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

I TRIMESTRE DE 2023

Elaborado por:
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, mayo de 2023

OBJETIVO

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

AREAS / PROCESOS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN

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

METODOLOGÍA

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

INTRODUCCIÓN

En concordancia con la Plataforma estratégica de la entidad, aprobada mediante Acuerdo No. 007 de julio de 2020 y modificatorio 018 de 2021, en la cual se encuentran enmarcadas la misión, visión, principios y valores 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.

I. RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO PRIMER TRIMESTRE DEL 2023 DEL PLAN OPERATIVO ANUAL:

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

CRITERIOS DE CALIFICACION
Rangos de Evaluación. Los rangos establecidos de medición de acuerdo con la Resolución Interna No. 107 de 2018 es la siguiente escala cromática: ➢ Entre 80% y 100% código cromático verde. ➢ Entre 60% y menos de 79.9% código cromático amarillo. ➢ Menor del 60% código cromático rojo.
Valoración de las franjas cromáticas:
Rojo: Con rango entre 1% y 59.9% es un cumplimiento crítico en las metas evaluadas con deficiencias que deben ser atendidas en un plan de acciones correctivas para una mejora inmediata de la gestión.
Amarillo: Con rango entre 60% y 79.9% representa una manifestación que los aspectos evaluados están desarrollando un proceso de aplicación con tendencia al fortalecimiento, aunque con algunas debilidades si el porcentaje se ubica en un valor debajo del 70%. Si los resultados se ubican en el límite inferior de 60% se recomienda trabajar con énfasis en un plan de acción correctivo para su mejoramiento.
Verde: Si el rango se encuentra entre el 80% y el 100%, indica una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y se cumple con la meta propuesta.

Fuente: Resolución 222 del 2021

A continuación, se presentan los resultados de la verificación y evaluación del primer Trimestre del 2023 de los planes operativos, de conformidad con la resolución interna 222 de 2021, con el propósito de avanzar en el fortalecimiento de los ejes estratégicos planteados en el plan de desarrollo 2020 - 2024, obteniendo como resultado lo siguiente:

PLAN OPERATIVO ANUAL 2023

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	87%
Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGFI)	71%
Programa Gestion de Sistema de Costos	100%
Fortalecimiento de la gestión del riesgo y prevención del daño antijurídico de la entidad	75%
Programa de adecuación y mejoramiento de infraestructura física	100%
Programa de Gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia.	n/a

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	77%
Modelo de atención articulado con los procesos institucionales, generando una implementación oportuna, pertinente, segura e integral para el Usuario y su familia.	84%
Programa de Seguridad del Paciente bajo el enfoque de adaptación y mitigación de riesgos	87%
Programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario.	64%
Buenas practicas de elaboración y Manufactura	88%
Programa de Humanización que involucre la sensibilización del talento humano con enfoque tanto para cliente interno	63%

OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS	97%
Programa de Gestión y Desempeño Institucional	100%
Programa de gestión de integración del sistema de información.	100%
Programa de Gestión de tecnología y dotacion Hospitalaria.	100%
Sistema de Gestión Ambiental	100%
Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo	100%
Sistema de Gestión de la Calidad	100%
Proyectos de Investigación competitiva a nivel regional y Nacional impactando positivamente el Fortalecimiento de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael De Tunja y su zona de influencia.	n/a
Fortalecer la implementación del proceso de acreditación frente al despliegue y aplicación del enfoque y extensión a los clientes interno y	80%

1er TRIMESTRE 88%

Fuente: Herramienta Poa primer trimestre 2023

1. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 1 TRIMESTRE
Crecimiento UVR	(UVR acumulada periodo actual / UVR acumulada periodo anterior) - 1	>1,8%	54%
% Incremento en la utilización de Quirófano	(% de Utilización Quirófano vigencia actual / % de Utilización Quirófano vigencia anterior) - 1	>=0,00	0%
Cumplimiento de la facturación neta de la vigencia	Facturación neta de la vigencia / Facturación neta definida en Plan Financiero para la vigencia	>=95%	100%
Identificación e Intervención de Hallazgos en Auditoria pre radicación	Inconsistencias intervenidas / Total de inconsistencias halladas	>=80%	100%
Utilización de la capacidad instalada	Capacidad instalada utilizada / Total capacidad instalada disponible	>=90%	100%
Ingreso reconocido por venta de servicios de Salud por UVR	(Total facturación reconocida / Número de UVR producidas vigencia actual) / (Total facturación reconocida / Número de UVR producidas vigencia anterior) - 1	> 0%	100%
Gasto por UVR producida	Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios / Número de UVR producidas	<= mismo periodo vigencia anterior	100%
Gasto de personal por UVR producida	Gasto de personal (de planta +remuneración servicios técnicos) / Número de UVR producidas	<= al periodo vigencia anterior	0%
Equilibrio con reconocimiento total	Total, reconocimiento / Total gasto comprometido	>1	62%
Equilibrio con recaudo total	Total, recaudo / Total gasto comprometido	>1	30%
Oportunidad en la respuesta de glosa inicial	Total, facturas con glosa que cuentan con respuesta oportuna / Total de facturas notificadas con glosa inicial en la vigencia	>90%	100%
Participación de la Glosa inicial y devoluciones pendientes en el total de la cartera	Total, de glosas pendientes de conciliar entre las partes + Devoluciones pendientes de reconocimiento de pago / Total Cartera	<=30%	100%

Aceptación de Glosa de la vigencia	Valor de Glosa neta final aceptada de la vigencia / Facturado en la vigencia	<4%	100%
Cumplimiento en pago de vigencias anteriores	Total, de pagos de cuentas por pagar de vigencias anteriores / Total cuentas por pagar vigencias anteriores	100%	45%
Superavit o Déficit presupuestal	Total, ingreso reconocido - Total gasto comprometido	>1	0%
Calculo del índice de Riesgo	Superavit o Déficit operacional Total / Ingresos operacionales totales recaudados	>=0,00	100%
Cumplimiento Recaudo de cartera	Total, recaudado en la vigencia / Total meta de recaudo definida para la vigencia en Plan Financiero	>=95%	100%
Cumplimiento del 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%

ANÁLISIS DE INDICADORES

- Crecimiento UVR: El proceso calculó el indicador y como evidencia aporta el resultado del indicador 620 de Daruma que debe ser actualizado al igual que la fórmula del POA. Por acta de mesa de trabajo de definición POA 2023 con fecha 06/03/2023 se determina en >=1,8% la meta. El resultado alcanzado con corte al primer trimestre de las UVR es de 0,98% (UVR periodo actual/UVR Esperada) por lo tanto no se cumplió con la meta. De acuerdo al seguimiento del plan financiero la disminución de UVR producidas se dio en los partos vaginales, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, consultas de medicina especializada urgentes, dosis de biológico aplicado y total días estancia de los egresos. De igual forma se insta a mantener e incrementar la producción de servicios como: consulta de medicina general urgentes, consulta médica especializada y cirugías.

- % Incremento en la utilización de Quirófano: La evidencia aportada es el indicador 1451 en DARUMA, El resultado del trimestre evidencia un incumplimiento de la meta, determinado por la baja utilización de quirófanos en los meses de febrero y marzo de 2023, el acumulado de utilización fue de –1.7%. Se recomienda el análisis de la tendencia mensual con el fin de tomar acciones oportunas aun cuando el indicador se mida trimestralmente.

- Incremento en la facturación neta de la vigencia: El resultado del indicador de 101%, según lo formulado cumple con la meta para el presente trimestre. Es importante que la primera línea del proceso continúe con las acciones de mejoramiento de facturación. Se estima una meta >=95% según acta de mesa de trabajo de POA de 06/03/2023.

- Identificación e Intervención de Hallazgos en Auditoria pre-radicación: El indicador formulado determina que se identificaron hallazgos de auditoria pre radicación y que a todos se les hizo Intervención, por lo tanto, cumple con la meta de >=80%, teniendo en cuenta la información la

información suministrada por el proceso, se recomienda seguir trabajando mancomunadamente entre los procesos de auditoría de cuentas médicas y facturación para mantener el indicador.

- Utilización de la capacidad instalada: El líder del proceso indica que el promedio de ocupación para el primer trimestre es del 130% por tanto supera la meta evidenciando sobreocupación. El responsable no aporta evidencia del indicador.

- Ingreso reconocido por venta de servicios de Salud por UVR: El indicador según el plan financiero 2023 arroja un incremento del ingreso por UVR producida del 16%, superando la meta de > =0. Lo que denota en los componentes del indicador una mejora determinada en lo facturado más no en la producción.

Gasto por UVR producida: Como evidencia el proceso aporta el indicador 1455 en DARUMA, El resultado del indicador cumple la meta, siendo menor el gasto obligado por Uvr producida en el primer trimestre de 2023 frente al mismo periodo en 2022, en un porcentaje de 14,9% , denotándose en la composición del indicador que el mayor impacto lo representa el gasto obligado que disminuyo en aprox. 15,4% lo cual es favorable para la entidad en tanto que la producción se disminuyó en 0,58%

- Gasto de personal por UVR producida: El proceso presenta como evidencia el indicador 1456 EN DARUMA arrojando un total del periodo de 1,250,523,28 según bitácora de valores capturados. Siendo superior al mismo periodo de la vigencia anterior lo que hace que no se cumpla la meta. El resultado del indicador contiene los gastos no solamente del trimestre, en tanto que la UVR es solamente del trimestre.

- Equilibrio con reconocimiento total: La evidencia aportada por el proceso es el indicador 1457 en DARUMA, reflejando como resultado 0,62 lo cual indica que es menor a la meta >1 por lo tanto no se cumple, sin embargo es válida la explicación del líder para este periodo debido a que el gasto total comprometido respalda contratos hasta de nueve meses para algunos casos, mientras que el reconocimiento es de tres meses, por esta razón el indicador reflejara un resultado más razonable hasta el final de la vigencia. El resultado del indicador en DARUMA difiere del analizado por el líder del proceso. Se recomienda verificar cifras reportadas con el fin de que el análisis sea acertado, claro y conciso.

- Equilibrio con recaudo total: La evidencia aportada por el proceso es el indicador 608 en DARUMA, reflejando como resultado 0,30 lo cual indica que es menor a la meta esperada >1 por lo tanto no se cumple y se debe tener en cuenta la explicación del líder, debido a que el gasto respalda más de un trimestre y el recaudo solamente revela el ingreso de un trimestre, por consiguiente, la evaluación del indicador no es contundente a este corte.

- Oportunidad en la respuesta de glosa inicial: Como evidencia el proceso aporta el indicador 1340 en DARUMA, lo que refleja un resultado del 100% por la tanto cumple con la meta >90%, lo anterior indica que las glosas han sido contestadas oportunamente, de acuerdo a las observaciones del líder del proceso se ha hecho el seguimiento y control de la respuesta a glosa inicial, además de que cuenta con semaforización de la glosa, indica también que para el periodo enero a marzo de 2023 se recibieron 18,954 facturas de las EAPB con notificación de glosa las cuales fueron respondidas dentro de los términos normativos establecidos.

- Participación de la Glosa inicial y devoluciones pendientes en el total de la cartera: Como evidencia el proceso aporta el indicador 1338 en DARUMA y refleja un resultado del 9,86% por la tanto cumple con la meta <=30%, lo anterior indica que las glosas y devoluciones han disminuido frente al primer trimestre de la vigencia anterior, esto de acuerdo a lo señalado por el líder del proceso del total de la cartera a 31 de Marzo de 2023 el valor pendiente por glosas y devoluciones sin reconocimiento de pago corresponde a un 9,86%.

- 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% esto basado en la observación del líder quien indica que: "con corte a marzo de 2023, 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% toda vez que la glosa aceptada de facturación de la vigencia asciende a la suma de 67.105.696 y el total facturado por todo concepto asciende a la suma de 67.227.881.980"

- Cumplimiento en pago de vigencias anteriores: Como evidencia el proceso aporta el indicador 1460 en DARUMA y refleja un resultado del 0,10% por la tanto cumple con la meta <4%, lo anterior indica la aceptación de glosa. Se toma esta información de acuerdo a las observaciones del líder quien indica que para el primer trimestre de 2023 se ha pagado el 45% del total de las cuentas por pagar constituidas.

- Superávit o Déficit presupuestal: La evidencia presentada correspondiente al indicador 1461 en DARUMA, no está diligenciada; se recomienda actualizar la información en DARUMA. Sin embargo, el líder del proceso suministra información en las observaciones donde se evidencia que a la fecha de corte hay déficit, debido a las condiciones de alcance del gasto por lo anterior no se cumple con la meta.

- Cálculo del índice de Riesgo: El líder del proceso suministra como evidencia el indicador 1463 de DARUMA, en donde se reporta un superávit que representa el 0,097% siendo este mayor a la meta de >=0,00 por lo tanto cumple con la meta, los cálculos están basados en el informe de seguimiento al plan financiero del primer trimestre de 2023.

- Cumplimento de Recaudo de cartera: La evidencia aportada del indicador 1503 de DARUMA, reporta como resultado 96% siendo este mayor a la meta de >=85% por lo tanto cumple con lo establecido en POA. Con respecto a la meta se debe hacer claridad por cuanto en acta de mesa de trabajo definición POA 2023 de fecha 06/03/2023; se definió como meta el >=85% y en la matriz POA no se actualizo, en Daruma el indicador no esta actualizado con la formula

- Cumplimiento del artículo 22 "Cobro Persuasivo" de la Resolución 072 de 2020 Manual Interno de recaudo de Cartera: Se aporta como evidencia del indicador informe pormenorizado de gestión de cobro persuasivo del primer trimestre a 2023. El proceso socializa en comités de cartera los informes por parte de jurídica sobre los cobros persuasivos efectuados en el trimestre. con lo cual de evidencia el cumplimiento de la meta del indicador.

CUMPLIMIENTO I TRIMESTRE	Avance I Trimestre del 2023	**ESTADO**
	71%	NO CUMPLE

El área financiera propone como meta un resultado mayor o igual 90%, El avance del I trimestre en PEGIF corresponde al 71%, porcentaje que se ve afectado por los indicadores de Gasto por UVR producida, equilibrio con reconocimiento total, equilibrio con recaudo total y superávit o Déficit presupuestal en donde uno de sus componentes es el gasto de funcionamiento de operación y de personal, debido a que la información tomada de la ejecución presupuestal soporta compromisos no solamente del trimestre si no de más periodos del año. Otro elemento que tiene impacto en los indicadores son las UVR producidas debido a que fueron menores a la meta estimada en el plan financiero y a las de la vigencia anterior con repercusión tanto en ingresos como en gastos, el mejoramiento del resultado de las UVR producidas es importante para el logro de las metas establecidas en POA.

RECOMENDACIÓN.

- ✓ Los indicadores 620, 1434, 1457 de Daruma deben ser actualizados, al igual que la fórmula del POA para el indicador Financiero de crecimiento UVR, la evidencia presentada correspondiente al indicador 1461 en DARUMA, no está diligenciada, el indicador 1463 de DARUMA de cumplimiento de recaudo de cartera no hay claridad por cuanto en acta de mesa de trabajo definición POA 2023 de fecha 06/03/2023; se definió como meta el >=85% la cual no se actualizo en POA.
- ✓ Se recomienda para las siguientes mediciones de indicadores PEGIF adjuntar además del indicador DARUMA los documentos base del cálculo como lo son el cálculo de la UVR, ejecuciones presupuestales, informes de cartera, de auditoría de cuentas y los necesarios para corroborar los elementos de la fórmula establecida.

1.2 PROGRAMA GESTIÓN DE SISTEMA DE COSTOS.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO 1er TRIMESTRE
Seguimiento trimestral al comportamiento de los centros de costos	Total, informes trimestrales de costos evaluados / Total trimestres de la vigencia	100%	100%
Seguimiento de Costos de Paquetes Institucionales	Actividades Ejecutadas del Cronograma / Actividades Planeadas en Cronograma	100%	100%
Seguimiento de Costos a Servicios y Especialidades	Actividades Ejecutadas del Cronograma / Actividades Planeadas en Cronograma	100%	100%

CUMPLIMIENTO PRIMER TRIMESTRE	100%	**ESTADO**
		CUMPLE

ANÁLISIS DE INDICADORES

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 la presente vigencia se ajustaron los indicadores y metas, tomando como referencia el cronograma de actividades programadas para el seguimiento a paquetes institucionales y a costos de servicios y especialidades, es por esto que el programa de costos se mide con los siguientes indicadores:

- Seguimiento trimestral al comportamiento de los centros de costo: El líder del proceso presenta el informe trimestral de enero a marzo de 2023. en donde se analizan los costos por unidades de negocio, por centro de costos y por vigencias, así como por cada elemento del costo, observándose que las unidades de negocio operativo con los costos más representativos son Farmacia cuyo costo total en el trimestre es de $11.098.279.690, PISO 2N, 3N, 3S, 5S, 6N, 7S con costos total de $5.632.686.640, quirófanos con un costo $ 4.565.952.521, de igual forma las unidades de negocio con mayor utilidad frente a lo facturado son: Imágenes diagnósticas, quirófano y laboratorio clínico. De esta manera y con los análisis se evidencia que se dio cumplimiento a la meta del indicador.

- Seguimiento de Costos de Paquetes Institucionales: El líder del proceso presenta el informe trimestral de seguimiento a paquetes como evidencia, en el cual se observa que los costos de paquetes institucionales programados en el cronograma se efectuaron, excepto por los paquetes de HERNIORRAFIA LUMBAR VIA LAPAROSCOPIA, HERNIORRAFIA OBTURADORA VIA LAPAROSCOPIA Y PAQUETE INTEGRAL CIRUGÍA ANTIREFLUJO VIA LAPAROSCOPIA, debido a que no se agendaron este tipo de procedimientos durante el trimestre razón por la cual no hay seguimiento a estos. Sin embargo se da cumplimiento a la meta del indicador.

- Seguimiento de Costos a Servicios y Especialidades: El líder del proceso presenta los informes del trimestre como evidencia, en donde se detallan los costos de mano de obra por especialista de acuerdo a lo facturado, costos de insumos y costos administrativos, además el proceso presenta evidencia del seguimiento a otros servicios que están programados para el siguiente trimestre. Con este tipo de informe se dan herramientas de uso eficiente de los recursos y oportunidades en la generación de ingresos desde los servicios y especialidades. Por todo lo anterior se da cumplimiento a la meta del indicador.

Frente al cumplimiento del programa se da alcance a la meta trimestral establecida para 2023. Los informes presentados como evidencia para alcanzar las metas propuestas en el programa se constituyen en una herramienta para optimizar recursos, generar la competitividad en la prestación de servicios de salud y aportar a la sostenibilidad financiera de la entidad.

RECOMENDACIONES:
Se recomienda ajustar los indicadores en el programa de costos en DARUMA, de acuerdo a la actualización hecha por los líderes del proceso.

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 1 TRIMESTRE
Línea base del programa de prevención de daño antijurídico HUSRT	Definición línea base del programa de prevención de Daño Antijurídico	100%	100%
Cumplimiento actividades del programa de gestión del riesgo y prevención de daño antijurídico contenidas en el manual de daño antijurídico	# Actividades ejecutadas del Programa de Gestión del Riesgo y prevención de daño antijurídico / # Actividades programadas del Programa de Gestión del Riesgo y prevención de daño antijurídico	0%	0%
Medición del impacto de adherencia a guías, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de la línea base del programa	Informe jurídico que contendrá recomendaciones, cuando sea el caso, respecto del impacto de la adherencia o no a guías, con relación a los tres servicios mayormente involucrados en procesos judiciales, conforme a la línea base del programa	100%	100%
Medición del impacto de la gestión de eventos adversos, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de línea base del programa	Informe jurídico que contendrá recomendaciones, cuando sea el caso, respecto del impacto de la gestión de los eventos adversos, en relación con los tres servicios mayormente involucrados en procesos judiciales, conforme a la línea base del programa	100%	100%

CUMPLIMIENTO DE AVANCE PRIMER TRIMESTRE	75%	ESTADO
		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 con corte al primer trimestre de 2023, el proceso responsable anexo como evidencia de ejecución, el «Manual para la formulación e implementación de la política de prevención del daño antijuridico» con código OAJ-M-02, actualizado, a través del cual se permite definición de línea base del programa de prevención de daño antijuridico, logrando ejecución del 100% y alcanzando la meta del indicado

- Cumplimiento actividades del programa de gestión del riesgo y prevención de daño antijurídico contenidas en el manual de daño antijurídico: 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 adherencia a guías, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de la línea base del programa: El proceso cuenta con el «Programa de prevención de daño antijurídico», que es una estrategia transversal de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuyo propósito es conocer el origen del hecho dañoso y el hecho generador del daño antijuridico, por acción u omisión de la entidad. En concordancia con lo anterior el proceso responsable

anexo como evidencia, «INFORME GESTIÓN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DAÑO ANTIJURÍDICO PRIMER TRIMESTRE DE 2023», en el que se realizó un análisis minucioso de las variables creadas desde la oficina juridica, con los datos aportados por cada uno de los servicios.

El informe contiene, además, análisis de indicadores de evaluación del impacto jurídico respecto de la no adherencia a protocolos que generen eventos adversos, la proyección y análisis de datos dentro de los procesos jurídicos de la institución, los servicios que están involucrados en los procesos que se se adelantan, el hecho generador y las recomendaciones, producto de la retroalimentación de las actividades del Manual de daño antijuridico.

De acuerdo con las condiciones formuladas en el indicador, se evidencia que el informe enviado cumple con este requerimiento por tanto para la evaluación de este primer trimestre se obtiene un 100% respecto a la meta planteada para este periodo.

- <u>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:</u> El proceso cuenta con el «Programa de prevención de daño antijurídico», que es una estrategia transversal de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuyo propósito es conocer el origen del hecho dañoso y el hecho generador del daño antijuridico, por acción u omisión de la entidad. En concordancia con lo anterior el proceso responsable anexo como evidencia, «INFORME GESTIÓN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DAÑO ANTIJURÍDICO PRIMER TRIMESTRE DE 2023», en el que se realizó un análisis minucioso de las variables creadas desde la oficina juridica, con los datos aportados por cada uno de los servicios.

  El informe contiene además, análisis de indicadores de evaluación del impacto jurídico respecto de la no adherencia a protocolos que generen eventos adversos, la proyección y análisis de datos dentro de los procesos jurídicos de la institución, los servicios que están involucrados en los procesos que se se adelantan, el hecho generador y las recomendaciones, producto de la retroalimentación de las actividades del Manual de daño antijuridico.

  De acuerdo con las condiciones formuladas en el indicador, se evidencia que el informe enviado cumple con este requerimiento por tanto para la evaluación de este primer trimestre se obtiene un 100% respecto a la meta planteada para este periodo.

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 un indicador no se encontró evidencia de su medición por tanto no se pudo realizar el respectivo seguimiento de cumplimiento.

De acuerdo con lo anterior y según la meta fijada del 80% de avance en el cumplimiento el programa para la actual vigencia no alcanza la meta de cumplimiento ya que su porcentaje de ejecución fue de 75% en el primer trimestre del 2023.

RECOMENDACIÓN:
Se sugiere la verificación y actualización de la evidencia del indicador 1 del POA «Línea base del programa de prevención de daño antijurídico HUSRT» para facilitar su medición y evaluación.

1.4 PROGRAMA DE ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA

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

		ESTADO
CUMPLIMIENTO DEL PRIMER TRIMESTRE	100%	CUMPLE

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

ANÁLISIS DE INDICADORES

El proceso cuenta con cinco indicadores los cuales tres tienen periodicidad semestral y por tanto para este primer trimestre no aplica su evaluación, sin embargo, el proceso presento evidencias de avance de dos de estos indicadores. Los restantes dos indicadores de acuerdo con el informe presentado por el proceso responsable obtuvieron cumplimiento en el avance para el primer trimestre del 100%. A continuación, se describen las acciones ejecutadas para cada uno de los indicadores.

CUMPLIMIENTO DE OBRA (CONSTRUCCIÓN):

Este indicador tiene periodicidad de evaluación semestral, sin embargo, en el Informe prestado por el área responsable para este primer trimestre de 2023, se observa que para el trimestre se llevó a cabo trabajos de construcción en el área triaje, con 2 consultorios y la Construcción muro para cuarto descanso salas de cirugía.

CUMPLIMIENTO DE OBRA (ADECUACIÓN)

Este indicador tiene periodicidad de evaluación semestral, sin embargo, en informe presentado por el proceso responsable con corte al primer trimestre de 2023, se observa que se llevó a cabo trabajos de adecuación de salas de cirugía 5 y 6, adecuación de oficina de admisiones urgencias.

PORCENTAJE AVANCE DE OBRA (MEJORAMIENTO)

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

ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO

La oficina de control interno verifica los datos presentados en el informe POA 2023, aportado como evidencia por el proceso y descarga el reporte específico del indicador 586 «EJECUTAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO», Observando que para el primer trimestre del 2023 lo siguiente:
1) Mantenimientos correctivos ejecutados enero del 2023: 342.
2) Mantenimientos correctivos ejecutados febrero del 2023: 280
3) Mantenimientos correctivos ejecutados marzo del 2023: 269.

ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

ENERO
De acuerdo con lo reportado en el indicador 856 registrado en el software Daruma, arrojo los siguientes datos: Para el mes de enero se realizaron los siguientes mantenimientos preventivos: 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 Calderas = 2UMA Selladoras = 4 Ascensores = 4; PROGRAMADOS = 25 EJECUTADOS = 25

FEBRERO
Partos, Uci Neonatal, Ginecología, Urgencias, Patología, Consulta Externa, Laboratorio Clínico, Radiología, Gastroenterología, Cardiología, Homocentro, Rehabilitación, Cocina, Área Administrativa, Bomba Succión (Unidad Odontológica) Refrigeradores y Congeladores = 39 Aires Acondicionados = 20 Ascensores = 4; PROGRAMADOS 78 EJECUTADOS 78 Se cumple con 100% de mantenimientos preventivos.

MARZO
Para el mes de marzo se tienen programadas las siguientes actividades: 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, Farmacia, Plantas Eléctricas = 3 Bombas de Agua = 3 Bomba red contra Incendios, Compresor Aire Instrumental, Bombas de vacío = 3 Ascensores = 4 se cumplió con el 100% de los mantenimientos preventivos

De acuerdo con lo reportado por el proceso en el software Daruma y descrito en el informe POA 2023, se cumple la meta del indicador a 100% respecto a la meta del primer trimestre del 2023.

RECOMENDACIÓN

Es necesario que el proceso agregue mayor evidencia como: el formato diligenciado MAN-F-22 «Reporte de solicitudes de actividades de mantenimiento correctivos y asistenciales» las solicitudes de mantenimiento preventivo, solicitudes de adecuaciones, solicitudes de mejora de obra. Documentos estos que den soporte al informe POA 2023 aportado por el proceso responsable.

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 I TRIMESTRE 2023
% de personal certificado en la norma de competencias definida	No. De personas certificadas en la norma definida / Total de personas programadas para certificar en la norma de competencia	>=80%	N/A
% de satisfacción del desarrollo de los programas contenidos en el PEGITH	Sumatoria de respuestas positivas / Número total de preguntas	>=80%	N/A
% Asistencia del plan de capacitación institucional personal de planta	Número de trabajadores de planta participantes en las actividades de capacitación programadas en el período / Número total de trabajadores de planta programados	>=70%	N/A
% 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%	N/A
% de cumplimiento actividades de capacitación	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	>=90%	N/A
% de cumplimiento actividades de bienestar	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	90%	N/A
Situaciones Administrativas	Total situaciones administrativas atendidas en términos / Total situaciones administrativas recibidas o a gestionar en el período	90%	N/A

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

Fuente: Plan Operativo: Programa

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

% DE PERSONAL CERTIFICADO EN LA NORMA DE COMPETENCIAS DEFINIDA

El proceso de Gestión del Talento Humano dentro del informe presentado (En el primer trimestre de este año), indica que la evaluación de este indicador se efectúa anualmente, para este corte no se presentó avances respecto a las actividades planteadas en el indicador

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

El proceso de Gestión del Talento Humano dentro del informe enviado, con corte al primer trimestre del año. Presento la siguiente observación: «La evaluación de este indicador se efectúa anualmente, para este corte no se presentó avances respecto a las actividades planteadas en el indicado»

%CUMPLIMIENTO CRONOGRAMA DE INTERVENCIÓN CLIMA LABORA

El proceso de Gestión del Talento Humano dentro del informe enviado, con corte al primer trimestre del año. Presento la siguiente observación: «La evaluación de este indicador se efectúa anualmente, para este corte no se presentó avances respecto a las actividades planteadas en el indicador.»

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

El proceso de Gestión del Talento Humano dentro del informe enviado, con corte al primer trimestre del año. Presento la siguiente observación: «La evaluación de este indicador se efectúa semestralmente, para este corte no se presentó avances respecto a las actividades planteadas en el indicador.»

% ASISTENCIA DEL PLAN DE CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL PERSONAL DE PLANTA

El proceso de Gestión del Talento Humano dentro del informe enviado, con corte al primer trimestre del año presento la siguiente observación: «La evaluación de este indicador se efectúa con periodicidad semestral, para este corte no se presentó avances respecto a las actividades planteadas en el indicador.»

% DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN

El proceso de Gestión del Talento Humano dentro del informe enviado, con corte al primer trimestre del año presento la siguiente observación: «La evaluación de este indicador se efectúa con periodicidad semestral, para este corte no se presentó avances respecto a las actividades planteadas en el indicador.»

%CUMPLIMIENTO PLANES DE FORMACIÓN QUE CUMPLEN CON INDICADOR DE EFICACIA

El proceso de Gestión del Talento Humano dentro del informe enviado, con corte al primer trimestre del año presento la siguiente observación: «La evaluación de este indicador se efectúa anualmente, para este corte no se presentó avances respecto a las actividades planteadas en el indicador»

% COBERTURA DEL PLAN DE BIENESTAR DEL PERSONAL DE PLANTA

El proceso de Gestión del Talento Humano dentro del informe enviado, con corte al primer trimestre del año presento la siguiente observación: «La evaluación de este indicador se efectúa anualmente, para este corte no se presentó avances respecto a las actividades planteadas en el indicador»

% ASISTENCIA DEL PLAN DE BIENESTAR DEL PERSONAL DE PLANTA

El proceso de Gestión del Talento Humano dentro del informe enviado, con corte al primer trimestre del año presento la siguiente observación: «La evaluación de este indicador se efectúa con periodicidad semestral, para este corte no se presentó avances respecto a las actividades planteadas en el indicador.»

% DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE BIENESTAR

El proceso de Gestión del Talento Humano dentro del informe enviado, con corte al primer trimestre del año presento la siguiente observación: «La evaluación de este indicador se efectúa con periodicidad semestral, para este corte no se presentó avances respecto a las actividades planteadas en el indicador.»

SITUACIONES ADMINISTRATIVAS

El proceso de Gestión del Talento Humano dentro del informe enviado, con corte al primer trimestre del año presento la siguiente observación: «La evaluación de este indicador se efectúa con periodicidad semestral, para este corte no se presentó avances respecto a las actividades planteadas en el indicador.»

CUMPLIMIENTO ESTRATEGIA CONSTRUYENDO EN FAMILIA PARA TRABAJAR CON EL ALMA

El proceso de Gestión del Talento Humano dentro del informe enviado, con corte al primer trimestre del año presento la siguiente observación: «La evaluación de este indicador se efectúa con periodicidad semestral, para este corte no se presentó avances respecto a las actividades planteadas en el indicador.»

RECOMENDACIÓN

Debido a la ampliación en el número de indicadores, es necesario que el proceso realice los ajustes respecto a estos cambios en el «PROGRAMA DE GESTION INTEGRAL Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO» TH-PG-01.

2. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

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

ANÁLISIS DEL INDICADOR

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

ATRIBUTO	CÓDIGO	INDICADOR	ÁMBITO	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Promedio tercer trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
ACCESIBILIDAD	1748	Tiempo promedio de espera para asignación de cama en hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	No Cumple la Meta	No Apropiado	75	82,5
OPORTUNIDAD	1693	Oportunidad en la realización de las interconsultas por especialistas en el servicio de internación	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	Apropiado		
PERTINENCIA	1730	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	No Cumple la Meta	No Apropiado		
SEGURIDAD	935	Índice de pacientes hospitalizados que desarrollan Úlceras por Presión	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	Apropiado		
CONTINUIDAD	955	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días, consolidado	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	Apropiado		
GESTIÓN DEL RIESGO	1553	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consolidado	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	Apropiado		
SATISFACCIÓN	1714	Tasa de Satisfacción en Hospitalización (SIAU)	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	Apropiado		
HUMANIZACIÓN	1721	Adherencia al buen trato en el Servicio de Hospitalización (Humanización)	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	Apropiado		
ACCESIBILIDAD	78	Proporción de cancelación de cirugía por causa institucional	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	Apropiado	62,5	73,75
OPORTUNIDAD	1	Oportunidad en la realización de cirugía programada	GESTIÓN QUIRÚRGICA	No Cumple la Meta	No Apropiado		
PERTINENCIA	1731	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías de gestión quirúrgica	GESTIÓN QUIRÚRGICA	No Cumple la Meta	No Apropiado		
SEGURIDAD	1408	Porcentaje de adherencia a la buena práctica de cirugia segura	GESTIÓN QUIRÚRGICA	No Cumple la Meta	No Apropiado		

CONTINUIDAD	1727	Tasa de Reingresos en el paciente quirúrgico a hospitalización antes de 15 días	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	Apropiado		
GESTIÓN DEL RIESGO	337	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Sala de Cirugía	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	Apropiado		
SATISFACCIÓN	1715	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Salas de Cirugía (SIAU)	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	Apropiado		
HUMANIZACIÓN	1741	Adherencia al buen trato en el Servicio de Salas de Cirugía (Humanización)	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	Apropiado		
ACCESIBILIDAD	707	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	URGENCIAS	En Metas	Apropiado		
OPORTUNIDAD	1692	Oportunidad en la realización de las interconsultas por especialistas en el servicio de urgencias	URGENCIAS	En Metas	Apropiado		
PERTINENCIA	1733	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en el servicio de Urgencias	URGENCIAS	No Cumple la Meta	No Apropiado		
SEGURIDAD	1706	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de urgencias	URGENCIAS	No Cumple la Meta	No Apropiado	75	82,5
CONTINUIDAD	612	Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas, Urgencias Adultos	URGENCIAS	En Metas	Apropiado		
GESTIÓN DEL RIESGO	251	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Urgencias	URGENCIAS	En Metas	Apropiado		
SATISFACCIÓN	1716	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Urgencias (SIAU)	URGENCIAS	En Metas	Apropiado		
HUMANIZACIÓN	1722	Adherencia al buen trato en el Servicio de Urgencias (Humanización)	URGENCIAS	En Metas	Apropiado		
ACCESIBILIDAD	1774	Accesibilidad a UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	No Cumple la Meta	No Apropiado		
OPORTUNIDAD	1738	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	No Cumple la Meta	No Apropiado		
PERTINENCIA	1728	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	No Cumple la Meta	No Apropiado		
SEGURIDAD	1707	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de UCI adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	No Cumple la Meta	No Apropiado	50	63,125
CONTINUIDAD	1739	Proporción de reingresos a UCI Adultos antes de 72 horas por la misma causa	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	En Metas	Apropiado		
GESTIÓN DEL RIESGO	254	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	En Metas	Apropiado		
SATISFACCIÓN	1717	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Adultos (SIAU)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	En Metas	Apropiado		

			ADULTOS				
HUMANIZACIÓN	**1725**	Adherencia al buen trato en la UCI Adultos (Humanización)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	**En Metas**	**Apropiado**		
ACCESIBILIDAD	**1775**	Accesibilidad a UCI Pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**		
OPORTUNIDAD	**1777**	Oportunidad al ingreso al servicio de UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**		
PERTINENCIA	**1729**	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**		
SEGURIDAD	**1708**	Proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**		
CONTINUIDAD	**1737**	Reingresos a UCI Pediátrica antes de 72 horas por la misma causa	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	**En Metas**	**Apropiado**	50	61,25
GESTIÓN DEL RIESGO	**44**	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	**En Metas**	**Apropiado**		
SATISFACCIÓN	**1718**	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Pediátrica (SIAU)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	**En Metas**	**Apropiado**		
HUMANIZACIÓN	**1724**	Adherencia al buen trato en el Servicio de UCI Pediátrica (Humanización)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	**En Metas**	**Apropiado**		
ACCESIBILIDAD	**1776**	Accesibilidad a UCI Neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**		
OPORTUNIDAD	**1703**	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas en UCI Neonatal al Servicio de Urgencias	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**	37,5	56,25
PERTINENCIA	**1732**	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**		
SEGURIDAD	**1709**	Proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de UCI neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALE	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**		

PERTINENCIA	**1731**	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías de gestión quirúrgica	GESTIÓN QUIRÚRGICA	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
SEGURIDAD	**1408**	Porcentaje de adherencia a la buena práctica de cirugía segura	GESTIÓN QUIRÚRGICA	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
PERTINENCIA	**1733**	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en el servicio de Urgencias	URGENCIAS	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
SEGURIDAD	**1706**	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de urgencias	URGENCIAS	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
ACCESIBILIDAD	**1774**	Accesibilidad a UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
OPORTUNIDAD	**1738**	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
PERTINENCIA	**1728**	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
SEGURIDAD	**1707**	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de UCI adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
ACCESIBILIDAD	**1775**	Accesibilidad a UCI Pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
OPORTUNIDAD	**1777**	Oportunidad al ingreso al servicio de UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
PERTINENCIA	**1729**	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
SEGURIDAD	**1708**	Proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
ACCESIBILIDAD	**1776**	Accesibilidad a UCI Neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
OPORTUNIDAD	**1703**	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas en UCI Neonatal al Servicio de Urgencias	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
PERTINENCIA	**1732**	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
SEGURIDAD	**1709**	Proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de UCI neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**

			S				
CONTINUIDAD	**1259**	Proporción de captación inicial al PMC ambulatorio, Hospitalización	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**		
GESTIÓN DEL RIESGO	**259**	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	**En Metas**	**Apropiado**		
SATISFACCIÓN	**1719**	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Neonatal (SIAU)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	**En Metas**	**Apropiado**		
HUMANIZACIÓN	**1723**	Adherencia al buen trato en el Servicio de UCI Neonatal (Humanización)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	**En Metas**	**Apropiado**		
ACCESIBILIDAD	**1742**	Proporción de llamadas contestadas en asignación de citas médicas	CONSULTA EXTERNA	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**	62,5	73,75
OPORTUNIDAD	**1743**	Oportunidad en la asignación de citas en consulta externa - consolidado	CONSULTA EXTERNA	**En Metas**	**Apropiado**		
PERTINENCIA	**1744**	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**		
SEGURIDAD	**1745**	Proporción de vigilancia de eventos adversos en Consulta Externa y Servicios de Apoyo	CONSULTA EXTERNA	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**		
CONTINUIDAD	**1262**	Proporción de retraso inicial al ingreso al PMC ambulatorio, Hospitalización	CONSULTA EXTERNA	**En Metas**	**Apropiado**		
GESTIÓN DEL RIESGO	**263**	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	**En Metas**	**Apropiado**		
SATISFACCIÓN	**1746**	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (SIAU)	CONSULTA EXTERNA	**En Metas**	**Apropiado**		
HUMANIZACIÓN	**1747**	Adherencia al buen trato en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (Humanización)	CONSULTA EXTERNA	**En Metas**	**Apropiado**		

Fuente: Consolidado modelo de atención Primer trimestre 2023

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

ATRIBUTO	CÓDIGO	INDICADOR	ÁMBITO	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN
ACCESIBILIDAD	**1748**	Tiempo promedio de espera para asignación de cama en hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
PERTINENCIA	**1730**	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
OPORTUNIDAD	**1**	Oportunidad en la realización de cirugía programada	GESTIÓN QUIRÚRGICA	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**

			NEONATALES		
CONTINUIDAD	**1259**	Proporción de captación inicial al PMC ambulatorio, Hospitalización	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
ACCESIBILIDAD	**1742**	Proporción de llamadas contestadas en asignación de citas médicas	CONSULTA EXTERNA	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
PERTINENCIA	**1744**	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**
SEGURIDAD	**1745**	Proporción de vigilancia de eventos adversos en Consulta Externa y Servicios de Apoyo	CONSULTA EXTERNA	**No Cumple la Meta**	**No Apropiado**

Fuente: Consolidado modelo de atención Primer trimestre 2023

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

ATRIBUTO	CUMPLIMIENTO
PERTINENCIA	**0**
SEGURIDAD	**14,29**
ACCESIBILIDAD	**28,57**
OPORTUNIDAD	**42,86**
CONTINUIDAD	**85,71**
GESTIÓN DEL RIESGO	**100**
SATISFACCIÓN	**100**
HUMANIZACIÓN	**100**

Fuente: Consolidado modelo de atención Primer trimestre 2023

En el informe presentado por el programa estratégico -Modelo de atención Integral en Salud Resolución 079 del 25 de marzo del 2021 donde se manifestó lo siguiente «El cumplimiento de los atributos para este trimestre se encuentra en un cumplimiento del 58,93%, Valor que no supera la meta establecida

Para el primer trimestre del 2023 no se da cumplimiento al programa estratégico Modelo atención

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO 1er TRIMESTRE
Cumplimiento Global del modelo	Promedio de cumplimiento de indicadores del modelo	70%	58,93%

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.

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

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

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE I TRIMESTRE
Proporción de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	>90%	60%
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%
Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas	No. de ítems de implementación que se que cumplen en el periodo según cronograma / Total de ítems evaluado en el periodo según cronograma .x100	>=80%	100%
Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente	Acciones de control ejecutadas / Acciones de control identificadas	>=65%	NA

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, indicador que arroja un resultado del 60%, porcentaje que NO cumple con la meta establecida >90%

Los procesos misionales con menor gestión de eventos adversos, corresponde al proceso apoyo de servicios de salud 25%, Urgencias 40%, enfermería 48%, UCIN 52%, UCIA 53%, Gestión clínica 53% y Gestión quirúrgica 54%

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

El proceso misional que obtuvo la mayor calificación fue la Unidad de Cuidados Intensivos neonatal y pediátrico con un 100% y 99% de cumplimiento en los ítems evaluados, y los procesos con menor porcentaje de cumplimiento en los ítems evaluados fue el servicio de urgencias y Gestión quirúrgica con un 74% y 86% respectivamente.

El consolidado total del indicador para el primer trimestre es de un 100% indicador que cumple con 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 primer trimestre de 2023, se evidencia que el indicador promedio de la calificación de la implementación de las BPS priorizadas, se encuentra en 96% superando la meta establecida del >=80%

En cuanto a la medición del indicador **Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente** Indicador de periodicidad semestral, se presentarán los avances en el mes de Julio de 2023

2.3 PROGRAMA INTEGRALIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO.

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

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

Para la medición de avances y cumplimiento 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, se tendrán 6 indicadores de avance, de los cuales se hará medición cada uno de los mismos, dando porcentaje de cumplimiento en cada trimestre en los que aplique según cronograma individual de cada servicio, programa o proyecto.

INDICADOR-CRITERIO DE MEDICION
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.

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

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

VIGENCIA	PROGRAMA	CUMPLIMIENTO I TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO GLOBAL VIGENCIA 2023
2023	REHABILITACION PULMONAR	62%	64%
2023	CLINICA DE OBESIDAD	77%	
2023	PIE DIABETICO	60%	
2023	CLINICA DE ANTICUAGULACION	47%	
2023	HOSPITAL SEGURO CONTRA LA TELETROMBOSIS	35%	
2023	LABORATORIO DE PRUEBAS DE FUNCION PULMONAR	20%	
2023	ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	90%	
2023	MICROCIRUGIA	90%	
2023	COMITÉ DE BIOETICA	76%	
2023	PROGRAMA DE DONACION DE ORGANOS	95%	
2023	UCI CORONARIA	92%	
2023	PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA	55%	
2023	PROGRAMA CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO	38%	

Fuente: Informe alta complejidad corte primer trimestre 2023

Se determinó que el porcentaje de cumplimiento global de la vigencia 2023 fue del 64%, porcentaje por debajo de la meta establecida que era del 100%, cuya actividad era: ***Diseñar, implementar y evaluar Programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario.***

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO

			1er TRIMESTRE
Cumplimiento cronograma	Promedio de cumplimiento de actividades que aplican según cronograma vigencia 2023	100%	64%

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

Con corte al primer trimestre de 2023, el líder de gestión clínica y programas adjunta informe del avance y cronograma de actividades, en el cual se evidencia que con corte a este seguimiento el porcentaje de avance acumulado de los 13 programas arroja un resultado del 64%.

Al analizar la información suministrada se evidencia que los siguientes programas: Clínica del dolor, Uci coronaria, Microcirugía y endocrinología pediátrica, programas que ya están prestando servicios y cuentan con su respectiva facturación, a la fecha no cuentan con los documentos necesario y sus respectivos indicadores que permitan realizar un seguimiento periódico. Observación reiterativa.

Se recomienda a la oficina de calidad apoyar estos programas en la construcción de la respectiva documentación y los indicadores necesarios que permitan evaluar la correcta operación de los mismos y por ende la toma de decisiones adecuadas.

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

BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO 1er TRIMESTRE	ESTADO
Ampliar la certificación en Buenas practicas de elaboración	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	75%	NO CUMPLE

Al verificar el documento " Identificación y Seguimiento Plan de Trabajo" se observa que, con corte al primer trimestre de 2023, el proceso Gestión farmacéutica adjunta formato "Identificación y Seguimiento Plan de Trabajo" OADS-F-21, en donde se puede evidenciar que para el primer trimestre tenían programas 10 actividades de las cuales ejecutaron 7,5 quedando pendiente las siguientes actividades:

1) Realizar los controles microbiológicos a las diferentes áreas de la CAPM.
2) Realizar validación de técnica aséptica para el personal preparador y suplencia de la central.
3) Actualizar documentación propia de la CAPM ajustándola con informes emitidos en las calificaciones y validaciones, de igual manera actualizar documentación de CAPM con áreas relacionadas (biomédica, SST, Talento humano, Ingeniería ambiental.

Se recomienda por parte de control interno actualizar el plan de trabajo e incluir en sus actividades la contratación de la auditoria previa a la visita de certificación BPE por parte de un externo teniendo en cuenta las fechas que se en cuenta lo estipulado en el plan anual de Auditoria vigencia 2023.

BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO 1er TRIMESTRE	ESTADO
Implementación plan de trabajo de farmacia	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	84%	NO CUMPLE

Al verificar el documento " Identificación y Seguimiento Plan de Trabajo" se observa que, con corte al primer trimestre de 2023, el proceso Gestión farmacéutica adjunta formato "Identificación y Seguimiento Plan de Trabajo" OADS-F-21, en donde se puede evidenciar que para el primer trimestre tenían programas 28 actividades de las cuales ejecutaron 24, quedando pendiente cuatro actividades:

- ELABORACIÓN DEL PLAN MAESTRO DE VALIDACIÓN- CRONOGRAMA-MATRIZ DE PUNTOS CRÍTICOS, APROBACIÓN DEL PLAN MAESTRO DE VALIDACIÓN, DIVULGACION DEL PLAN MAESTRO DE VALIDACION, GENERACION DE CRONOGRAMA DE VALIDACIÓN, APROBAR CRONOGRAMA DE VALIDACIÓN.

- CAPACITACIÓN EN VALIDACION DE SISTEMAS COMPUTARIZADOS PARA EL NUEVO DIRECTOR TECNICO,ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE VALIDACION DE SISTEMAS COMPUTARIZADOS, APROBACION DE PROTOCOLOS DE VALIDACION DE SISTEMAS COMPUTARIZADOS, DIVULGACION DE PROTOCOLOS DE VALIDACION DE SISTEMAS COMPUTARIZADOS , RECOGER DATOS PRIMARIOS DE VALIDACION DE SISTEMAS COMPUTARIZADOS INSTALACION-OPERACIÓN ,RECOGER DATOS PRIMARIOS DE VALIDACION DE SISTEMAS COMPUTARIZADOS DESEMPEÑO, GENERAR INFORME DE VALIDACION DE SISTEMAS COMPUTARIZADOS , APROBAR INFORME DE VALIDACION DE SISTEMAS COMPUTARIZADOS.

- CAPACITACIÓN EN CALIFICACION DE MANIFOLD Y VALVULAS CHEQUE PARA EL NUEVO DIRECTOR TECNICO. DIVULGACION DE LA ELABORACIÓN DE CALIFICACION DE MANIFOLD Y VALIDACION DE VALVULAS CHEQUE PARA EL NUEVO DIRECTOR TECNICO, DIVULGACION DE LA CALIFICACION DE MANIFOLD Y VALIDACION DE VALVULAS CHEQUE PARA EL NUEVO DIRECTOR TECNICO PARA EL NUEVO DIRECTOR TECNICO, DIVULGACION DE LA RECOLECCION DE DATOS PRIMARIOS DE CALIFICACION MANIFOLD Y VALIDACION DE VALVULAS CHEQU EPARA EL NUEVO DIRECTOR TECNICO, DIVULGACION DEL INFORME DE CALIFICACION DE MANIFOLD Y VALIDACION DE VALVULAS CHEQUE , APROBACION DEL INFORME DE CALIFICACIÓN DE MANIFOLD Y VALIDACION DE VALVULAS CHEQUE POIR PARTE DEL NUEVO DIRECTOR TECNICO.

- CAPACITACIÓN EN VALIDACION DE METODOLOGIAS ANALITICAS AL NUEVO DIRECTOR TECNICO , DIVULGACION DE LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE VALIDACION DE METODOS ANALITICOS (CO Y O2) AL NUEVO DIRECTOR TECNICO , APROBACIÓN DE PROTOCOLOS DE VALIDACION DE METODOS ANALITICOS POR PARTE DEL NUEVO DIRECTOR TECNICO , DIVULGACION DE PROTOCOLOS DE VALIDACION DE METODOS ANALITICOS , DIVULGACION DE LA RECOLECCION DE DATOS PRIMARIOS DE VALIDACION DE METODOS ANALITICOS O2 y CO AL NUEVO DIRECTOR TECNICO, DIVULGACION DEL INFORME DE VALIDACION DE METODOS ANALITICOS AL NUEVO DIRECTOR TECNICO ,APROBACIÓN DEL INFORME DE VALIDACION DE METODOS ANALITICOS POR PARTE DEL NUEVO DIRECTOR TECNICO.

La oficina de control interno realiza la recomendación de ajustar el plan de trabajo en lo referente a: SOLICITUD DE TUBOS COLORIMÉTRICOS VALIDADOS CON EL ASESOR TENIENDO PRESENTE LA VALIDACIÓN DE CONCURRENTE (DESEMPEÑO Y PROCESO) Y QUE EN ALGUNAS OCASIONES SE DEBE RETOMAR SI HAY UN PARÁMETRO FUERA DE ESPECIFICACIÓN ya que es necesario que se muestre la utilización de estos debido a que un insumo clave para dar cumplimiento a diferentes actividades del plan de trabajo.

Es importante revisar lo estipulado dentro del plan de desarrollo para la vigencia 2023, ya que se encuentra mantener la certificación mas no obtener, para que desde la oficina de planeación se verifique este tema y se realicen los ajustes necesarios.

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 I TRIMESTRE
Disminución % Quejas de trato	Número de Quejas de trato / Total de quejas del periodo	<15	0%
% Satisfacción con el servicio de la HUSRT (Calidad atención)	Número de personas que califican el servicio del HUSRT en Bueno / Total de pacientes encuestados *100	0%	100%
Cumplimiento del Programa de Humanización	Número de actividades ejecutadas / Total de Actividades programadas	0%	50%
% Usuarios que recomiendan el HUSRT	Número de personas que recomendarían la HUSRT en Bueno / Total de pacientes encuestados *100	98%	100%

		ESTADO
CUMPLIMIENTO DE AVANCE DEL TRIMESTRE	63%	NO CUMPLE

ANÁLISIS DE INDICADORES

Para esta vigencia el proceso responsable efectuó modificaciones respecto al nombre de los indicadores, y su fórmula, sin embargo, tres de estos no se encuentran aun registrados en el software Daruma.

- Disminución % Quejas de trato: Con corte al primer trimestre de 2023, el proceso responsable presenta dentro de su evidencia, el informe: «INFORME EJECUTIVO PROGRAMA HUMANIZACIÓN PRIMER TRIMESTRE 2023 (ENERO – FEBRERO – MARZO)», en el cual se reporta los resultados del indicador 1866 «Proporción de Quejas» registrado en el software Daruma. De acuerdo con planteado en la herramienta POA y la evidencia presentada se observa que:
  Se debe ajustar en la herramienta POA, la forma de medición, esta se debe dar en % tal como está en el indicador y no en número [<15] como se plantea en la herramienta, en tal sentido y de acuerdo con el reporte del indicador el proceso no cumple con la meta propuesta.
- % Satisfacción con el servicio de la HUSRT (Calidad atención): Dentro del «informe POA I trimestre de 2023» el proceso describe las acciones a realizar para lograr la meta del indicador 12

«Como Califica su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS, Buena y Muy Buena,» y que se encuentra, se registrado en el software Daruma, el proceso da cumplimiento a la meta planteada para el trimestre.

- Cumplimiento del Programa de Humanización: El proceso presenta como evidencia el indicador 1867 «Cumplimientos en la ejecución de actividades del programa de humanizacion» en el cual se muestra las actividades programadas y las ejecutadas, sin embargo en el informe de avance, menciona que: «El soporte base de este indicador es por medio del cronograma de actividades planea-das para la vigencia 2023.» pero el proceso no aporto este cronograma de actividades, lo que impide verificar el número de actividades programadas y así definir el porcentaje real e ejecución. Además, el informe ejecutivo nos encuentra firmado y la evidencia se encuentra en un formato sin codificar.
- % Usuarios que recomiendan el HUSRT: Con corte al primer trimestre del 2023, el proceso responsable aporta como evidencia «INFORME EJECUTIVO PROGRAMA HUMANIZACIÓN PRIMER TRIMESTRE 2023 (ENERO – FEBRERO – MARZO)» en el cual se describe las acciones realizadas para cumplir con la ejecución pactada pata este indicador dentro el periodo evaluado, esta información es verificada en el software Daruma y se observa el cumplimiento alcanzando el 100 % en la ejecución de las actividades frente a la meta del trimestre.

Es importante mencionar que el proceso está realizando una reestructuración documental, y trabaja en pro de lograr las metas establecidas en los indicadores. Sin embargo, se recomienda al proceso responsable efectuar los ajustes necesarios al indicador 12 «Como Califica su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS, Buena y Muy Buena», esto con el propósito, de efectuar su medición. De otra parte, se debe revisar que los informes enviados como evidencia, estén firmados por el responsable del proceso y adicionalmente se sugiere que el proceso anexe los documentos que se mencionan en el informe, como son: matriz Matriz F-13, así como también el cronograma de actividades planea-das para la vigencia 2023.

3. OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS.

3.1 ÍNDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

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

Fuente: Plan Operativo programa de Gestión y Desempeño Institucional

POLITICA	PORCENTAJE AVANCE
GOBIERNO DIGITAL	100%
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PUBLICA	100%
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	100%

FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACION DE PROCESOS	100%
GESTIÓN DOCUMENTAL	100%
CONFLICTO DE INTERESES	100%
CONTROL INTERNO	100%
RESULTADO CONSOLIDADO 1 TRIMESTRE 2023	100%

Fuente: Informe Plan de Acción Planeación

Se evidencia un cumplimiento del 100% en el plan de acción del MIPG con corte a 31 de marzo del 2023 y teniendo en cuenta el informe presentado por la líder de planeación se observa que se cumplió con las actividades en las siguientes políticas: Gobierno Digital, Participación ciudadana en la Gestión Pública, Seguimiento y evaluación del desempeño Institucional, Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, Gestión Documental, Conflicto de interés y Control Interno , para este trimestre se programaron 14 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

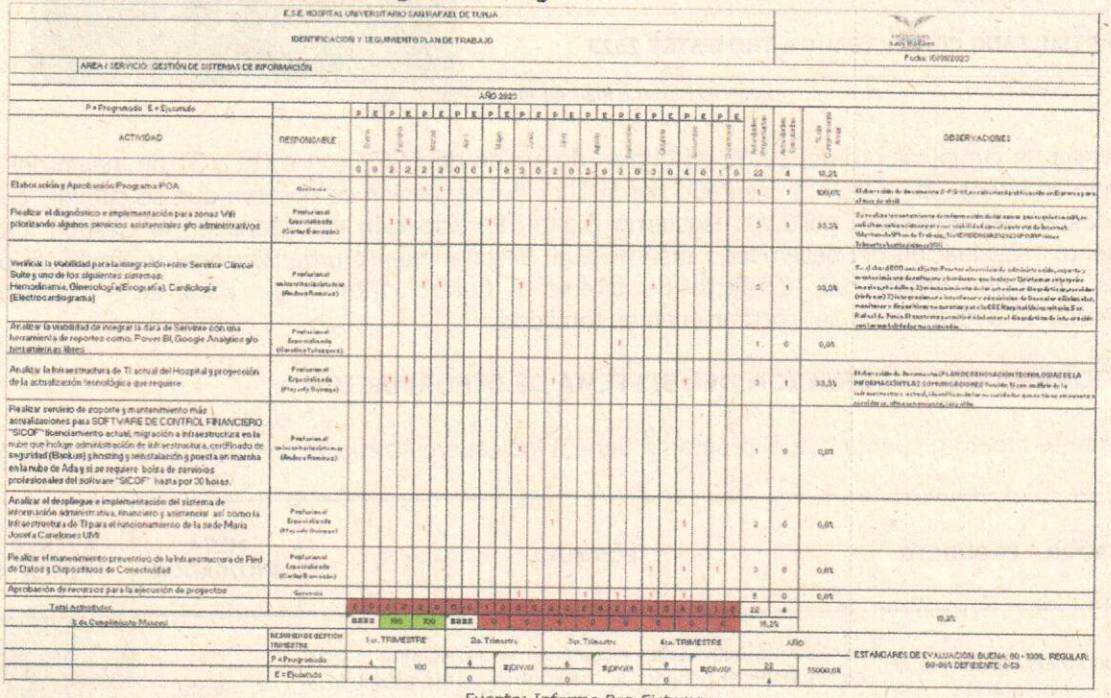
INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE I TRIMESTRE
Cumplimiento de actividades del programa integración del sistema de información	Número de actividades ejecutadas en la vigencia y que corresponde al periodo de medición según lo planeado / Número total de Actividades planeadas a ejecutar en la vigencia	>=80%	100%
Integraciones ejecutadas en la vigencia	Número de integraciones ejecutadas en la vigencia	>=1	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%	N/A

		ESTADO
CUMPLIMIENTO DEL PRIMER TRIMESTRE	100%	CUMPLE

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

CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

En el informe presentado por el proceso, se observa que programaron 4 actividades para este primer trimestre de 2023, y se ejecutaron las 4 actividades, dando cumplimiento al cronograma de actividades en un 100%. Tal como se muestra en la siguiente imagen.



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

IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO PLAN DE TRABAJO

Fecha: 10/08/2023

AREA / SERVICIO: GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

AÑO 2023

P = Programado E = Ejecutado

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	Enero P	Enero E	Febrero P	Febrero E	Marzo P	Marzo E	Abril P	Abril E	Mayo P	Mayo E	Junio P	Junio E	Julio P	Julio E	Agosto P	Agosto E	Septiembre P	Septiembre E	Octubre P	Octubre E	Noviembre P	Noviembre E	Diciembre P	Diciembre E	Actividades Programadas	Actividades Ejecutadas	% de Cumplimiento Anual	OBSERVACIONES
		0	0	2	2	2	2	0	0	1	1	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0	4	4	1	1	22	4	18,2%	
Elaboración y Aprobación Programa POA	Gerencia					1	1																			1	1	100,0%	[illegible]
Realizar el diagnóstico e implementación para zonas Wifi priorizando algunos servicios asistenciales y/o administrativos	Profesional Especializado (Carlos Barrera)			1	1					1						1										5	1	33,3%	[illegible]
Verificar la viabilidad para la integración entre Servitrix Clínical Suite y uno de los siguientes sistemas: Hemodinamia, Ginecología(Ecografía), Cardiología (Electrocardiograma)	Profesional Universitario (Andrea Ramírez)					1	1				1									1						3	1	33,0%	[illegible]
Analizar la viabilidad de integrar la data de Servitrix con una herramienta de reportes como: Power BI, Google Analytics y/o herramientas libres	Profesional Especializado (Carolina Tolosa)																	1								1	0	0,0%	
Analizar la infraestructura de TI actual del Hospital y propuesta de la actualización tecnológica que requiere	Profesional Especializado (Paola Gómez)			1	1									1								1				3	1	33,3%	[illegible]
Realizar servicio de soporte y mantenimiento más actualizaciones para SOFTWARE DE CONTROL FINANCIERO "SICOF" licenciamiento actual, migración a infraestructura en la nube que incluye administración de infraestructura, certificado de seguridad (Backup) y hosting y reinstalación y puesta en marcha en la nube de Ada y si se requiere bolsa de servicios profesionales del software "SICOF" hasta por 20 horas.	Profesional Universitario (Andrea Ramírez)																									1	0	0,0%	
Analizar el despliegue e implementación del sistema de información administrativa, financiera y asistencial así como la infraestructura de TI para el funcionamiento de la sede María Josefa Cavelones UMI	Profesional Especializado (Paola Gómez)													1								1				2	0	0,0%	
Realizar el mantenimiento preventivo de la Infraestructura de Red de Datos y Dispositivos de Conectividad	Profesional Especializado (Carlos Barrera)																			1		1		1		3	0	0,0%	
Aprobación de recursos para la ejecución de proyectos	Gerencia																									0	0	0,0%	
Total Actividades		0	0	2	2	2	2	0	0	1	1	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0	4	4	1	1	22	4		
% de Cumplimiento Mensual		0,0%		100		100		0,0%		100		0,0%		100		0,0%		100		0,0%		100		100		18,2%		18,2%	

	1er. TRIMESTRE		2do. Trimestre		3er. Trimestre		4to. TRIMESTRE		AÑO	
P = Programado	4	100	4	#¡DIV/0!	6	#¡DIV/0!	8	#¡DIV/0!	22	15000,0%
E = Ejecutado	4		0		0		0		4	

ESTANDARES DE EVALUACIÓN: BUENA: 80 - 100%, REGULAR: 60-80% DEFICIENTE: 0-59

Fuente: Informe Poa Sistemas

DIAGNÓSTICO PARA INTEGRACIONES.

Este indicador tiene periodicidad anual para su evaluación, para este periodo el proceso responsable, presento evidencia de avance, mediante la generación de un ECO.

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
PROY-01	Realizar el diagnóstico e implementación para zonas Wifi priorizando algunos servicios asistenciales y/o administrativos	33%	Se realiza levantamiento de información de las zonas que requieren wifi, se solicitan cotizaciones para ver viabilidad con el contrato de Internet. \\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\Primer

			Trimestre\cotizacionesWifi
PROY-02	Verificar la viabilidad para la integración entre Servinte Clinical Suite y uno de los siguientes sistemas: Hemodinamia, Ginecología (Ecografía), Cardiología (Electrocardiograma)	33%	Elaboración de ECO para integraciones e interfaces.
PROY-03	Analizar la viabilidad de integrar la data de Servinte con una herramienta de reportes como: Power BI, Google Analytics y/o herramientas libres		
PROY-04	Analizar la Infraestructura de TI actual del Hospital y proyección de la actualización tecnológica que requiere	33%	Elaboración de documento (PLAN DE RENOVACIÓN TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES Versión 1)
PROY-05	Realizar servicio de soporte y mantenimiento más actualizaciones para SOFTWARE DE CONTROL FINANCIERO "SICOF" licenciamiento actual; migración a infraestructura en la nube que incluye administración de infraestructura, certificado de seguridad (Backus) y hosting y reinstalación y puesta en marcha en la nube de Ada y si se requiere bolsa de servicios profesionales del software "SICOF" hasta por 30 horas.		
PROY-06	Analizar el despliegue e implementación del sistema de información administrativa, financiero y asistencial, así como la Infraestructura de TI para el funcionamiento de la sede Maria Josefa Canelones UMI		
PROY-07	Realizar el mantenimiento preventivo de la Infraestructura de Red de Datos y Dispositivos de Conectividad		
TOTAL		41%	

Fuente: Informe Poa Sistemas

En la anterior tabla se muestran los proyectos priorizados para la vigencia con el avance correspondiente y un porcentaje de avance del indicador frente a la meta anual del 41%.

De acuerdo con los resultados obtenidos en cada uno de los indicadores y basados en la evidencia presentada, el proceso cumple con la meta establecida para el primer trimestre con una ejecución del 100%

3.3 PROGRAMA DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA.

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE I TRIMESTRE
Gestión tecnología Biomédica	Número de equipos gestionados ante comité directivo / Número de equipos aprobados para adquisición	>=80%	N/A

Gestión de dotación Hospitalaria	Número de dotación hospitalaria Gestionados ante comité directivo / Número de dotación hospitalaria aprobada para adquisición	>=80%	N/A
Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias	Mantenimientos predictivos / Mantenimientos correctivos	>=0,5	100%

CUMPLIMIENTO DE AVANCE PRIMER TRIMESTRE	**META DEL INDICADOR**	**ESTADO**
	80%	CUMPLE

El programa cuenta con 3 Indicadores de los cuales:

1) **Gestión tecnología Biomédica:** la periodicidad de evaluación de este indicador es anual, no aplicando para los resultados de este primer trimestre de 2023
2) **Gestión de dotación Hospitalaria:** la periodicidad de evaluación de este indicador es anual, no aplicando para los resultados de este primer trimestre de 2023
3) **Indicador Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias**
   Durante el primer trimestre el 2023, el indicador tuvo tendencia estable, debido a se ejecutan la mitad más uno de los mantenimientos correctivos presentados en cada mes del año, por lo cual no se ven alteraciones en la tendencia con un cumplimiento promedio de 0,71. sobre la meta que está definida en (>=0,5)

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

- En el mes de enero se presentaron 19 mantenimientos correctivos y 23 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 febrero se presentaron 7 mantenimientos correctivos y 11 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 marzo se presentaron 4 mantenimientos correctivos y 8 mantenimientos predictivos el nuevo aplicativo del área, 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	RESULTADO CONSOLIDADO 1er TRIMESTRE	ESTADO
Implementación plan de acción de SGA (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	>=90%	97%	CUMPLE

Fuente: Informe Gestión Ambiental

Para el primer trimestre de 2023 el proceso en el plan de acción programo 48 actividades, de las cuales se ejecutaron 47, la única actividad que se reporta pendiente es el control de roedores del mes de marzo. Esta acción no se ejecutó porque para la fecha, aún no se había adjudicado el contrato para esta vigencia. El proceso responsable aporta evidencias, que se pueden verificar al ingresar a la carpeta «ISO:14001», subcarpetas: ENERO; FEBRERO; MARZO EVIDENCIAS CAPACITACIONES; INFORME CAPACITACIONES E INSPECCIONES; lecturas consumo: agua luz mes de enero-marzo (esta lectura se está diligenciando en formato desactualizado) y OADS-F-10 PLAN DE TRABAJO SGA 2023.
De acuerdo con la evidencia aportada y en concordancia con el informe presentado por el responsable del proceso, se cumplió la meta del indicador ya que se obtuvo para el trimestre un 97% en la ejecución de las actividades programadas. A continuación, se muestra el número de actividades programadas y ejecutadas por mes.

- Enero 14 actividades y se ejecutaron 14
- Febrero 14 Actividades y se ejecutaron 14
- Marzo 20 Actividades y se ejecutaron 19

RECOMENDACIÓN: Es importante que para el próximo trimestre se subsane la actividad referente a control de rededores del mes de marzo, con el fin de dar cumplimiento al plan de trabajo implementado por el proceso

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO 1er TRIMESTRE	ESTADO
Implementación plan de acción de SST (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	100%	CUMPLE

Según el Plan de Trabajo Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo 2023, Se programaron para el primer trimestre 56 actividades y se ejecutaron 56, es decir que para este trimestre se cumplió en un 100% la ejecución de las actividades programadas. Los documentos soporte de la ejecución de estas actividades se encuentran anexas en la carpeta "ISO45001" a la cual se puede acceder mediante este link : https://drive.google.com/drive/folders/1dgIBYPuW1PagzPoQUsngAzvjHzvxcxMQ?usp=share

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO 1er TRIMESTRE	ESTADO
Implementación plan estratégico Resultante del análisis del Contexto	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	100%	CUMPLE
Cumplimiento Plan de mejora externo ICONTEC	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	100%	CUMPLE

Para este trimestre se cuenta con los siguientes indicadores:

IMPLEMENTACIÓN PLAN ESTRATÉGICO RESULTANTE DEL ANÁLISIS DEL CONTEXTO

Para el primer trimestre, se tenían programadas 3 actividades, las cuales se ejecutaron en su totalidad, y se discriminaron de la siguiente forma: 1 correspondientes al programa «MADRE CANGURO INTRAHOSPITALARIO» y las restantes 2 al programa «MADRE CANGURO AMBULATORIO», dando como resultado el cumplimiento del indicador al 100% .

En la carpeta "2023 POA - PLANEACION ESTRAT PMC" se encuentra cargada en drive el link de consulta es: https://drive.google.com/drive/folders/1W1lmHajTQqhe6VYWF3dL1AAqhdZDodUk?usp=sharing
Allí se encuentran las evidencias que corresponden a la Planeación Estratégica del Programa Madre Canguro Ambulatorio e Intrahospitalario respectivamente:
- Matriz OADS-F-38 donde se puede verificar las líneas estratégicas ejecutadas en el Primer Trimestre.
- Carpeta de cada línea estratégica con evidencias de ejecución en este primer trimestre de 2023

CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORA EXTERNO ICONTEC

Dentro del plan de mejoramiento PA230-001 se tenían programadas para este primer trimestre 6 actividades y se ejecutaron 6, cumpliendo la meta para el periodo de 100%.
Las evidencias del cumplimiento al plan de mejora EXTERNO ICONTEC PMC - PA230-001, pueden ser consultadas a través del siguiente link https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/actionplan/125 , o a través del módulo PLAN DE ACCIÓN del software DARUMA.

3.7 EJE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN

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

Es importante tener en cuenta que el programa estratégico cuenta con 7 indicadores, de los cuales 5 se miden anualmente y dos semestral, de acuerdo con esta periodicidad, para este primer trimestre el proceso NO APLICA PARA LA EVALUACIÓN. Sin embargo el proceso responsable aporto evidencias de avance respecto a los indicadores 1, 2 Y 3.

SEGURIDAD, PROTECCIÓN Y BIENESTAR DEL PERSONAL EN FORMACIÓN INTERNADO DOCENCIA-SERVICIO

Es importante tener en cuenta que la medición de este indicador es semestral, sin embargo el responsable del proceso aporto evidencias de avance para este trimestre, las cuales se encuentran cargadas en la carpeta «Programa docencia Servicio» y en la cual se encuentra: el «Informe POA primer trimestre 2023.doc» y «soporte encuestas calificación global y revisión de temas.xlsx» en las que se observan los resultados de la encuesta de evaluación del escenario de práctica, que fue aplicada a 186 estudiantes de los cuales el 150 están satisfechos con los escenarios de práctica, es decir el 89.3% de los encuestados se encuentra satisfecho con los escenarios de práctica, para este trimestre.

RESULTADOS DE APRENDIZAJE Y CAPACITACIÓN DOCENTE DOCENCIA-SERVICIO

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

Aun cuando este indicador se evalúa de forma anual, el responsable del proceso aporto evidencias en carpeta «Programa docencia Servicio» y que a su vez contiene el archivo «Informe POA primer trimestre 2023.doc» donde se encuentra la realización de 9 actividades de capacitacion.

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

En cuanto al indicados «Número de temas revisados / Número de temas planteados en los syllabus de rotación, » Es importante mencionar que la evaluación de este indicador se efectúa semestralmente, sin embargo, para este corte el responsable del proceso, presentó avances respecto a las actividades planteadas en el indicador para este I trimestre. El proceso mediante las evidencias aportadas y lo reportado en la informe muestra que se plantearon y se revisaron 25 temas, estas evidencias fueron cargadas en la carpeta «Programa docencia Servicio»

Se debe anotar que debido a la periodicidad (anual y semestral), para la medición de los indicadores del proceso. El proceso presento evidencias de avance sobre tres indicadores.

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

Teniendo en cuenta el informe presentado por la profesional de apoyo PAMEC y de acuerdo a las evidencias aportadas se observa que para el primer trimestre de la vigencia 2023 se priorizaron 9 oportunidades de mejora, las cuales fueron priorizadas de acuerdo a la metodología de la ruta crítica y el manual de priorización de planes de mejoramiento definido por el Ministerio de Salud teniendo en cuenta las variables riesgo, costo y volumen.

Para dar cumplimiento a la línea estratégica fortalecimiento del sistema obligatorio de garantía de Calidad en salud se estableció un cronograma de trabajo de fortalecimiento de mejoramiento continuo, en el cual se programaron 56 actividades en la vigencia 2023, de las cuales para este trimestre correspondieron 15 actividades discriminadas por estándar y los estados registrados según seguimiento los cuales son:

- COMPLETO: Actividades que para la fecha de corte su desarrollo es total.
- EN DESARROLLO: Actividades que para la fecha de corte aún se están ejecutando y por cronograma aun esta actividad se está desarrollando
- ATRASADO: Actividades que para la fecha de corte aún no se han terminado o están en ejecución, pero que por cronograma ya se deberían haber ejecutado.
- NO INICIADO: Actividades que para la fecha de corte según cronograma no han iniciado su ejecución

Los cuales se pueden evidenciar en el siguiente seguimiento por grupo de estándar

INFORME SEGUIMIENTO A EJECUCIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO - PAMEC																	FECHA DE CORTE:	MARZO 2023
	ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL		DIRECCIONAMIENTO		GERENCIA		TALENTO HUMANO		AMB. FISICO		TECNOLOGIA		G. INFORMACION		CALIDAD		
		No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	
EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO O CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	COMPLETO	0	13 %	2	25%	0	0%	3	38 %	1	13 %	5	38 %	0	0%	1	25 %	
	EN DESARROLLO	1	13 %	1	13%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
	ATRASADO	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
	NO INICIADO	6	75 %	5	63%	4	100 %	5	63 %	7	88 %	3	63 %	8	100 %	3	75 %	
	PORCENTAJE DE EJECUCION	0%		25%		0%		38%		13%		63%		0%		25%		
	TOTAL, DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2023 POR GRUPO DE ESTANDARES	8		8		4		8		8		8		8		4		

Fuente: Informe primer trimestre PAMEC

Con corte a primer trimestre se programaron 15 actividades, de las cuales se dio cumplimiento a 12 actividades para porcentaje de avance del 80%, lo cual se puede observar en la siguiente tabla.

ESTANDAR	PROGRAMADAS VIGENCIA 2023	PRIMER TRIMESTRE	EJECUTADAS PRIMER TRIMESTRE
CLIENTE ASISTENCIAL	8	2	0
DIRECCIONAMIENTO	8	3	2
GERENCIA	4	0	0
TALENTO HUMANO	8	3	3
AMBIENTE FISICO	8	1	1
TECNOLOGIA	8	5	5
INFORMACIÓN	8	0	0
CALIDAD	4	1	1
TOTAL	56	15	12

Fuente: consolidado informe primer trimestre PAMEC

Conforme a lo establecido en la línea estratégica ***Fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud*** del plan de desarrollo no se da cumplimiento a la meta del indicador **Cumplimiento de actividades planeadas en Programa de Auditoría de Mejoramiento Continuo**, teniendo en cuenta que se obtuvo un porcentaje del 80%

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	Consolidado RESULTADO PRIMER TRIMESTRE	ESTADO
Cumplimiento del plan de fortalecimiento de la mejora continua	Actividades ejecutadas / Actividades programadas	100%	80%	NO CUMPLE

CONCLUSIONES:

Realizada la evaluación por parte de la oficina de control interno, el porcentaje del cumplimiento del POA para el primer trimestre del 2023 corresponde al 88%, los siguientes pilares o ejes del plan de desarrollo no cumplieron la meta para el I Trimestre 2023:

- GESTION DEL RIESGO - PROGRAMA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LOS RECURSOS FINANCIEROS (PEGIF)
- GESTION DEL RIESGO - FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO DE LA ENTIDAD.
- ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO – MODELO DE ATENCIÓN ARTICULADO CON LOS PROCESOS INSTITUCIONALES, GENERANDO UNA IMPLEMENTACIÓN OPORTUNA, PERTINENTE, SEGURA E INTEGRAL PARA EL USUARIO Y SU FAMILIA.
- GESTIÓN DE SERVICIOS: PROGRAMA INTEGRALIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO.
- HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN QUE INVOLUCRE LA SENSIBILIZACIÓN DEL TALENTO HUMANO CON ENFOQUE TANTO PARA CLIENTE INTERNO Y EXTERNO.
- GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA: APROPIAR EL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN SALUD EN LOS PROCESOS ORGANIZACIONALES PARA FORTALECER SU MEJORA Y CUMPLIMIENTO.
- RESPONSABILIDAD SOCIAL: BUENAS PRACTICAS DE ELABORACIÓN Y MANUFACTURA

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 recomienda actualizar los programas estratégicos e indicadores que se encuentran en la herramienta DARUMA para aquellos procesos que los requiera, esto con el fin de que exista articulación en lo programado y en lo evidenciado.
3. 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 y adicionalmente se evidenciaron informes ejecutivos sin las firmas de los lideres o responsables de procesos.

4. El procedimiento de asesoría y evaluación de la gestión institucional establece que dentro de la semana siguiente a la emisión del informe definitivo de planes operativos como «aquellos procesos que no lograron su nivel de cumplimiento en los POAS en cada trimestre acercándose al límite inferior de 59.9% código cromático rojo, acordaran actas de compromisos con el profesional de planeación para poder llegar a la meta establecida en los planes operativos anuales».
5. Es importante tener en cuenta que se anexaron las actas de registro y soporte de reunión donde su objetivo era definir las actividades, estrategias e indicadores que serán desarrollados en la vigencia 2023, sin embargo, en la lista de asistencia no se encuentra firmas de los siguientes procesos: Pegif , Costos, ISO 14001, ISO 45001 y proceso de Acreditación
6. Las metas institucionales en caso de ser necesario se pueden modificar solicitando por escrito a la Oficina Asesora de Desarrollo y Servicios.

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

Proyecto: Claudia Saenz, Gustavo Molano, Liliana Rodríguez
Profesionales O.A.C.I

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