

Al contestar cite 202311100001071



Tunja, 22 febrero del 2023

Doctor  
**GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZALEZ**  
Gerente  
**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**

**Ref. Informe de evaluación de gestión plan operativo anual por procesos Cuarto Trimestre de 2022.**

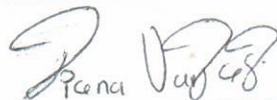
Cordial Saludo Doctor,

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 2022, para su conocimiento y acciones a que haya a lugar.

Este se publicará en la página de la Entidad.

Anexo Informe de la referencia.

**ATENTAMENTE**



**DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ**  
Asesora Control Interno  
E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja



**E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA  
GERENCIA**  
Recibido por: Daniel  
Hora: 8:41 am. Día: 23  
Mes: 02 Año: 2023

Anexo Informe 17 folios  
C.C Subgerencia financiera y Administrativa, Oficina Asesora Desarrollo de servicios, Subgerencias y procesos intervinientes.



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



8-7405030



[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)  
[Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co](mailto:Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co)



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

**IV TRIMESTRE DE 2022**

1

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

**Tunja, febrero de 2023**



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



8-7405030



[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)  
[Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co](mailto:Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co)



## OBJETIVO

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

## AREAS / PROCESOS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN

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

## METODOLOGÍA

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

2

## INTRODUCCION

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

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

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





## 1. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	IV TRIMESTRE 2022	AVANCE IV TRIM 2022
Crecimiento UVR	UVR acumulada periodo actual / UVR acumulada periodo anterior - 1)	"= Al AÑO ANTERIOR	100%	100%
% Incremento en la utilización de Quirófano	% de Utilización Quirófano vigencia actual / % de Utilización Quirófano vigencia anterior - 1)	>=0,00	100%	100%
Incremento en la facturación neta de la vigencia	Facturación neta de la vigencia / Facturación neta de vigencia anterior - 1)	>= A 17,168,515,905 MES	100%	100%
Identificación e Intervención de Hallazgos en Auditoria pre-radición	Inconsistencias intervenidas / Total de inconsistencias halladas	>=80%	100%	100%
Utilización de la capacidad instalada	Capacidad instalada utilizada / Total capacidad instalada disponible	>=90%	100%	100%
Ingreso reconocido por venta de servicios de Salud por UVR	Total, facturación reconocida / Número de UVR producidas	>= mismo periodo vigencia anterior	100%	100%
Gasto por UVR producida	Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios / Número de UVR producidas	<= mismo periodo vigencia anterior	100%	100%
Gasto de personal por UVR producida	Gasto de personal (de planta + remuneración servicios técnicos) / Número de UVR producidas	<= al periodo vigencia anterior	100%	100%
Equilibrio con reconocimiento total	Total reconocimiento / Total gasto comprometido	>1	100%	100%
Equilibrio con recaudo total	Total recaudo / Total gasto comprometido	>1	84%	28%
Oportunidad en la respuesta de glosa inicial	Total, facturas con glosa que cuentan con respuesta oportuna / Total de facturas notificadas con glosa inicial en la vigencia	>90%	100%	100%
Participación de la Glosa inicial y devoluciones pendientes en el total de la cartera	Total, de glosas pendientes de conciliar entre las partes + Devoluciones pendientes de reconocimiento de pago / Total Cartera	<=30%	100%	100%
Aceptación de Glosa de la vigencia	Valor de Glosa neta final aceptada de la vigencia / Facturado en la vigencia	<4%	100%	100%
Cumplimiento en pago de vigencias anteriores	Total de pagos de cuentas por pagar de vigencias anteriores / Total cuentas por pagar vigencias anteriores	100%	100%	100%
Superavit o Déficit	Total, ingreso reconocido -	>1	100%	100%

4



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



8-7405030



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



presupuestal	Total gasto comprometido			
Calculo del índice de Riesgo	Superavit o Déficit operacional Total / Ingresos operacionales totales recaudados	>=0,00	100%	33%
Incremento Recaudado de cartera	Valor recaudado trimestre vigencia actual / Valor recaudado trimestre vigencia anterior	>=10%	100%	67%
Cumplimiento del artículo 22 "Cobro Persuasivo" de la Resolución 072 de 2020 Manual Interno de recaudo de Cartera	Total, Informes trimestrales presentados / Total Informes presentados exigibles	100%	100%	100%

### ANALISIS DE INDICADORES

5

- **Crecimiento UVR:** A través de la medición del indicador 620 de Daruma denominado Incrementar la producción de UVR en cada UEN en 6% respecto a la vigencia anterior, con corte a 31 de diciembre de 2022, se logró un 98% cumpliendo con la meta propuesta en el Programa de gestión institucional de los recursos financieros, generando un total de 25.820.253 UVR.
- **% Incremento en la utilización de Quirófano:** Durante el cuarto trimestre de 2022, se logró un incremento en la utilización de quirófanos de 4,88 frente a la vigencia anterior, derivada de la capacidad instalada utilizada frente al total de la capacidad instalada disponible.
- **Incremento en la facturación neta de la vigencia:** Para el cuarto trimestre de 2022, se reconoció por venta de servicios de salud un total de \$238,757,732,588 superando el valor facturado durante la vigencia anterior, dando cumplimiento a la meta propuesta.
- **Identificación e Intervención de Hallazgos en Auditoria pre-radicación:** A través de la medición del indicador 1435 «Identificación e intervención de hallazgos en auditoria pre-radicación» el proceso responsable realiza análisis de las inconsistencias intervenidas frente al total de inconsistencias halladas, dando cumplimiento a lo propuesto y logrando el 100% de ejecución del indicador.
- **Utilización de la capacidad instalada:** El índice de ocupación se ha mantenido en un 138% acumulado al corte del IV trimestre, según se establece mediante ejecución del indicador 590 «Porcentaje de ocupación consolidado», dando cumplimiento a la meta establecida.
- **Ingreso reconocido por venta de servicios de Salud por UVR:** Teniendo en cuenta el total de ingresos obtenidos por venta de servicios de salud y el total UVR producidas, se pudo establecer que se produjo un ingreso por UVR producida de \$ 9,404, logrando cumplimiento de la meta propuesta.
- **Gasto por UVR producida:** Se logró cumplimiento de la meta propuesta ya que la entidad a 31 de Diciembre de 2022 alcanzó un gasto por UVR producida de 7,841 lo cual representa una disminución frente a 2021 año en el que el gasto por UVR fue de 8,223.
- **Gasto de personal por UVR producida:** Con corte al cuarto trimestre la entidad presentó un gasto total de personal de \$ 98,041,657,937, generando un gasto por UVR de \$3,862, menor a la producida en la vigencia anterior, lo cual permitió cumplimiento de la meta propuesta.



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



8-7405030



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



- Equilibrio con reconocimiento total: Mediante la ejecución del indicador 1457 denominado Equilibrio con reconocimiento total, se estableció que por cada gasto comprometido la entidad reconoce el 138% en el ingreso dando cumplimiento a la meta propuesta.
- Equilibrio con recaudo total: Debido a que la entidad no logró operar en condiciones de equilibrio con el recaudo llegando únicamente al 84% toda vez que presenta gasto comprometido por valor de \$232,259,127,472 superior al total de recaudo de \$138.775.980.567, en consecuencia no se dio cumplimiento a la meta anual.
- Oportunidad en la respuesta de glosa inicial: Para el cuarto trimestre de 62.275 facturas que fueron recibidas con glosa inicial y respondidas, en la medición de oportunidad en la respuesta se encuentran 62.275 facturas con respuesta a glosa dentro de los términos establecidos por la norma, porcentaje de respuesta oportuna de 100%, superior a la meta establecida.
- Participación de la Glosa inicial y devoluciones pendientes en el total de la cartera: Con corte al 4 trimestre el valor pendiente por glosas y devoluciones sin reconocimiento de pago corresponde a un 10,54%. Cumplimiento de la meta del 100%. La Tendencia del indicador muestra una disminución importante en valor de glosas y devoluciones pendientes dentro de la cartera de la institución.
- Aceptación de Glosa de la vigencia: Con corte al cuarto trimestre, se cumple con la meta institucional establecida de mantener el porcentaje de glosa final de la institución menor o igual al 4%. Cumplimiento de la meta del 100%.
- Cumplimiento en pago de vigencias anteriores: Se dio cumplimiento a la meta propuesta con corte al 31 de Diciembre de 2022 ya que la entidad efectuó el pago del 100% de las cuentas por pagar constituidas.
- Superavit o Déficit presupuestal: Para el cuarto trimestre de 2022, se reconoció por venta de servicios de salud un total de \$238,757,732,588 superando el valor facturado durante la vigencia anterior, dando cumplimiento a la meta propuesta.
- Cálculo del índice de Riesgo: Al corte 31 de diciembre de 2022 se evidencia que la entidad operaría en condiciones de riesgo, según lo establece el proceso responsable, incumpliendo la meta propuesta.
- Incremento Recaudo de cartera: A corte 31 de diciembre de 2022 se logró un recaudo total de \$194,739,243,386 y la meta definida en el plan financiero era de 195,843,563,926 lo cual da un cumplimiento total de 99%.
- Cumplimiento del artículo 22 "Cobro Persuasivo" de la Resolución 072 de 2020 Manual Interno de recaudo de Cartera: El proceso responsable allegó informe de la gestión jurídica adelantada durante el cuarto trimestre de la vigencia 2022, con el detallado de los cobros persuasivos adelantados por la entidad, dando cumplimiento a la meta propuesta.



CUMPLIMIENTO IV TRIMESTRE	Total indicadores que superan la meta/ Total indicadores el programa por vigencia (17/19)*100	<b>META 2022</b>	<b>ESTADO</b>
	99%	90%	CUMPLE

La fórmula del indicador reflejada en la matriz allegada por el área financiera propone como meta un resultado mayor o igual 90% de los indicadores que superen la meta y refleja un 99% de cumplimiento para el cuarto trimestre.

## 1.2 PROGRAMA GESTIÓN DE SISTEMA DE COSTOS.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	IV TRIMESTRE 2022	AVANCE IV TRIMESTRE
Seguimiento trimestral al comportamiento de los centros de costos	Total, informes trimestrales de costos evaluados / Total trimestres de la vigencia	100%	100%	100%
Acto Administrativo de Actualización de Estructura de Costos	Acto Administrativo de Actualización de Estructura de costos /Acto Administrativo de Estructura de costos por Actualizar	100%	100%	100%
Parametrización de Centros de Costos	Acciones incluidas en el plan de trabajo con cumplimiento / Acciones incluidas en el plan de trabajo	100%	100%	100%

7

CUMPLIMIENTO DE AVANCE ACUMULADO DE LA VIGENCIA	100%	<b>META 2022</b>	<b>ESTADO</b>
		80%	CUMPLE

### ANÁLISIS DE INDICADORES

Se tiene establecido Programa Gestión de Sistema de Costos identificado con Código AF-PG-02 Versión: 001, donde se señalan las directrices de seguimiento y medición para el cumplimiento del Eje establecido en el Plan de Desarrollo denominado Gestión del riesgo a través del cual se garantizar la gestión de los recursos que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la entidad. Para el seguimiento y medición de este programa se estableció para la vigencia 2022 realizarlo a través de 3 indicadores que son:

- Seguimiento trimestral al comportamiento de los centros de costo: El proceso de Gestión financiera, realizó para el periodo evaluado informe de seguimiento del comportamiento de los costos de la entidad anexando informe en formato Excel que contiene: Informe de costos administrativo, Informe asistencial no distribuido e Informe asistencial distribuido, adicionalmente realizo presentación con el análisis de costos por unidades de negocio administrativa, logística, operativa y asistencial, así como el comportamiento de costos vs facturación comparativo del periodo 2021 vs 2022, dando cumplimiento a la meta propuesta para el periodo en mención.

- Acto administrativo de actualización de estructura de costos: El Proceso adoptó resolución de adopción de metodología para la actualización y seguimiento de los costos institucionales asociados a la prestación de servicios de salud, adicionalmente adoptó procedimiento S-PR-25 «Procedimiento de Parametrización», el cual en su actividad 2.2.1.6 establece creación de centro de costos, parametrización de contabilidad, unidad funcional a la cual se adhiere ese centro de costos y definición de cuentas contables una vez se cuente con aprobación de junta directiva, dando así cumplimiento a la meta propuesta.
- Parametrización de centros de costos: Se realizó ejecución de la meta propuesta dando cumplimiento a la parametrización de centros de costos tal como se evidencia en el informe presentado por el área responsable.

Frente al cumplimiento del programa se pudo establecer basado en la evidencia allegada por el proceso que consta de: Presentación de comportamiento de costos de enero a 31 de diciembre de 2022, informe del área de costos, y herramienta de seguimiento a costos por centro de costos manejados en la entidad, dando alcance a la meta establecida para la vigencia.

8

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	IV TRIMESTRE 2022	AVANCE ACUMULADO IV TRIMESTRE
Línea base del programa de prevención de daño antijurídico HUSRT	Definición línea base del programa de prevención de Daño Antijurídico	100%	100%	100%
Cumplimiento actividades del programa de gestión del riesgo y prevención de daño antijurídico contenidas en el manual de daño antijurídico	# Actividades ejecutadas del Programa de Gestión del Riesgo y prevención de daño antijurídico / # Actividades programadas del Programa de Gestión del Riesgo y prevención de daño antijurídico	90%	100%	100%
Medición del impacto de adherencia a guías, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de la línea base del programa	Informe jurídico que contendrá recomendaciones, cuando sea el caso, respecto del impacto de la adherencia o no a guías, con relación a los tres servicios mayormente involucrados en procesos judiciales, conforme a la línea base del programa	100%	0%	67%
Medición del impacto de la gestión de eventos adversos, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de línea base del programa	Informe jurídico que contendrá recomendaciones, cuando sea el caso, respecto del impacto de la gestión de los eventos adversos, en relación con los tres servicios mayormente involucrados en procesos judiciales, conforme a la línea base del programa	100%	0%	67%

CUMPLIMIENTO DE AVANCE PARCIAL	50%	<b>META 2022</b>	<b>ESTADO</b>
		60%	NO CUMPLE



El proceso tiene establecido Programa denominado Gestión del Riesgo y Prevención de daño antijurídico, a través del cual se establecieron los indicadores y productos de medición de cumplimiento de este, razón por la cual se presentó como evidencia:

- Línea base del programa de prevención de daño antijurídico HUSRT: Teniendo en cuenta que el programa de prevención de daño antijurídica es una estrategia transversal de la entidad es importante conocer el origen del hecho dañoso y el hecho generador del daño antijurídico , razón por la cual para el cuarto trimestre El proceso responsable adjuntó como evidencia de ejecución acta de aprobación de Manual para la formulación e implementación de la política de prevención del daño antijurídico de la entidad identificado con código OAJ-M-02, a través del cual se permite definición de línea base del programa de prevención de daño antijurídico, logrando así cumplimiento del 100%
- Cumplimiento actividades del programa de gestión del riesgo y prevención de daño antijurídico contenidas en el manual de daño antijurídico: A través de Informe jurídico línea base, se evidenciaron las acciones realizadas mediante logros alcanzados tales como reorganización administrativa, actualización de herramientas de seguimiento y primera línea como general de procesos, siho, contingente judicial y línea base de daño antijurídico, impulso procesal en agilización de audiencias, la curva de fallos a favor de la entidad aumentó considerablemente, capacitaciones permanentes a los colaboradores de la oficina jurídica, situación que permitió dar cumplimiento a la meta propuesta, con más del 90% de ejecución.
- Medición del impacto de adherencia a guías, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de la línea base del programa: El proceso no adjuntó evidencia de medición del indicador por tanto no se pudo determinar su porcentaje de avance en el cuarto trimestre.
- Medición del impacto de la gestión de eventos adversos, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de línea base del programa: El proceso no adjuntó evidencia de medición del indicador por tanto no se pudo determinar su porcentaje de avance en el cuarto trimestre.

9

Es necesario que en cumplimiento de los objetivos estratégicos los responsables de la ejecución del programa Gestión del riesgo y prevención del daño antijurídico realicen lo establecido en el numeral 13 del programa identificado con código OAJ-PG-01 en lo relacionado «a los resultados reportados que se deriven del plan de acción establecido en el Manual para la formulación e implementación de la política de prevención del daño antijurídico se obtendrán indicadores a través de los cuales se evidencien los resultados del programa», teniendo en cuenta que de dos indicadores no se encontró evidencia de su medición por tanto no se pudo realizar el respectivo seguimiento de cumplimiento.

Teniendo en cuenta lo anterior y según la meta fijada del 60% de avance en el cumplimiento el programa para la actual vigencia, el proceso da cumplimiento con un porcentaje del 50% en el cuarto trimestre del 2022.



## 1.4 PROGRAMA DE ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE	AVANCE ACUMULADO IV TRIMESTRE
Cumplimiento de obra (Construcción)	Construcciones ejecutadas / Construcciones solicitadas	90%	100%	100%
Cumplimiento de obra (Adecuación)	Adecuaciones ejecutadas / Adecuaciones solicitadas	90%	100%	100%
Porcentaje avance de obra (Mejoramiento)	% Avance real / % Avance proyectado	90%	100%	100%
Actividades de mantenimiento correctivo	Número de mantenimientos correctivos ejecutados / Número de actividades solicitados	>90%	100%	100%
Actividades de mantenimiento preventivo	Número de actividades ejecutadas del plan de mantenimiento / Número de actividades programadas	>90%	100%	100%

10

CUMPLIMIENTO DE AVANCE ACUMULADO DE LA VIGENCIA	100%	META 2022	ESTADO
		70%	CUMPLE

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

### ANÁLISIS DEL INDICADOR

El proceso cuenta con cinco indicadores los cuales presentan cumplimiento en el avance para el cuarto trimestre 100%. A continuación, se describen las acciones ejecutadas para cada uno de los indicadores.

### CUMPLIMIENTO DE OBRA (CONSTRUCCIÓN):

Se presento Informe sobre cumplimiento de Obra en construcción donde se observa que para el semestre se presentaron 4 actividades, por directriz de gerencia y subgerencia, -de las cuales el proceso aporta evidencias en carpeta «gestión de mantenimiento»-, para el segundo semestre se solicitó la construcción de:

1. Muro para dividir área de dispensación y área administrativa en farmacia.
2. Cambio de cielo raso en los halls de ingreso a los servicios.
3. Muro para dividir área de sistemas.
4. Cambio de cielo raso en taller de mantenimiento.

Para la evaluación semestral de este indicador se obtuvo un porcentaje de 100%, debido a que de las 4 actividades programadas, estas se ejecutaron en su totalidad.

### CUMPLIMIENTO DE OBRA (ADECUACIÓN)

Se presento Informe sobre cumplimiento de Obra en adecuación en el cual se puede identificar que para el semestre se presentaron cuatro actividades, por directriz de gerencia y subgerencia, -de las cuales el proceso aporta evidencias en carpeta «gestión de mantenimiento»-, para el segundo semestre se solicitó la adecuación de

1. Adecuación lavamanos habitación 508.
2. Adecuación lavamanos habitación 310 se quita madera prensada y se enchapa.
3. Cambio puerta urgencias.
4. Adecuación oficina aseguramiento.

Para la evaluación semestral de este indicador se logró un porcentaje de 100%, esto debido a que se programaron cuatro actividades y se ejecutaron estas mismas.

#### PORCENTAJE AVANCE DE OBRA (MEJORAMIENTO)

Para este indicador se programó por directriz de gerencia y subgerencia -de las cuales el proceso aporta evidencias en carpeta «gestión de mantenimiento», el arreglo de dos unidades sanitarias caballeros y damas para el semestre, además de obras de mejoramiento en los baños de pediatría. Dando cumplimiento a la meta del indicador en un 100%

#### ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO

La oficina de control interno descarga el reporte específico del indicador 586 «EJECUTAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO», Observando que para el cuarto trimestre del 2022 lo siguiente:

- 1) Mantenimientos correctivos ejecutados octubre del 2022: 182.
- 2) Mantenimientos correctivos ejecutados noviembre del 2022: 133
- 3) Mantenimientos correctivos ejecutados diciembre del 2022: 145.

#### ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Para el mes de octubre, se programaron los siguientes mantenimientos preventivos: Clínico, Radiología, Gastroenterología, Cardiología, Hemocentro, Rehabilitación, Sótano Área Administrativa y Calderas = 2 Calentadores de Agua = 2 Ascensores = 4 que se se ejecutan en su totalidad.

Para el mes de noviembre se programaron los siguientes mantenimientos preventivos: red sanitaria y alcantarillado parqueaderos, sótano, séptimo sur, quinto norte, quinto sur, pediatría, tercero sur, lactario, uci adultos, sexto norte, sexto sur, uci pediátrica, hospitalización sótano, central de esterilización, cirugía ambulatoria, salas de cirugía, red de gases medicinales, bombas de agua = 2 bomba red contra incendios, bombas de vacío = 3 refrigeradores y congeladores = 47 cava de cadáveres aires acondicionados = 20 ventilación mecánica = 4 ascensores = 4; programadas 98 ejecutadas 98. Ejecución 100%

Para el mes de diciembre se programaron los siguientes mantenimientos preventivos: sala de Partos, Uci Neonatal, Ginecología, Urgencias, Patología, Consulta Externa, Laboratorio Clínico, Radiología, Gastroenterología, Cardiología, Hemocentro, Rehabilitación, Cocina, red de vapor, Sótano, lactario, central de esterilización, Plantas Eléctricas = 3, Transferencias Eléctricas = 3, Banco de Condensadores, Transformadores = 3, Tablero red de Emergencia, Tablero red Normal, UPS = 14 Selladoras = 4 Ascensores = 4. Total, programado 48 y ejecutados 48, por tanto, se cumplió con el 100% de los mantenimientos preventivos.

La líder anexa informe de mantenimiento de la infraestructura Hospitalaria, formato diligenciado CA-F-18 «Acta reunión adecuación y mantenimiento estructura física» realizada con subgerencia de salud y

formato diligenciado MAN-F-22 «Soporte de solicitudes de actividades de mantenimiento correctivas y asistenciales»

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE ACUMULADO IV TRIMESTRE	AVANCE ACUMULADO IV TRIMESTRE
% 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	$\geq 80\%$	100%	100%
% de satisfacción del desarrollo de los programas contenidos en el PEGITH	Sumatoria de respuestas positivas / Número total de preguntas	$\geq 80\%$	100%	100%
% Asistencia del plan de capacitación institucional personal de planta	Número de trabajadores de planta participantes en las actividades de capacitación programadas en el período / Número total de trabajadores de planta programados	$\geq 70\%$	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	$\geq 70\%$	100%	100%
% de cumplimiento actividades de capacitación	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	$\geq 90\%$	99%	99%
% de cumplimiento actividades de bienestar	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	90%	100%	100%

Situaciones Administrativas	Total situaciones administrativas atendidas en términos / Total situaciones administrativas recibidas o a gestionar en el período	90%	100%	100%
Cumplimiento estrategia construyendo en familia para trabajar con el alma	Número de colaboradores asistentes a los procesos formativos / Total de colaboradores que confirmen participación	30%	100%	100%

CUMPLIMIENTO DE AVANCE ACUMULADO DE LA VIGENCIA	100%	<b>META 2022</b>	<b>ESTADO</b>
		60%	CUMPLE

Fuente: Plan Operativo: Programa

De los 8 indicadores con que tiene PEGITH, 7 se realizan con medición semestral y 1 anual.

### % DE PERSONAL CERTIFICADO EN LA NORMA DE COMPETENCIAS DEFINIDA

El proceso de Gestión del Talento Humano dentro del informe presentado (En el segundo trimestre de este año), la ejecución de la acción, y apor to evidencia mediante correo electrónico que contiene la carpeta «"CERTIFICADOS INMUNOBIOLOGICOS GINECO 2022" en la cual se encuentran las certificaciones de los participantes en la capacitacion de la norma definida, evidenciando el cumplimiento de la meta del indicador. Se debe tener en cuenta que el indicador es de periodicidad anual.

### % ASISTENCIA DEL PLAN DE CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL PERSONAL DE PLANTA

El líder del proceso de Talento Humano adjunta la carpeta «COBERTURA DE CAPACITACIÓN Y BIENESTAR 3 TRI» en la cual se encuentran tabulados los participantes programados y los que asistieron a las capacitaciones

### % COBERTURA DEL PLAN DE BIENESTAR DEL PERSONAL DE PLANTA

El proceso de Gestión del Talento Humano aporta dentro de las evidencias la carpeta «COBERTURA DE CAPACITACIÓN Y BIENESTAR 3 TRI» en la cual se encuentran tabulados los participantes programados y los que asistieron a las capacitaciones,

### % DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN

El líder del proceso adjunta carpeta «CAPACITACIÓN» en las que se puede observar las evidencias de 3 las 18 temáticas ejecutadas dentro del 3 trimestre. Lo que muestra un avance de ejecución para este periodo.

## % DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE BIENESTAR

El líder del proceso de Talento Humano adjunta la carpeta «BIENESTAR», en la que se encuentran programadas y ejecutadas 22 actividades de bienestar social y 4 actividades de preparación de retiro programadas y ejecutadas, para un total de 26 acciones. lo que muestra un avance. Se debe tener en cuenta que la medición del indicador mes semestral.

### SITUACIONES ADMINISTRATIVAS

El proceso adjunto la carpeta "PLANES DE FORMACIÓN 2022 ", la cual contiene el archivo Excel " SITUACIONES ADMINISTRATIVAS", en la cual se encuentran los soportes que evidencian el cumplimiento de las actividades. Se debe tener en cuenta que la medición del indicador es semestral.

## CUMPLIMIENTO ESTRATEGIA CONSTRUYENDO EN FAMILIA PARA TRABAJAR CON EL ALMA

El líder de proceso adjunta evidencias en la carpeta, «ESTRATEGIA DE FAMILIA» y que contiene los siguientes archivos: «INFORME PRELIMINAR AVANCE 3 TRIMESTRE 2022», «PREVENCIÓN Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR», PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y SPA» Y «SALUD MENTAL»

En estos documentos se evidencia el 49 % de asistencia y las actas respectivas.

14

## RECOMENDACIÓN

Es necesario ajustar en la herramienta OADS-F-03 «PLAN OPERATIVO POR PROCESOS Y/O SERVICIOS» en el PEGITH, si es necesario tener todos los procesos con actividades en el indicador «% de cumplimiento actividades de capacitación» o solo presentar el consolidado. En este momento se tienen 8 procesos y subprocesos, estos últimos no tienen actividades en el POA

## 2. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

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

## ANÁLISIS DEL INDICADOR

Se evidencia que los siguientes procesos (Unidad de cuidados intensivos Adultos, neonatales y pediátricos y consulta externa) nuevamente presentan un porcentaje menor de cumplimiento de metas respecto a los otros procesos, esto teniendo en cuenta que de los 8 indicadores identificados 3 de ellos no cumplen con las metas establecidas.

CÓDIGO	META	ÁMBITO	CUARTO TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio cuarto trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
1748	24	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	171,67	No Cumple la Meta	100	100	87,5	91,25
1693	12		9,41	En Metas				
1730	60%		85,00%	En Metas				



935	4		2,26	En Metas									
955	10		1,77	En Metas									
1553	75%		94,69%	En Metas									
1714	80%		99,37%	En Metas									
1721	80%		92,75%	En Metas									
78	8%	GESTIÓN QUIRÚRGICA	2,26%	En Metas	100	100	87,5	91,25					
1	9		16,73	No Cumple la Meta									
1731	60%		94,00%	En Metas									
1408	80%		92,00%	En Metas									
1727	10		1,84	En Metas									
337	75%		95,50%	En Metas									
1715	80%		98,92%	En Metas									
1741	80%		100,00%	En Metas									
707	30		URGENCIAS	16,76					En Metas	100	100	75	82,5
1692	10			6,35					En Metas				
1733	60%	95,00%		En Metas									
1706	90%	89,00%		No Cumple la Meta									
612	1%	0,37%		En Metas									
251	75%	59,67%		No Cumple la Meta									
1716	80%	96,07%		En Metas									
1722	80%	85,75%		En Metas									
1774	10%	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	21,09%	No Cumple la Meta	100	100	62,5	73,75					
1738	2		18,93	No Cumple la Meta									
1728	60%		94,00%	En Metas									
1707	90%		63,00%	No Cumple la Meta									
1739	7%		0,13%	En Metas									
254	75%		96,68%	En Metas									
1717	80%		99,44%	En Metas									
1725	80%		100,00%	En Metas									
1775	10%		UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	80,43%					No Cumple la Meta	100	100	62,5	73,75
1777	2	237,84		No Cumple la Meta									
1729	60%	100,00%		En Metas									
1708	90%	61%		No Cumple la Meta									
1737	10%	0		En Metas									
44	75%	97,44%		En Metas									
1718	80%	100,00%		En Metas									
1724	80%	100,00%		En Metas									
1776	10%	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	73,17%	No Cumple la Meta	100	100	62,5	73,75					
1703	2		1,25	En Metas									



1732	60%	NEONATALES	96,00%	En Metas	100	100	62,5	73,75
1709	90%		55,26%	No Cumple la Meta				
1259	80%		68,33%	No Cumple la Meta				
259	75%		100,00%	En Metas				
1719	80%		93,89%	En Metas				
1723	80%		94,32%	En Metas				
1742	20	CONSULTA EXTERNA	13,14	No Cumple la Meta	100	100	62,5	73,75
1743	15		7,76	En Metas				
1744	60%		87,00%	En Metas				
1745	90%		33,00%	No Cumple la Meta				
1262	10%		1,85%	En Metas				
263	75%		90,06%	En Metas				
1746	80%		92,06%	En Metas				
1747	80%		33,33%	No Cumple la Meta				

Fuente: Consolidado modelo de atención 2022

A continuación, se describen los indicadores que no cumplieron metas en el trimestre, siendo reiterativo el incumplimiento del indicador **PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS** en los procesos (Urgencias, Unidad de cuidados intensivos Adultos, neonatales y pediátricos y consulta externa)

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	CUARTO TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Promedio cuarto trimestre	CUMPLIMIENTO O GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
ACCESIBILIDAD	1748	24	Tiempo promedio de espera para asignación de cama en hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	171,67	No Cumple la Meta	No Apropiado	87,5	91,25
OPORTUNIDAD	1	9	Oportunidad en la realización de cirugía programada	GESTIÓN QUIRÚRGICA	16,73	No Cumple la Meta	No Apropiado	87,5	91,25
SEGURIDAD	1706	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de urgencias	URGENCIAS	89,00%	No Cumple la Meta	No Apropiado	75	82,5
GESTIÓN DEL RIESGO	251	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Urgencias	URGENCIAS	59,67%	No Cumple la Meta	No Apropiado		
ACCESIBILIDAD	1774	10%	Accesibilidad a UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	21,09%	No Cumple la Meta	No Apropiado	62,5	73,75
OPORTUNIDAD	1738	2	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	18,93	No Cumple la Meta	No Apropiado		
SEGURIDAD	1707	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de UCI adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	63,00%	No Cumple la Meta	No Apropiado		
ACCESIBILIDAD	1775	10%	Accesibilidad a UCI Pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	80,43%	No Cumple la Meta	No Apropiado	62,5	73,75

16



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



8-7405030



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



OPORTUNIDAD	1777	2	Oportunidad al ingreso al servicio de UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	237,84	No Cumple la Meta	No Apropiado		
SEGURIDAD	1708	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	61%	No Cumple la Meta	No Apropiado		
ACCESIBILIDAD	1776	10%	Accesibilidad a UCI Neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	73,17%	No Cumple la Meta	No Apropiado		
SEGURIDAD	1709	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de UCI neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	55,26%	No Cumple la Meta	No Apropiado	62,5	73,75
CONTINUIDAD	1259	80%	Proporción de captación inicial al PMC ambulatorio, Hospitalización	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	68,33%	No Cumple la Meta	No Apropiado		
ACCESIBILIDAD	1742	20	Proporción de llamadas contestadas en asignación de citas médicas	CONSULTA EXTERNA	13,14	No Cumple la Meta	No Apropiado		
SEGURIDAD	1745	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en Consulta Externa y Servicios de Apoyo	CONSULTA EXTERNA	33,00%	No Cumple la Meta	No Apropiado	62,5	73,75
HUMANIZACIÓN	1747	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (Humanización)	CONSULTA EXTERNA	33,33%	No Cumple la Meta	No Apropiado		

En cuanto a los atributos de calidad del indicador se observan que los indicadores de Seguridad, Accesibilidad y oportunidad son los que presentan mayores afectaciones debido a la sobreocupación en los servicios.

ATRIBUTO	CUMPLIMIENTO
<b>ACCESIBILIDAD</b>	<b>28,57</b>
<b>OPORTUNIDAD</b>	<b>57,14</b>
<b>PERTINENCIA</b>	<b>100,00</b>
<b>SEGURIDAD</b>	<b>28,57</b>
<b>CONTINUIDAD</b>	<b>85,71</b>
<b>GESTIÓN DEL RIESGO</b>	<b>85,71</b>
<b>SATISFACCIÓN</b>	<b>100,00</b>
<b>HUMANIZACIÓN</b>	<b>85,71</b>

Conforme a lo establecido en el segundo objetivo estratégico del plan de desarrollo se da cumplimiento a la meta de implementación del modelo para el 2022 del 55%.

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE ACUMULADO IV TRIMESTRE
Cumplimiento Global del modelo	Promedio de cumplimiento de indicadores del modelo	55%	100%

CUMPLIMIENTO DE AVANCE ACUMULADO DE LA VIGENCIA	100%	META 2022	ESTADO
		55%	CUMPLE

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

Es importante realizar seguimiento continuo a los indicadores que no están cumpliendo con las metas establecidas a través de las bitácoras de fallas asociadas y planes de acción del software Daruma y así contribuir a una mejora continua.

18

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

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

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE	AVANCE ACUMULADO
Proporción de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	>90%	81%	77%
Promedio de la calificación de adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente	Sumatoria del número de listas de chequeo aplicadas por pacientes atendidos que cumplen con los criterios según estándar (protocolo...) institucional en el periodo / Sumatoria total de las listas de chequeo aplicadas por pacientes atendidos en el periodo X 100	>=80%	100%	100%
Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas	No. de ítems de implementación que se que cumplen en el periodo según cronograma / Total de ítems evaluado en el periodo según cronograma .x100	>=65%	100%	100%
Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente	Acciones de control ejecutadas / Acciones de control identificadas	>=65%	78	89%

CUMPLIMIENTO DE AVANCE DEL TRIMESTRE	70%	META 2022	ESTADO
		70%	CUMPLE

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

El monitoreo de este indicador evalúa la efectividad de la gestión de los eventos adversos reportados al programa a través de DARUMA

Los procesos misionales con menor gestión de eventos adversos, corresponde al proceso apoyo de servicios de salud 35% y el servicio farmacéutico con un 33% de gestión de los eventos adversos.

19

Al analizar el indicador **Promedio de la calificación de adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente**, El resultado del indicador promedio de calificación de adherencia a las BPS, se obtiene de la aplicación de nueve listas de chequeo, el proceso misional que obtuvo la mayor calificación fue la Unidad de Cuidados Intensivos pediátrico y neonatal con un 98% y 95% de cumplimiento en los ítems evaluados, y los servicios con menor porcentaje de cumplimiento en los ítems evaluados fue el servicio de urgencias y Servicio farmacéutico con un 61%

El consolidado total del indicador para el cuarto trimestre es de un 81% valor por encima de la meta establecida.

Al analizar el indicador **Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas** Con corte al cuarto trimestre de 2022, se evidencia que el indicador promedio de la calificación de la implementación de las BPS priorizadas, se encuentra en 75% superando la meta establecida

En cuanto a la medición del indicador **Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente** El porcentaje de ejecución de las acciones de control de las matrices de riesgos de seguridad del paciente obtuvo un 51% de ejecución en el cuarto trimestre, se aclara que las matrices de riesgos de servicios de apoyo (Imagenología, patología, laboratorio, gestión farmacéutica) fueron identificados y cargadas en DARUMA desde el mes de julio de 2022 y contaban con su respectivo plan de acción, con periodicidad de ejecución trimestral y a la fecha no cuentan con seguimiento de la segunda línea defensa (Líder seguridad del paciente).

Los procesos que obtuvieron el mayor porcentaje de ejecución de acciones fueron: enfermería y gestión Clínica, los procesos con menor porcentaje de ejecución de acciones fueron. Uci adulta, Uci pediátrica y urgencias.

Adicionalmente las matrices de los riesgos de programas instituciones fueron identificadas el 30 de junio de 2022 y tampoco cuentan con seguimiento según lo establecido en la Resolución 261 de 2022 POLITICA ADMINISTRACION DE RIESGOS, el cual debía realizarse en el mes de septiembre de 2022

## 2.3 PROGRAMA INTEGRALIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO.

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

La medición de avances y cumplimiento de cada año, se realizará de acuerdo al cumplimiento por fases, cada una de estas estará marcada por una vigencia, para cada programa, proyecto o especialidad y de acuerdo a lo establecido en el programa alta complejidad y seguimiento comunitario GQR-PG-01 fecha de actualización 28 de Octubre del 2021, el cual define las siguientes fases

### Fase 1 Vigencia 2021

- Proyecto unidad de cancerología
- Programa de rehabilitación pulmonar
- Programa clínica de osteoporosis
- Programa clínica de obesidad
- Programa de pie diabético
- Programa hospital seguro contra la trombosis
- Programa clínica de anticoagulación
- Programa de donación de órganos
- Comité de bioética
- Laboratorio de pruebas de función pulmonar
- Programa de accesos vasculares
- Programa de extensión comunitaria
- Microcirugía
- Endocrinología pediátrica

20

### Fase 2. Vigencia 2022, se requiere implementar los siguientes programas

- Hospital día
- UCI coronaria
- Cirugía de cabeza y cuello
- Programa de rehabilitación cardiaca

### Fase 3. Vigencia 2023

- Electrofisiología
- Programa clínica del dolor y cuidado paliativo

Definidas las fases anteriores, se procede a la etapa de seguimiento y medición, de los siguientes indicadores en cada trimestre en los que aplique según cronograma individual de cada servicio, programa o proyecto.



INDICADOR
Indicador: Diagnóstico situacional
Indicador: Documento del programa
Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.
Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores
Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa
Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.

Teniendo en cuenta lo anterior el resultado de la medición por servicio priorizado fue el siguiente:

VIGENCIA	SERVICIO PRIORIZADO	CUMPLIMIENTO CUARTO TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO GLOBAL VIGENCIA 2022
2022	HOSPITAL DÍA	5%	43%
2022	UCI CORONARIA	88%	
2022	CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	0	
2022	PROGRAMA REHABILITACIÓN CARDIACA	80%	

Fuente: Informe alta complejidad corte cuarto trimestre 2022

Se determinó que el porcentaje de cumplimiento global de la vigencia 2022 fue del 43%, porcentaje por debajo de la meta establecida que era del 100%, cuya acción era: **Diseñar, implementar y evaluar Programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario.**

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE ACUMULADO IV TRIMESTRE
Cumplimiento cronograma	Promedio de cumplimiento de actividades que aplican según cronograma vigencia 2021	100%	<b>43%</b>

CUMPLIMIENTO DE AVANCE ACUMULADO DE LA VIGENCIA	100%	META 2022	ESTADO
		43%	<b>NO CUMPLE</b>

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

La oficina de control interno recomienda dar cumplimiento a lo establecido en la **RESOLUCIÓN 453 del 2022**: y a los respectivos comités de cada programa, específicamente lo relacionado con el programa hospital día y cirugía de cabeza y cuello

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE	AVANCE ACUMULADO
Implementación plan de trabajo de farmacia	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	89%	91%

<b>CUMPLIMIENTO DE AVANCE TOTAL</b>	89 %	<b>META 2022</b>	<b>ESTADO</b>
		90%	<b>NO CUMPLE</b>

Al verificar el documento " Identificación y Seguimiento Plan de Trabajo" se observa que con corte al cuarto trimestre de 2022, el proceso Gestión farmacéutica adjunta formato " Identificación y Seguimiento Plan de Trabajo" OADS-F-21, en donde se puede evidenciar que para el cuarto trimestre tenían programas 15 actividades de las cuales ejecutaron 12, quedando pendiente o con porcentajes parciales las siguientes: Realizar la calificación del personal y de desempeño de los QFS( avance parcial 50%), Revisar, actualizar y socializar la documentación técnica del Servicio Farmacéutico (avance parcial 76%), Para un cumplimiento del 80%.

El porcentaje acumulado de cumplimiento para la vigencia 2022, respecto a la Implementación plan de trabajo fue del 91%, dando cumplimiento a la meta establecida para la vigencia que era del 90%, **sin embargo y teniendo en cuenta la actividad del plan de desarrollo que eran para el 2021 obtener la certificación lo cual a corte a 2022 no se ha cumplido.** Con respecto a la meta mantener las buenas prácticas de manufacturas (BPM) a corte 2022 no se evidencia el cumplimiento.

22

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE	AVANCE ACUMULADO IV TRIMESTRE
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%	100%	100%
Cobertura del programa de espacios de esparcimiento a colaboradores	Número de áreas impactadas / Número Total de áreas	90%	100%	100%
Gestión y Seguimiento intrahospitalario	Número de Seguimientos Intrahospitalarios / Total de pacientes registrados en el periodo	60%	100%	100%
Seguimiento a las Intervenciones de las acciones priorizadas	Número de ítems intervenidos / Número de ítems que no se cumplen	60%	100%	100%

<b>CUMPLIMIENTO DE AVANCE</b>	100%	<b>META 2022</b>	<b>ESTADO</b>
		60%	CUMPLE

### ANALISIS DE INDICADORES

- **Adherencia al buen trato:** Dentro del eje del Plan de desarrollo «Humanización de los servicios de salud» se busca mejorar la satisfacción y calidad de vida de usuarios tanto internos como externos promoviendo una cultura de humanización la cual durante el cuarto trimestre del 2022 alcanzó un 100% de avance evidenciado a través de la medición del indicador de «Adherencia al buen trato en el servicio» basado en encuestas realizadas en los servicios de Urgencias, Hospitalización, Uci adultos, Uci pediátrica y Uci neonatal, dentro de enfoques de comunicación asertiva, información oportuna, y fidelización del paciente.

En cumplimiento a lo establecido en el Programa Humanización de la atención en salud GER-PG-01 Versión: 003, para la vigencia 2022, el indicador, con periodicidad de monitoreo trimestral fija una meta de cumplimiento mayor o igual al 90%, situación que se evidenció a través de informe ejecutivo presentado por el proceso responsable en el cual se establecieron que de un total de 843 pacientes a los cuales se aplicó la encuesta de adherencia, el 97% arrojó cumplimiento mayor al 80%, situación que permitió dar cumplimiento a la meta fijada para la vigencia.

23

- **Cobertura del programa de espacios de esparcimiento a colaboradores:** La Cobertura del programa de espacios de esparcimiento a colaboradores tenía establecida meta para la vigencia mayor o igual al 90% de áreas impactadas con las actividades frente al total de áreas de la entidad, es así como se allegó evidencia a través de informe ejecutivo que se desarrollaron actividades como actividades recreativas diciembre, festival de habilidades deportivas, clausura de «san rafa activo» en disciplinas como baloncesto, banquitas, voleibol, tejo, mini tejo y tenis de mesa, actividades que permitieron impactar el 93% el cual corresponde a 41 de las 44 áreas de la entidad, situación que permitió dar cumplimiento a la meta propuesta.
- **Gestión y Seguimiento intrahospitalario:** Para el cuarto trimestre se gestionaron un total de 896 acciones de seguimiento a pacientes con seguimiento intrahospitalario, generando acciones como acompañamiento a pacientes y familiares, entrega de información, llamadas, video llamadas, acompañamiento en trámites, entre otros., En consecuencia, se logró cumplimiento de la meta proyectada en alcanzar impacto al 60% o más.
- **Seguimiento a las Intervenciones de las acciones priorizadas:** El proceso responsable con el fin de dar alcance al Programa Humanización de la Atención en salud, a través del cumplimiento de los objetivos específicos: Concientizar a los funcionarios en la prestación de los servicios de salud humanizados a través de conocimiento y respeto de los derechos y deberes del usuario, su familia y colaboradores internos, así como Fortalecer la comunicación y el dialogo para la transmisión efectiva y asertiva de la información, realizo intervención a los ítems de adherencia al buen trato que presentación bajo porcentaje, y mediante acta de reunión con los procesos involucrados se socializó protocolo de saludo y buen trato y se generó compromiso de realizar seguimiento adherencia al buen trato servicios, evidenciado mediante formato de lista de asistencia a las jornadas de socialización, a través de esto se da cumplimiento al 100% de la meta propuesta.

### 3. OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS.

#### 3.1 ÍNDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL



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



8-7405030



[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)  
[Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co](mailto:Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co)



INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE	AVANCE ACUMULADO IV TRIMESTRE
Medición Desempeño	Actividades ejecutadas plan de acción MIPG / Actividades programadas	>=90%	100%	98%

Fuente: Plan Operativo programa de Gestión y Desempeño Institucional

POLITICA	PORCENTAJE AVANCE
INTEGRIDAD	100%
TALENTO HUMANO	100%
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	100%
GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO	100%
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS	100%
GOBIERNO DIGITAL	N/A
SEGURIDAD DIGITAL	N/A
DEFENSA JURIDICA	N/A
SERVICIO AL CIUDADANO	100%
RACIONALIZACION DE TRAMITES	100%
PARTICIPACION CIUDADANA EN LA GESTIÓN PUBLICA	N/A
SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	100%
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA	N/A
GESTIÓN DOCUMENTAL	100%
GESTION DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACION	N/A
GESTION DE LA INFORMACION ESTADISTICA	N/A
<b>RESULTADO CONSOLIDADO 4TRIMESTRE 2022</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe Plan de Acción Planeación

Se evidencia un alcance del 100% en el plan de acción del MIPG con corte a 31 de Diciembre y teniendo en cuenta el informe presentado por la líder de planeación se observa que se cumplió con las actividades en las siguientes políticas: Talento Humano, Integridad, Planeación Institucional, Gestión de valores para resultado, Servicio al ciudadano, Racionalización de tramites , evaluación de resultados, gestión Documental Gestión del conocimiento y la Innovación, para este trimestre se programaron 18 actividades y se ejecutaron en su totalidad

### 3.2 PROGRAMA DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE ACUMULADO IV TRIMESTRE
Cumplimiento de actividades del programa integración del sistema de información	Número de actividades ejecutadas en la vigencia y que corresponde al periodo de medición según lo planeado / Número total de Actividades planeadas a ejecutar en la vigencia	$\geq 80\%$	94%
Integraciones ejecutadas en la vigencia	Número de integraciones ejecutadas en la vigencia	$\geq 1$	100%
Cumplimiento proyectos TI	Número de proyectos ejecutados en la vigencia y que corresponden al periodo de medición según lo planeado / Número total de proyectos planeados a ejecutar en la vigencia	$\geq 80\%$	100%

25

CUMPLIMIENTO DE AVANCE ACUMULADO DE LA VIGENCIA	98%	META 2022	ESTADO
		70%	CUMPLE

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

#### CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

Se han adelantado las actividades del cronograma con un cumplimiento del 100%, para el cuarto trimestre de 2022 se establecieron 2 actividades y se dio cumplimiento a 2. El proceso en el informe presentado indica la programación y ejecución de 3 actividades y según plan de acción una actividad se programó en el trimestre.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROGRAMA DE GESTIÓN DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN																						
No.	AREA / SERVICIO	ACTIVIDAD	MES	RESPONSABLE	P = Programado E = Ejecutado												actividades programadas	actividades ejecutadas	% de Cumplimiento Anual	OBSERVACIONES		
					Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre							
1	PLANEACION	Aprobación Programa		General															1	1	100%	Programa de Gestión integrado del Sistema de Información S-PG-01
2	Desarrollo de Servicio - TI	Plan de migración tecnológica (certificar, almacenamiento, ruler de datos, red switches, routers)		Desarrollo de Servicio															1	1	100%	Plan de Migración Contrato No. 346. Codigo de contrato TI Proyecto Votacion#0165 Docucons#TR02_Sistema#035_S_INTERVENORA_CONTRATOS_TI0202
3	Desarrollo de Servicio - TI	Proyecto de TI delimitado e implementado		Control															2	2	100%	Control e Ruler. Codigo de contrato TI Proyecto Votacion#0165 Docucons#TR02_Sistema#035_S_INTERVENORA_CONTRATOS_TI0202
0.1	Desarrollo de Servicio - TI	Mantenimiento de la Infraestructura de Red de Datos, Dispositivos de Conectividad y servidores de procesamiento y almacenamiento		Control															1	1	100%	REDES DE DATOS, CENTROS DE CABLEADO Y SWITCHES Y SERVIDORES Y EQUIPOS DEL DATACENTER Y SISTEMA DE CONTROL DE ACCESO DEL DATA CENTER, INCLUYE BOLSA DE REPUESTOS PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA. Votacion#0165 Docucons#TR02_Sistema#035_S_INTERVENORA_CONTRATOS_TI0202
0.2	Desarrollo de Servicio - TI	Realizar servicio de soporte y mantenimiento más actualizaciones para Daruma licenciamiento actual; habilitación de 165 usuarios estándar a perpetuidad; migración a infraestructura en la nube que incluye administración de infraestructura, certificado de seguridad (Backus) y hosting y reinstalación y puesta en marcha en la nube de Tiqui y si se requiere bolsa de servicios profesionales del software Dayuma hasta por 12 horas.																	1	1	100%	EVIDENCIAS CONTRATO No. 220 Votacion#TR02_Sistema#035_S_INTERVENORA_CONTRATOS_TI0202
0.3	Desarrollo de Servicio - TI	Realizar la actualización de hardware y software del Sistema RIS/ PACS (Agility) a la solución Enterprise Imaging de Agfa HealthCare.																	2	2	100%	EVIDENCIAS CONTRATO No. 243 Votacion#TR02_Sistema#035_S_INTERVENORA_CONTRATOS_TI0202 Se Ejecución del servidor físico instalado en Data Center principal en el mes de Agosto La actualización del sistema de Agfa y Enterprise se realizó en el mes de noviembre
0.4	Desarrollo de Servicio - TI	Adquisición, Instalación Y Soporte De Software Antimalware Endpoint De Última Generación Para La Protección De Los Equipos, Servidores, Redes De Datos Y Plataformas Informáticas De La E.S.E. Hospital Universitario San Rafael De Tunja.																	1	1	100%	EVIDENCIAS CONTRATO No. 552 Votacion#TR02_Sistema#035_S_INTERVENORA_CONTRATOS_TI0202
0.5	Desarrollo de Servicio - TI	Plan y Puesta En Marcha De La Migración De Ipv4 A Ipv6 Según Lo Establecido En La Resolución Número 01126 Del Mintic.																	4	4	100%	EVIDENCIAS CONTRATO No. 319 Plan II Migración de IPv4 Para la Implementación del Protocolo IPv6 Para la Protección de la Privacidad IPv6 y Entregable EVIDENCIAS Votacion#TR02_Sistema#035_S_INTERVENORA_CONTRATOS_TI0202
4	General	Aprobación de recursos para la ejecución de proyectos		General															3	3	100%	Emisor proctor y controlador (346, 205, 243, 552, 319) Votacion#0165 Docucons#TR02_Sistema#035_S_INTERVENORA_CONTRATOS_TI0202
5	TI	Integración entre los sistemas del hospital y presencia de Software		TI															1	1	100%	Se realizó validación preliminar el 27 de Noviembre. Votacion#0165 Docucons#TR02_Sistema#035_S_INTERVENORA_CONTRATOS_TI0202#043_AGFA#AVG08
<b>Total Actividades</b>																			17	17	100%	
<b>3 de Cumplimiento Mensual</b>																						
<b>RESUMEN DE GESTIÓN DEL CUATRIMESTRE</b>																						
P = Programado																						
E = Ejecutado																						

Fuente: Informe Poa Sistemas

26

**CUMPLIMIENTO PROYECTOS TI**

**Indicador de cumplimiento de proyectos de TI**, para fortalecer los sistemas de información es necesario renovar y/o mejorar la infraestructura actual, así como la adopción de nuevas tecnologías y tener en cuenta que los proyectos pueden desarrollarse de manera escalonada, en cada vigencia se pueden realizar actividades parciales, esto dependerá del flujo de recursos, disponibilidad de intervención en las áreas del hospital, entre otros. Este indicador de resultado tendrá un peso porcentual del 20%.

CODIGO	PROYECTO	PCT	OBSERVACIONES
P01	Mantenimiento de la Infraestructura de Red de Datos, Dispositivos de Conectividad y servidores de procesamiento y almacenamiento	100%	Contrato No. 346 con 3 NET
P02	Realizar servicio de soporte y mantenimiento más actualizaciones para Daruma licenciamiento actual; habilitación de 165 usuarios estándar a perpetuidad; migración a infraestructura en la nube que incluye administración de infraestructura, certificado de seguridad (Backus) y hosting y reinstalación y puesta en marcha en la nube de Tiqui y si se requiere bolsa de servicios profesionales del software Dayuma hasta por 12 horas.	100%	CONTRATO No. 220 con Tiqui
P03	Realizar la actualización de hardware y software del Sistema RIS/ PACS (Agility) a la solución Enterprise Imaging de Agfa HealthCare.	100%	Contrato 243 con Agfa
P04	Adquisición, Instalación Y Soporte De Software Antimalware Endpoint De Última Generación Para La Protección De Los Equipos, Servidores, Redes De Datos Y Plataformas Informáticas De E.S.E. Hospital Universitario San Rafael De Tunja.	100%	Contrato 552 con Media Commerce
P05	Plan y Puesta En Marcha De La Migración De Ipv4 A Ipv6 Según Lo Establecido En La Resolución Número 01126 De 2021 Del Mintic.	100%	Contrato 319 con Colombia Mas Tv
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>	

Fuente Informe Tics

De acuerdo con la información aportada por el proceso y el informe ejecutivo del cuarto trimestre se observa que: el proyecto de TI P03 se llevó a cabo con la salida a producción de Integración de los sistemas de información HIS-RIS, donde se realizó la actualización de Agility a Enterprise Imaging. De acuerdo con lo anterior, se dio cumplimiento al 100% de los proyectos TI proyectados en la vigencia 2022.

### 3.3 PROGRAMA DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA.

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

27

CUMPLIMIENTO DE AVANCE ACUMULADO DE LA VIGENCIA	70%	META 2022	ESTADO
		70%	CUMPLE

El programa cuenta con 3 Indicadores de los cuales:

- 1) Gestión tecnología Biomédica:** Para la vigencia 2022, se adquirió el equipo de electroencefalografía, eeg, para la unidad de cuidado intensivo neonatal.
- 2) Gestión de dotación Hospitalaria:** Para la vigencia 2022 se realizaron adquisiciones de dotación hospitalaria, por parte del área de Almacén, referentes a mobiliario para los diferentes servicios de la institución.
- 3) Indicador Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias**

El líder del proceso presenta informe de actividades de mantenimiento sustentando lo siguiente:

- En el mes de Octubre se presentaron 12 mantenimientos correctivos y 7 mantenimientos predictivos según base de datos correspondiente al área y verificados en la plataforma digital HR CATCH, se realizaron rondas diarias para la verificación de los equipos en los servicios, presencial a los servicios

para controlar el daño de los equipos en los servicios, hay que ser prudentes y realizarla bajo las más estrictas normas de bioseguridad, los mantenimientos correctivos son relacionados con personal del área, aunque se realizan mantenimientos de otras empresas no se deben tomar en cuenta debido a que es un externo..

- En el mes de Noviembre se presentaron 9 mantenimientos correctivos y 5 mantenimientos predictivos según base de datos correspondiente al área y verificados en la plataforma digital HR CATCH, se realizaron rondas diarias para la verificación de los equipos en los servicios, presencial a los servicios para controlar el daño de los equipos en los servicios, hay que ser prudentes y realizarla bajo las más estrictas normas de bioseguridad, los mantenimientos correctivos son relacionados con personal del área, aunque se realizan mantenimientos de otras empresas no se deben tomar en cuenta debido a que es un externo.
- En el mes de Diciembre se presentaron 8 mantenimientos correctivos y 5 mantenimientos predictivos según base de datos correspondiente al área y verificados en la plataforma digital HR CATCH, se realizaron rondas diarias para la verificación de los equipos en los servicios , presencial a los servicios para controlar el daño de los equipos en los servicios, hay que ser prudentes y realizarla bajo las más estrictas normas de bioseguridad, los mantenimientos correctivos son relacionados con personal del área, aunque se realizan mantenimientos de otras empresas no se deben tomar en cuenta debido a que es un externo.

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

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

CUMPLIMIENTO DE AVANCE ACUMULADO DE LA VIGENCIA	100%	META 2022	ESTADO
		100%	CUMPLE

Fuente: Informe Gestión Ambiental

Para el cuarto trimestre se programaron 33 actividades, las cuales fueron ejecutadas en su totalidad, y la evidencia se consulta a través del siguiente link: [https://drive.google.com/drive/folders/1dgBYPuW1PagzPoQUsngAzvjHzvxcxMQ?usp=share\\_link](https://drive.google.com/drive/folders/1dgBYPuW1PagzPoQUsngAzvjHzvxcxMQ?usp=share_link) carpeta «ISO 14001». A continuación, se menciona la cantidad de actividades realizadas en el cuarto trimestre del 2022:

- Octubre 12 actividades.
- Noviembre 7 Actividades
- Diciembre 14 Actividades

Teniendo en cuenta el informe de Gestión del Sistema ambiental las siguientes actividades: control de roedores, cargue de indicadores a DARUMA, medición de los consumos y comités GAGAS son las que se realizan en común y durante todos los meses el año.

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE	AVANCE ACUMULADO IV TRIMESTRE
Implementación plan de acción de SST (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	78%	93%

29

CUMPLIMIENTO DE AVANCE ACUMULADO DE LA VIGENCIA	93%	<b>META 2022</b>	<b>ESTADO</b>
		90%	CUMPLE

Se programaron para el cuarto trimestre 23 actividades de las cuales se ejecutaron 18, la actividad de «Seguimiento, verificación y control» tenía programadas siete acciones y solo se ejecutaron 2 quedando con un porcentaje de ejecución en la actividad de 28%.

Las demás actividades alcanzaron el 100% de acuerdo con esta información, se determina que el porcentaje de ejecución del cuarto trimestre es de 78%. Los documentos soporte de la ejecución de estas actividades se encuentran anexas en la carpeta "ISO45001:2018",

Es importante mencionar que, frente al indicador, se alcanza un avance acumulado para la vigencia de 93%, cumpliendo con la meta propuesta para este año.

**RECOMENDACIÓN:** Es preciso que el proceso encargado de la ejecución de las acciones tenga identificado tanto el cronograma como el responsable de que estas se lleven a cabo. Esto con el fin de evitar el incumplimiento de metas por situaciones imprevistas como puede ser la rotación de personal.

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE	AVANCE ACUMULADO IV TRIMESTRE
Implementación plan estratégico Resultante del análisis del Contexto	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	100%	100%

Cumplimiento Plan de mejora externo ICONTEC	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	100%	100%
---	--	-----	------	------

CUMPLIMIENTO DE AVANCE ACUMULADO DE LA VIGENCIA	100%	<b>META 2022</b>	<b>ESTADO</b>
		90%	CUMPLE

Para este trimestre se cuenta con los siguientes indicadores:

### IMPLEMENTACIÓN PLAN ESTRATÉGICO RESULTANTE DEL ANÁLISIS DEL CONTEXTO

30

Para el cuarto trimestre, se tenían programadas 4 actividades, las cuales se ejecutaron en su totalidad, y se discriminaron de la siguiente forma: 2 correspondientes al programa «MADRE CANGURO INTRAHOSPITALARIO» y las restantes al programa «MADRE CANGURO AMBULATORIO», dando como resultado el cumplimiento del indicador al 100% .

La evidencia aportada donde se demuestra la ejecución, se encuentran en el link: [https://drive.google.com/drive/folders/1dgIBYPuW1PagzPoQUsngAzvjHvzvcxMQ?usp=share\\_link](https://drive.google.com/drive/folders/1dgIBYPuW1PagzPoQUsngAzvjHvzvcxMQ?usp=share_link) carpeta ISO 9001

### CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORA EXTERNO ICONTEC

El seguimiento a las evidencias del cumplimiento del plan de mejora EXTERNO ICONTEC PMC - PA224-001, se consultó en el siguiente link :

<https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/actionplan/73>, y a través del módulo PLAN DE ACCIÓN del software DARUMA. Observando el cumplimiento de las 6 actividades programadas para el tercer trimestre y cerrando el plan de mejora PA224-001 con un cumplimiento del 100%.

De otra parte, en el mes de diciembre se carga un nuevo plan de mejoramiento codificado PA220-006, en el cual la acción No 46 se programó para desarrollar su ejecución en el cuarto trimestre del 2022 esta corresponde a «informe de deserción del PMC» se da cumplimiento cumplió y se cierra a satisfacción

**RECOMENDACIÓN:** Se debe tener en cuenta la importancia de ejercer un auto control y monitoreo constante respecto a los tiempos que se tienen establecidos en el software Daruma, para la ejecución de las actividades. Esto debido a que se están dejando vencer estos términos, generando la perdida de efectividad en las acciones

### 3.7 EJE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE	AVANCE ACUMULADO IV TRIMESTRE
Satisfacción del Personal en Formación Internado Docencia-Servicio	Número de estudiantes satisfechos / Total de estudiantes que diligenciaron la encuesta de evaluación del escenario de práctica	60%	100%	100%
Resultados de aprendizaje y capacitación en formación continua.	Número de capacitaciones de formación continua realizada al año	10	N/A	100%
	Número de temas revisados / Número de temas planteados en los syllabus de rotación	>=90%	100%	100%
Productos de Investigación publicados en Revista	Número proyectos de investigación asociados a los grupos del HUSRT, publicados en revista	8	100%	100%
Congresos ejecutados	Número de congresos realizados en el periodo	2	100%	100%
Alianza formalizada	Número de Alianzas estratégicas consolidadas en el periodo	1	N/A	100%

31

CUMPLIMIENTO DE AVANCE ACUMULADO DE LA VIGENCIA	100%	META 2022	ESTADO
		70%	CUMPLE

Es importante tener en cuenta que el programa estratégico cuenta con 6 indicadores, de los cuales 4 se miden anualmente y dos semestral, el proceso aportó la siguiente información soportada con evidencia cargada en el link:

[https://drive.google.com/drive/folders/1dgIBYPuW1PagzPoQUsngAzvjHzvxcxMQ?usp=share\\_link](https://drive.google.com/drive/folders/1dgIBYPuW1PagzPoQUsngAzvjHzvxcxMQ?usp=share_link)

carpetas: «Gestión investigación»

### SATISFACCIÓN DEL PERSONAL EN FORMACIÓN INTERNADO DOCENCIA-SERVICIO

El proceso aporta evidencias en la que se observan los resultados de la encuesta de evaluación del escenario de práctica para el cuarto trimestre, aplicada a 421 estudiantes de los cuales el 390 están satisfechos con los escenarios de práctica, es decir el 93% ya que la medición de este indicador es semestral, se consolida la información de 3 y 4 trimestre, dando como resultado un nivel de satisfacción de los estudiantes frente a los escenarios de 92%.

## RESULTADOS DE APRENDIZAJE Y CAPACITACIÓN EN FORMACIÓN CONTINUA.

- **Número de capacitaciones de formación continua realizada al año**

Para este indicador dentro del cuarto trimestre del año se ejecutaron 5 capacitaciones en la Catedra San Rafa, que, sumadas a las efectuadas en los anteriores trimestres, da como resultado un total de 33 capacitaciones para esta vigencia. Dándose cumplimiento a la meta del indicador que eran 10 capacitaciones

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

En cuanto al indicador «Número de temas revisados / Número de temas planteados en los syllabus de rotación, » el proceso mediante las evidencias aportadas y lo reportado en el informe trimestral, muestra que para el IV trimestre se plantearon y se revisaron 15 temas, es importante precisar que este indicador tiene medición semestral, por lo tanto se toman los datos del III y IV trimestre dando un consolidado de 30 actividades planteadas y realizadas, con una ejecución del 100% para el segundo semestre de 2022.

32

## PRODUCTOS DE INVESTIGACIÓN PUBLICADOS EN REVISTA

La medición de este indicador se realiza de manera anual y teniendo como meta 8 artículos publicados durante toda la vigencia. Revisada la evidencia presentada se pudo determinar que el proceso para esta vigencia cuenta con 17 artículos publicados, alcanzando el 100% de la ejecución para el 2022

## CONGRESOS EJECUTADOS

Se realizaron los siguientes congresos:

- 13 de mayo de 2022, se efectuó el «Primer Congreso Boyacense de Cirugía y Trauma»
- 30 de septiembre se realizó el 2 do congreso, «Actualización en medicina».

Donde se dio cumplimiento en un 100% a la meta del indicador

## ALIANZA FORMALIZADA

Para este indicador se debe presentar evidencia, ya que si bien dentro de la evaluación de Poa, se alcanza el objetivo planeado, es importante tener en cuenta que para cumplir con la meta de plan de desarrollo se debe presentar evidencias de las alianzas estratégicas.

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

De acuerdo con la normatividad vigente aplicable a las instituciones públicas, así como la necesidad del mejoramiento continuo para garantizar una atención en salud con altos estándares de calidad, así como



costo-efectivos, el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad en Salud (PAMEC) de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se direcciona y orienta en Acreditación.

Teniendo en cuenta lo anterior se diseño el plan de fortalecimiento de la mejora continua a desarrollar según las siguientes etapas: Planeacion , implementacion y seguimiento

PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE
<b>PLANEACIÓN</b>	<b>IMPLEMENTACIÓN</b>	
Definir los criterios de selección e inclusión de los integrantes para los grupos de acreditación de acuerdo al nivel	Realizar despliegue del plan de información, educación y comunicación en los procesos institucionales	
Definir enlace entre los diferentes procesos institucionales	Operativizar los Equipos de acreditación en sus tres niveles a través del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad	
Establecer metodología de trabajo y seguimiento	Realizar Monitoreo de barreras de mejoramiento en relación a la operativización de los equipos de mejoramiento / implementación de las actividades planeadas y ejecutadas en el plan de mejoramiento del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad	
Documentar la conformación de los equipos de acreditación ( primarios , equipos de autoevaluación, mejoramiento) de acuerdo a la normatividad, a la necesidad y condiciones de la ESE).	Desarrollar de actividades formuladas en el documento tecnico.	
Articular plan de información, educación y comunicación		
Diseño de estrategias de sensibilización a los equipos de acreditación		
Diseño de estrategias de sensibilización a cliente externo e interno		
<b>CUARTO TRIMESTRE</b>		
<b>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
Verificar las acciones de mejora y su implementación frente a las barreras identificadas en la operativización de los equipos		
Revisar y estandarizar las fuentes de mejora por parte del mejoramiento continuo		
Autoevaluación frente a estándares de acreditación resolución 5095/2028		

33

Para dar cumplimiento a la línea estratégica fortalecimiento del sistema obligatorio de garantía de Calidad en salud se estableció un plan de trabajo de fortalecimiento de mejoramiento continuo, en el cual se plantean 14 actividades.

Con corte al cuarto trimestre se dio cumplimiento a 12 actividades de las 14 programadas con avance total del 85.71, quedando pendiente lo relacionado con el plan de información, educación y comunicación y la Autoevaluación de estándares de acreditación.

El porcentaje de Cumplimiento del plan de fortalecimiento de la mejora continua corte 2022 fue del 80%, valor por debajo de la meta establecida

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	Consolidado
			RESULTADO CUARTO TRIMESTRE
Cumplimiento del plan de fortalecimiento de la mejora continua	Actividades ejecutadas / Actividades programadas	100%	86%

CUMPLIMIENTO DE AVANCE ACUMULADO DE LA VIGENCIA	86%	META 2022	ESTADO
		100%	NO CUMPLE

## CONCLUSIONES:

Realizada la evaluación por parte de la oficina de control interno, los siguientes programas no cumplieron la meta para el IV Trimestre:

- DAÑO ANTIJURIDICO
- PROGRAMA INTEGRALIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO.
- CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN - REQUISITOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA.
- CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 45001:2018
- FORTALECER LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN FRENTE AL DESPLIEGUE Y APLICACIÓN DEL ENFOQUE Y EXTENSIÓN A LOS CLIENTES INTERNO Y EXTERNO.

34

## RECOMENDACIÓN

1. El seguimiento al Plan Operativo Anual se convierte en una herramienta de autoevaluación permanente con el fin de verificar las metas alcanzadas. Es importante que los líderes fortalezcan al interior de sus procesos el autocontrol, promoviendo la entrega oportuna y completa de la información como respaldo de la ejecución de las actividades.
2. Se sugiere para la proyección del POA 2023, tener en cuenta las observaciones de este informe y para los indicadores que no logran su nivel de cumplimiento coordinar con la oficina de planeación para subsanar el rezago presentado.
3. Los procesos deben tener en cuenta el cronograma del plan de acción, para ejecutarlas dentro de los términos previstos.
4. Es importante que los procesos envíen las evidencias en los formatos actualizados y establecidos por el software daruma teniendo en cuenta el ultimo membrete que es el siguiente



ya que algunos procesos no lo están utilizando.



### **DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ**

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



Proyecto: Nayarith Ochoa Sanabria, Claudia Saenz, Gustavo Molano  
Profesional Universitaria O.A.C.I

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



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



8-7405030



[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)  
[Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co](mailto:Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co)