM (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	100%	Trimestral	Informe de seguimiento	Director Técnico Farmacia	100%	100%

Para el trimestre evaluado se programaron 3 actividades de las cuales se cumplieron al 100%.

PLANEADOR SAM 2021			
No.	Componente	Actividad	Cumplimiento
1	Notificaciones	Cambio personal técnico principal: • Director técnico del servicio farmacéutico. • Jefe de producción.	100%

		<ul style="list-style-type: none"> • Jefe de control de calidad. • Cambio en el proceso. • Cualquier modificación: • Condiciones evaluadas y certificadas. • Equipos • Áreas. • Procesos productivos. • Cambio con las empresas con las que se contrató la realización de actividades críticas de producción y control de calidad. <p>Si aplica</p>	
2	Evaluar Propuesta Económica	Se requiere cambiar el compresor de Aire Medicinal a uno de mayor capacidad debido al aumento de consumo; Esto se evidenció con el daño a dos scrollles en los últimos meses, lo que justifica que el equipo está trabajando forzosamente y que para MESSER Colombia no es viable el cambio de los mismos de manera reiterada, pues representa un desbalance económico	100%
3	Solicitar asesoría para la certificación o renovación de buenas prácticas de manufactura (BPM): establecimiento de gases medicinales obtenidos por tamiz molecular o PSA y/o compresor.	Establecimiento de gases medicinales obtenidos por tamiz molecular o PSA y/o compresor.	100%
Total Actividades			100%

Fuente: Plan de acción BPM

1. **Notificaciones**, esta actividad se realiza para dar cumplimiento A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 2018053566 del 10/12/2018, donde reacciona que "cualquier modificación se realice en la condiciones evaluadas y certificadas durante la auditoria, respecto a equipos, áreas, procesos productivos, personal técnico principal o de las empresas con las se contrató la realización de actividades críticas de producción y control de calidad, deben ser notificadas al INVIMA con el fin de que éste evalúe y verifique si se requiere una visita de ampliación o verificación del concepto técnico emitido, de acuerdo con las disposiciones de la normatividad sanitaria, para tal efecto se notifica a través de la oficina virtual el cambio del personal técnico principal.
2. **Evaluar Propuesta Económica:** En los análisis realizados por el proceso, se ve la necesidad de cambiar el compresor de aire medicinal a uno de mayor capacidad debido al aumento de

consumo, esto se evidencio con el daño de dos scrolles en los últimos meses, lo que significa que el equipo se encuentra trabajando forzadamente, por tal motivo se presenta en comité de farmacia y terapéutica la propuesta económica enviada por MESSER.

- 40
- Solicitar asesoría para la certificación o renovación de buenas prácticas de manufactura (BPM): establecimiento de gases medicinales obtenidos por tamiz molecular o PSA y/o compresor:** Se evidencia correo electrónico la necesidad a MESSER referente a la asesora para la certificación o renovación de BPM.

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

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	EVIDENCIA	Programa de Humanización	RESULTADO 3 TRIMESTRE
Socializar, implementar y evaluar el programa de humanización del servicio.	Adherencia al buen trato (UCI's, Hospitalización, Urgencias, programa madre canguro)	Número de ítems de la lista que se cumple / Total de ítems evaluados en el mismo periodo	90%	Formato GER-F-04 Humanización de la atención en Salud Urgencias, GER-F-05 Humanización de la atención en Salud Hospitalización, GER-F-08 Humanización de la atención en Salud UCI Neonatal	95.5%	100%
	Cobertura del programa de espacios de esparcimiento a colaboradores	Número de áreas impactadas / Número Total de áreas	90%	Formato GER-F-03 Cronograma de Trabajo Espacios de Esparcimiento	79%	87%
	Gestión y Seguimiento intrahospitalario y Pos Egreso	Número de Llamadas de Seguimiento a los Pacientes y sus Familias / Total de pacientes registrados en el periodo	60%	Formato GER-F-06 Humanización de la atención en salud Post Egreso	40%	67%
	Seguimiento a las Intervenciones de las acciones priorizadas	Número de ítems intervenidos / Número de ítems que no se cumplen	60%	Matriz Consolidada del análisis de cada una de las preguntas	77.7%	100%
	CUMPLIMIENTO PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN IMPLEMENTADO CLIENTE INTERNO Y EXTERNO					73.3%

Tabla de resultados de programa de humanización que involucre la sensibilización del talento humano con enfoque tanto para cliente interno y externo

Se evidencia un cumplimiento del programa de humanización que involucre la sensibilización del talento humano con enfoque tanto para cliente interno y externo del 88.5%.

41

2.6.1 ADHERENCIA AL BUEN TRATO (UCI'S, HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS, PROGRAMA MADRE CANGJURO).

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	CUMPLIMIENTO	URGENCIAS	HOSPITALIZACIÓN	UCI ADULTOS	UCI PEDIATRICA	UCI NEONATAL	PROGRAMA MADRE CANGURO
Adherencia al buen trato (UCI's, Hospitalización, Urgencias, programa madre canguro)	Número de ítems de la lista que se cumple / Total de ítems evaluados en el mismo periodo	90%	95.5%	91.75%	86.71%	98.49%	97.9%	100%	98.6%

Para realizar análisis del indicador se tuvo en cuenta la información resultado de la encuesta digital aplicada a los pacientes registrados por el equipo de humanización en cada una de las áreas intervenidas, como resultado general del indicador se tiene un cumplimiento del 95.5, cumple con la meta establecida.

2.6.2 COBERTURA DEL PROGRAMA DE ESPACIOS DE ESPARCIMIENTO A COLABORADORES

Se evidencia que el programa se mide por la cobertura de la totalidad de las áreas de la institución y no por participación por funcionario, Identificaron 44 áreas de las cuales se realizó intervención a 35.

De las 44 áreas identificadas, se han intervenido 35 para un total de 366 actividades, con un 79% de cobertura, se encuentran 9 áreas no intervenidas (Oncología, esterilización, ginecobstetricia, salas de cirugía y parto, Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Unidad de Cuidado Intensivo 4 piso, autorizaciones, gestión comercial, gestión ambiental), ya que el personal manifiesta no tener tiempo o no estar en disposición para participar en las actividades programadas, se recomienda realizar las acciones correspondientes para que las áreas que no participen en el proceso se incluyan.

En el mes de septiembre se dio inicio a la práctica de actividad física y deporte, manejando equipos de Baloncesto con una participación de 35 personas, Running con 17 participantes, Voleibol con 45 participantes, Ciclismo con 15 participantes y Futbol con 50 participantes.

2.6.3 GESTIÓN Y SEGUIMIENTO INTRAHOSPITALARIO Y POS EGRESO

Para la fórmula del indicador se tuvo en cuenta el número de pacientes registrados por el equipo de humanización durante el primer trimestre del año, sobre el registro de las llamadas de seguimiento que se realizaron en el tercer trimestre.



Para el segundo trimestre se registraron 1.589 usuarios en hospitalización y UCI teniendo un registro de 634 llamadas de seguimiento que se realizaron en el tercer trimestre, para un cumplimiento del 40%, muy por debajo de la meta del 60% proyectada para el trimestre.

42

2.6.4 SEGUIMIENTO A LAS INTERVENCIONES DE LAS ACCIONES PRIORIZADAS.

Partiendo del número de ítems que no se cumplen en el segundo trimestre, se evidencia que en el servicio de hospitalización no se da cumplimiento a 5 ítems, en el servicio de UCI adultos no se da cumplimiento a 7 ítems, en el servicio de urgencias no se cumple con 3 ítems. Los ítems que no cumplen son los relacionados con el tema de comunicación en cuanto a la presentación del personal, a la explicación de protocolos de ingreso, la explicación de procesos que se llevaran a cabo en la habitación y/o unidad del paciente, teniendo falencia en los servicios de vigilancia, servicios generales, servicio de alimentación, la atención médica en cuanto a la respuesta al llamado del paciente en la UCI y la demora en la atención médica en el servicio de urgencias, se unifican ítems para un total de 9 con un no cumplimiento.

Teniendo en cuenta que los indicadores del segundo trimestre con baja adherencia son los enfocados a la comunicación entre el personal del hospital y los pacientes se realiza capacitación para el personal de la institución en comunicación no verbal y asertiva el día 19 de agosto dado a las dificultades presentadas y la importancia de mantener informada tanto a la familia como al paciente sobre procedimientos y procesos que se llevan a cabo. Dicha capacitación apunta al mejoramiento de 7 ítems de los 9 que no se cumplen, teniendo así un cumplimiento del 77.7%.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD:

- Del Modelo de atención articulado con los procesos institucionales, generando una implementación oportuna, pertinente, segura e integral para el Usuario y su familia, de los 11 procesos misionales, solo 3 no cumplen con la meta establecida los cuales son, Accesos vasculares, laboratorio de pruebas de función pulmonar y Comité de Bioética, se recomienda tomar las medidas necesarias para dar cumplimiento a los objetivos propuestos.
- Del Programa de Seguridad del Paciente bajo el enfoque de adaptación y mitigación de riesgos, de los 4 indicadores propuestos 3 cumplen con la meta, uno no aplica.
- Se evidencia cumplimiento del 100% de Buenas prácticas de elaboración de las 6 actividades planeadas 3 cumplen al 100%, una al 75% y la revisión y actualización de documentos se encuentra al 20%, se recomienda reprogramar las actividades no ejecutadas al 100% con fin de dar cumplimiento a los objetivos trazados.
- Del cumplimiento de requisitos de buenas prácticas de manufactura, se recomienda continuar con la ejecución de las actividades programadas.
- Del programa de humanización que involucre la sensibilización del talento humano con enfoque tanto para cliente interno y externo, se recomienda tomar las medidas necesarias en el indicador Gestión y Seguimiento intrahospitalario y pos-Egreso para dar cumplimiento a la meta establecida.



3. OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS.

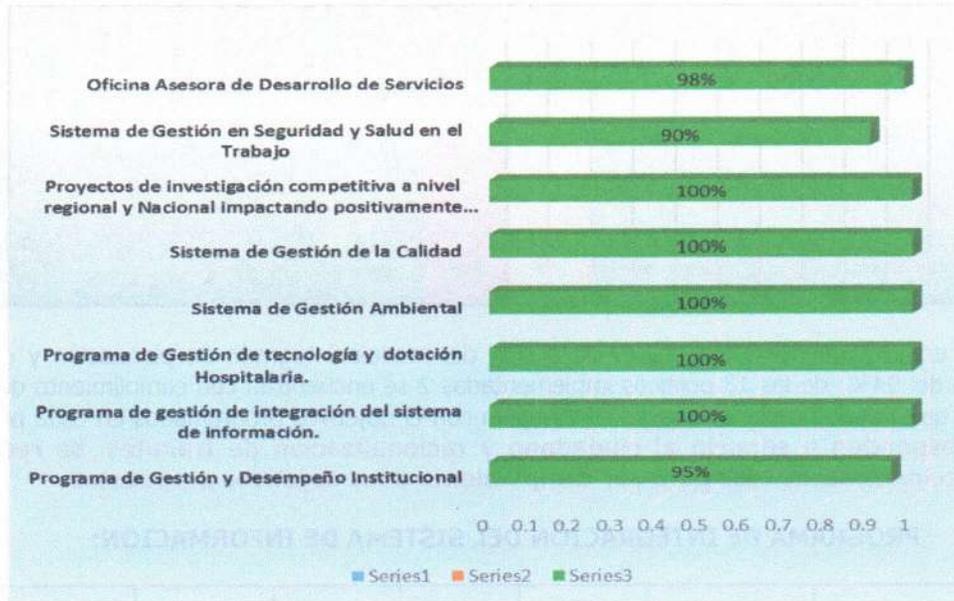


Imagen Resultados Oficina asesora de desarrollo de servicios

La oficina asesora de desarrollo de servicios se compone de programas estratégicos, los cuales tiene un promedio general del 98%, lo que representa "... una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y se cumple con las metas propuestas". A continuación se muestran los indicadores de cada uno de los programas con el porcentaje de cumplimiento de las metas propuestas y observaciones realizadas por la oficina de control interno para la consecución de los objetivos estratégicos planteados en el Plan de Desarrollo de la institución:

3.1 ÍNDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REPOSABLE
Implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.	> Resultado año anterior	Medición Desempeño	Actividades ejecutadas plan de acción MIPG / Actividades programadas	>=90%	Trimestral	Planeación

INTEGRIDAD	TALENTO HUMANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO	GOBIERNO DIGITAL	DEFENSA JURÍDICA	SERVICIO AL CIUDADANO	RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	GESTIÓN DOCUMENTAL	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA	RESULTADO CONSOLIDADO 3 TRIMESTRE
100%	100%	100%	100%	100%	100%	67%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	94%
100%	100%	100%	100%	100%	100%	74%	55%	100%	100%	100%	100%	100%	95%

Se evidencia en seguimiento a los planes de acción del modelo integrado de planeación y gestión un cumplimiento del 94%; de las 13 políticas implementadas 2 se encuentran con cumplimiento de acciones muy bajas lo que puede ocasionar que no se cumplan con el objetivos programados en cada política, **las cuales corresponden a servicio al ciudadano y racionalización de trámites, se recomienda tomar las acciones necesarias para dar cumplimiento a los objetivos propuestos.**

3.2 PROGRAMA DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN:

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPOSABLE	SITEMAS	AVANCE 2 TRIMESTRE
Fortalecer la gestión de la información de manera que asegure la continuidad en la prestación de servicios, la toma de decisiones basada en hechos y datos y facilite la articulación de la información de las instituciones integradas en red.	Cumplimiento de actividades del programa integración del sistema de información	Actividades programadas en la vigencia / Actividades ejecutadas en la vigencia	>=80%	Trimestral	Evidencias Cronograma	Líder Sistemas de Información	88%	100%
	Número de integraciones ejecutadas en la vigencia	Número de integraciones ejecutadas en la vigencia / Número de integraciones planeadas a ejecutar en la vigencia	>=1	Anual	Informe Anual de Integraciones	Líder Sistemas de Información	1%	100%
	Cumplimiento proyectos TI	Número de proyectos ejecutados en la vigencia y que corresponden al periodo de medición según lo planeado / Número total de proyectos planeados a ejecutar en la vigencia	>=80%	Trimestral	Evidencias Cronograma	Líder Sistemas de Información	80%	100%
CUMPLIMIENTO								100%

Tabla de resultados programa de integración del sistema de información

3.2.1 Cumplimiento de actividades del programa integración del sistema de información

Se evidencia en informe de TICS y soportes enviados por el proceso que se programaron 16 actividades para la vigencia de las cuales se han ejecutado 14 al 100% y 2 se encuentran en desarrollo, para un cumplimiento del programa de integración del sistema de información del 88%.

Las actividades que se encuentran en ejecución corresponde a:

- ✓ Está en ejecución la integración con Agility
- ✓ Se realizó la instalación del Storage para ampliar almacenamiento de Agility e información crítica del hospital.

Se recomienda tener en cuenta las actividades que se encuentran en ejecución para continuar su implementación y llegar al objetivo del programa.

3.2.2 Número de integraciones ejecutadas en la vigencia

Integraciones Realizadas, son las integraciones efectivamente realizadas y que estén en ambiente de producción, funcionando y siendo utilizados por los procesos y/o áreas de la institución.

Se realizó la sustitución del software de laboratorio clínico, por lo tanto, se ejecutaron las actividades para el acompañamiento en la parametrización y configuración de los flujos de información, así como la integración y salida a producción entre los dos softwares Compronet y Servinte Clinical Suite (Parametrización, actas comprolab, Salida a producción).

Se encuentra en ejecución el proceso de la integración entre Servinte Clinical Suite y el software de imagenología Agility de Afga. Se tiene un Plan de trabajo de integración con imagenología el cual tiene un avance del 93%, se elaboró alguna documentación de la integración y procedimientos de proceso (Actividades que deben realizar ante un fallo en el sistema de información Agility) Se adelantaron las actividades de la 23 a la 26 con respecto al cronograma de integración y se realizaron pruebas de integración entre los dos sistemas. La salida a producción de la integración Agility-Servinte, está sujeta al pago de la última factura del 2021 con acta de liquidación, para definir la fecha de salida a producción de la integración.

3.2.3 Cumplimiento proyectos TI

Para la vigencia se tienen programados 5 proyectos, para el tercer trimestre de 2021, de los cuales se ejecutaron 4 para un cumplimiento del 80%, cumpliendo con la meta establecida.

Los proyectos programados son:



CODIGO	PROYECTO	PCT	OBSERVACIONES
P01	Conectividad sede principal y sedes del hospital	100%	Contrato 315 con Colombiamas TV
P02	Actualización de Sitio Web y renovación de hosting	100%	Contrato 260 con Asenti
P03	Mejorar y actualizar el servicio de correo del hospital	100%	Contrato 260 con Asenti
P04	Mejorar la infraestructura de red de datos y dispositivos de conectividad	N/A	Pendiente, en análisis de cotización.
P05	Renovación tecnológica de sistema de almacenamiento	100%	Contrato 345 3Net
TOTAL		80%	

Fuente: Informe Tics.

Para este trimestre se adquirió Storage, donde se realizó instalación y configuración del sistema MSA2000 para el almacenamiento de imagenología, TRD, Facturación Electrónica, de igual manera se realizó mantenimiento correctivo a la librería HP MSL2024 para la realización de copias de respaldo, incremental, diferencial y full a las bases de datos de los sistemas de información del hospital. Se recomienda tener en cuenta los proyectos que no han iniciado con el fin de dar cumplimiento a los objetivos del indicador.

3.3 PROGRAMA DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REPONSABLE	GESTIÓN TECNOLÓGICA	AVANCE 3 TRIMESTRE
Gestión tecnología Biomédica	Número de equipos gestionados ante comité directivo / Número de equipos aprobados para adquisición	$\geq 80\%$	Anual	Coordinador Biomédica	NA	NA
Gestión de dotación Hospitalaria	Número de dotación hospitalaria Gestionados ante comité directivo / Número de dotación hospitalaria aprobada para adquisición	$\geq 80\%$	Anual	Coordinador Biomédica	100%	100%
Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias	Mantenimientos correctivos / Mantenimientos predictivos	$\leq 50\%$	Mensual	Coordinador Biomédica	1.20	100%
CUMPLIMIENTO						100%

Tabla de resultados programa de gestión de tecnología y dotación hospitalaria

El programa de gestión de tecnología y dotación hospitalaria se compone de 3 indicadores, de los cuales 2 cumplen con la meta y uno no aplica para el periodo evaluado, con un cumplimiento general de 100%.

3.3.1 Gestión tecnología Biomédica

Para el tercer trimestre de 2021, no se realizaron adquisiciones tecnológicas biomédicas, y tiene medición anual, no aplica para el periodo evaluado.

3.3.2 Gestión de dotación Hospitalaria

Se evidencia que se realizaron 2 solicitudes ante el comité directivos, de los cuales 2 fueron aprobadas, las cuales corresponden a:

- ✓ Suministro de Bomba de vacío
- ✓ Adquisición de muebles de oficina y elementos hospitalarios para la prestación de los diferentes servicios.

3.3.3 DISMINUCIÓN DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS IMPLEMENTANDO LAS LISTAS DE CHEQUEO DIARIAS

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REPONSABLE	GESTIÓN TECNOLÓGICA	AVANCE 2 TRIMESTRE
Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias	Mantenimientos correctivos / Mantenimientos predictivos	> 1	Mensual	Coordinador Biomédica	1.20	100%

Durante la vigencia el indicador tuvo una tendencia estable, debido a que se ejecutan la mitad más uno de los mantenimientos correctivos presentados, para el tercer trimestre del año se tiene un cumplimiento de 1.20, cumpliendo con la meta establecida.

Id	Nombre	Tendencia	Año	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
548	Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias	+	2021	1,75	0,53	1,57	1,67	1,47	1,00	1,20	1,42	1,00	N.R.	N.R.	

Fuente: Modulo indicadores Daruma

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

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	REPONSABLE	SISTEMA GESTIÓN AMBIENTAL	AVANCE 3 TRIMESTRE
Mantener la certificación en el cumplimiento de la norma ISO 14001:2015 Sistema de Gestión Ambiental	Cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 14001:2015	Implementación plan de acción de SGA (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	>=90%	Líder Sistema Gestión Ambiental	100%	100%

Se evidencia un 100% de cumplimiento para el tercer trimestre de 2021, de 27 actividades planeadas, se ejecutaron 27.

48

MES DE JULIO:

- **Día internacional sin bolsas de plástico:** Se celebró este día con capacitaciones a diferentes servicios del hospital explicando la importancia de la reducción del uso de bolsas plásticas, de igual manera se concientizo acerca de reducción de canecas en cada una de las oficinas.
- **Inspecciones de manejo de sustancias químicas:** Se realizó nuevamente las inspecciones a los servicios para verificar la adherencia al cumplimiento del programa de manejo adecuado de sustancias químicas.
- **Evaluación y actualización de la matriz de requisitos legales:** Se actualizo la matriz de requisitos legales del sistema de Gestion Ambiental con la nueva normatividad y se validó la totalidad de las normas que se encuentran en la misma.
- **Caracterización fisicoquímica de agua residual:** Se caracterizó el vertimiento encontrando mejoras en los parámetros del mismo.

Debido a las acciones encaminadas a la mejora del vertimiento en el año 2021, se logró mejora significativa en los parámetros principales que se encuentran históricamente desviados del cumplimiento ambiental, cabe resaltar que de 23 parámetros evaluados por la norma solo se presenta desviación en cuatro de ellos, por lo tanto las acciones y diferentes estrategias han logrado que el vertimiento pase de 4 parámetros a 2 parámetros desviados.

HISTÓRICO DE VERTIMIENTOS		
2019	2020	2021
<p>Se desviaban 4 parámetros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • DQO • DBO • Grasas y Aceites • Solidos Suspendidos <p>Los cuales de las 8 tomas de muestras de los dos puntos de vertimiento 6 de los valores obtenidos presentaron desviación, representando un 74% de cumplimiento de la resolución 631 de 2015</p>	<p>Se desviaban 4 parámetros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • DQO • DBO • Grasas y Aceites • Solidos Suspendidos <p>Los cuales de las 8 tomas de muestras de los dos puntos de vertimiento 4 de los valores obtenidos presentaron desviación, representando un cumplimiento del 83% de la resolución 631 de 2015</p>	<p>Se desviaron únicamente 2 parámetros</p> <ul style="list-style-type: none"> • DQO • Solidos Suspendidos <p>Los cuales de las 8 tomas de muestras de los dos puntos de vertimiento 3 de los valores obtenidos presentaron desviación, representando un cumplimiento del 87% de la resolución 631 de 2015.</p>

Fuente informe ISO 14001:2015



[Handwritten signature]

En conclusión de los 4 parámetros que se desviaron el año 2020 en los análisis se logró reducción de 2 parámetros correspondientes a DBO y Grasas y Aceites los cuales son parámetros de gran importancia, ya que de ellos depende la cantidad de materia orgánica presente los vertimientos hospitalarios, por lo tanto las acciones encaminadas en el plan de acción para mejora del vertimiento se consideran medidas eficaces.

- **Boletín sistema de gestión ambiental:** Se realizó boletín con resultados del Sistema de Gestión Ambiental del primer semestre del año y se publicó y compartió con los diferentes servicios del hospital.
- **Diagnóstico de consumo de papel en la entidad:** Se consolidó el consumo de papel de la institución priorizando los servicios a intervenir.

MES DE AGOSTO:

- **Visita planta reciclaje:** Se realizó visita de control a la planta de reciclaje verificando las buenas prácticas ambientales de la misma.
- **Auditoria interna:** En cuanto a este ítem fue realizada la auditoria al Sistema de Gestión Ambiental por el área de control interno, en la cual se evidenció un gran desempeño del sistema. El informe se adjunta en la carpeta magnética.
- **Campaña disposición de residuos en hidrosanitarios:** Con el fin de seguir fomentando el cuidado del vertimiento por parte de la gerencia del hospital se expidió una circular obligatoria hacia los servicios del hospital para adherencia del plan de mejora de los vertimientos.
- **Campaña sensibilización alto consumo de papel:** Se realizó esta campaña en los servicios para fomentar principalmente el reciclaje del papel y generación de un nuevo indicador que permita calcular consumos vs reciclaje de papel.

MES DE SEPTIEMBRE:

- **Matriz requisitos legales:** Se actualizó la matriz de requisitos legales del sistema de Gestión Ambiental con la nueva normatividad y se validó la totalidad de las normas que se encuentran en la misma.
- **Actualización de manual:** Se actualizó el manual del sistema de acuerdo con los nuevos procedimientos o modificaciones de operación.
- **Campaña posconsumo:** Se participó en la campaña posconsumo organizada por Corpoboyaca para darle adecuada disposición final a los residuos, los soportes se adjuntan en carpeta magnética.
- **Huella de carbono del hospital:** Teniendo en cuenta que cada una de las actividades que se realizan en el hospital generan un impacto ambiental, se calculó la huella de carbono que los funcionarios y colaboradores que trabajan en el hospital emiten al medio ambiente basados en las

50

diferentes actividades diarias los seres humanos realizan es por esto que basados en la literatura se calculó la huella de Carbono aproximada que puede generar La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja tomando como base el promedio nacional de emisión de dióxido de carbono de un Colombiano.

Basados en este calculo la alta gerencia creo la estrategia denominada San Rafa Biodiverso, en la cual se pretende equilibrar a un periodo de 10 años la huella de carbono emitida por el hospital con la siembra y recuperacion de 2 hectareas del Jardin Botanico con especies nativas.

La linea de tiempo es la siguiente, a la fecha 12 de Octubre se espera la siembra completa de los 1000 arboles que se planeaban sembrar por lo tanto la participacion de los servicios en el proyecto tuvo un impacto positivo y se implemento una campaña fuerte de educacion ambiental, la cual contribuye positivamente con la politica y los objetivos del Sistema de Gestion Ambiental.

En cuanto al Plan de capacitaciones con corte al tercer trimestre del año se ha realizado el 69 % del Plan de Trabajo anual se han realizado 58 capacitaciones de 84 planeadas para el año 2021, se evidencia que el avance es satisfactorio dado que para los meses de Enero a Septiembre la totalidad de las capacitaciones han sido realizadas; únicamente para el mes de Septiembre quedo pendiente la capacitación de URGENCIAS, debido al nivel de ocupación del servicio; sin embargo la capacitación será reprogramada para el mes de OCTUBRE con el fin de cumplir con la totalidad de capacitaciones del Plan de Trabajo.

SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL		SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL												INDICADORES					
INDICADOR	DESCRIPCION	PERIODO												UNIDAD	VALOR OBJETIVO				
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEPT	OCT	NOV	DIC						
SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL	PLAN DE TRABAJO ANUAL																		
	PLAN DE TRABAJO TRIMESTRAL																		
	PLAN DE TRABAJO SEMESTRAL																		
	PLAN DE TRABAJO ANUAL																		
TOTAL																			

Fuente informe ISO 14001:2015

En cuanto al Plan de inspecciones con corte al tercer trimestre se ha ejecutado el 76% de las inspecciones planificadas para el año 2021, se han realizado 153 inspecciones de 211 planedas para el año 2021; por lo tanto se considera que el avance es satisfactorio teniendo en cuenta que unicamente se deben tres inpecciones en servicios que por cuyo volumen de funcionamiento o inconvenientes no han podido atender la inspeccion; sin embargo son inspecciones que ya se encuentran reprogramadas para poder realizar cumplimiento total del Plan de Inpecciones.



SERVICIOS A INSPECCIONAR	ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	CUMPLIMIENTO					
	P(1)	E(1)	P(1)	E(1)	P(1)	E(1)	P(1)	E(1)	P(1)	E(1)	P(1)	E(1)	P(1)	E(1)	P(1)	E(1)	P(1)	E(1)	P(1)	E(1)	P(1)	E(1)	P(1)	E(1)								
RESERVA DE ACCION																										4	3	75%				
COMISALIA EXTERNA																											4	3	75%			
ORTOPEDIA																											4	3	75%			
ODONTOLOGIA																											4	3	75%			
PATOLOGIA - LA MENTE																											4	3	75%			
PSICOLOGIA																											4	3	75%			
MANEJO URGENCIAS - TALLER																											4	3	75%			
MANEJO URGENCIAS - CASERAS																											4	3	75%			
NEFROLOGIA																											4	3	75%			
ANÁLISIS URGENCIAS CLINICAS																											4	3	75%			
ASISTENCIA MÉDICA																											4	3	75%			
ASISTENCIA (OPTICA Y BOMBA)																											5	4	80%			
VISIONARIA																											4	3	75%			
GESTIÓN ACADÉMICA																											4	3	75%			
FACTURACION																											4	3	75%			
CONTABILIDAD																											4	3	75%			
MANEJO FINANCIERO																											4	3	75%			
SECTOR DOCUMENTAL																											4	3	75%			
SECTOR ADMINISTRATIVO																											4	3	75%			
SECTOR DE FORMA Y TALLER																											4	3	75%			
CONTROL DE CALIDAD																												4	3	75%		
UNM - FARMACIA																												4	3	75%		
UNM - HOSPITALIZACIÓN																												4	3	75%		
UNM - INGENIERIA																												4	3	75%		
UNM - CUIDADOS INTENSIVOS																												4	3	75%		
LABORATORIO																												4	3	75%		
RETA LABORAL DE INSIDIOS																												4	3	75%		
INSPECCIÓN DE CALIDAD LABORAL																												4	3	75%		
INSPECCIÓN DE VEHICULOS																												3	2	67%		
EXTENSIÓN INVESTIGATIVA																												2	2	100%		
ROBOTE ALMACÉN																												145	107	73,8%		
TORRE DE MONITORIA - INDIC. MURDA																												211	152	72,5%		
MEHOMOTAG																																
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	A	T	P	I	E
	15	15	18	18	21	21	10	10	18	17	19	19	10	12	18	12	19	17	18	0	19	0	17	0								

Fuente informe ISO 14001:2015

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

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REPOSABLE	SITEMA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	AVANCE 3 TRIMESTRE
Asegurar la transición de la norma OHSAS 18001:2007 a la norma ISO 45001:2018 Seguridad y Salud en el Trabajo	Cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 45001:2018	Implementación plan de acción de SST (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	Trimestral	Líder Seguridad y Salud en el Trabajo	90%	100%

Se evidencia un 90% de cumplimiento para el tercer trimestre de 2021, de las 49 actividades planeadas, 5 no se ejecutaron, sin embargo se cumple con la meta establecida.

Entre las actividades que no se ejecutaron se encuentran:

- ✓ Certificación en seguridad humana de la institución por ente competente.
- ✓ Auditoria Interna Por Externos
- ✓ Informe para revisión por la dirección.
- ✓ Recepción Análisis de Accidentalidad y Ausentismo Laboral. COPASST
- ✓ Seguimiento a la implementación del presupuesto anual del SG-SST ISO 45001:2018

Se recomienda reprogramar las actividades no ejecutadas con el fin de cumplir con el plan de trabajo de la NTC ISO 14001:2015.

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

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	REPOSABLE	CALIDAD	AVANCE 3 TRIMESTRE
Obtener la Certificación en ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad	Cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015	Implementación plan de acción Sistema Gestión Calidad (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	Coordinador Calidad	94%	100%

Se evidencia un 94% de cumplimiento para el tercer trimestre de 2021.

Se recomienda continuar con las actividades no ejecutadas con el fin de cumplir con el plan de trabajo de la NTC ISO 9001:2015.

3.7 PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA E INNOVACIÓN

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REPOSABLE	GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	AVANCE 3 TRIMESTRE
Rediseñar, Socializar, Implementar y evaluar el Programa de investigación, Docencia e Innovación Fortalecer líneas de investigación institucional, Realizar eventos de asistencia masiva en actividades como simposios y congresos, Desarrollar alianzas estratégicas que permitan fortalecer las líneas de investigación de los grupos de investigación.	Satisfacción del Personal en Formación Internado DOCENCIA-SERVICIO	Número de estudiantes satisfechos / Total de estudiantes que diligenciaron la encuesta	60%	Semestral	Coordinador Gestión Académica	91%	100%
	Adherencia a los Syllabus de Rotación DOCENCIA-SERVICIO	Número de temas revisados / Número de temas planteados	>=90%	Semestral		98.4%	100%
	Adherencia de la Programación de Turnos o Planes de Programación DOCENCIA-SERVICIO	Número de planes o programas / Total de especialidades donde rotan internos	>=90%	Anual		NA	NA
	Productos de Investigación para Someter a Revista	Número proyectos para someter a revista / Número de proyectos aprobados por comité	>=90%	Anual		NA	NA

	Congresos ejecutados	Número de congresos realizados en el periodo	1	Anual		NA	NA
	Alianza formalizada	Número de Alianzas estratégicas consolidadas en el periodo	1	Anual		NA	NA
CUMPLIMIENTO						94.7%	100%

Tabla de resultados programa de investigación, docencia e innovación

Se evidencia un cumplimiento general del programa de 100%, de los 6 indicadores que lo componen para el tercer trimestre, solo dos aplican y cumplen con la meta establecida.

1.7.1 Satisfacción del Personal en Formación Internado DOCENCIA-SERVICIO

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	Gestión de Investigación e Innovación	AVANCE 3 TRIMESTRE
Satisfacción del Personal en Formación Internado DOCENCIA-SERVICIO	Número de estudiantes satisfechos / Total de estudiantes que diligenciaron la encuesta	60%	Semestral	Informe Resultados encuesta	91%	100%

Para este indicador el proceso realiza encuestas mensuales, en el informe se evidencia una satisfacción del personal en formación del 88%, 185 estudiantes se encuentran satisfechos de 210 estudiantes encuestados.

El análisis por servicios permite ver que la especialización con más baja calificación es del servicio de Cirugía General, calificaciones correspondientes al mes de agosto. Como acciones correctivas se concertó reunión con el servicio, se socializó en comités docencia servicio, Para el mes de julio se tiene una baja calificación en el servicio de ortopedia, coherente a la disminución del número de internos para atender la contingencia Covid-19 de este mes. Aspecto que se percibió como recarga en el servicio.

3.7.2 Adherencia a los Syllabus de Rotación

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	Gestión de Investigación e Innovación	AVANCE 3 TRIMESTRE
Adherencia a los Syllabus de Rotación DOCENCIA-SERVICIO	Número de temas revisados / Número de temas planteados	>=90%	Semestral	Informe Resultados encuesta	98.4%	100%

Se evidencia en informe presentado por el líder del proceso que se tiene un cumplimiento del 98.4% de Adherencia a los Syllabus de Rotación, de las 23 especialidades, 3 especialidades no cumplieron con el

100% de los temas revisados. Infectología (95%), Neurocirugía (85%) y Psiquiatría (85%). Para el indicador Adherencia a los syllabus de rotación 22 especialidades están sobre la meta siendo el 91% que está en un 100% de revisiones.

54

Sin embargo el indicador mide la percepción de adherencia de la programación de syllabus y no revisión del total de los temas revisados sobre los temas planteados.

3.7.3 Adherencia de la Programación de Turnos o Planes de Programación

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	Consolidado Indicador Gestión de Investigación e Innovación	AVANCE 3 TRIMESTRE
Adherencia de la Programación de Turnos o Planes de Programación DOCENCIA-SERVICIO	Número de planes o programas / Total de especialidades donde rotan internos	>=90%	Anual	Informe Resultados encuesta	NA	NA

El indicador es de medición anual, por tal motivo no aplica para el periodo evaluado.

3.7.4 Productos de Investigación para Someter a Revista

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	Consolidado Indicador Gestión de Investigación e Innovación
Productos de Investigación para Someter a Revista	Número proyectos para someter a revista / Número de proyectos aprobados por comité	>=90%	Anual	Proyectos publicados en revista	NA

El indicador es de medición anual, por tal motivo no aplica para el periodo evaluado.

3.8 IMPLEMENTACIÓN DE LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPOSABLE	Gestión de Investigación e Innovación	AVANCE 3 TRIMESTRE
Rediseñar, Socializar, Fortalecer líneas de investigación	30%	Productos de Investigación para Someter a Revista	Número proyectos para someter a revista /	>=90%	Anual	Productos de Investigación para someter a Revista.	Coordinador Gestión Académica	NA	

institucional			Número de proyectos aprobados por comité			Indicador anual, artículos publicados a la fecha			NA
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	----

El indicador es de medición anual, por tal motivo no aplica para el periodo evaluado.

3.9 REALIZAR EVENTOS DE ASISTENCIA MASIVA EN ACTIVIDADES COMO SIMPOSIOS Y CONGRESOS

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	Gestión de Investigación e Innovación	AVANCE 3 TRIMESTRE
Realizar eventos de asistencia masiva en actividades como simposios y congresos	1	Congresos ejecutados	Número de congresos realizados en el periodo	1	Anual	NA	NA

El indicador es de medición anual, por tal motivo no aplica para el periodo evaluado.

3.10 DESARROLLAR ALIANZAS ESTRATÉGICAS QUE PERMITAN FORTALECER LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN DE LOS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN.

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPONSABLE	Gestión de Investigación e Innovación	AVANCE 3 TRIMESTRE
Desarrollar alianzas estratégicas que permitan fortalecer las líneas de investigación de los grupos de investigación.	1	Alianza formalizada	Número de Alianzas estratégicas consolidadas en el periodo	1	Anual	Alianzas o convenios firmadas	Coordinador Gestión Académica	NA	NA

En el tercer trimestre de 2021, se realizó convenio con la Universidad Militar, así como la alianza estratégica con fines de presentar convocatoria a Minciencias con la universidad de Antioquia, por tal motivo se cumple con el indicador.

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

56

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPOSABLE	Gerencia	AVANCE 3 TRIMESTRE
Fortalecer la implementación del proceso de acreditación frente al despliegue y aplicación del enfoque y extensión a los clientes interno y externo.	Resultado de la comparación entre 1,11 y 1,19	Resultado autoevaluación con respecto a la vigencia anterior	Resultado vigencia actual / Resultado vigencia anterior	entre 1,11 y 1,19	ANUAL	INFORME AUTOEVALUACIÓN	Líder PAMEC	NA	NA

Para este indicador el resultado es anual, por tanto no se tiene medición para el tercer trimestre de 2021.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS:

- El programa de gestión de desempeño institucional tiene un cumplimiento del 95%, sin embargo políticas como servicio al ciudadano y racionalización de tramites tiene el porcentaje más bajo de cumplimiento de las actividades programadas para la vigencia, por tal motivo se recomienda reprogramar o tomar acciones que permitan dar cumplimiento a las respectivas políticas.
- Se recomienda continuar con la ejecución de las actividades de los programas para seguir cumpliendo los objetivos establecidos.

CONSOLIDADO GENERAL POA TERCER TRIMESTRE DE 2021

Tal como se puede apreciar en la siguiente gráfica, el cumplimiento en las metas e indicadores de los POA's para el tercer trimestre de 2021 en promedio general corresponde a un 95%. Es importante, se tengan en cuenta las consideraciones expuestas en el seguimiento y evaluación realizada en aquellas metas e indicadores en donde los resultados no fueron los esperados, con el propósito de avanzar en el cumplimiento del Plan de Desarrollo 2020-2024 "En el San Rafael trabajamos con el alma".



POA TERCER TRIMESTRE 2021



Imagen resultados POA III trimestre 2021

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES GENERALES POA 2021

El porcentaje de cumplimiento del POA para el tercer trimestre de 2021 fue de 95%, lo cual indica que de acuerdo a los criterios de evaluación señalados con anterioridad, indica una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y se cumple con la meta propuesta, lo que demuestra que se continúa cumpliendo con los lineamientos y propuestas contenidas en el nuevo periodo y Plan de Desarrollo Institucional 2020 - 2024., "En el San Rafa trabajamos con el alma".

- La oficina asesora de desarrollo de servicios tiene un cumplimiento general del 98%, seguida de la subgerencia administrativa y financiera con 95% y por último la subgerencia de servicios de salud con 91%.
- El programa con más bajo rendimiento corresponde al de integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario, de los 12 programas asistenciales el comité de bioética, Laboratorio de pruebas de función pulmonar, tienen cumplimiento de 0%, y el programa de accesos vasculares un 25%.
- El programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF), de los 21 indicadores del programa, solo 3 no cumplen con la meta establecida los cuales corresponden a: equilibrio con recaudo total, cumplimiento en pagos de la vigencia anterior y cálculo del índice de riesgos.
- El programa De Humanización Que Involucre La Sensibilización Del Talento Humano Con Enfoque Tanto Para Cliente Interno Y Externo, de los 4 indicadores del programa, un indicador cumple parcial y el indicador Gestión y Seguimiento intrahospitalario y Pos Egreso no alcanzo la meta esperada.

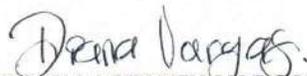
- Se observa que los 18 programas estratégicos, solo uno se encuentra con un cumplimiento del 78% y los demás tienen un cumplimiento mayor al 80%.

58

RECOMENDACIONES

- Se debe fortalecer la cultura de autocontrol al interior de cada uno de los procesos, ya que no se cumple por parte de algunos líderes con el envío de la información a tiempo, lo que genera demoras en la evaluación del POA y reprocesos a la oficina de control interno.
- Se debe fortalecer las fuentes de información, análisis de los datos y tomar acciones a tiempo para evitar culminar la vigencia con objetivos no cumplidos.

Cordial Saludo,



DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ

Asesora Control Interno

ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Proyectó: Dorisol Parra/Plana/Reviso/Diana Vargas

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

