

Al contestar cite 20221100006991



1

Tunja,

Doctor

YAMIT NOE HURTADO NEIRA

Gerente

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

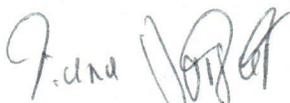
Ciudad

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

Cordial saludo Dr. Yamit

En cumplimiento a la resolución interna 222 de 2021, y de conformidad con las funciones legales y de planeación de la oficina de control interno, me permito adjuntar el Informe de Evaluación de gestión plan operativo anual por procesos, correspondiente al cuarto 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 31 folios.

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



E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
GERENCIA

Recibido por 

Hora: 15:41 Día: 02

Mes: 03 Año: 2022



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



8-7405030



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



SA-CER560814

OS-CER559527

Tunja, Febrero de 2022

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 cuarto trimestre de 2021.

Respetado Doctor:

Remito el informe de evaluación de los planes operativos anuales del cuarto 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.

AREAS / PROCESOS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN

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

METODOLOGÍA

- ✓ Inspección revisión y verificación de información
- ✓ Acudir a las fuentes primarias de información, y aplicar los indicadores de resultado propuestos.

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



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527

2

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.

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

1. RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO CUARTO 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 cuarto trimestre de 2021 de los planes operativos, de conformidad con la resolución interna 222 de 2021, con el propósito de avanzar

El promedio general para la Subgerencia Administrativa y Financiera es del 96%, 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 los programas asociados a la subgerencia administrativa y financiera, 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:

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 4 TRIMESTRE
Crecimiento UVR	$\frac{\text{UVR acumulada periodo actual} - \text{UVR acumulada periodo anterior} - 1}{\text{UVR acumulada periodo anterior}}$	>5%	Trimestral	36.1%	100%
Incremento en la utilización de Quirófano	$\frac{\text{Tiempo de Utilización Quirófano periodo actual} - \text{Tiempo de Utilización Quirófano periodo anterior} - 1}{\text{Tiempo de Utilización Quirófano periodo anterior}}$	>=3%	Trimestral	86%	100%
Incremento en la facturación neta de la vigencia	$\frac{\text{Facturación neta de la vigencia} - \text{Facturación neta de vigencia anterior} - 1}{\text{Facturación neta de vigencia anterior}}$	>8%	Trimestral	53%	100%
Identificación e Intervención de Hallazgos en Auditoria pre radicación	$\frac{\text{Inconsistencias intervenidas}}{\text{Total de inconsistencias halladas}}$	>=80%	Trimestral	100%	100%
Utilización de la capacidad instalada	$\frac{\text{Capacidad instalada utilizada}}{\text{Total capacidad instalada disponible}}$	>=85%	Trimestral	109%	100%
Ingreso reconocido por venta de servicios de Salud por UVR	$\frac{\text{Total facturación reconocida}}{\text{Número de UVR producidas}}$	>= mismo periodo vigencia anterior	Trimestral	12%	100%
Gasto por UVR producida	$\frac{\text{Gasto de funcionamiento} + \text{de operación comercial y prestación de servicios}}{\text{Número de UVR producidas}}$	<= mismo periodo vigencia anterior	Trimestral	0%	100%
Gasto de personal por UVR producida	$\frac{\text{Gasto de personal (de planta + remuneración servicios técnicos)}}{\text{Número de UVR producidas}}$	<= al periodo vigencia anterior	Trimestral	-7%	100%
Equilibrio con reconocimiento total	$\frac{\text{Total reconocimiento}}{\text{Total gasto comprometido}}$	>1	Trimestral	1.32%	100%
Equilibrio con recaudo total	$\frac{\text{Total recaudo}}{\text{Total gasto comprometido}}$	>1	Trimestral	0.87%	0%
Oportunidad en la respuesta de glosa inicial	$\frac{\text{Total facturas con glosa que cuentan con respuesta oportuna}}{\text{Total de facturas notificadas con glosa inicial en la vigencia 1340}}$	>95%	Trimestral	100%	100%
Participación de la Glosa inicial y devoluciones pendientes en el total de la cartera	$\frac{\text{Total de glosas pendientes de conciliar entre las partes} + \text{Devoluciones pendientes de reconocimiento de pago}}{\text{Total Cartera}}$	<=30%	Trimestral	16%	100%
Aceptación de Glosa	$\frac{\text{Valor de Glosa neta final}}{\text{Total Cartera}}$	<4%	Mensual	1.96%	



de la vigencia	aceptada de la vigencia / Facturado en la vigencia				100%
Cumplimiento en pago de vigencias anteriores	Total de pagos de cuentas por pagar de vigencias anteriores / Total cuentas por pagar vigencias anteriores	100%	Trimestral	100%	100%
Superávit o Déficit presupuestal	Total ingreso reconocido - Total gasto comprometido	>1	Trimestral	\$76.280.369.919.	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	0.20%	100%
Incremento Recaudo de cartera	Valor recaudado trimestre vigencia actual I / Valor recaudado trimestre vigencia anterior	>=10%	Trimestral	37%	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		95%

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

Es importante resaltar del Informe de programas de Gestión Institucional de Recursos financieros (PEGIF) Lo siguiente:

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

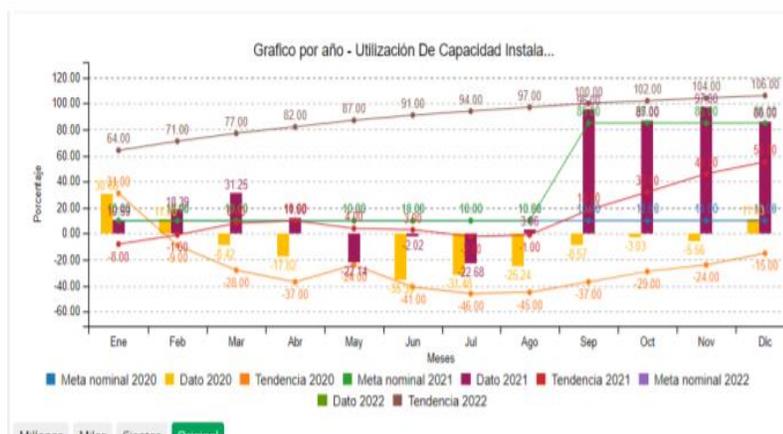
CONCEPTO	A DICIEMBRE DE 2021			CUMPLIMIENTO META	INCREMENTO FRENTE A 2020
	EVIDENCIADO 2020	ESPERADO 2021	ALCANZADO 2021		
Dosis de biológico aplicadas	1.040,3	1.123,5	1.598,6	142%	53,7%
Consultas de medicina general urgentes realizadas	243.922,0	263.435,7	263.176,1	111%	30,2%
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	206.541,4	223.064,7	273.577,2	123%	32,5%
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	113.055,4	122.099,9	119.480,8	98%	5,2%
Partos vaginales	118.626,0	128.115,0	144.820,0	113%	22,1%
Partos por cesárea	63.627,5	68.717,7	69.362,5	101%	9,0%
Total de días estancia de los egresos	1.269.451,9	1.371.008,0	2.099.107,0	153%	66,4%
Días estancia Cuidados Intensivos	1.781.305,5	1.923.809,9	2.895.354,2	151%	62,5%
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	5.754.667,6	6.215.041,0	7.516.503,8	121%	30,6%
Exámenes de laboratorio	5.278.904,2	5.701.216,5	6.619.804,1	116%	25,4%
Exámenes de laboratorio	4.101.882,4	4.430.033,0	5.728.184,0	129%	39,0%
TOTAL UVR	18.933.023,10	20.447.664,95	25.760.962	126,0%	36,1%
			COMPORTAMIENTO FRENTE A LA META	26,0%	26,0%
			INCREMENTO FRENTE A 2020		36,1%

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 presentó 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: 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 utilización de la capacidad instalada, 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.

1.1.3 Incremento en la facturación neta de la vigencia. Muestra la mayor generación de ingresos de la entidad.

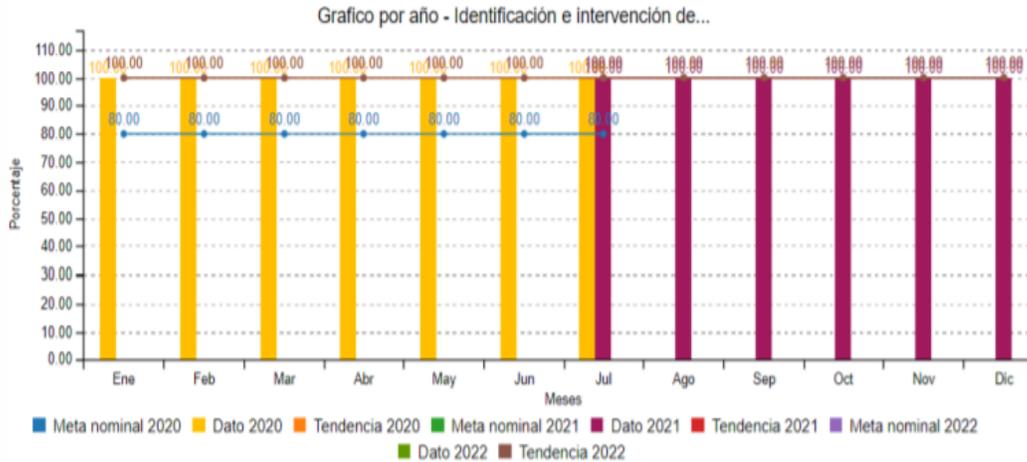
VALORES	2021	2020	INCREMENTO
SERVICIOS DE SALUD	234.759.597.669	153.494.605.437	53%
CONVENIOS DOCENTES Y ASISTENCIALES	852.346.760	499.066.706	71%
TOTALES	235.611.944.429	153.993.672.143	53%

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 53% 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.

7



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:

VALORES	2021
NRO. DIAS CAMA OCUPADA	131.898,00
NRO. DIAS CAMA DISPONIBLES	120.480,00
% OCUPACIONAL	109%

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 109%.

1.1.6 Ingreso reconocido por venta de servicios de salud por UVR, Muestra el ingreso generado por cada UVR producida por la entidad

VALORES	2021	2020	INCREMENTO
FACTURACION	235.611.944.429	153.993.672.143	53%
UVR PRODUCIDA	25.760.962	18.933.023	36%
TOTALES	9.146	8.134	12%

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

La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta con un incremento del 12% 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

	2021	2020	VARIACION
SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA	4.172.815.640	4.069.274.153	3%
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	97.766.834.721	76.136.263.369	28%
CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NOMINA	1.360.001.009	1.171.349.166	16%
ADQUISICION DE BIENES	6.658.502.357	7.183.160.314	-7%
ADQUISICION DE SERVICIOS	17.558.333.253	14.321.174.209	23%
IMPUESTOS Y MULTAS	412.022.906	1.068.285.623	-61%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES DE PREVISION SOCIAL	1.092.018.895	1.075.024.156	2%
OTRAS TRANSFERENCIAS	2.431.791.911	403.235.207	503%
COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	56.688.939.266	35.874.028.048	58%
COMPRA DE SERVICIOS PARA LA VENTA	24.168.968.334	14.308.778.061	69%
TOTALES	212.310.228.292	155.610.572.306	36%
UVR PRODUCIDA	25.760.962	18.933.023	36%
TOTALES	8.242	8.219	0%

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 mantiene frente al total de gasto por UVR producida en la vigencia 2020.

1.1.8 Gasto de personal por UVR producida

	2021	2020	VARIACION
SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA	4.172.815.640	4.069.274.153	2%
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	97.766.834.721	76.136.263.369	49%
CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NOMINA	1.360.001.009	1.171.349.166	-11%
TOTALES	103.299.651.370	81.376.886.688	27%
UVR PRODUCIDA	25.760.962	18.933.023	36%
TOTALES	4.010	4.298	-7%

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% 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.

	RECONOCIDO 2021
DISPONIBILIDAD INICIAL	1.287.097.064
INGRESOS CORRIENTES	237.777.241.595
RECURSOS DE CAPITAL	73.937.084.431
TOTAL RECONOCIMIENTO	313.001.423.090
	GASTO COMPROMETIDO
SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA	4.172.815.640
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	97.766.834.721
CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NOMINA	1.360.001.009
ADQUISICION DE BIENES	6.658.502.357
ADQUISICION DE SERVICIOS	17.558.333.253
IMPUESTOS Y MULTAS	412.022.906
TRANSFERENCIAS CORRIENTES DE PREVISION SOCIAL	1.092.018.895
OTRAS TRANSFERENCIAS	2.431.791.911
COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	56.688.939.266
COMPRA DE SERVICIOS PARA LA VENTA	24.168.968.334
INVERSION INFRAESTRUCTURA	-
INVERSION DOTACION	926.423.000
INVESTIGACION BASICA APLICADA Y ESTUDIOS	-
DISEÑOS PARA ESTUDIOS DE PREINVERSION	-
SERVICIO DE LA DEUDA	3.098.766.795
CUENTAS POR PAGAR	20.385.635.084
TOTAL RECONOCIMIENTO	236.721.063.171
EQUILIBRIO	1,32

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 1.32 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.

9

1.1.10 Equilibrio con recaudo total.

	RECAUDO 2021
DISPONIBILIDAD INICIAL	1.287.097.064
INGRESOS CORRIENTES	113.988.316.679
RECURSOS DE CAPITAL	90.702.684.487
TOTAL RECONOCIMIENTO	205.978.098.230
	GASTO COMPROMETIDO
SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA	4.172.815.640
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	97.766.834.721
CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NOMINA	1.360.001.009
ADQUISICION DE BIENES	6.658.502.357
ADQUISICION DE SERVICIOS	17.558.333.253
IMPUESTOS Y MULTAS	412.022.906
TRANSFERENCIAS CORRIENTES DE PREVISION SOCIAL	1.092.018.895
OTRAS TRANSFERENCIAS	2.431.791.911
COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	56.688.939.266
COMPRA DE SERVICIOS PARA LA VENTA	24.168.968.334
INVERSION INFRAESTRUCTURA	-
INVERSION DOTACION	926.423.000
INVESTIGACION BASICA APLICADA Y ESTUDIOS	-
DISEÑOS PARA ESTUDIOS DE PREINVERSION	-
SERVICIO DE LA DEUDA	3.098.766.795
CUENTAS POR PAGAR	20.385.635.084
TOTAL RECONOCIMIENTO	236.721.053.171
EQUILIBRIO	0,87

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 0.87 situación que muestra que la entidad logra recaudar tan solo el 87% 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.



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527



Fuente: Modulo de indicadores Daruma

La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta dando trámite oportuno 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 Diciembre la participación de glosas y devoluciones se encuentra por debajo de la meta situándose en el 16.48% de la cartera.

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 Diciembre la aceptación de glosas de servicios prestados en la vigencia 2021 se sitúa en el 1.96% del total facturado en la vigencia 2021.

11

1.1.14 Cumplimiento en pago de vigencias anteriores:

	GASTO COMPROMETIDO
TOTAL CUENTA POR PAGAR CONSTITUIDAS PAGADAS	20.393.521.129,00
CUENTA POR PAGAR REINTEGRADA PRESUPUESTO	7.892.537,00
TOTAL CUENTAS POR PAGAR OBLIGADAS	20.385.628.592,00
TOTAL CUENTA POR PAGAR CONSTITUIDAS	20.385.628.592,00
TOTAL RECONOCIMIENTO	1,00

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

La entidad a corte 31 de Diciembre de 2021 efectuó el pago del 100% del total de cuentas constituidas obligadas, es importante indicar que se reintegró presupuestalmente la suma de \$7.892.537 según acta de liquidación cifra que no se debe pagar por lo cual el cumplimiento es del 100%.

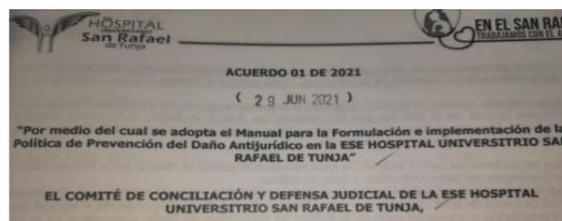
1.1.15 Superávit o déficit presupuestal:

	CONCEPTO
TOTAL INGRESO RECONOCIDO	313.001.423.090
TOTAL GASTO COMPROMETIDO	236.721.053.171
SUPERAVIT O DEFICIT PRESUPUESTAL	76.280.369.918,91

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

A corte 31 de Diciembre de 2021 la entidad opera con SUPERAVIT PRESUPUESTAL puesto que genera excedentes presupuestales (mayor Reconocimiento) de \$76.280.369.919.

1.1.16 Acto administrativo de adopción de la política de prevención del daño antijurídico y evidencias de su socialización:



La entidad efectuó la aprobación del manual para la formulación e implementación de la política de prevención del daño antijurídico mediante Acuerdo No 1 del comité de conciliación y defensa Judicial de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.

1.1.17 Informe de seguimiento política de prevención del daño antijurídico:

La oficina Jurídica de la entidad efectuó presentación de informe de seguimiento del daño antijurídico 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 índice de riesgo:

CONCEPTO	VALOR
SUPERAVIT O DEFICIT OPERACIONAL TOTAL	25.301.273.751
INGRESOS OPERACIONALES TOTALES RECAUDADOS	125.277.968.842
INDICE DE RIESGO	0,20

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

A corte 31 de Diciembre de 2021 la entidad logra superar el índice de riesgo, sin embargo debe ejecutar actividades de contención del gasto, puesto que de mantener los niveles actuales se verá sometida a falta de liquidez que puede afectar la operación en condiciones de normalidad.

1.1.20 Incremento recaudo de cartera

	CONCEPTO
VALOR RECAUDADO TRIMESTRE VIGENCIA ACTUAL	206.014.707.173
VALOR RECAUDADO TRIMESTRE VIGENCIA ANTERIOR	150.474.690.273
INDICE DE RIESGO	0,37

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

A corte 30 de Diciembre 2021 la entidad aumenta el total del recaudo en un 37%.

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.

13

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	PROGRAMA GESTIÓN DE SISTEMA DE COSTOS	RESULTADO 4 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	14	88%
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			96%

1.2.1 Seguimiento trimestral al comportamiento de los centros de costos.

La entidad efectuó la proyección de informes de centros de costos: operativo, logístico y operativo, ha efectuado el seguimiento del comportamiento de los centros de costos con corte al cuarto trimestre de la vigencia 2021 y brinda a la entidad la información necesaria para para la toma de decisiones. (Ver Informe detallado de costos anexo).

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, esta actividad dependerá de la decisión de ajuste de la

capacidad instalada que por efecto directo de la pandemia de manera permanente a presentado variaciones en cuanto a cantidad de camas habilitadas, servicios habilitadas, expansión en sedes temporales que una vez se definan permitirán definir los centros de costos que se mantendrán en la entidad y permitirán y los que deberán ser ajustados.

1.2.3 Unidades funcionales definidos con diagnóstico 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	14	2
TOTAL UNIDADES FUNCIONALES	16	
INDICADOR	88%	

Fuente: Informe Programa Gestión De Sistema De Costos.

Con base en los informes de costos realizados se han proyectado 14 informes de unidades funcionales de la 16 definidas, situación que muestra un cumplimiento del 88%.

1.2.4 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.

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	RESULTADO CONSOLIDADO 4 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	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	80%

	ESE.				
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					91%

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

1.3.1 Evaluación del impacto jurídico respecto de la no adherencia a guías de manejo clínico.

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 150 procesos activos. Según el acuerdo 01 del 29 de junio del 2021 se adopta el manual para la formulación e implementación de la política de prevención del daño antijurídico en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, incluyendo el plan de acción 2021. De acuerdo a los soportes presentados por la oficina de jurídica con respecto al plan de acción se presentan 3 reuniones con el personal de jurídica sensibilización en temas de daño antijurídico e información de línea antijurídica sin embargo no se evidencias capacitaciones, el programa de adherencia a guías a implementado y socializado de acuerdo a su cronograma las guías priorizadas, se da cumplimiento a la meta de la vigencia, sin embargo se recomienda fortalecer las acciones del plan de acción en relación con el daño antijurídico, incluyendo uso de herramientas institucionales para el seguimiento así como la socialización a los responsables de cada acción de mejora.

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA						
CÓDIGO: OAJ-M-02	MANUAL PARA LA FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA				Página 17 de 27	
Versión: 03					Próxima Revisión: 15/04/2023	
PASO 3: PLAN DE ACCIÓN						
CAUSAS PRIMARIAS O SUBCAUSAS	MEDIDA ¿QUÉ HACER?	MECANISMO ¿CÓMO HACERLO?	CRONOGRAMA ¿CUÁNDO HACERLO?	RESPONSABLE ¿QUIEN LO VA A HACER?	RECURSOS ¿CON QUÉ SE VA A HACER?	DIVULGACIÓN
INADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO	Socializar las guías de práctica clínica y protocolos de manejo, establecidos en la literatura médica.	Realizar capacitación referente a las guías de práctica clínica y protocolos de manejo, establecidos en la literatura médica, al personal médico. Evidencia: Acta.	Según Cronograma de Socialización de Guías.	Subgerencia de servicios de Salud ...	Recurso Humano	Internet
INADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Sensibilizar al personal, sobre la importancia de la continuidad en la condición y	Implementación del Programa de auditoría integral, con el fin de realizar seguimiento a las hospitalizaciones de los usuarios y	Noviembre 2021	Subgerencia de servicios	Recurso Humano	Internet

Fuente: Oficina de jurídica-programa de daño antijurídico.

1.3.2 Evaluación del impacto jurídico respecto de la no adherencia a protocolos que generen eventos adversos

Teniendo en cuenta el informe enviado por la oficina jurídica se ha continuado con la construcción de la línea de base de los procesos con el fin de establecer las trazabilidad integral de todos los hechos de las demandas y con base en esto continuar con la proyección del plan de acción del manual de prevención del daño jurídico, que debe ser aprobado y adoptado por el comité de conciliación. De acuerdo al informe de línea de base presentado por el área de jurídica, se encuentran 150 procesos de los cuales 82 presentan alguna presunta responsabilidad de la entidad y 29 con identificación del personal involucrado.

1.3.3 Seguimiento demandas interpuestas por derechos laborales

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. Se anexa acta de reunión con Talento humano para revisión del proceso de formalización de la planta de personal conforme a los lineamientos del DAFP.

1.4 PROGRAMA DE ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA

17

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REPOSABLE	GESTIÓN MANTENIMIENTO	RESULTADO 4 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

1.4.1 Cumplimiento de obra (Construcción)

Para el cuarto trimestre de 2021 se programó la construcción de puerta en aluminio para el servicio de salas de cirugía



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527



Imagen Adecuaciones puerta de salas de cirugía

1.4.2 Cumplimiento de obra (Adecuación).

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

- ✓ Techo MORGUE



1.4.3 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	Balcos 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.

19



Imagen Baño 6 piso.

Baño urgencias



Baño Consulta Externa.



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

1.4.4 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 cuarto trimestre de 2021 del 100%

20

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	100,00	100,00
			2022	N.R.	N.R.										

Fuente: Modulo indicadores daruma

1.4.5 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 cuarto trimestre de 2021 de 98%

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	100,00	100,00
			2022	N.R.	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 4 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	N/A	N/A
	% 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	87%	100%



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527

21

	% 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	100%	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	94%	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	95%	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	85%	94%



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527

	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	54%	100%
CUMPLIMIENTO GENERAL							87%	99%

1.5.1 Porcentaje de personal certificado en la norma de competencias definida:

En el cuarto trimestre de 2021 no aplica la medición es anual.

1.5.2 Porcentaje de satisfacción del desarrollo de los programas contenidos en el PEGITH.

De acuerdo a los soportes presentados para el segundo semestre de 2021 se tiene un porcentaje de satisfacción de 87% resultado de la aplicación de encuesta mediante formulario google respecto de las actividades de capacitación y bienestar realizadas en el segundo semestre de 2021:

RESPUESTAS POSITIVAS EN PORCENTAJE ENCUESTA SATISFACCION DESARROLLO DE PROGRAMAS DE CAPACITACION Y BIENESTAR SEGUNDO SEMESTRE 2021			
No.	PREGUNTA	SEGUNDO SEMESTRE	
		SI	NO
1	Esta satisfecho con las actividades de bienestar mencionadas anteriormente realizadas en el segundo semestre en la entidad.	214	31
2	Considera que la realización de los diferentes Cursos, Charlas y Talleres le han aportado para la realización de las actividades en su área(certificado competencias laborales, seguridad del paciente, cursos virtuales, etc)	223	22
3	Ha aplicado las capacidades adquiridas en talleres, charlas, seminarios y cursos para la adaptación al cambio y a la inactividad laboral.	221	24
4	Ha emprendido por iniciativa propia procesos de capacitación para asumir las responsabilidades asignadas a su cargo.	206	89
5	Considera que la inducción facilita y fortalece la integración de la nueva persona a la cultura del servicio y de la organización.	235	11
6	A través de la inducción y re-inducción se informaron temas como: misión, visión, objetivos, estructura orgánica, valores institucionales, así como reglamentaciones, deberes, beneficios, responsabilidades, derechos	229	15
7	Considera que las relaciones interpersonales y el trabajo en equipo han mejorado en su área de trabajo y por lo tanto se ha aportado al logro de los objetivos del área.	151	24
8	Considera que las actividades adelantadas en el marco del PEGITH le han aportado al mejoramiento de la calidad de vida de los colaboradores de la entidad?	152	23
PROMEDIO GENERAL		1631	239
TOTAL RESPUESTAS		1870	
PROMEDIO RESPUESTAS POSITIVAS		87	

Fuente: Informe POA 4 trimestre 2021 talento Humano

1.5.3 Porcentaje cobertura del plan de capacitación institucional personal de planta.

En el cuarto trimestre de 2021, se evidencia que se realizaron capacitaciones dirigidas al personal de planta con una cobertura del 100%.

23

TEMATICA	CUARTO TRIMESTRE	
	PLANTA	programados o inscritos planta
Soporte vital básico	24	24
Soporte vital avanzado	22	22
Víctimas de violencia sexual con enfoque de género, Código Fucsia, todo el personal clínico	46	46
Gestión del duelo	46	46
Seguridad del paciente: Administración de medicamentos	41	41
Toma de muestras- Pruebas en el punto de atención del paciente - (Point of Care Testing -POCT)	41	41
	220	220
% ASISTENCIA	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.

1.5.4 porcentaje cobertura del plan de bienestar del personal de planta.

Durante el cuarto trimestre de 2021, se programaron 8 actividades de bienestar para los funcionarios de planta con una cobertura del 94%

ACTIVIDAD	CUARTO TRIMESTRE	
	PLANTA	DIRIGIDO A
Celebración cumpleaños personal de planta	12	12
Día de la familia	58	58
Sesiones capacitación prepensionables	41	42
Kit saludable	58	58
Ceremonia formal de despedida y reconocimiento labor cumplida a los funcionarios que hayan pasado renuncia por pensión dentro de la vigencia 2021. Reconocimiento público a los mejores funcionarios de carrera administrativa en cada uno de sus niveles jerárquicos, y al mejor de la entidad	33	33
Actividad fin de año	58	58
Salida Lúdico Recreativa salida parque Jaime duque, todo el personal	45	58
Caminata ecológica personal prepensionable, Lago de Tota e Iza	33	42
TOTAL	338	361
Total primer semestre programados	361	
total asistentes	338	
% cobertura	94%	

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

1.5.5 Porcentaje de cumplimiento actividades de capacitación.

En cuanto a las actividades desarrolladas en el cronograma de capacitación se desarrollaron al 100% las siguientes temáticas:

1. Plan de formación continua UCI adulto
2. Plan de formación continua UCI Pediátrica
3. Plan de formación continua UCI neonatal
4. Plan de formación continua Rehabilitación
5. Plan de formación continua UCI Terapia
6. Plan de Seguridad y Salud en el trabajo
7. Gestion ambiental
8. Manejo antibióticos, farmacia
9. Lineamientos IAMII
10. Programa Piel sana
11. Soporte Vital básico
12. Soporte Vital avanzado
13. Curso de integridad, transparencia y lucha contra la corrupción
14. Víctimas de violencia sexual con enfoque de género
15. Pruebas en el punto de atención del paciente - (Point of Care Testing -POCT)"
16. Gestion del duelo
17. Seguridad del paciente: Administración de medicamentos

1.5.6 Porcentaje de cumplimiento actividades de bienestar.

Las actividades programadas para el segundo semestre cumplimiento del 95%:

- ✚ Aplicación estrategia salario emocional
- ✚ Celebración de cumpleaños
- ✚ Envío tarjeta virtual a cada funcionario
- ✚ Conmemoración día de la profesión y fechas especiales, tarjeta virtual "
- ✚ Día del Servidor Público, reconocimientos años de servicio y evaluación del desempeño
- ✚ Celebración San Rafael: Celebración eucarística, Festival de Talentos virtual, Juegos Deportivos San Rafael
- ✚ Copa navideña, baloncesto, voleibol y banquitas
- ✚ Conmemoración día del médico, envío tarjeta virtual "
- ✚ Salida lúdica recreativa
- ✚ Cierre de gestión año 2021
- ✚ Estilos de vida saludable, Hábitos de alimentación saludable, Actividades de relajación, Kit saludable
- ✚ Programa satisfacción laboral y riesgo psicosocial(ambientes laborales amigables) SST
- ✚ Clima laboral y cambio organizacional Charlas o talleres: Comunicación organizacional, transformación cultural.
- ✚ Reconocimiento por años de servicio
- ✚ Reconocimiento público a los mejores funcionarios de carrera administrativa en cada uno de sus niveles jerárquicos, y al mejor de la entidad
- ✚ Mejor empleado y por nivel jerárquico
- ✚ Programa de preparación para el retiro

1.5.7 Situaciones administrativas.



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527

De acuerdo a la información enviada por el proceso, durante el cuarto trimestre de 2021 se atendieron 105 solicitudes de situaciones administrativas, las cuales fueron resultas al 100%, según la novedad presentada.

25

INDICADOR TRAMITE SITUACIONES ADMINISTRATIVAS	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
# SITUACIONES ADMITIVAS TRAMITADAS	40	52	13	105
SITUACIONES ADMINISTRATIVAS REQUERIDAS	40	52	13	105
RESULTADO INDICADOR	100			

1.5.8 Transformación cultural.

De acuerdo a la información enviada por el proceso para el segundo semestre se aplicó la encuesta Buen salud y buen trato con 85% porcentaje de respuestas positivas.

ENCUESTA BUEN SALUDO Y BUEN TRATO PRIMER SEMESTRE 2020	SEGUNDO SEMESTRE			
	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
Dentro de la institución usted saluda a los usuarios, familiares y compañeros de trabajo cada vez que sea necesario		5	38	201
Dentro de la jornada laboral recibe usted el saludo por parte de sus compañeros, usuarios y familiares		87	67	90
Brinda usted un trato respetuoso, digno y amable al cliente interno, usuario y su familia?		1	22	221
Considera que sus compañeros de trabajo brindan un trato respetuoso, digno y amable al cliente interno, usuario y su familia?		49	78	118
SUMATORIA POR CRITERIO		142	205	630
SUMA NUNCA+ALGUNAS VECES**FRECUENTEMENTE+SIEMPRE		142	835	
TOTAL RESPUESTAS			977	
PORCENTAJE RESPUESTAS POSITIVAS			85%	

Fuente: Informe POA 4 trimestre 2021 talento Humano

1.5.9 Cumplimiento estrategia construyendo en familia para trabajar con el alma

En la estrategia de familia se programaron seis (6) charlas de las cuales se tiene el registro de asistencia frente a los inscritos. Los resultados por charlas son los siguientes:

INDICADOR	PREVENCIÓN CONSUMO A,F,P	PREVENCIÓN EMBARAZO ADOLESCENTE	PREVENCIÓN SUICIDIO	IDENTIDAD DE GENERO	ECONOMÍA Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS	ESPACIOS DE DISFRUTE EN FAMILIA	total
ASISTENTES	104	108	91	93	84	87	567
PROGRAMADOS	176	176	176	176	176	176	1056
% DE ASISTENCIA	59	61	52	53	48	49	54

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), presenta un cumplimiento del 95% de los indicadores y un 5% de los mismos no logran superar la meta

propuesta derivado del no recaudo suficiente para cubrir el gasto generado. De igual forma se recomienda revisar el indicador "Acciones de mejora definidas para Riesgo Jurídico Identificado", ya que la fórmula «Acciones de mejora identificadas» no da claridad por tanto se dificulta la medición del indicador.

- El programa gestión de costos de los 4 indicadores, 2 cumplen con la meta y 1 se encuentra con un avance del 88%, y uno no aplica para el periodo evaluado, se recomienda tomar las acciones pertinentes para cumplir con los objetivos propuestos.
- Se recomienda revisar el diseño de los indicadores del programa de daño antijurídico no hay claridad tanto en la descripción del indicador como las evidencias presentadas, aunque se cumple con la meta establecida de acuerdo a lo planteado se hace necesario detallar los productos e informes relacionados en el POA de tal forma que sean evidenciables y cuantificables.
- El Programa de adecuación y mejoramiento de infraestructura física, de los 5 indicadores, 5 cumplen con la meta en la vigencia 2021. Se recomienda continuar con la ejecución de las acciones para cumplir con los objetivos propuestos, para próximo POA se recomienda dar claridad a la ficha técnica del indicador en relación actividades programadas y en ejecución.
- Programa de Gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia para el cuarto trimestre de los 9 indicadores, 8 cumplen con la meta, 1 no aplican para el periodo evaluado. Se da cumplimiento a la meta establecida para la vigencia. Se recomienda continuar con las acciones programadas para dar cumplimiento a los objetivos propuestos.

2 SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.



Fuente: Resultados subgerencia servicios de salud cuarto trimestre 2021

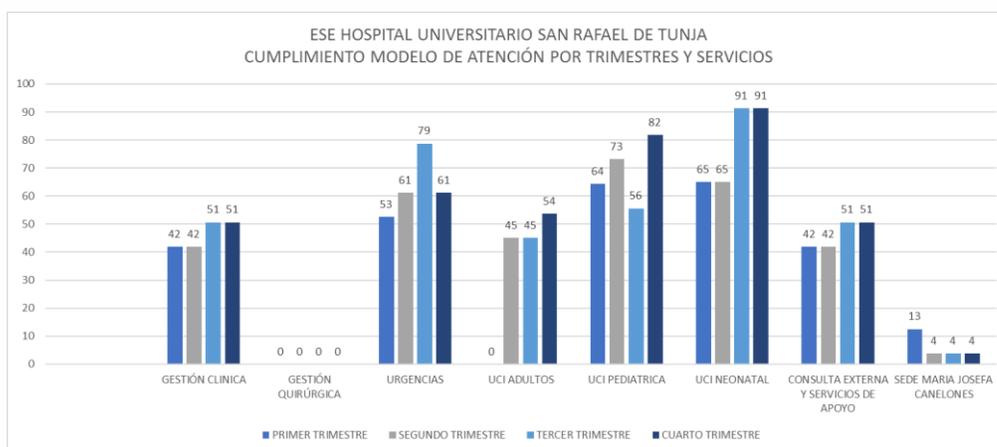
El promedio general para la Subgerencia de Servicios de Salud es del 85%, "representa una manifestación que los aspectos evaluados están desarrollando un proceso de aplicación con tendencia al fortalecimiento



aunque con algunas debilidades”, 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:

27

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



Fuente. Informe Modelo Atención cuarto trimestre de 2021

TRIMESTRE	GESTIÓN CLÍNICA	GESTIÓN QUIRÚRGICA	URGENCIAS	UCI ADULTOS	UCI PEDIÁTRICA	UCI NEONATAL	CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS DE APOYO	SEDE MARIA JOSEFA CANELONES	CONSOLIDADO DE CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL
PRIMER TRIMESTRE	↓ 42	↓ 0	↓ 53	↓ 0	→ 64	→ 65	↓ 42	↓ 13	↓ 35
SEGUNDO TRIMESTRE	↓ 42	↓ 0	→ 61	↓ 45	→ 73	→ 65	↓ 42	↓ 4	↓ 47
TERCER TRIMESTRE	↓ 51	↓ 0	→ 79	↓ 45	↓ 56	↑ 91	↓ 51	↓ 4	↓ 54
CUARTO TRIMESTRE	↓ 51	↓ 0	→ 61	↓ 54	↑ 82	↑ 91	↓ 51	↓ 4	↓ 49
CUMPLIMIENTO ANUAL POR PROCESOS Y/O SERVICIOS	↓ 46	↓ 0	→ 63	↓ 36	→ 69	→ 78	↓ 46	↓ 6	↓ 46

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 cuarto 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 67%, cumpliendo la meta de la vigencia del 35%, dentro de los procesos con menor cumplimiento se encuentran:

2.1.1 GESTIÓN CLÍNICA:

28

De acuerdo al informe emitido por el programa, para el cuarto trimestre quedaron parametrizados el 87.5% de los indicadores, de ellos solo el 75% fueron medidos dando como resultado un cumplimiento global del 50%, esta matriz reporta un crecimiento significativo en la gestión con respecto a los trimestres anteriores, sin embargo, se presentan algunas situaciones de mejora en los siguientes ítems:

- *Tiempo promedio de espera para asignación de cama en hospitalización:* **NO FUE MEDIDO** Este indicador está siendo medido solo desde la asignación administrativa de la cama, se creó el reporte para realizar el seguimiento en el mes de octubre, sin embargo se sugiere que incluya no solo la asignación de la cama sino el momento en el que el paciente la ocupa, ya que ello puede fortalecer el proceso de satisfacción del paciente al servicio ya que existen los riesgos de demoras en el traslado del paciente desde la puerta de entrada hasta el servicio asignado por el especialista tratante.
- *Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en hospitalización:* **NO CUMPLE METAS** El indicador alcanzó el 79% en la calificación general para el cuarto trimestre; se espera que con la socialización de las guías y el abordaje realizado por las especialidades este pueda cumplir el porcentaje esperado para el siguiente período.
- *Adherencia a medición de riesgos en el ingreso a piso en Internación (Enfermería y Médicos Hospitalarios):* Este indicador no se encuentra parametrizado y tampoco ha sido medido, la propuesta de control inicial partía del seguimiento de riesgo de caídas, alergias y reacciones anafilácticas, riesgo de tromboembolismo, infecciones, sangrado, riesgo nutricional, riesgo psicosocial, reconciliación medicamentosa y daños en la piel asociados a la dependencia del cuidado; sin embargo el proceso de parametrización de la mayoría de las escalas está en construcción y requiere no solo de la implementación de la escala por servicios, sino de la identificación del impacto en la consolidación de las barreras de seguridad del paciente. Para este atributo se sugiere que en el último trimestre se realice la implementación de las escalas para iniciar con la medición del riesgo y que ello permita construir herramientas de mejoramiento de la comunicación del equipo de salud y la funcionalidad de los procesos basados en las políticas de calidad institucionales.
- *Adherencia al buen trato en el Servicio de Hospitalización (Humanización):* **NO CUMPLE METAS** El indicador obtuvo un puntaje del 77% en el último trimestre, mediante los ítems del formulario de la encuesta de adherencia al buen trato se identifican falencias en el servicio de aseo y de alimentación, así como en la información médica sobre la duración del tratamiento y posibles complicaciones. Acción correctiva: inducción y reinducción al personal de aseo, alimentación y personal asistencial respecto a los ítems evaluados en la encuesta de adherencia al buen trato.
- *Adherencia a medición de riesgos en el ingreso a piso en internación (Enfermería y Médicos Hospitalarios):* Este indicador no se encuentra parametrizado y tampoco ha sido medido, la propuesta de control inicial partía del seguimiento de riesgo de caídas, alergias y reacciones anafilácticas, riesgo de tromboembolismo.



INDICADORES	INDICADOR	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	Indicador en Cumplimiento de la meta				Apropiación del atributo del Modelo en el Proceso y/o Servicio				Indicador en Cumplimiento de la meta				Apropiación del atributo del Modelo en el Proceso y/o Servicio			
				Resultado	Meta	Cumplimiento		Resultado	Meta	Cumplimiento		Resultado	Meta	Cumplimiento		Resultado	Meta	Cumplimiento	
				CUARTO TRIMESTRE								CONSOLIDADO ANUAL							
ACCESIBILIDAD	1748	Tiempo promedio de espera para asignación de cama en hospitalización	Parametrizado	100	No Medido	0	100.0	24	No Cumple la Meta	No Aprobado	0	100.0	24	No Cumple la Meta	No Aprobado	0			
OPORTUNIDAD	1693	Oportunidades promedio en respuesta de interconsultas de las Especialidades	Parametrizado	100	Medido	100	13.0	24	En Metas	Aprobado	100	15.8	24	En Metas	Aprobado	100			
PERTINENCIA	1730	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Hospitalización	Parametrizado	100	Medido	100	79%	80%	No Cumple la Meta	No Aprobado	0	0.4	80%	No Cumple la Meta	No Aprobado	0			
SEGURIDAD	1705	Cumplimiento a Indicador de Gestión Seguridad del Paciente en Hospitalización	Parametrizado	100	Medido	100	90%	80%	En Metas	Aprobado	100	43%	80%	No Cumple la Meta	No Aprobado	0			
CONTINUIDAD	955	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 35 días	Parametrizado	100	Medido	100	1.6	10.00	En Metas	Aprobado	100	2.3	10.00	En Metas	Aprobado	100			
GESTIÓN DEL RIESGO		Adherencia a medición de riesgos en el ingreso a piso en Internación (Enfermería y Médicos Hospitalarios)	No Parametrizado	0	No Medido	0	0%	80%	No Cumple la Meta	No Aprobado	0	0.0	80%	No Cumple la Meta	No Aprobado	0			
SATISFACCIÓN	1714	Tasa de Satisfacción en Hospitalización (SIAU)	Parametrizado	100	Medido	100	100%	80%	En Metas	Aprobado	100	94%	80%	En Metas	Aprobado	100			
HUMANIZACIÓN	1721	Adherencia al buen trato en el Servicio de Hospitalización (Humanización)	Parametrizado	100	Medido	100	77%	80%	No Cumple la Meta	No Aprobado	0	0.8	80%	En Metas	Aprobado	100			
CUMPLIMIENTO GLOBAL POR PILARES				87.5		75		50					50						
CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO																			
			PRIMER TRIMESTRE																
			SEGUNDO TRIMESTRE																
			TERCER TRIMESTRE																
			CUARTO TRIMESTRE																

Fuente: Informe POA IV Trimestre 2021

2.1.2 UCI ADULTOS:

De acuerdo al informe presentado por el programa, en el último trimestre se puede observar un cumplimiento de los pilares del modelo del 45%, la construcción de los indicadores queda en un porcentaje de cumplimiento del 62%, se describen las particularidades de cada indicador afectado continuación:

Cumplimiento al indicador Porcentaje de negación de camas UCI adultos:* **NO SE ENCUENTRA PARAMETRIZADO.

Cumplimiento al indicador tiempo promedio la asignación de cama UCI Adultos:* **NO SE ENCUENTRA PARAMETRIZADO

Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Adultos:* **NO CUMPLE METAS Este indicador debe ser revisado en el mes de febrero y se sugiere la implementación de un plan de mejoramiento para su ejecución.

Tasa de reingresos a UCI Adultos antes de 72 horas por la misma causa ((reingresos/egresos vivos)*1000):* **NO SE ENCUENTRA PARAMETRIZADO.

Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de UCI adultos:* **NO CUMPLE METAS Este indicador debe ser revisado en el mes de febrero y se sugiere la implementación de un plan de mejoramiento para su ejecución.

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA																
CUMPLIMIENTO A INDICADORES MODELO DE ATENCIÓN POR PROCESOS - UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS																
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS																
INDICADORES	INDICADOR	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	Indicador en Cumplimiento de la meta		Apropiación del atributo del Modelo en el Proceso y/o Servicio		Indicador en Cumplimiento de la meta		Apropiación del atributo del Modelo en el Proceso y/o Servicio						
				Resulta	Cumplime	Resulta	Meta	Resulta	Cumplime							
				CUARTO TRIMESTRE				CONSOLIDADO ANUAL								
ACCESIBILIDAD	0	Porcentaje de negación de camas UCI adultos	No Parametrizado	0	Medido	100	100.0	20	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	54.1	20	No Cumple la Meta	No Apropiado	0
OPORTUNIDAD	1738	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos	Parametrizado	100	No Medido	0	100.0	60	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	78.2	21	No Cumple la Meta	No Apropiado	0
PERTINENCIA	1728	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Adultos	Parametrizado	100	Medido	100	78%	80%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	40%	80%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0
SEGURIDAD	1707	Cumplimiento a Indicador de Gestión Seguridad del Paciente en UCI Adultos	Parametrizado	100	Medido	100	0%	80%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	19%	80%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0
CONTINUIDAD	1739	Tasa de reingresos a UCI Adultos antes de 72 horas por la misma causa ((reingresos/egresos	No Parametrizado	0	No Medido	0	0%	1%	En Metas	Apropiado	100	0%	1%	En Metas	Apropiado	100
GESTIÓN DEL RIESGO	0	Adherencia a medición de riesgos en el ingreso a piso en UCI Adultos (Enfermería y Médicos Hospitalarios)	No Parametrizado	0	No Medido	0	0%	80%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	0%	80%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0
SATISFACCIÓN	1717	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Adultos (SIAU)	Parametrizado	100	Medido	100	100%	80%	En Metas	Apropiado	100	99%	80%	En Metas	Apropiado	100
HUMANIZACIÓN	1725	Adherencia al buen trato en la UCI Adultos (Humanización)	Parametrizado	100	Medido	100	70%	80%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	87%	80%	En Metas	Apropiado	100
CUMPLIMIENTO GLOBAL POR PILARES		➔	62.5	➔	62.5	⬇		25			⬇			37.5		
CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO			PRIMER TRIMESTRE	⬇	45											
			SEGUNDO TRIMESTRE	⬇	45											
			TERCER TRIMESTRE	⬇	54											
			CUARTO TRIMESTRE	⬇	36											

Fuente: Informe POA IV Trimestre 2021

2.1.3 CONSULTA EXTERNA:

De acuerdo al informe presentado por el programa, en el último trimestre se puede observar un cumplimiento de los pilares del modelo del 46%, 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 cuarto trimestre es del 46%.

- **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.
- **Cumplimiento a Indicador de Gestión Seguridad del Paciente en Consulta Externa y Servicios de Apoyo:** **NO CUMPLE METAS** Este indicador debe ser revisado en el mes de febrero y se sugiere la implementación de un plan de mejoramiento para su ejecución.
- **Evaluación del riesgo de caída en servicios de apoyo diagnóstico (Radiología y Gastroenterología):** **NO CUMPLE METAS** Este indicador debe ser revisado en el mes de febrero y se sugiere la implementación de un plan de mejoramiento para su ejecución.

- **Evaluación del riesgo de caída en servicios de apoyo diagnóstico (Radiología y Gastroenterología): NO CUMPLE METAS** Este indicador debe ser revisado en el mes de febrero y se sugiere la implementación de un plan de mejoramiento para su ejecución.
- **Adherencia al buen trato en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (Humanización): NO CUMPLE METAS** Este indicador debe ser revisado en el mes de febrero y se sugiere la implementación de un plan de mejoramiento para su ejecución.

31

CLINICAS QUIRURGICAS																
CODIGO: XXXX-F-XX		ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA														
VERSIÓN: 00		CUMPLIMIENTO A INDICADORES MODELO DE ATENCIÓN POR PROCESOS - CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS DE APOYO														
PROCESO		CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS DE APOYO												FECHA: 22/03/2021		
INDICADORES	INDICADOR	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	Indicador en Cumplimiento de la meta				Apropiación del atributo del Modelo en el Proceso y/o				Indicador en Cumplimiento de la meta				Apropiación del atributo del Modelo en el Proceso y/o Servicio
				Resultado		Cumplimiento		Resultado		Meta		Cumplimie				
				CUARTO TRIMESTRE								CONSOLIDADO ANUAL				
ACCESIBILIDAD	1742	Proporción de llamadas contestadas en asignación de citas médicas	Parametrizado	100	No Medido	0	0.0	80	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	0.0	80	En Metas	Apropiado	100
OPORTUNIDAD	1743	Oportunidad en la asignación de citas en consulta externa - consolidado	Parametrizado	100	Medido	100	2.8	15	En Metas	Apropiado	100	4.0	15	En Metas	Apropiado	100
PERTINENCIA	1744	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Consulta Externa	Parametrizado	100	No Medido	0	0%	80%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	0%	80%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0
SEGURIDAD	1745	Cumplimiento a Indicador de Gestión Seguridad del Paciente en Consulta Externa y	Parametrizado	100	Medido	100	67%	80%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	63%	80%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0
CONTINUIDAD	1259	Proporción de adherencia a los Programas ambulatorios (Madre Canguro)	Parametrizado	100	Medido	100	66%	80%	En Metas	Apropiado	100	20%	60%	En Metas	Apropiado	100
GESTIÓN DEL RIESGO	681	Evaluación del riesgo de caída en servicios de apoyo diagnóstico (Radiología y	Parametrizado	100	Medido	100	0%	80%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	20%	80%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0
SATISFACCIÓN	1746	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (SIAU)	Parametrizado	100	Medido	100	100%	80%	En Metas	Apropiado	100	255%	80%	En Metas	Apropiado	100
HUMANIZACION	1747	Adherencia al buen trato en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (Humanización)	Parametrizado	100	No Medido	0	0%	80%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	0%	80%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0
CUMPLIMIENTO GLOBAL POR PILARES			↑	100	⇒	62.5	↓				37.5	↓				50

CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO	
PRIMER TRIMESTRE	↓ 42
SEGUNDO TRIMESTRE	↓ 42
TERCER TRIMESTRE	↓ 51
CUARTO TRIMESTRE	↓ 51

Fuente: Informe POA IV Trimestre 2021

Se debe revisar los indicadores donde las metas no se han cumplido, no se han podido medir y/o no están parametrizado con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Modelo Atención en Salud.

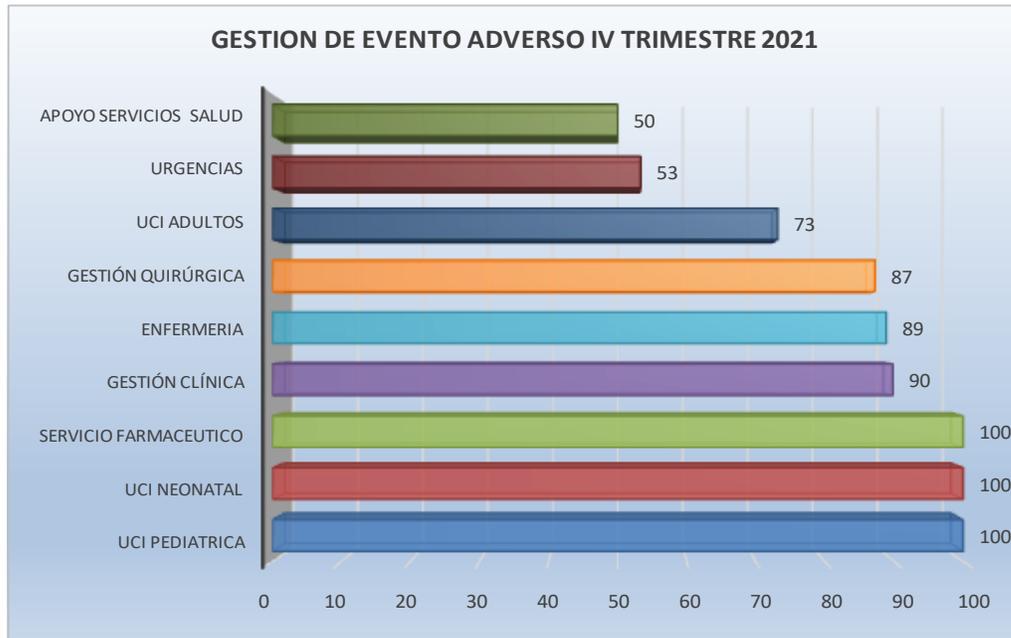
2.2 PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE BAJO EL ENFOQUE DE ADAPTACIÓN Y MITIGACIÓN DE RIESGOS.

ACTIVIDAD	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	EVIDENCIA	REPOSABLE	CUMPLIMIENTO	PROMEDIO 4o TRIMESTRE
Fortalecer y articular la implementación del Programa de seguridad del paciente bajo el enfoque de adaptación y mitigación de riesgos.	Proporción de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	>90%	Actas de Comité seguridad del paciente Informe ejecutivo del programara	Líder Seguridad del Paciente	82%	91%
	Promedio de la calificación de adherencia a las	Sumatoria del número de listas de chequeo	>=80%	Actas de Comité seguridad del	Líder Seguridad del Paciente		

	buenas prácticas de seguridad del paciente	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		paciente Informes de adherencia		84%	100%
	Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas	No. de ítems de implementación que se 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 programama	Líder Seguridad del Paciente	75%	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						80%	97%

2.2.1 Proporción de vigilancia de eventos adversos

El programa de seguridad del paciente ha fortalecido la gestión de eventos adversos, para el 4 trimestre en promedio el 82% cumpliendo con la meta establecida, los procesos misionales con mayor gestión de eventos adversos, fueron UCI Pediátrica, Uci Neonatal con el 100% y en menor Porcentaje Urgencias con el 53% y apoyo de servicios con el 50% como lo muestra la grafica siguiente:



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

Con respecto a la gestión de los eventos adversos por parte de los procesos misionales a través del modulo de evento DARUMA para el cuarto trimestre se efectuó la revisión y definición de acciones para el inicio del análisis de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud- IAAS a través del módulo, actividad a cargo del equipo medico del grupo de prevención y control de infecciones, exceptuando las IAAS priorizadas (ITS-AC, NAV, Brote por IAAS, Muerte asociada a IAAS) las cuales serán analizadas de manera conjunta con el líder del proceso misional o servicio relacionado.

2.2.2 Promedio de la calificación de adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente.

De acuerdo al informe ejecutivo presentado por el programa de Seguridad del Paciente, el promedio de cumplimiento de adherencia a las buenas practicas de seguridad del paciente, aplicado en los diferentes servicios de la institución fue del 84%, en el cual se muestra que el proceso misional que obtuvo la mayor calificación corresponde a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal con un 100% de cumplimiento en los ítems evaluado y los servicios con menor porcentaje de cumplimiento en los ítems evaluados pertenece al servicio de urgencias con un 59% de cumplimiento.

INDICADOR	EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PÚBLICA	GESTIÓN FARMACEUTICA	GESTIÓN CLÍNICA	GESTIÓN QUIRÚRGICA	URGENCIAS	UCI ADULTOS	UCI PEDIATRICA	ENFERMERIA	UCI NEONATAL	APOYO SERVICIOS SALUD	SEDE MARIA JOSEFA CANELONES	CUMPLIMIENTO	PROMEDIO 4 TRIMESTRE
Promedio de la calificación de adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente	NA	NA	82%	93%	59%	77%	91%	90%	100%	NA	NA	84%	100%

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

2.2.3 Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas.

INDICADOR	EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PÚBLICA	GESTIÓN FARMACEUTICA	GESTIÓN CLÍNICA	GESTIÓN QUIRÚRGICA	URGENCIAS	UCI ADULTOS	UCI PEDIATRICA	ENFERMERIA	UCI NEONATAL	APOYO SERVICIOS SALUD	SEDE MARIA JOSEFA CANELONES	CUMPLIMIENTO	PROMEDIO 4 TRIMESTRE
Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas	92%	80%	54%	57%	NA	95%	68%	NA	N/A	79%	NA	75%	100%

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

De acuerdo a los soportes presentados por el programa, el indicador promedio de la calificación de la implementación de las BPS priorizadas, para el IV trimestre del 2021, se encuentra en 75%, se tuvo en cuenta los procesos misionales a los cuales se asignó calificación para la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente, No obstante, se encuentra pendiente definir el líder o equipo de salud a trabajar en la buena practica BPS Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado, de manera provisional la calificación fue asignada al proceso gestión quirúrgica. Con respecto a la BPS Reducir el riesgo de la atención de paciente con enfermedad mental, se encuentra pendiente de igual forma definir el líder o personal de salud asignado a esta la reactivación de las actividades relacionadas.

2.2.4 Porcentaje ejecución acciones de control para la gestión el riesgo en SP

Para el cuarto trimestre, no es posible reportar datos del indicador « **Porcentaje ejecución acciones de control para la gestión el riesgo en SP**», teniendo en cuenta que a la fecha se encuentra en la fase de diseño la matriz de riesgos para los procesos misionales, el cual esta en el siguiente estado:



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

Fuente: Seguimiento matriz riesgos SP procesos misionales

La tabla anterior muestra el estado actual de fases ciclo gestión riesgo por proceso misional, los procesos enfermería, gestión clínica, gestión quirúrgica, UCI adultos, UCI pediátrica, UCI neonatal se encuentran en inicio de la fases de implementación de las acciones de control.

El proceso de urgencias se encuentra en fase de identificación de los riesgos, **el servicio farmacéutico hasta el momento no se ha iniciado el trabajo de diseño de la matriz.**

Dado lo anterior con respecto al indicador Porcentaje ejecución acciones de control para la gestión el riesgo en SP para el año 2021, **no aplica** la medición de este teniendo en cuenta la fase de diseño de la matriz por procesos, su medición iniciara en el primer trimestre del año 2022.

2.3 PROGRAMA INTEGRALIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO.

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	Resultado 4 trimestre
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	39%



De acuerdo con la matriz de cumplimiento a indicadores “programa de alta complejidad y seguimiento comunitario”, para el cuarto trimestre se evalúa teniendo el 100% de avance anual, con un cumplimiento del 39%, por lo cual de 17 programas priorizados para la vigencia, 6 no presentaron avance e implementación, 1 cumplió al 100% y 10 programas presentaron avance menor a 100% por lo cual no se cumplió la meta establecida para la vigencia. A continuación se presenta el detalle el avance de cada proyecto, programa o servicio priorizado para la vigencia 2021 en cuarto trimestre así:

Programa	Meta implementación vigencia 2021	Resultado 4 Trimestre	Cumplimiento Meta
Hematología - Oncología	100%	71%	71%
Rehabilitación Pulmonar		68%	68%
Programa clínica de Obesidad		72%	72%
Programa clínica de Osteoporosis		76%	76%
Programa Pie diabético		69%	69%
Programa Hospital seguro contra la Trombosis		42%	42%
Programa clínica de Anticoagulación		52%	52%
Programa de Accesos Vasculares		13%	13%
Laboratorio Pruebas Función Pulmonar		0%	0%
Programa de extensión comunitaria		0%	0%
Endocrinología pediátrica		0%	0%
Neumología pediátrica		0%	0%
Psiquiatría infantil		0%	0%
Retinología		0%	0%
Microcirugía		100%	100%
Comité de Bioética		20%	20%
Donación de Órganos		88%	88%
Total		39%	39%

Fuente: Informe ejecutivo Programa Alta complejidad IV Trimestre de 2021



EJECUCION DE PROGRAMAS DE ALTA COMPLEJIDAD VIGENCIA 2021

VIGENCIA	No.	PROGRAMA	PESO MÁXIMO (AL 100%)	EJECUCION REAL (%)	PESO OBTENIDO
2021	1	PROYECTO UNIDAD DE CANCEROLOGÍA - FASE 1	2,5	71	1,8
	2	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR	2,5	68	1,7
	3	PROGRAMA CLÍNICA DE OSTEOPOROSIS	2,5	76	1,9
	4	PROGRAMA CLÍNICA DE OBESIDAD	2,5	72	1,8
	5	PROGRAMA DE PIÉ DIABÉTICO	2,5	69	1,7
	6	PROGRAMA HOSPITAL SEGURO CONTRA LA TROMBOSIS	2,5	42	1,1
	7	PROGRAMA CLÍNICA DE ANTICOAGULACIÓN	2,5	52	1,3
	8	PROGRAMA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS	2,5	88	2,2
	9	COMITÉ DE BIOÉTICA	2,5	20	0,5
	10	LABORATORIO DE PRUEBAS DE FUNCIÓN PULMONAR	2,5	0	0,0
	11	PROGRAMA DE ACCESOS VASCULARES	2,5	13	0,3
	12	RETINOLOGÍA	2,5	0	0,0
	13	PROGRAMA DE EXTENSIÓN COMUNITARIA	2,5	0	0,0
	14	MICROCIRUGÍA	2,5	100	2,5
	15	ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA	2,5	0	0,0
	16	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	2,5	0	0,0
		17	PSIQUIATRÍA INFANTIL	2,5	0
PROMEDIO			45,0	39,5	16,8

Fuente: Informe ejecutivo Programa Alta complejidad IV Trimestre de 2021

2.3.1 PROYECTO - HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA - FASE 1 Y 2

Para la fase preoperatoria, se cuenta con el estudio de oferta y demanda, de consulta externa de las diferentes especialidades relacionadas con la atención en cáncer y unidades de quimioterapia, el cual 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 documentación como protocolos, procesos, procedimientos entre otros, igualmente el planteamiento de indicadores a parametrizar una vez se inicie con la operación del proyecto, entre otros, documentación anexa al presente informe como soportes de avance, en cuarto trimestre presentó una ejecución de 71%



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527

2.3.2 PROGRAMA - DE REHABILITACIÓN PULMONAR

Del programa de rehabilitación pulmonar se hace 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. En el cuarto trimestre presentó avance en el ítem de costos, el documento se trabajó con el área financiera del hospital, tiene pendiente revisión para proyectar el acuerdo, se realizará el I trimestre de 2022 con una calificación de 60 para cerrar la vigencia con un cumplimiento de 68%

2.3.3 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 costos 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. Para cuarto trimestre avanzó en cumplimiento de estudio de costos, ya aprobado por resolución, los demás indicadores no tuvieron avance, el total del cumplimiento del año fue del 72%.

2.3.4 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 asignar 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. Para cuarto trimestre avanzó en cumplimiento de estudio de costos, ya aprobado por resolución, con calificación del 100%, los demás indicadores no tuvieron avance, el total del cumplimiento del año fue del 76%

2.3.5 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 asignar 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. Para cuarto trimestre avanzó en cumplimiento de estudio de costos, ya aprobado por resolución, los demás indicadores no tuvieron avance, el total del cumplimiento del año fue del 69%



2.3.6 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. Para cuarto trimestre no se tuvo avance, el total del cumplimiento del año fue del 42%

2.3.7 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. Para cuarto trimestre no presentó avance, el total del cumplimiento del año fue del 52%

2.3.8 PROGRAMA – 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. Para cuarto trimestre avanza en gestión documental, el total del cumplimiento del año fue del 13%

2.3.9 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.

2.3.10 MICROCIURUGÍA

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. Cumplimiento del 100% en la ejecución de la vigencia del 2021, fue el único programa que alcanzó la totalidad de la meta

40

2.3.11 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. Porcentaje de cumplimiento 20%

2.3.12 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.

Los programas de Retinología, Laboratorio de pruebas de función pulmonar, Programa de extensión comunitaria, Endocrinología pediátrica, Neumología pediátrica y Psiquiatría infantil no presentaron avance y se encontraban priorizados para la vigencia 2021.

2.4 CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPOSABLE	Gestión Farmacéutica	RESULTADO 4 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	84%	84%

Para el cuarto trimestre de 2021 se dio ejecución al siguiente plan de trabajo:

AÑO 2021			
No.	P = Programado E = Ejecutado	RESPONSABLE	% de Cumplimiento Anual
	ACTIVIDAD		
1	Realizar el diseño del plano de las nuevas áreas de la CAPM contemplando el área de producción de oncológicos.	Farmacia	100%



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527

2	Realizar las actividades de obra civil contempladas para la CAPM	Farmacia/ Mantenimiento	100%
3	Realizar las actividades de instalación del sistema HVAC y automatización de la CAPM	Farmacia/ Mantenimiento	100%
4	Realizar mantenimiento y calificación a cabinas de flujo laminar y de seguridad biológica	Biomédica	100%
5	Instalar el sistema de señalización e identificación de áreas de la CAPM	Farmacia/ Publicidad	100%
6	Revisar, actualizar y evaluar la documentación en la red de calidad de todos los procesos de la CAPM.	Farmacia	12.5
7	Realizar la validación y/o calificación del sistema HVAC	Farmacia	100%
8	Realizar validación de limpieza de la CAPM	Farmacia	100%
9	Realizar validación de llenados asepticos Y de áreas al personal encargado de producción de la CAPM.	Farmacia	100%
10	Llevar a cabo la solicitud y pago para la respectiva visita de certificación de BPE ante el INVIMA.	Farmacia	100%
CUMPLIMIENTO			84%

Fuente: Plan de acción BPE

Se evidencia un cumplimiento general del plan de trabajo de Buenas prácticas de elaboración de 84%, se encuentra en ejecución "Revisar, actualizar y evaluar la documentación en la red de calidad de todos los procesos de la CAPM". 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	REPOSABLE	Gestión Farmacéutica	RESULTADO 4 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 cuarto trimestre evaluado se programaron 3 actividades de las cuales se cumplieron DEL 100%.



PLANEADOR SAM 2021			
No.	Componente	Actividad	Cumplimiento
1	VERIFICAR LISTADO DE DOCUMENTOS APLICABLES AL PROCESO DE GASES MEDICINALES.	De acuerdo al modulo de documentos del software Daruma los documentos como copia controlada aplicables al proceso de gases medicinales 2021	100%
2	AUDITORIA CORRESPONDIENTES A LOS PROCESOS/PROCEDIMIENTOS/REQUISITOS NORMATIVOS, BASADOS EN LA RESOLUCIÓN 4410 DE 2009 y RESOLUCIÓN 2011012580 de 2011 QUE APLICABLES AL PROCESO DE GASES MEDICINALES.	Auditoria Messer, SISTEMA DE BPM PARA LA PRODUCCIÓN DE AIRE MEDICINAL EN SITIO POR COMPRESOR (Realizada del 13 al 15 de octubre de 2021)	100%
3	REALIZAR PLAN DE TRABAJO CONFORME AL INFORME EMITIDO POR PARTE DE AUDITOR EXTERNO EXPERTO EN BPM PARA GASES MEDICINALES	Se anexa plan de trabajo conforme al informe emitido por la auditoría se encuentra en revisión y aprobación.	100%
Total Actividades			100%

Fuente: Plan de acción 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 4 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	84%	93%
	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	100%	100%

	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	53%	88%
	Seguimiento a las Intervenciones de las acciones prioritizadas	Número de ítems intervenidos / Número de ítems que no se cumplen	60%	Matriz Consolidada del análisis de cada una de las preguntas	85%	100%
CUMPLIMIENTO PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN IMPLEMENTADO CLIENTE INTERNO Y EXTERNO					81%	95%

Fuente: 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 95 %.

2.6.1 Adherencia al buen trato (ucis, hospitalización, urgencias, programa madre canguro).

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	CUMPLIMIENTO	URGENCIAS	HOSPITALIZACIÓN	UCI ADULTOS	UCI PEDIÁTRICA	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%	84%	74%	78%	70%	96%	100%	89%

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 84%, cumple con la meta establecida.

2.6.2 Cobertura del programa de espacios de esparcimiento a colaboradores

En el cuarto trimestre del 2021 se llevó a cabo la semana del San Rafa, juegos navideños, talentos San Rafa y siembra de árboles en jardín botánico de Tunja, en dichas actividades se vincularon las 44 áreas que se encuentran en el hospital, dando así un cubrimiento del 100%.



Fuente: Informe POA IV trimestre 2021

2.6.3 Gestión y seguimiento intrahospitalario y POS egreso

Para el cuarto trimestre se registraron 1234 personas en el área de hospitalización y UCIs teniendo un registró de 648 llamadas de seguimiento para un cumplimiento del 53%.

2.6.4 Seguimiento a las intervenciones de las acciones priorizadas.

El cumplimiento de este indicador es del 85%, con base en el análisis de indicadores realizado de las encuestas aplicadas por el equipo de humanización, se realiza socialización con los líderes de los servicios que tuvieron menos del 80% en resultado de la encuesta, entre esos servicios se encuentra: servicios de alimentación, servicios generales, servicio asistencial. Se realiza socialización con líder del servicio de alimentación, servicios generales, líder de internación y coordinador de UCI adultos y se programa capacitación con el personal de los servicios mencionados con el fin de corregir y mejorar la atención prestada en el Hospital Universitario San Rafael, dicha capacitaciones se llevarán a cabo en el primer trimestre del 2022. Quedando pendiente la socialización con los líderes de vigilancia y líder del área de admisiones.



RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD:

45

- Del Modelo de atención articulado con los procesos institucionales cumple con la meta establecida para la vigencia sin embargo se recomienda fortalecer las medidas necesarias en los indicadores donde las metas no se han cumplido, no se han podido medir y/o no están parametrizado con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Modelo Atención en Salud y a los objetivos propuestos en el plan de desarrollo 2021-2024.
- El programa de alta complejidad no cumple la meta establecida para la vigencia 2021, de 17 programas priorizados solamente el programa de microcirugía cumplió la meta del 100%, 6 no presentaron avance y/o implementación y los restantes 10 programas presentaron cumplimiento menor del 100%, por lo cual no se cumplió con la meta establecida en el plan de desarrollo. Se recomienda revisar cada programa y establecer diagnóstico, viabilidad la implementación y ejecución de los Programas de alta complejidad para darle cumplimiento a las metas establecidas en el plan de desarrollo 2021-2024.
- 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 para el cuarto trimestre, sin embargo se dio cumplimiento a la meta establecida vigencia 2021.
- Se evidencia cumplimiento del 100% de Buenas prácticas de elaboración de las 10 actividades planeadas 9 cumplen al 100%, 1 en ejecución "Revisar, actualizar y evaluar la documentación en la red de calidad de todos los procesos de la CAPM".
- En buenas prácticas de manufactura, se recomienda continuar con el diseño y ejecución del plan de acción de acuerdo a la Auditoria Messer "SISTEMA DE BPM PARA LA PRODUCCIÓN DE AIRE MEDICINAL EN SITIO POR COMPRESOR (Realizada del 13 al 15 de octubre de 2021).
- Del programa de humanización que involucre la sensibilización del talento humano con enfoque tanto para cliente interno y externo, se recomienda continuar Seguimiento a las Intervenciones de las acciones priorizadas. Se da cumplimiento a la meta establecida en la vigencia 2021.



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527

3. OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS.

POA CUARTO TRIMESTRE 2021 OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS



Fuente. Resultados POA IV Trimestre 2021 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 100% 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	SEGURIDAD DIGITAL	GOBIERNO DIGITAL	DEFENSA JURIDICA	SERVICIO AL CIUDADANO	RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES	PARTICIPACION CIUDADANA EN LA GESTION	EVALUACION DEL DESEMPEÑO Y ACCESO A LA INFORMACION	GESTIÓN DOCUMENTAL	GESTION DE LA INFORMACION ESTADISTICA	RESULTADO CONSOLIDADO 4 TRIMESTRE
100%	100%	100%	100%	67%	100%	100%	83%	50%	100%	100%	100%	100%	93%

Se evidencia en seguimiento a los planes de acción del modelo integrado de planeación y gestión un cumplimiento del 93%, cumpliendo con la meta establecida del 100%; 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, **corresponden a seguridad digital 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 4 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	100%	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	N/A	N/A
	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	90%	100%
CUMPLIMIENTO								100%

Tabla de resultados programa de integración del sistema de información

El avance de indicador de los proyectos es del 90%, se realizó consultoría quedando la proyección de ejecución para el 2022, se dio cumplimiento al proyecto P05 mediante contrato 425 de 3 Net. Para este trimestre se adquirió Storage donde se realizó instalación y configuración del sistema MSA2000 para el almacenamiento de imagen logia TRD, Facturación electrónica, de igual manera se realizó mantenimiento correctivo a la librería HP MSL2024 para la realización de copias.

3.3 El avance del indicador de los proyectos es del 90% PROGRAMA DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REPONSABLE	GESTIÓN TECNOLÓGICA	AVANCE 4 TRIMESTRE
Gestión tecnología Biomédica	Número de equipos gestionados ante comité directivo / Número de equipos aprobados para adquisición	>=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	>=80%	Anual	Coordinador Biomédica	N/A	N/A
Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias	Mantenimientos predictivos/ Mantenimientos correctivos	≤5	Mensual	Coordinador Biomédica	1.80	100%
CUMPLIMIENTO						100%

El programa de gestión de tecnología y dotación hospitalaria se compone de 3 indicadores, de los cuales 2 no aplican para el trimestre evaluado y uno tiene un cumplimiento general de 100%.

3.3.1 Gestión tecnología Biomédica

Para el cuarto 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

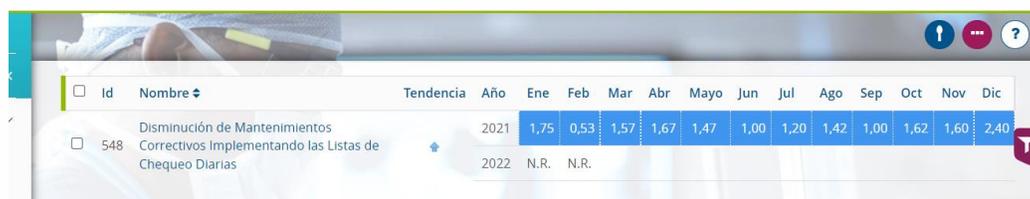
Para el cuarto trimestre de 2021, no se realizaron dotación hospitalaria y tiene medición anual, no aplica para el periodo evaluado.

50

3.3.3 Disminución de mantenimientos correctivos implementando las listas de chequeo diarias

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REPOSABLE	GESTIÓN TECNOLÓGICA	AVANCE 4 TRIMESTRE
Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias	Mantenimientos correctivos / Mantenimientos predictivos	>1	Mensual	Coordinador Biomédica	1.80	100%

Durante la vigencia el indicador tuvo una tendencia estable, para el cuarto trimestre del año se tiene un cumplimiento de 1.80, cumpliendo con la meta establecida.



Tendencia	Año	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
	2021	1,75	0,53	1,57	1,67	1,47	1,00	1,20	1,42	1,00	1,62	1,60	2,40
	2022	N.R.	N.R.										

Fuente: Modulo indicadores Darum

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

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	REPOSABLE	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	98.4%	100%



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527

Se evidencia un 98.4 de cumplimiento para el cuarto trimestre de 2021, de 34 actividades planeadas, se ejecutaron 33.

51

MES DE OCTUBRE:

- **Inspección a Gestor Externo de Residuos Peligrosos:** Se realizó seguimiento virtual al contratista en el cual se verificaron los cumplimientos legales del mismo.
- **Análisis de Agua Potable:** Se realizaron los respectivos análisis de agua potable con laboratorio Acreditado por el IDEAM.
- **Revisión por la dirección:** Se realizó el informe de revisión por la dirección de los sistemas QHSE.
- **Actualización de PGIRASA:** Se actualizo PGIRASA en la base de Datos de Daruma.

MES DE NOVIEMBRE

- **Inspecciones a Rutas Sanitarias:** Se realizaron inspecciones verificando el cumplimiento de las rutas sanitarias y el movimiento interno de los residuos según PGIRASA.
- **Transición código de colores:** Se inició la transición de código de colores, con una didáctica en la cual los funcionarios participaron y aprendieron los nuevos colores a manejar en la institución.
- **Actualización de inventario de Sustancias Químicas**

MES DE DICIEMBRE

- **Lavado de Tanques:** Según la normativa se realizó el segundo lavado de tanques para garantizar el abastecimiento de agua potable en la institución.
- **GAGAS:** Se realizó el último comité GAGAS del año en el cual se expusieron los consumos finales y los logros del Sistema de Gestion Ambiental.
- Inspección cocina y cafetería.
- Inspección vehículo sustancias peligrosas
- Inspecciones de Sustancias Químicas
- Simulacro de Derrame de sustancias Químicas
- **Caracterización fisicoquímica de agua residual:** Se caracterizó el vertimiento encontrando mejoras en los parámetros del mismo.



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527

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 uno de ellos, por lo tanto las acciones y diferentes estrategias han logrado que el vertimiento pase de 4 parámetros a 1 parámetros desviado.

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 desvió únicamente 1 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 únicamente 1 de los valores obtenidos presento desviación, representando un cumplimiento del 95% de la resolución 631 de 2015.</p>

Fuente: Informe POA IV Trimestre Sistema Gestion Ambiental

En cuanto al Plan de capacitaciones con corte al cuarto trimestre del año se ha realizado el 98.8 % del Plan de Trabajo anual se han realizado 79 de capacitaciones de 80 planeadas para el año 2021, se evidencia que el avance es satisfactorio dado que para los meses de Enero a Diciembre la totalidad de las capacitaciones han sido realizadas; únicamente para el mes de Diciembre quedo pendiente la capacitación de UCI PEDIATRICA, debido al nivel de ocupación del servicio; sin embargo la capacitación será reprogramada para el año 2022 para reforzar conocimientos.

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

54

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REPOSABLE	SITEMA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	AVANCE 4 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	99%	100%

Se evidencia un 99% de cumplimiento para el cuarto trimestre de 2021, de las 44 actividades planeadas, 1 no se ejecutó en relación con la «Recepción de informe de evaluación de Plan de Trabajo del SGSST. Informe a la Alta dirección. COPASST», sin embargo se cumple con la meta establecida.

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

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	REPOSABLE	CALIDAD	AVANCE 4 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	98%	100%

Se evidencia un 98% de cumplimiento para el cuarto trimestre de 2021. Algunas acciones de la implementación del plan de mejora de auditoria interna de 9001:2015 se encuentran en proceso de finalización dada situaciones de los procesos involucrados como es Revisar cómo se planificara la gestión del cambio frente al Traslado de PMC a UMI, semaforización en Farmacia de medicamentos vencidos y en cuarentena y Encuesta en articulación con Comercial como mecanismo para evaluar la percepción de los clientes enfocados a las EPS.



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527

3.7 PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA E INNOVACIÓN

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REPOSABLE	GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	AVANCE 4 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	63.8%	100%
	Adherencia a los Syllabus de Rotación DOCENCIA-SERVICIO	Número de temas revisados / Número de temas planteados	>=90%	Semestral		95%	100%
	Productos de Investigación para Someter a Revista	Número proyectos para someter a revista / Número de proyectos aprobados por comité	>=90%	Anual		100%	100%
	Congresos ejecutados	Número de congresos realizados en el periodo	1	Anual		2	100
	Alianza formalizada	Número de Alianzas estratégicas consolidadas en el periodo	1	Anual		1	100
CUMPLIMIENTO							100%

Tabla de resultados programa de investigación, docencia e innovación

Se evidencia un cumplimiento general del programa de 100%, los 5 indicadores que lo componen para el cuarto trimestre, cumplen con la meta establecida.

3.7.1 Satisfacción del Personal en Formación Internado DOCENCIA-SERVICIO

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	Gestión de Investigación e Innovación	AVANCE 4 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	63.8%	100%



Para este indicador el proceso realiza encuestas mensuales, en el informe se evidencia una satisfacción del personal en formación del 63.8%, 143 estudiantes se encuentran satisfechos de 210 estudiantes encuestados, aunque se cumple la meta si es necesario revisar el alto porcentaje de estudiantes insatisfechos. Dentro de las causas argumentadas se reportan aspectos relacionados con el trato a los internos, carga horaria, carga en labores administrativas y solicitud de mayor academia. Los servicios que reportan menos calificaciones fueron cirugía general, neurocirugía y ortopedia.

56

3.7.2 Adherencia a los Syllabus de Rotación

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	Gestión de Investigación e Innovación	AVANCE 4 TRIMESTRE
Adherencia a los Syllabus de Rotación DOCENCIA-SERVICIO	Número de temas revisados / Número de temas planteados	>=90%	Semestral	Informe Resultados encuesta	95%	100%

Se evidencia en informe presentado por el líder del proceso que se tiene un cumplimiento del 95% de Adherencia a los Syllabus de Rotación, de las 23 especialidades la especialidad de psiquiatría NO cumple con el 100% de los temas revisados.

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

3.7.3 Productos de Investigación para Someter a Revista

ACTIVIDADES	META VIGENCIA A 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	RESPONSABLE	Gestión de Investigación e Innovación	AVANCE 4 TRIMESTRE
Rediseñar , Socializar, Fortalecer líneas de investigación institucional	30%	Productos de Investigación para Someter a Revista	Número proyectos para someter a revista / Número de proyectos aprobados por comité	>=90%	Anual	Productos de Investigación para someter a Revista. Indicador anual, artículos publicados a la fecha	Coordinador Gestión Académica	100%	100%

Este indicador de resultado evidencia en su totalidad el proceso investigativo del programa. Para el cuarto trimestre de 2021 se evidencia 13 proyectos para someter a revista (evidencia registrada en las memorias del congreso y 13 proyectos aprobados en comité orientados por personal de la dependencia cumpliendo la meta establecida 100%.



3.7.4 Congresos ejecutados

57

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	Gestión de Investigación e Innovación	AVANCE 7 TRIMESTRE
Realizar eventos de asistencia masiva en actividades como simposios y congresos	1	Congresos ejecutados	Número de congresos realizados en el periodo	1	Anual	2	100%

1. Se realizó la Primera Jornada de Investigación HUSRT, evento que se realizó el 2 de septiembre y tuvo como escenario el Auditorio Francisco Suescún Pedraza Se adjunta resultado de reconocimiento a los investigadores del Hospital con publicaciones comprendidas en el año 2021. Imagen mural de reconocimiento.
2. Se encuentra en marcha la realización del "Primer Congreso de Investigación HUSRT: Investigar es Avanzar" realizada en el auditorio Boyaquira de la ciudad de Tunja.

3.7.5 Alianza formalizada.

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPOSABLE	Gestión de Investigación e Innovación	AVANCE 4 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	1	100

Además de los convenios firmados con las Universidades: Universidad Militar Nueva Granada, Unisanitas, Universidad del Tolima, todas instituciones de educación superior que han recibido resolución de Acreditación de Alta Calidad por el Ministerio de Educación Nacional

Se envió en el periodo pasado alianza estratégica para la convocatoria MINCIENCIAS Universidad de Antioquia y Universidad del Sinú.

Se envía alianza estratégica UPTC para la traducción artículo científico. (Documento adjunto denominado Resultados convocatoria 03 Traducción de Artículos)



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527

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

58

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPOSABLE	RESULTADO 2021	AVANCE 4 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	Resultado de la comparación 2020 y 2021 de 1.1	100%

La ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, planeo, implemento y evaluó las actividades en mejoramiento continuo para el año 2021 que permitieron fortalecer procesos asistenciales a la institución y disminuir la brecha entre la calidad esperada, la cual corresponde a los estándares definidos en el "Manual de Acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1" y la calidad observada. Es así como posterior a la realización de la autoevaluación para la vigencia 2021, es observable incremento de **1,11** en relación a la vigencia 2020.

GRUPO DE ESTANDARES	PROMEDIO CUMPLIMIENTO		DIFERENCIA
	2020	2021	
CLIENTE ASISTENCIAL	1,99	2,09	1,05
DIRECCIONAMIENTO	2,02	2,27	1,13
GERENCIA	2,02	2,22	1,10
TALENTO HUMANO	1,91	2,13	1,12
AMBIENTE FÍSICO	1,96	2,24	1,14
TECNOLOGÍA	2,00	2,20	1,10
INFORMACIÓN	1,90	2,09	1,10
CALIDAD	1,80	2,10	1,17
PROMEDIO INSTITUCIONAL	1,95	2,17	1,11



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS:

59

- Se da cumplimiento a los objetivos y metas propuestas para el cuarto trimestre de 2021, se recomienda revisar el indicador "Resultado autoevaluación con respecto a la vigencia anterior" teniendo en cuenta el cronograma de autoevaluación establecido según los lineamientos PAMEC.
- Se recomienda revisar la ficha técnica del indicador "Productos de Investigación para Someter a Revista", no es claro en la fórmula por tanto se dificulta la interpretación así como los soportes para evaluar el cumplimiento de la meta.
- El indicador "Resultado autoevaluación con respecto a la vigencia anterior" no se pudo evaluar en ningún trimestre del 2021. De acuerdo con el cronograma de autoevaluación cuantitativa de cada uno de los estándares definidos en el "manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario en Colombia" este se encuentra programado para Enero- febrero de 2022, por cuanto se recomienda revisar POA y diseñar indicadores acorde con los lineamientos PAMEC.

CONSOLIDADO GENERAL POA CUARTO 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 cuarto 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 Rafa trabajamos con el alma".



Fuente. Resultados POA IV trimestre 2021



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES GENERALES POA 2021

60

El porcentaje de cumplimiento del POA para el cuarto trimestre de 2021 corresponde al 95%, lo cual indica una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y cumple con la meta propuesta, demostrando 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".

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 el diseño del próximo POA, revisar la coherencia de los indicadores así como la claridad en la periodicidad a evaluar para evitar dificultades en la evaluación así como incumplimiento a la vigencia sin los objetivos y metas propuestas.

Cordial Saludo,



DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ

Asesora Control Interno

ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Proyectó: Claudia Carolina Correa

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



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



8-7405030



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

