

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

**II TRIMESTRE DE 2023**

1

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

**Tunja, Agosto 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 TRAJAMOS CON EL ALMA».

## AREAS / PROCESOS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN

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

2

## 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.



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



8-7405030



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

## I. RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO SEGUNDO 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:
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Entre 80% y 100% código cromático verde.</li> <li>&gt; Entre 60% y menos de 79.9% código cromático amarillo.</li> <li>&gt; Menor del 60% código cromático rojo.</li> </ul>
Valoración de las franjas cromáticas:
<b>Rojo:</b> 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.
<b>Amarillo:</b> 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.
<b>Verde:</b> 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.

3

Fuente: Resolución 222 del 2021

A continuación, se presentan los resultados de la verificación y evaluación del Segundo 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			
<b>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</b>	<b>88%</b>	<b>SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>92%</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF) 85%</li> <li>Programa Gestión de Sistema de Costos 100%</li> <li>Fortalecimiento de la gestión del riesgo y prevención del daño antiJurídico de la entidad 55%</li> <li>Programa de adecuación y mejoramiento de infraestructura física 100%</li> <li>Programa de Gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia. 100%</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelo de atención articulado con los procesos institucionales, generando una implementación oportuna, pertinente, segura e integral para el Usuario y su familia. 100%</li> <li>Programa de Seguridad del Paciente bajo el enfoque de adaptación y mitigación de riesgos. 100%</li> <li>Programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario. 84%</li> <li>Buenas practicas de elaboración y Manufactura 100%</li> <li>Programa de Humanización que involucre la sensibilización del talento humano con enfoque tanto para cliente interno 100%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de Gestión y Desempeño Institucional 100%</li> <li>Programa de gestión de integración del sistema de información. 100%</li> <li>Programa de Gestión de tecnología y dotación Hospitalaria. 100%</li> <li>Sistema de Gestión Ambiental 100%</li> <li>Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo 100%</li> <li>Sistema de Gestión de la Calidad 100%</li> <li>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. 100%</li> <li>Fortalecer la implementación del proceso de acreditación frente al despliegue y aplicación del enfoque y extensión a los clientes interno 88%</li> </ul>
			<b>2er TRIMESTRE</b>
			<b>95%</b>

Fuente: Herramienta Poa Segundo trimestre 2023

## 1. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO 2do TRIMESTRE
Crecimiento UVR	$(\text{UVR acumulada periodo actual} / \text{UVR acumulada periodo anterior}) - 1$	>1,8%	0%
% Incremento en la utilización de Quirófano	$(\% \text{ de Utilización Quirófano vigencia actual} / \% \text{ de Utilización Quirófano vigencia anterior}) - 1$	>=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 Auditoría 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	$(\text{Total facturación reconocida} / \text{Número de UVR producidas vigencia actual}) / (\text{Total facturación reconocida} / \text{Número de UVR producidas vigencia anterior}) - 1$	> 0%	100%
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	N/A
Equilibrio con reconocimiento total	Total reconocimiento / Total gasto comprometido	>1	N/A
Equilibrio con recaudo total	Total recaudo / Total gasto comprometido	>1	N/A
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%

4



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



8-7405030



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

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%	N/A
Superavit o Deficit presupuestal	Total ingreso reconocido - Total gasto comprometido	>1	N/A
Calculo del indice de Riesgo	Superavit o Deficit 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 articulo 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%
INDICADOR RESULTADO	Total Indicadores que Superan la Meta / Total Indicadores del Programa por Vigencia	>=90%	85%

5

## ANÁLISIS DE INDICADORES

- Crecimiento UVR:**

De acuerdo con el indicador 620 de DARUMA, presentado como evidencia el resultado del indicador negativo es de -2,55 por lo tanto no cumple la meta.

No se evidencia en actas, herramienta o programa (PEGIF) la modificación a la formula del presente indicador. Para este seguimiento se toma en cuenta la evidencia aportada que es el resultado en DARUMA.

La información de este indicador en DARUMA difiere de la presentada en el seguimiento a plan financiero. Se requiere hacer los ajustes pertinentes.

El proceso aporta como evidencia el enlace [\\HSRTUNCLU\Estadisticas\Estadisticas\Estadisticas\\_2023\Decreto\\_2193\\_2023](\\HSRTUNCLU\Estadisticas\Estadisticas\Estadisticas_2023\Decreto_2193_2023). Esta evidencia no guarda correspondencia con las cifras que resultan en DARUMA.

- % Incremento en la utilización de Quirófano:**

El resultado del indicador tomado de DARUMA directamente es de -13,33% y de acuerdo con lo explicado por el líder del proceso en este trimestre **no cumple** la meta. Este indicador se ha visto afectado por contingencias de mejoras en la infraestructura.

- Cumplimiento en la facturación neta de la vigencia:**



De acuerdo con el resultado evidenciado en Daruma que arroja 100,71% se **cumple** la meta para el presente trimestre. Es importante que el proceso continúe cumpliendo con la facturación de los servicios prestados.

- Identificación e Intervención de Hallazgos en Auditoria pre-radicación:

El indicador formulado determina que se identificaron hallazgos de auditoria pre radicación y que se les hizo Intervención al 100%, según DARUMA por lo tanto **cumple** con la meta de  $\geq 80\%$ .

- Utilización de la capacidad instalada:

El líder del proceso indica que el promedio de ocupación para el segundo trimestre es del 133% por tanto **cumple** y supera la meta evidenciando sobreocupación. Como evidencia del indicador el proceso aporta enlace <\\HSRTUNCLU\Estadísticas\Estadísticas\Estadísticas 2023\Decreto 2193 2023>. Es importante para hacer el seguimiento, que tenga evidencia el indicador en la herramienta POA.

- Ingreso reconocido por venta de servicios de Salud por UVR:

El resultado del indicador es de 0,14 **cumpliendo** con la meta establecida de  $> 0\%$ , Lo que demuestra una mejora en la facturación y en la producción. Es importante para hacer el seguimiento, que tenga evidencia el indicador en la herramienta POA.

- Gasto de personal por UVR producida:

No Aplica para este trimestre, teniendo en cuenta acta de planeación donde se modifica la periodicidad.

- Equilibrio con reconocimiento total:

No Aplica para este trimestre, teniendo en cuenta acta de planeación donde se modifica la periodicidad.

- Equilibrio con recaudo total:

No Aplica para este trimestre, teniendo en cuenta acta de planeación donde se modifica la periodicidad.

- Oportunidad en la respuesta de glosa inicial:

Como evidencia el proceso aporta el indicador 1340 en DARUMA, con 99,75% esto indica que 88 facturas recibidas de las EAPB con notificación de glosa no fueron respondidas dentro del segundo trimestre. No obstante de acuerdo a la meta **cumple** al ser  $>90\%$  y refleja un resultado del 100% en la meta propuesta del 2o. trimestre.

- 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 10,15% por la tanto **cumple** con la meta  $\leq 30\%$ , lo anterior indica que las glosas y devoluciones han disminuido frente al primer trimestre de la vigencia anterior.

- Aceptación de Glosa de la vigencia:

Como evidencia el proceso aporta el indicador 546 en DARUMA y refleja un resultado del 0,38% por la tanto **cumple** con la meta  $<4\%$ , lo anterior indica que se está realizando una gestión a la glosa adecuada y debe continuar y mejorar ya que se cerca al tope propuesto

- Cumplimiento en pago de vigencias anteriores:

No Aplica para este trimestre, teniendo en cuenta acta de planeación donde se modifica la periodicidad.

6



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



8-7405030



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

- Superávit o Déficit presupuestal:

No Aplica para este trimestre, teniendo en cuenta acta de planeación donde se modifica la periodicidad.

- 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 2,85% siendo este mayor a la meta de  $\geq 0,00$  por lo tanto **cumple** con la meta.

- Cumplimiento de Recaudo de cartera:

La evidencia aportada del indicador 1463 de DARUMA, reporta como resultado 116,76 siendo este mayor a la meta de  $\geq 85\%$  por lo tanto **cumple** con la meta. Con respecto a la meta no hay calidad por cuanto en acta de mesa de trabajo definición POA 2023 de fecha 06/03/2023; se definió como meta el  $\geq 85\%$  la cual no se actualizo en la presente matriz.

- Cumplimiento del artículo 22 "Cobro Persuasivo" de la Resolución 072 de 2020 Manual Interno de recaudo de Cartera:

El proceso aporta evidencia del informe detallado de gestión de cobro persuasivo del segundo trimestre a 2023. El proceso socializa mensualmente en comités de cartera los informes por parte de jurídica sobre los cobros persuasivos efectuados en el trimestre. con lo cual de evidencia que **cumple** de la meta.

CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	Avance II Trimestre del 2023	ESTADO
	85%	NO CUMPLE

El área financiera propone como meta un resultado mayor o igual 90%, El avance del II trimestre en PEGIF corresponde al 85%.

Para el segundo trimestre mediante acta de planeación de fecha 01/06/2023 se modifica la periodicidad de los indicadores de gastos de gasto de personal por UVR producida, Equilibrio con reconocimiento total, equilibrio con recaudo total, cumplimiento en pago de vigencias anteriores y superávit o déficit presupuestal pasando de periodo trimestral a anual.

### RECOMENDACIÓN.

- ✓ Se dejan las fórmulas que aparecen en las actas de reunión con planeación y las restantes se tomaron del programa
- ✓ Es necesario que se actualice el programa estratégico de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF) código AF-PG-01 ya que no existe coherencia entre lo que se esta presentando en la herramienta POA y el programa PEGIF especialmente en formulas y tiempo de periodicidad, dado que existe una formula y periodo diferente en actas, programa y en herramienta, por lo tanto la oficina de control interno tomara lo establecido en actas y programa y se solicita se ajuste para tener una articulación frente a toda la herramienta POA.
- ✓ Para los indicadores en los que interviene como componente las UVR, se recomienda anexar el archivo del cálculo y actualización de las unidades de valor.

En el segundo trimestre el proceso adjunta enlace donde se direcciona en archivo compartido del hospital la evidencia del cálculo de las UVR.

- ✓ Se recomienda para las siguientes mediciones de indicadores PEGIF adjuntar además del indicador DARUMA los documentos base del cálculo como lo son ejecuciones presupuestales, informes de cartera, de cobro persuasivo y los necesarios para corroborar los elementos de la fórmula establecida.

## 1.2 PROGRAMA GESTIÓN DE SISTEMA DE COSTOS.

8

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO 2do 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%	<b>ESTADO</b>
		CUMPLE

## ANÁLISIS DE INDICADORES

Se tiene establecido Programa Gestión de Sistema de Costos identificado con Código AF-PG-02 Versión: 002, donde se señalan las directrices de seguimiento y medición para el cumplimiento del Eje establecido en el Plan de Desarrollo denominado Gestión del riesgo a través del cual se garantizar la gestión de los recursos que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la entidad.

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

- Seguimiento trimestral al comportamiento de los centros de costo:  
El líder del proceso presenta el informe trimestral del segundo trimestre 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, dando **cumplimiento** a la meta del indicador.
- Seguimiento de Costos de Paquetes Institucionales:



El avance para este trimestre equivale al 81%, sin embargo el avance está supeditado a la realización de estos procedimientos durante el trimestre, los cuales no se presentaron en su totalidad como lo consigna en el informe el líder del proceso.

De las actividades programadas no se han identificado procedimientos realizados en el trimestre de:

- Cirugía de mano congénita compleja
- Laparoscópica de estratificación para cáncer gástrico
- Herniorrafía umbilical compleja por vía laparoscópica
- Reconstrucción de pared abdominal anatómica y funcional vía laparoscópica.

Por lo anterior se da **cumplimiento** al indicador durante el presente trimestre

• Seguimiento de Costos a Servicios y Especialidades

Con las evidencias aportadas por el proceso se da cumplimiento al 100% de la meta. El proceso realizó 14 actividades de las 14 programadas para el trimestre y adicionalmente realizó otras adicionales a las programadas para el presente trimestre.

El Proceso ha cumplido el 100% de las metas trazadas, lo que constituye una herramienta para optimizar recursos, generar la competitividad en la prestación de servicios de salud y aportar a la sostenibilidad financiera de la entidad.

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE II TRIMESTRE
Línea base del programa de prevención de daño antijurídico HUSRT	Definición línea base del programa de prevención de Daño Antijurídico	100%	50%
Cumplimiento actividades del programa de gestión del riesgo y prevención de daño antijurídico contenidas en el manual de daño antijurídico	# Actividades ejecutadas del Programa de Gestión del Riesgo y prevención de daño antijurídico / # Actividades programadas del Programa de Gestión del Riesgo y prevención de daño antijurídico	60%	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%	80%
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%	90%

CUMPLIMIENTO DE AVANCE PRIMER TRIMESTRE	55%	<b>ESTADO</b>
		<b>NO CUMPLE</b>

9



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



8-7405030



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

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES**  
www.hospitalesporlasaludambiental.net



El 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:

Según la evidencia presentada se pudo verificar la aprobación y publicación en la plataforma DARUMA, del manual de prevención de daño antijurídico de la entidad, sin embargo, en la plataforma menciona que el documento se encuentra EN REVISIÓN.

10

De igual manera si bien la Matriz de Procesos adjuntada como evidencia contiene una descripción del origen de daño antijurídico por cada uno de los casos, la evidencia no se encuentra con el formato establecido en DARUMA, lo cual estaría materializando el siguiente riesgo: "Posibilidad de no conformidades por la utilización de formatos no autorizados por falta de adherencia a la norma fundamental" Lo que afecta la imagen de la entidad.

- Cumplimiento actividades del programa de gestión del riesgo y prevención de daño antijurídico contenidas en el manual de daño antijurídico:

Se hace entrega de un cronograma de socialización del 2023, pero está programado para el segundo semestre del año 2023, lo cual no puede constatar un cumplimiento para el trimestre II. A su vez los formatos de mesas de trabajo reportan fechas del mes de Julio, por tanto, no se puede verificar la acción para el trimestre II.

- Medición del impacto de adherencia a guías, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de la línea base del programa:

Con respecto a la implementación de guías se adjunta evidencia "Informe de Adherencia a Guías" que no contiene fecha y a su vez no se hace uso del membrete correspondiente a la vigencia 2023, lo cual estaría materializando el siguiente riesgo: "Posibilidad de no conformidades por la utilización de formatos no autorizados por falta de adherencia a la norma fundamental" tal y como lo indica el Mapa Institucional de Procesos, el cual se encuentra publicado en la página web de la entidad. Afectando la imagen de la entidad.

Es importante generar recomendaciones más específicas, a las áreas afectadas en relación al impacto de la no adherencia a la implementación de guías.

En el plan de acción de MIPG sobre política de defensa jurídica se formuló como acción realizar capacitación por el área jurídica, sobre la adherencia de guías prácticas clínicas y protocolos de manejo, no se observa en la evidencia aportada cumplimiento de este ítem.

- Medición del impacto de la gestión de eventos adversos, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de línea base del programa:

El informe de medición de eventos adversos menciona, que únicamente se presentó un evento adverso clasificado como NO PREVENIBLE, consistente en una re intervención no planeada por hemorragia / hematoma por la especialidad de CIRUGIA GENERAL.



Se logra evidenciar que el informe no contiene el membrete correspondiente a la vigencia 2023, generando un riesgo tal y como lo indica el Mapa Institucional de Procesos, el cual se encuentra publicado en la página web de la entidad y contiene la "Posibilidad de no conformidades por la utilización de formatos no autorizados por falta de adherencia a la norma fundamental" Lo que afecta la imagen de la entidad.

### 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»

11

El ciclo PHVA, también conocido como ciclo de Deming o ciclo de mejora continua, es una herramienta valiosa en la prevención de daño antijurídico en entidades públicas en Colombia. La prevención de daño antijurídico se refiere a la implementación de medidas y procesos para evitar que se produzcan situaciones que puedan causar perjuicio, daño o violaciones a la normativa legal en el ámbito gubernamental. A continuación, se detalla cómo se puede aplicar el ciclo PHVA en este contexto:

1. **Planificar (Plan):** En esta etapa, la entidad pública debe identificar y analizar los posibles riesgos legales y situaciones de daño antijurídico que podrían surgir en su funcionamiento. Se deben establecer objetivos de prevención, así como diseñar políticas, procedimientos y controles para mitigar los riesgos identificados. Esto podría incluir la definición de procesos claros para la toma de decisiones, la asignación de responsabilidades y la implementación de sistemas de seguimiento y control.
2. **Hacer (Do):** En esta fase, la entidad implementa las medidas y controles definidos en la etapa de planificación. Esto podría incluir la capacitación del personal en procedimientos legales y éticos, la implementación de sistemas de auditoría interna y el establecimiento de canales de comunicación para que los empleados informen sobre posibles problemas o irregularidades.
3. **Verificar (Check):** Se realiza un seguimiento constante para evaluar la efectividad de las medidas implementadas. Se recopilan y analizan datos relacionados con la prevención de daño antijurídico. Esto podría implicar la revisión de informes de auditoría, la medición de indicadores clave de cumplimiento y la comparación de los resultados con los objetivos establecidos en la etapa de planificación.
4. **Actuar (Act):** En función de la información recopilada durante la etapa de verificación, se toman acciones para mejorar continuamente los procesos de prevención de daño antijurídico. Si se identifican deficiencias o problemas, se realizan ajustes en los procedimientos, se refuerza la capacitación del personal o se implementan medidas adicionales para garantizar el cumplimiento de las normas legales y éticas.

La aplicación del ciclo PHVA en la prevención de daño antijurídico puede ofrecer varios beneficios, como:

- **Transparencia y responsabilidad:** Ayuda a crear una cultura de cumplimiento normativo y ético dentro de la entidad, lo que aumenta la transparencia en las operaciones y la rendición de cuentas.



- **Reducción de riesgos legales:** La identificación temprana y la mitigación de riesgos legales disminuyen la probabilidad de enfrentar demandas legales, sanciones o perjuicios financieros.
- **Eficiencia operativa:** La implementación de controles y procesos efectivos puede mejorar la eficiencia en la gestión de recursos y en la toma de decisiones.
- **Mejora de la reputación:** Una entidad pública que demuestra un compromiso sólido con la prevención de daño antijurídico gana confianza y credibilidad entre sus stakeholders y la ciudadanía en general.
- **Adaptación al cambio:** La mejora continua permite a la entidad ajustarse a nuevos requerimientos legales y cambios en el entorno normativo.

Como recomendación final es indispensable el uso de membretes, logos y formatos actualizados para la vigencia 2023, el uso de membretes y logos indicados en una entidad pública es crucial para mantener una identidad coherente, transmitir confiabilidad, cumplir con normativas legales y presentar una imagen profesional.

Estos elementos visuales juegan un papel fundamental en la comunicación efectiva y en el fortalecimiento de la relación entre la entidad y el público.

#### 1.4 PROGRAMA DE ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA

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

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





## **ANÁLISIS DE INDICADORES**

El proceso cuenta con cinco indicadores los cuales tres tienen periodicidad semestral y dos mensual, de acuerdo con esto para este segundo trimestre se efectúa evaluación a todos los indicadores. A continuación, se describen las acciones ejecutadas para cada uno de los indicadores.

### **CUMPLIMIENTO DE OBRA (CONSTRUCCIÓN):**

El líder del proceso presenta como evidencia, informe del segundo trimestre del 2023, en el que se indica la solicitud de la construcción de:

Techo pasillo consultorios consulta externa y nueva área expansión de urgencia. Su ejecución se evidencia mediante registro fotográfico reportado en el informe, así mismo el proceso anexa formato CA-F-18 «FORMATO DE ACTA REUNIÓN» en el que desde la subgerencia de servicios de salud se realizan las solicitudes de construcción, de acuerdo con las directrices dadas desde gerencia, plan de mantenimiento, documento Excel las cuales se encuentran en la carpeta

### **CUMPLIMIENTO DE OBRA (ADECUACIÓN)**

Con corte al segundo trimestre del 2023, el proceso registra dentro del informe ejecutivo enviado como evidencia, la solicitud por parte de gerencia al coordinador del área para la adecuación de: Arreglos SAM para visita Invima y Arreglo piso calderas.

En el mismo informe se presenta registro fotográfico en el que se observa las adecuaciones efectuadas para este semestre, sumadas a las actividades que se ejecutaron en el primer trimestre y adicionalmente se anexa formato CA-F-18 «FORMATO DE ACTA REUNIÓN» en el que desde la subgerencia de servicios de salud se realizan las solicitudes de adecuación, de acuerdo con las directrices dadas desde gerencia.

### **PORCENTAJE AVANCE DE OBRA (MEJORAMIENTO)**

Para este semestre, el proceso aporta como evidencia informe ejecutivo en el cual se indican las acciones realizadas para dar cumplimiento a este indicador, se aporta registro fotográfico de la ejecución de las siguientes obras de mejoramiento:

Cambio orinal baños hombres consulta externa y Enchape lavamanos habitación 319. El líder del proceso también anexa el «FORMATO DE ACTA REUNIÓN» CA-F-18, en el que desde la subgerencia de servicios de salud se realizan las solicitudes de obras de mejoramiento, de acuerdo con las directrices dadas desde gerencia

El líder del proceso presenta informe, en el que se muestran las actividades de mantenimientos correctivos, ejecutadas para este segundo trimestre del 2023. y soportadas en el formato «reporte de solicitudes de actividades de mantenimiento correctivos y asistenciales» MAN-F-22, que el proceso anexo como evidencia de su ejecución.

La oficina de control interno verifica los datos presentados en el informe POA II trimestre de 2023, aportado como evidencia por el proceso y descarga el reporte específico del indicador 586 «EJECUTAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO», Observando que para el segundo trimestre del 2023 lo siguiente:

- 1) Mantenimientos correctivos ejecutados abril del 2023: 183.
- 2) Mantenimientos correctivos ejecutados mayo del 2023: 167



### 3) Mantenimientos correctivos ejecutados junio del 2023: 197

Esta información se puede verificar ingresando al siguiente link: <https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/document/indexAllActive>. Con la ejecución del total de los mantenimientos correctivos programados y ejecutados se da cumplimiento a la meta del indicador para este segundo trimestre en un 100%

### **ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO**

El líder del proceso presenta informe, en el que se muestran las actividades de mantenimientos correctivos, ejecutadas para este segundo trimestre del 2023. y soportadas en el formato «reporte de solicitudes de actividades de mantenimiento correctivos y asistenciales» MAN-F-22 , que el proceso anexo como evidencia de su ejecución.

La oficina de control interno verifica los datos presentados en el informe POA II trimestre de 2023, aportado como evidencia por el proceso y descarga el reporte específico del indicador 586 «EJECUTAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO», Observando que para el segundo trimestre del 2023 lo siguiente:

- 1) Mantenimientos correctivos ejecutados abril del 2023: 183.
- 2) Mantenimientos correctivos ejecutados mayo del 2023: 167
- 3) Mantenimientos correctivos ejecutados junio del 2023: 197

Esta información se puede verificar ingresando al siguiente link: <https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/document/indexAllActive> Con la ejecución del total de los mantenimientos correctivos programados y ejecutados se da cumplimiento a la meta del indicador para este segundo trimestre en un 100%

### **ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

#### ABRIL

Para el mes de abril se tienen programados los siguientes mantenimientos: ala de Partos, Uci Neonatal, Ginecología, Urgencias, Patología, Consulta Externa, Laboratorio Clínico, Radiología, Gastroenterología, Cardiología, Hemo centro, Rehabilitación, SÓTANO, Edificio UMIA, área Administrativa, Cocina, UPS = 14 Calderas = 2 Calentadores de Agua = 2 UMA, Ascensores = 4

Se programaron 39 mantenimientos y se ejecutaron 39 cumpliendo con el 100% de las actividades de mantenimiento preventivo

#### MAYO

Para el mes de mayo se tienen programados los siguientes mantenimientos: ED SANITARIA Y ALCANTARILLADO, Parqueaderos, sótano PARQUES Y JARDINES, 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, Farmacia, Salas de Cirugía, RED DE GASES MEDICINALES, Refrigeradores y Congeladores = 39 Cava de Cadáveres, Aires Acondicionados = 20 Ventilación Mecánica = 4 Ascensores = 4 Se cumple con el 100% de los mantenimientos preventivos.

Se programaron 39 mantenimientos y se ejecutaron 39 cumpliendo con el 100% de las actividades de mantenimiento preventivo

#### JUNIO

Para el mes de junio se tiene programados los siguientes mantenimientos: Sala de Partos, Uci Neonatal, Ginecología, Urgencias, Patología, Consulta Externa, Laboratorio Clínico, Radiología, Gastroenterología,



Cardiología, Hemo centro, Rehabilitación. Cocina, RED DE VAPOR, Sótano, lactario, central de esterilización Plantas Eléctricas = 3 Transferencias Eléctricas = 3 Transformadores = 3 Tablero red Emergencias, Tablero red Normal, Ascensores = 4 Se cumple con el 100% de los mantenimientos preventivos para este mes.

Se programaron 31 mantenimientos y se ejecutaron 31 cumpliendo con el 100% de las actividades de mantenimiento preventivo en este mes

## RECOMENDACIÓN

Se debe presentar dentro del informe ejecutivo que presenta el proceso, un análisis a la gestión de cada uno de los indicadores.

15

## 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 II 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
Medición clima laboral (planta, E.S.T, CPS)	No. Trabajadores a quien se aplica el instrumento / Total de trabajadores	>=20%	N/A
% cumplimiento cronograma intervención clima laboral	No. Actividades realizadas/total actividades programadas	>=90%	N/A
% de satisfacción del desarrollo de los programas contenidos en el PEGITH	Sumatoria de respuestas positivas / Número total de preguntas	>=80%	85%
% 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%	80%



% de cumplimiento actividades de capacitación	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	>=90%	94%
% cumplimiento planes de formación que cumplen con indicador de eficacia	No. de Planes de formación que cumplen con indicador de eficacia/Total de planes de formación del período	>=20%	N/A
% Asistencia 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%	91%
% de cumplimiento actividades de bienestar	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	90%	100%
Situaciones Administrativas	Total situaciones administrativas atendidas en términos / Total situaciones administrativas recibidas o a gestionar en el período	90%	100%
Cumplimiento estrategia construyendo en familia para trabajar con el alma	Número de colaboradores asistentes a los procesos formativos / Total de colaboradores que confirmen participación	30%	76%
CUMPLIMIENTO PRIMER TRIMESTRE	100%	<b>ESTADO</b>	
		CUMPLE	

16

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 segundo 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)



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



8-7405030



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

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES**  
**VERDES y SALUDABLES**  
www.hospitalesporlasaludambiental.net



El proceso de Gestión del Talento Humano dentro del informe enviado, con corte al segundo 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 segundo 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.»

17

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

El proceso de Gestión del Talento Humano dentro del informe enviado, para el I semestre de 2023, adicionalmente adjunta base de datos de encuesta en formulario Google, que tuvo como población objeto a: 50 funcionarios de planta, 1062 pertenecientes a la empresa Laboramos y 192 a la empresa Tempolab. Esta encuesta se efectuó respecto de las actividades de capacitación y bienestar realizadas en el primer semestre del 2023, y a la cual se le realizó la verificación de la ficha técnica. Como resultado de esta encuesta y la posterior tabulación de la información arrojada, se presenta un porcentaje de 84% respecto al nivel de satisfacción para este indicador.

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

La líder del proceso presenta como evidencia el «Informe Ejecutivo de Talento Humano I semestre de 2023» y carpeta «asistencia planta capacitación» documentos en los cuales se evidencia la participación en las capacitaciones por parte de los trabajadores de planta a las actividades programadas para este periodo en un 80%. con este porcentaje de participación, se da cumplimiento a la meta del indicador. sin embargo, hay una baja participación de las actividades del personal administrativo, directivo y de los médicos especialistas, en las mismas.

### **% DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN**

El proceso, adjunta carpeta «Cumplimiento Actividades de Capacitación» en la cual reposan las certificaciones de asistencia, así como también el formato TH-F-37 «CRONOGRAMA DE CAPACITACION 2023-V1[...]» en el que se describen las actividades programadas y las actividades ejecutadas. Estas evidencias permiten concluir que las actividades ejecutadas respecto a las planeadas determinaron un 94%, de cumplimiento frente al indicador para este primer semestre de 2023

### **%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»

### **% ASISTENCIA DEL PLAN DE BIENESTAR DEL PERSONAL DE PLANTA**

La líder del proceso Gestión del Talento Humano, aporta como evidencias en la carpeta «Asistencia planta de bienestar» en la cual se encuentra el formato de asistencia, debidamente diligenciado, de cada una de



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



8-7405030



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

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES**  
www.hospitalesporlasaludambiental.net





las 7 actividades programadas para este I semestre de 2023, de acuerdo con el informe ejecutivo y el formato de asistencia contenido en la carpeta, se evidenció que se obtuvo un 91% en la ejecución de este indicador, logrando el cumplimiento de la meta fijada por el indicador para el semestre evaluado.

### % DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE BIENESTAR

El proceso aporta como evidencia en la carpeta «cumplimiento actividades de bienestar» en la que se encuentran 15 subcarpetas y archivos con evidencias, entre ellas el formato diligenciado TH-F-38 «cronograma de bienestar», en este documento se encuentran tabuladas las actividades programadas y que muestra una ejecución del 100%, ya que, de las 13 actividades planeadas, estas se llevaron a cabo en su totalidad, logrando la meta establecida para el indicador

18

### SITUACIONES ADMINISTRATIVAS

Se presenta como evidencia por parte de la líder del proceso la «Matriz de seguimiento situaciones administrativas» TH-F-70, que se encuentra en la carpeta «situaciones administrativas» en la que se muestra los datos respecto a las situaciones administrativas: solicitadas 376 y tramitadas 376 dentro del primer semestre de 2023. Se debe resaltar que la mayor incidencia en las situaciones administrativas corresponde a permisos sindicales 77%, reflejado en que se concedieron 251 permisos sindicales gestionados a través de acto administrativo mediante Resolución. Con los resultados presentados tanto en el informe ejecutivo de talento humano como en la matriz TH-F-70, respecto a la ejecución para el semestre, se dan cumplimiento en un 100% a la meta del indicador

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

La líder del proceso presenta como evidencia para el cumplimiento a la meta del indicador, la carpeta «estrategia familia» en la que se encuentran las actas de asistencia a las actividades, descritas en el informe ejecutivo de talento humano primer semestre de 2023. De acuerdo con esta información se realizaron tres charlas cuyos temas fueron: Aceptación de la diversidad sexual con un 76% de cumplimiento: masculinidad y paternidad con 89% de cumplimiento y Recordar es vivir, u vistazo al pasado y ser felices en el presente. Taller lúdico y práctico con un porcentaje de cumplimiento de 64%. De acuerdo con estos datos se obtuvo un 76% de cumplimiento para el indicador del semestre.

### RECOMENDACIÓN

Teniendo en cuenta que el proceso de gestión de talento humano, alcanzó y superó las metas planteadas para cada indicador, es necesario que continúe fortaleciendo las actividades de cada uno de estos, con el fin de mantener los niveles de cumplimiento.



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



8-7405030



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

Miembro de la  
Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES  
www.hospitalesporlasaludambiental.net





## 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 segundo trimestre del 2023 observando lo siguiente:

19

#### GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN

ATRIBUTO	CÓDIGO	INDICADOR	ÁMBITO	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN		Promedio segundo trimestre
ACCESIBILIDAD	1748	Tiempo promedio de espera para asignación de cama en hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	75
OPORTUNIDAD	1693	Oportunidad en la realización de las interconsultas por especialistas en el servicio de internación	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	Apropiado	100	
PERTINENCIA	1730	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	
SEGURIDAD	935	Índice de pacientes hospitalizados que desarrollan Úlceras por Presión	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	Apropiado	100	
CONTINUIDAD	955	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días, consolidado	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	Apropiado	100	
GESTIÓN DEL RIESGO	1553	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consolidado	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	Apropiado	100	
SATISFACCIÓN	1714	Tasa de Satisfacción en Hospitalización (SIAU)	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	Apropiado	100	
HUMANIZACIÓN	1721	Adherencia al buen trato en el Servicio de Hospitalización (Humanización)	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	En Metas	Apropiado	100	

#### GESTIÓN QUIRÚRGICA

ATRIBUTO	CÓDIGO	INDICADOR	ÁMBITO	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN		Promedio segundo trimestre
ACCESIBILIDAD	78	Proporción de cancelación de cirugía por causa institucional	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	Apropiado	100	87,5
OPORTUNIDAD	1	Oportunidad en la realización de cirugía programada	GESTIÓN QUIRÚRGICA	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	
PERTINENCIA	1731	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías de gestión quirúrgica	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	Apropiado	100	
SEGURIDAD	1408	Porcentaje de adherencia a la buena práctica de cirugía segura	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	Apropiado	100	
CONTINUIDAD	1727	Tasa de Reingresos en el paciente quirúrgico a hospitalización antes de 15 días	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	Apropiado	100	
GESTIÓN DEL RIESGO	337	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Sala de Cirugía	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	Apropiado	100	
SATISFACCIÓN	1715	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Salas de Cirugía (SIAU)	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	Apropiado	100	
HUMANIZACIÓN	1741	Adherencia al buen trato en el Servicio de Salas de Cirugía (Humanización)	GESTIÓN QUIRÚRGICA	En Metas	Apropiado	100	

#### URGENCIAS

ATRIBUTO	CÓDIGO	INDICADOR	ÁMBITO	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Promedio segundo trimestre



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



8-7405030



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

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES**  
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

ACCESIBILIDAD	707	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	URGENCIAS	En Metas	Apropiado	100	62,5
OPORTUNIDAD	1692	Oportunidad en la realización de las interconsultas por especialistas en el servicio de urgencias	URGENCIAS	En Metas	Apropiado	100	
PERTINENCIA	1733	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en el servicio de Urgencias	URGENCIAS	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	
SEGURIDAD	1706	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de urgencias	URGENCIAS	En Metas	Apropiado	100	
CONTINUIDAD	612	Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas, Urgencias Adultos	URGENCIAS	En Metas	Apropiado	100	
GESTIÓN DEL RIESGO	251	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Urgencias	URGENCIAS	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	
SATISFACCIÓN	1716	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Urgencias (SIAU)	URGENCIAS	En Metas	Apropiado	100	
HUMANIZACIÓN	1722	Adherencia al buen trato en el Servicio de Urgencias (Humanización)	URGENCIAS	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	

20

### UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

ATRIBUTO	CÓDIGO	INDICADOR	ÁMBITO	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN		Promedio segundo trimestre
ACCESIBILIDAD	1774	Accesibilidad a UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	75
OPORTUNIDAD	1738	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	
PERTINENCIA	1728	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	En Metas	Apropiado	100	
SEGURIDAD	1707	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de UCI adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	En Metas	Apropiado	100	
CONTINUIDAD	1739	Proporción de reingresos a UCI Adultos antes de 72 horas por la misma causa	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	En Metas	Apropiado	100	
GESTIÓN DEL RIESGO	254	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	En Metas	Apropiado	100	
SATISFACCIÓN	1717	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Adultos (SIAU)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	En Metas	Apropiado	100	
HUMANIZACIÓN	1725	Adherencia al buen trato en la UCI Adultos (Humanización)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	En Metas	Apropiado	100	

### UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

ATRIBUTO	CÓDIGO	INDICADOR	ÁMBITO	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN		Promedio segundo trimestre
ACCESIBILIDAD	1775	Accesibilidad a UCI Pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	75
OPORTUNIDAD	1777	Oportunidad al ingreso al servicio de UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	
PERTINENCIA	1729	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	En Metas	Apropiado	100	
SEGURIDAD	1708	Proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	En Metas	Apropiado	100	
CONTINUIDAD	1737	Reingresos a UCI Pediátrica antes de 72 horas por la misma causa	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	En Metas	Apropiado	100	
GESTIÓN DEL RIESGO	44	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	En Metas	Apropiado	100	
SATISFACCIÓN	1718	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Pediátrica (SIAU)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	En Metas	Apropiado	100	
HUMANIZACIÓN	1724	Adherencia al buen trato en el Servicio de UCI Pediátrica (Humanización)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	En Metas	Apropiado	100	

### UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

ATRIBUTO	CÓDIGO	INDICADOR	ÁMBITO	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN		Promedio segundo trimestre
----------	--------	-----------	--------	--------------	-------------	--	----------------------------

ACCESIBILIDAD	1776	Accesibilidad a UCI Neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	No Cumple la Meta	No Apropiado	0	87,5
OPORTUNIDAD	1703	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas en UCI Neonatal al Servicio de Urgencias	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	En Metas	Apropiado	100	
PERTINENCIA	1732	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	En Metas	Apropiado	100	
SEGURIDAD	1709	Proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de UCI neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	En Metas	Apropiado	100	
CONTINUIDAD	1259	Proporción de captación inicial al PMC ambulatorio, Hospitalización	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	En Metas	Apropiado	100	
GESTIÓN DEL RIESGO	259	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	En Metas	Apropiado	100	
SATISFACCIÓN	1719	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Neonatal (SIAU)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	En Metas	Apropiado	100	
HUMANIZACIÓN	1723	Adherencia al buen trato en el Servicio de UCI Neonatal (Humanización)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	En Metas	Apropiado	100	

21

### CONSULTA EXTERNA

ATRIBUTO	CÓDIGO	INDICADOR	ÁMBITO	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Promedio segundo trimestre
ACCESIBILIDAD	1742	PROPORCIÓN DE LLAMADAS CONTESTADAS EN ASIGNACIÓN DE CITAS MÉDICAS	CONSULTA EXTERNA	No Cumple la Meta	No Apropiado	0
OPORTUNIDAD	1743	Oportunidad en la asignación de citas en consulta externa - consolidado	CONSULTA EXTERNA	En Metas	Apropiado	100
PERTINENCIA	1744	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	No Cumple la Meta	No Apropiado	0
SEGURIDAD	1745	Proporción de vigilancia de eventos adversos en Consulta Externa y Servicios de Apoyo	CONSULTA EXTERNA	En Metas	Apropiado	100
CONTINUIDAD	1262	Proporción de retraso inicial al ingreso al PMC ambulatorio, Hospitalización	CONSULTA EXTERNA	En Metas	Apropiado	100
GESTIÓN DEL RIESGO	263	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	En Metas	Apropiado	100
SATISFACCIÓN	1746	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (SIAU)	CONSULTA EXTERNA	En Metas	Apropiado	100
HUMANIZACIÓN	1747	Adherencia al buen trato en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (Humanización)	CONSULTA EXTERNA	En Metas	Apropiado	100

A continuación, se describen los indicadores que no cumplieron con las metas en el segundo 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
PERTINENCIA	1733	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en el servicio de Urgencias	URGENCIAS	No Cumple la Meta	No Apropiado
HUMANIZACIÓN	1722	Adherencia al buen trato en el Servicio de Urgencias (Humanización)	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
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
ACCESIBILIDAD	1776	Accesibilidad a UCI Neonatal	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

Fuente: Consolidado modelo de atención Primer trimestre 2023



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



8-7405030



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

Se recomienda definir la meta según el comportamiento institucional de los siguientes indicadores, dando cumplimiento a lo establecido en el Instructivo de reporte de indicadores software Daruma para la gestión de la calidad identificado con el código: OADS-INS-04

CODIGO	INDICADOR
1774	Accesibilidad a UCI Adultos
1775	Accesibilidad a UCI Pediátrica
1777	Oportunidad al ingreso al servicio de UCI pediátrica
1776	Accesibilidad a UCI Neonatal
1742	Proporción de llamadas contestadas en asignación de citas médicas

22

Asimismo para el caso del indicador **251 Adherencia al protocolo de lavado de manos – urgencias**, el cual ha presentado desviaciones continuas respecto a la meta, se recomienda realizar el análisis causal y establecer un plan de acción con miras de mejorar los estándares de desempeño.

En cuanto a los atributos de calidad del indicador se observan que los indicadores de Accesibilidad en (unidades de cuidado pediátrico, adulto y neonatal), Oportunidad en (Gestión quirúrgica, ingreso Uci pediátrica, tiempo promedio interconsulta UCI adulto) y pertinencia en (Adherencia a guías en los servicios de Hospitalización, urgencias y consulta externa) son los que presentan menor cumplimiento para este trimestre.

Es importante tener en cuenta que en el servicio de salas de cirugía durante este trimestre se realizaron mejoras de infraestructura; por otro lado en la unidad de cuidado intensivo adulto se observa una mejora significativa teniendo en cuenta que se pasó de registrar de 20 horas a 4 horas en la respuesta de interconsultas para el ingreso o no a la unidad el cual ha sido satisfactorio pues su tendencia a pesar de que no se cumple con la meta viene en descenso.

ATRIBUTO	CUMPLIMIENTO
<b>ACCESIBILIDAD</b>	<b>42,86</b>
<b>OPORTUNIDAD</b>	<b>57,14</b>
<b>PERTINENCIA</b>	<b>57,14</b>
<b>GESTIÓN DEL RIESGO</b>	<b>85,71</b>
<b>HUMANIZACIÓN</b>	<b>85,71</b>
<b>CONTINUIDAD</b>	<b>100,00</b>
<b>SATISFACCIÓN</b>	<b>100,00</b>
<b>SEGURIDAD</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Consolidado modelo de atención segundo trimestre 2023



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



8-7405030

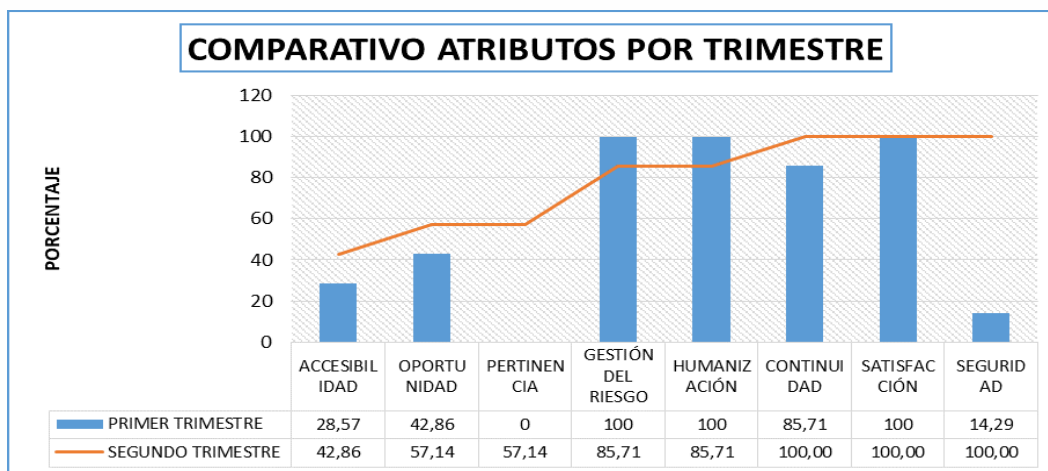


www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co  
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES**  
**VERDES y SALUDABLES**  
www.hospitalesporlasaludambiental.net







Fuente: Consolidado modelo de atención segundo trimestre

Al realizar un comparativo de los atributos por trimestre, se evidencia incrementos significativos del primer trimestre al segundo, en los atributos de pertinencia, continuidad y seguridad, por otro lado los indicadores que presentaron desviaciones negativas fueron los de Humanización y gestión del riesgo, para el caso del satisfacción se mantiene con un porcentaje del 100%

Para el segundo trimestre del 2023 se da cumplimiento a la meta trimestral del programa estratégico Modelo atención, obteniendo un resultado superior a la meta establecida del 77%

FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO SEGUNDO TRIMESTRE	ESTADO
Promedio de cumplimiento de indicadores del modelo	70%	77%	CUMPLE

Fuente: Plan Operativo Anual: Pilar atención centrada en el usuario

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

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

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



INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE I TRIMESTRE
Proporción de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	>90%	100%
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%	100%

24

El proceso responsable presento Informe de cada indicador medido, en cuanto al análisis del indicador **Proporción de vigilancia de eventos adversos del segundo 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 100%, porcentaje que cumple con la meta establecida que es >90%

Los procesos misionales con menor gestión de eventos adversos, corresponde al proceso apoyo de servicios de salud –radiología y Gestión quirúrgica 88%

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 neonatal y pediátrico con un 100% de cumplimiento en los ítems evaluados, y los procesos con menor porcentaje de cumplimiento en los ítems evaluados fue el servicio de urgencias con un 59%

El consolidado total del indicador para el segundo 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** El resultado de este indicador se obtiene de los ítems de implementación que sé que cumplen en el periodo según cronograma / Total de ítems evaluado en el periodo



Los procesos que obtuvieron la mayor calificación fueron Urgencias con un 100% y Uci adulto con 94% de cumplimiento en los ítems evaluados, y los procesos con menor porcentaje de cumplimiento en los ítems evaluados fueron Gestión clínica y Gestión Quirúrgica, con un 49% y 66% respectivamente.

Con corte al segundo trimestre de 2023, se evidencia que el indicador promedio de la calificación de la implementación de las BPS priorizadas, se encuentra en 100% superando la meta establecida del  $\geq 80\%$

En cuanto a la medición del indicador **Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente** Indicador de periodicidad semestral, Se observa que los siguientes procesos no cumplen con la meta establecida: Gestión quirúrgica, Uci adulto, uci pediátrica y Urgencias, sin embargo, la líder del programa de seguridad del paciente informa que se han realizado mesas de trabajo para la actualización de los riesgos con UCI adulto.

### RECOMENDACIÓN:

Realizar mesas de trabajo priorizando los procesos mencionados anteriormente con el objeto de actualizar la matriz CA-F-75 «Mapa de Riesgos Asistenciales», En caso de Epidemiología pendiente verificar y actualizar la matriz de riesgos por parte de seguridad del paciente.

### 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.

El cronograma de actividades para este II trimestre fue ajustado toda vez que para la implementación de los programas y/o servicios es primordial realizar un estudio prospectivo con el fin de establecer la viabilidad en función de la oportunidad de atención y rentabilidad para el hospital. Con base a lo anterior se establecieron unos compromisos para dar cumplimiento tanto en III y IV trimestre del año.

Para la medición de avances y cumplimiento, se realizará teniendo en cuenta que, para cada programa, proyecto o especialidad, se tendrán en cuenta los criterios de medición de cada uno de los mismos, dando porcentaje de cumplimiento en cada trimestre en los que aplique según cronograma individual de cada servicio, programa o proyecto.

SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS POR TRIMESTRE				CUMPLIMIENTO PROMEDIO		
		I	II	III	IV	CRITERIO	SERVICIO	GLOBAL
<b>Proyecto</b>	Indicador: porcentaje de implementación (avance según cronograma)	X	X	X	X	100%	<b>80%</b>	
	Indicador: porcentaje de operación (según cronograma)	X	X	X	X	100%		

<b>Programa</b>	Indicador: Diagnóstico situacional	X	X	X	X	100%	<b>80%</b>
	Indicador: Documento del programa	X	X	X	X	100%	
	Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.	X	X	X	X	100%	
	Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores	X	X	X	X	100%	
	Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa	X	X	X	X	100%	
	Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.	X	X	X	X	100%	
<b>Especialidad</b>	Indicador: Diagnóstico situacional y justificación	X	X	X	X	100%	<b>80%</b>
	Indicador: porcentaje de cumplimiento Habilitación según Res 3100	X	X	X	X	100%	
	Indicador: Estudio de costos, estudio de Mercado y estudios precontractuales.	X	X	X	X	100%	
	Indicador: Operación y Producción.	X	X	X	X	100%	

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

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

VIGENCIA	PROGRAMA	CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO GLOBAL VIGENCIA 2023
2023	REHABILITACION PULMONAR	100%	84%
2023	CLINICA DE OBESIDAD	100%	
2023	PIE DIABETICO	100%	
2023	CLINICA DE ANTICUAGULACION	88,7%	
2023	HOSPITAL SEGURO CONTRA LA TROMBOSIS	88%	
2023	LABORATORIO DE PRUEBAS DE FUNCION PULMONAR	63%	
2023	ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	100%	
2023	MICROCIRUGIA	100%	
2023	COMITÉ DE BIOETICA	0%	
2023	PROGRAMA DE DONACION DE ORGANOS	100%	
2023	UCI CORONARIA	100%	
2023	PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA	70%	
2023	PROGRAMA CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO	83%	

Fuente: Informe alta complejidad corte segundo trimestre 2023

El promedio de cumplimiento de las actividades que aplican según cronograma para este trimestre arroja un 84%, porcentaje por debajo de la meta establecida que era del 100%

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO 2do TRIMESTRE
Cumplimiento cronograma	Promedio de cumplimiento de actividades que aplican según cronograma vigencia 2023	100%	<b>84%</b>

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



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



8-7405030



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

Con corte al segundo trimestre de 2023, la líder de programas, adjunta informe del avance y evidencias por programa y especialidad. Los programas que dieron cumplimiento al total de las actividades programadas para este trimestre fueron: Rehabilitación pulmonar, Clínica de obesidad, Pie diabética, endocrinología pediátrica, Microcirugía, programa de donación de órganos y Uci coronaria.

Los programas que no cumplieron con la meta establecida para el trimestre fueron: Laboratorio de pruebas de función pulmonar con un 63%, Programa de rehabilitación cardiaca con un 70%, Programa clínica del dolor y cuidado paliativo con un 83%, Clínica de anticoagulación y hospital seguro con un 88%, para el caso del **Comité de Bioética no aportaron evidencias de las reuniones realizadas mensualmente como lo establece el artículo séptimo de la Resolución 336 de 2021. Por medio de la cual se crea Comité científica-consultivo de Bioética.**

27

Es importante tener en cuenta que dentro de los criterios de medición de las especialidades se estableció el siguiente indicador: (Porcentaje de cumplimiento Res 3100), el cual aplica a las siguientes especialidades: Microcirugía, endocrinología pediátrica y la UCI coronaria, **según la líder de programas esta información fue solicitada a la líder de habilitación quien debe generar certificación en donde se describa que para la prestación de estas especialidades no requieren estar habilitados, soporte que no fue suministrado, afectando el resultado de la medición de este indicador.**

## 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 2do TRIMESTRE	ESTADO
Implementación plan de trabajo BPE	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	100%	CUMPLE

Fuente: Plan Operativo Anual

Con corte a segundos trimestres de 2023, se observa que el proceso ajusto el plan de trabajo identificado con el código OADS-F-21, el cual fue notificado mediante oficio a la oficina de Planeación, se observa que se incluyó la recomendación de la Oficina de control interno relacionada con la contratación de la auditoria previa a la visita y se replantaron los tiempos de las acciones rezagadas del primer trimestre.

Según cronograma de trabajo se tiene programadas para el segundo trimestre 5 actividades las cuales cuentan con las respectivas evidencias, según se describe a continuación:

1. Realizar la contratación de servicios de asesoría, auditoria y acompañamiento durante la visita de certificación en BPE por parte de un ente externo. (Adjuntan contrato 525 de 2022)
2. Establecer y dar cumplimiento al programa de auto inspecciones a CAPM. Teniendo en cuenta el cronograma de auto inspecciones SF-CAMP-F-40 se observa que las auto inspecciones están programadas para el mes de junio. El proceso adjunta evidencias en la lista de verificación de auto inspecciones SF-CAMP-F-35 de fecha 06 de junio de 2023.



3. Capacitar y socializar la documentación de central de mezclas al personal que realice actividades dentro de la misma. Se programaron tres capacitaciones en el trimestre. Aportan evidencias de capacitaciones realizadas en el mes de abril, mayo y junio)

Con lo anterior se evidencia que para el segundo trimestre tenían programas 5 actividades, las cuales fueron realizadas en los tiempos establecidos.

### BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA.

28

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO 2do TRIMESTRE	ESTADO
Implementación plan de trabajo BPM	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	100%	CUMPLE

Fuente: Plan Operativo Anual

Al verificar el documento " Identificación y Seguimiento Plan de Trabajo" se observa que, con corte al segundo 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 segundo trimestre tenían programas 3 actividades de las cuales ejecutaron 3, dando cumplimiento a la meta del indicador que es del 90%, como se describe a continuación:

Actividad 11. Adquisición y uso de tubos colorimétricos para el proceso de validación de desempeño y proceso

Actividad 25. Calibración manómetros SAM y manifold, analizador oxígeno, monitor co y dp, flujo metros, mantenimiento SAM, manifold y redes (pruebas de hermeticidad y gases cruzados).

En cuanto a la actividad 30, relacionada con revisión y ajuste documental de los manuales, procedimientos, instructivos y formatos del SAM, a la fecha según la líder esta actividad se debe cumplir en los meses de junio a agosto de 2023.

### 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 IITRIMESTRE
Disminución % Quejas de trato	Número de Quejas de trato / Total de quejas del periodo	<15	100%
% 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	>=80%	100%
Cumplimiento del Programa de Humanización	Número de actividades ejecutadas / Total de Actividades programadas	>=80%	100%



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



8-7405030



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

Miembro de la  
Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES  
www.hospitalesporlasaludambiental.net





% Usuarios que recomiendan el HUSRT	Número de personas que recomendarían la HUSRT en Bueno / Total de pacientes encuestados *100	>=93%	100%
CUMPLIMIENTO DE AVANCE DEL TRIMESTRE	100	<b>ESTADO</b>	
		CUMPLE	

## ANÁLISIS DE INDICADORES

29

Para esta vigencia se realiza la evaluación de los siguientes indicadores.

- Disminución % Quejas de trato: Con corte al segundo trimestre de 2023, el proceso responsable presenta dentro de su evidencia, el informe: «INFORME EJECUTIVO PLAN OPERATIVO ANUAL SEGUNDO TRIMESTRE 2023 (ABRIL–MAYO–JUNIO)», 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: El indicador determina la forma de medición como (<15) y de acuerdo con los datos cargados:
  - ✓ abril 7
  - ✓ mayo 9
  - ✓ junio 7

Teniendo en cuenta esta información para el periodo evaluado se obtuvo un promedio de 7.6 con este promedio se da cumplimiento a este indicador en un 100% para este segundo trimestre de 2023.

- % Satisfacción con el servicio de la HUSRT (Calidad atención): el proceso aporta evidencias en carpeta «programa humanización» en la que se encuentra el «INFORME EJECUTIVO PLAN OPERATIVO ANUAL SEGUNDO TRIMESTRE 2023 y en el cual 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 adicionalmente se verifica esta información en el software Daruma, dando como resultado para el trimestre, lo siguiente:
  - ✓ Abril 96.67%,
  - ✓ Mayo 96,68 %
  - ✓ Junio se obtiene 97,32%.

De acuerdo con los datos de los tres meses de cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS, Buena y Muy Buena, se obtuvo resultado de 96,89% para el trimestre evaluado, dando cumplimiento a la meta del indicador para este segundo trimestre de 2023

- Cumplimiento del Programa de Humanización: Para este segundo trimestre de 2023 la líder del proceso presenta como evidencia de la ejecución de actividades programadas para el indicador, 1867 «Cumplimientos en la ejecución de actividades del programa de humanización». documentos que se encuentran en la carpeta «Programa de humanizacion». En esta carpeta se encuentra informe ejecutivo POA segundo trimestre 2023 y en el cual se describe las acciones ejecutadas para este periodo, respecto al indicador. de otra parte, el proceso aporta el plan de actividades del programa de humanizacion. Se verifico la información en el software Daruma y se obtuvo los siguientes datos para la evaluación del indicador:
  - ✓ Abril se programaron 6 actividades y se ejecutaron 6, equivalente al 100%
  - ✓ Mayo se programaron 9 actividades y se ejecutaron 8, equivalente al 88,89%
  - ✓ Junio se programaron 8 actividades y se ejecutaron 7, equivalente al 85,71%



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



8-7405030



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

De acuerdo con esta información y la evidencia aportada por el proceso, y de acuerdo con el nivel de ejecución de las actividades programadas, se cumple la meta del indicador en 100%, para este segundo trimestre de 2023.

- **% Usuarios que recomiendan el HUSRT:** Como evidencia para la evaluación del trimestre de esta vigencia, el proceso responsable, aporta la carpeta «Programa de humanización» en la que se encuentra el «INFORME EJECUTIVO POA SEGUNDO TRIMESTRE 2023 (abril – mayo – junio)», en el cual se describe las acciones realizadas para cumplir con la ejecución del indicador. Esta información se verificó en el software Daruma en el indicador 697: «Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos» allí se observa el cumplimiento, del 100 % en la ejecución de las actividades frente a la meta planteada para el segundo trimestre del presente año.

30

### RECOMENDACIÓN.

Teniendo en cuenta que el programa de humanización, alcanzo y supero las metas planteadas para cada indicador, sin embargo se debe tener en cuenta la importancias de utilizar los formatos asociados a su estructura documental, específicamente el «FORMATO DE SEGUIMIENTO PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN» GER-F-12, para registrar el seguimiento a las actividades del programa de humanización.

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

#### 3.1 ÍNDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE II 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
INTEGRIDAD	100%
TALENTO HUMANO	100%
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	100%
GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO	100%
GOBIERNO DIGITAL	0%
SEGURIDAD DIGITAL	100%
RACIONALIZACION DE TRAMITES	100%
DEFENSA JURIDICA	50%
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PUBLICA	100%



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



8-7405030



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

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES**  
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	100%
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA	100%
SERVICIO AL CIUDADANO	100%
FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACION DE PROCESO	100%
GESTIÓN DOCUMENTAL	100%
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN	100%
GESTION DE LA INFORMACION ESTADISTICA	100%
CONFLICTO DE INTERESES	100%
<b>RESULTADO CONSOLIDADO 2 TRIMESTRE 2023</b>	<b>91%</b>

Fuente: Informe Plan de Acción Planeación

Se evidencia un cumplimiento del 91% en el plan de acción del MIPG con corte a 30 de Junio 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: Talento humano, Integridad, planeación Institucional, Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto, fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, Política seguridad digital, política del servicio al ciudadano, política de racionalización de tramites , política participación ciudadana en la gestión pública , Seguimiento y evaluación al desempeño institucional, transparencia y acceso a la información pública, Gestión documental, Información y estadística, Gestión del conocimiento y la innovación , control Interno.

Las políticas que no cumplieron con la implementación del plan de acción del modelo de planeación integrado fueron: Gobierno digital y defensa jurídica.

### 3.2 PROGRAMA DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

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

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

32

CUMPLIMIENTO DEL PRIMER TRIMESTRE	100%	<b>ESTADO CUMPLE</b>
-----------------------------------	------	----------------------

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 segundo trimestre de 2023, y se ejecutaron las 4 actividades, la ejecución de estas acciones esta soportada en información aportada por el proceso en la carpeta «programa integración sistemas» con las evidencias presentadas se da cumplimiento al cronograma de actividades en un 100%. Tal como se muestra en la siguiente imagen.

Nº	ÁREA / SERVICIO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	AÑO 2023												Atendidos Programados	Atendidos Ejecutados	Atendidos Cumplidos	OBSERVACIONES					
				Jan	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic									
1	Planeación	Elaboración y Aprobación Programa PDA	Genoveva															1	1	100,0%	Elaboración de documento S-PG-01, se solicitará publicación en Decreto para el mes de mayo			
2	Desarrollo de Servicios - TI	Realizar el diagnóstico e implementación para zonas WiFi enzonados algunos servicios asistenciales y/o administrativos	Profesional Especialista en Redes (Andrés Ramírez)		1	1				1	1								3	2	66,7%	SE HABEA ENTREGADO EL EQUIPAMIENTO Y VALIDADO EN SU TIEMPO QUE OPERARON POR PERÍODO DE COMPROBACIÓN. Se realizó informe al Comité No. 412 de 2023. El contrato se avisa mesa con la contratación y ejecución de los trabajos. (Información/Plan de Trabajo_TIC16VIDENCIA52023TIC04SeguimientoActividad)		
3	Desarrollo de Servicios - TI	Verificar la viabilidad para la integración entre Servinte Clínico y una de las siguientes especialidades: Hemodinamia, Circeología(Ecografía), Cardiología (Electrocardiograma)	Profesional universitario especialista (Andrés Ramírez)			1	1				1	1								3	2	66,7%	Se realizó reunión con Proveedores Técnico electrónica, Arrendo, equipos para ver la viabilidad de integrar el Servinte Clínico con el Sistema de información Clínica, Operativo. Se elaboró y presentó informe requerido según la viabilidad y el flujo de trabajo. Se elaboró acta con los datos técnicos. (Información/Plan de Trabajo_TIC16VIDENCIA52023TIC04SeguimientoActividad)	
4	Desarrollo de Servicios - TI	Analizar la viabilidad de integrar la data de Servinte con un herramienta de reportes como Power BI, Google Analytics y/o herramientas BI/BS	Profesional Especialista en Redes (Genoveva Villalobos)											1						1	0	0,0%		
5	Desarrollo de Servicios - TI	Analizar la infraestructura de TI actual del Hospital y proyección de la actualización tecnológica que requiere.	Profesional Especialista en Redes (Genoveva Villalobos)		1	1														3	1	33,3%	Elaboración de documento PLAN DE RENOVACIÓN TECNOLÓGICA DE LA INFRAESTRUCTURA Y LAS CONEXIONES dentro de un estudio de la infraestructura actual, identificando las necesidades que se tienen en cuanto a conectividad, almacenamiento, respaldo.	
6	Desarrollo de Servicios - TI	Realizar servicio de soporte y mantenimiento más actualizaciones para SOFTWARE DE CONTROL FINANCIERO "SICOF" (monitoreo actual, migración a infraestructura en la nube que incluye administración de infraestructura, certificado de seguridad (backups) y hosting y restauración a punto en caso de la nube de ADO y si se requiere, bolsa de servicios profesionales del software "SICOF" hasta por 30 horas.	Profesional universitario especialista (Andrés Ramírez)																	1	1	100,0%	Se adicionó y modificó el contrato No. 335 de 2023, se realizó Negociación a la Mesa. El contrato cubre la migración del servidor de aplicaciones de la SICOF desde la UPOST al servidor de aplicaciones de la nube. (Información/Plan de Trabajo_TIC16VIDENCIA52023TIC04SeguimientoActividad)	
7	Desarrollo de Servicios - TI	Analizar el despliegue e implementación del sistema de información administrativo, financiero y contable así como la infraestructura de TI para el funcionamiento de la sede Planta Joséfa Camelinos LHR	Profesional Especialista en Redes (Genoveva Villalobos)																	2	0	0,0%		
8	Desarrollo de Servicios - TI	Realizar el mantenimiento preventivo de la Infraestructura de Red de Datos y Dispositivos de Conectividad	Profesional Especialista en Redes (Genoveva Villalobos)																	1	0	0,0%		
9	Gerencia	Aprobación de recursos para la ejecución de proyectos.	Genoveva																	1	1	100,0%	Se aprobó la Adición al Contrato No. 415 y 226 de 2023	
Total Acumulados																				22	8	36,4%		
% de Cumplimiento Mensual																							36,4%	
RESUMEN DE GESTIÓN TRIMESTRE				3er Trimestre			2do Trimestre			1er Trimestre			Año 2023			Año			ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN: BUENA: 80 - 100%, REGULAR: 60-80% DEPENDIENTE: 0-59					
P = Programado				E = Ejecutado			A = Aprobado			B = Burocracia			C = Cierre			D = Dependiente			E = Ejecutado					
				100			100			100			22			2700,0%								

Fuente: Informe Poa Sistemas

### DIAGNÓSTICO PARA INTEGRACIONES.

Este indicador tiene periodicidad anual para su evaluación.

### CUMPLIMIENTO PROYECTOS TI

**Indicador de cumplimiento de proyectos de TI** Como evidencia de cumplimiento a la meta, el proceso aportó como evidencia: «adición No.1 y modificadorio No. 1 al contrato de prestación de servicios No. 225 de 2023[...]»cuyo objeto es «Prestación de servicios de actualización y soporte del sistema de



información – nomina SICOF para la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja y bolsa de 30 horas de servicio de asistencia técnica si se requiere.» y pantallazos de correos en los que se se realizan las solicitudes, para la migración del servidor de aplicaciones de la BD ORACLE a LAPOINT. esta actividad se tenía programada para este trimestre en el plan de trabajo. Con la documentación aportada, se da cumplimiento a la meta del indicador de 38.1%. En la siguiente tabla se muestra el numero y descripción de proyectos priorizados para esta vigencia y el porcentaje de avance frente a la misma.

33

CÓDIGO	PROYECTO	PCT	OBSERVACIONES
PROY-01	Realizar el diagnóstico e implementación para zonas Wifi priorizando algunos servicios asistenciales y/o administrativos	66.7%	Se realiza levantamiento de información y viabilidad de las zonas que requieren wifi por parte del contratista ColombiaMas. Se realizó adición al Contrato No. 415 de 2023. El contratista envía mapa con la zonificación y ubicación de los router. \\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\Segundo 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)	66.7%	Se realiza Reunión con Proveedores Técnica electromedica, Amarey, bimedco, para ver la viabilidad de integrar Electrocardiograma (ECG) con el sistema de información Servinte, Enterprise. Se escala a Proveedor Agfa inquietudes sobre la modalidad y el flujo de trabajo, Se elaboró acta con los temas tratados. \\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\Segundo Trimestre\integración
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.	N/A	Se adelantan algunas actividades pero serán reportadas en el siguiente trimestre de acuerdo con cronograma.
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 TECNOLOGIAS 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.	100%	Se adiciona y modifica el contrato No. 225 de 2023, se realizó Migración a la Nube. El contratista realizó la migración del servidor de aplicaciones de la BD ORACLE a LAPOINT URL pública: <a href="https://hsrt.adacsc.co/nomina_hospital">https://hsrt.adacsc.co/nomina_hospital</a> \\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\Segundo Trimestre\Migración.
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	N/A	Se adelantan algunas actividades, pero serán reportadas en el siguiente trimestre de acuerdo con cronograma.
PROY-07	Realizar el mantenimiento preventivo de la Infraestructura de Red de Datos y Dispositivos de Conectividad	N/A	Se adelantan algunas actividades pero serán reportadas en el siguiente trimestre de acuerdo con cronograma.
TOTAL			38.1%

Fuente: Informe POA Sistemas



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



8-7405030



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

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 38.1%.

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 segundo trimestre con una ejecución del 100%

## RECOMENDACIÓN

Teniendo en cuenta que el programa integración del sistema de información, alcanzo y supero las metas planteadas para cada indicador, es necesario que continúe fortaleciendo las actividades de cada uno de estos, con el fin de mantener los niveles de cumplimiento

34

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE II 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	<b>META DEL INDICADOR</b>	<b>ESTADO</b>	
	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 segundo 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 segundo trimestre el 2023, el indicador tuvo tendencia estable, debido a que 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 con promedio 0,91

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

- En el mes de Abril se presentaron 5 mantenimientos correctivos y 4 mantenimientos predictivos según base de datos correspondiente al área y verificados en la plataforma digital HR CATCH, se



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



8-7405030



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

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES**  
www.hospitalesporlasaludambiental.net



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 Mayo se presentaron 4 mantenimientos correctivos y 5 mantenimientos predictivos según base de datos correspondiente al área y verificados en la plataforma digital HR CATCH, se realizaron rondas diarias para la verificación de los equipos en los servicios , presencial a los servicios para controlar el daño de los equipos en los servicios, hay que ser prudentes y realizarla bajo las más estrictas normas de bioseguridad, los mantenimientos correctivos son relacionados con personal del área, aunque se realizan mantenimientos de otras empresas no se deben tomar en cuenta debido a que es un externo.
- En el mes de junio se presentaron 2 mantenimientos correctivos y 3 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.

## RECOMENDACIÓN.

Teniendo en cuenta que el programa de gestión de tecnología y dotación hospitalaria, alcanzo y supero las metas planteadas para cada indicador, es necesario que continúe fortaleciendo las actividades de cada uno de estos, con el fin de mantener los niveles de cumplimiento.

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO II TRIMESTRE	ESTADO
Implementación plan de acción de SGA (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	$\geq 90\%$	96%	CUMPLE

Fuente: Informe Gestión Ambiental

Para el segundo trimestre, y de acuerdo con lo establecido en el plan de acción del sistema de gestión ambiental. Se programaron 48 actividades y ejecutaron 46.

A continuación, se muestra el número de actividades programadas y ejecutadas por mes.

- Abril 16 actividades y se ejecutaron 15
- mayo 14 Actividades y se ejecutaron 13
- junio 18 Actividades y se ejecutaron 18

El proceso aporta evidencias del cumplimiento en la ejecución de las actividades, en carpeta ISO: 14001, subcarpetas: ABRIL, MAYO, JUNIO; CAPACITACIONES; «PLAN DE TRABAJO SGA» OADS-F-10, INSPECCIONES EVIDENCIAS CAPACITACIONES-PLAN DE FORMACIÓN y GA-F-06 «MATRIZ DE



REQUISITOS LEGALES v14», se resalta que esta matriz se viene actualizando mes a mes de acuerdo con los requisitos establecidos por el ICONTEC.

Las actividades incumplidas es la de control de roedores, acción que se programa todos los meses del año; sin embargo, cabe resaltar que debido a que se realizaron cambios administrativos en cuanto al contrato de control de roedores, no se prestó el servicio en los meses de abril y mayo, por lo tanto, quedan como incumplimiento al plan de acción propuesto en el trimestre. Con las evidencias aportadas se observó una ejecución del 96% respecto al indicador para este segundo trimestre de 2023.

36

### RECOMENDACIÓN:

Se debe efectuar las acciones requeridas para dar cumplimiento a la actividad de «control de roedores» ya que esta no se ejecutó en los 5 primeros meses del año ( Enero, febrero, marzo, abril y mayo). Es importante que para la siguiente vigencia se subsane los inconvenientes contractuales, para poder llevar a cabo de forma ininterrumpida la actividad referente a control de roedores, 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 II TRIMESTRE	ESTADO
Implementación plan de acción de SST (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	99%	CUMPLE

Según el Plan de Trabajo Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo 2023, Se programaron para el segundo trimestre de esta vigencia 84 actividades y se ejecutaron 83, es decir que para este trimestre se cumplió en un 99% de la ejecución de las actividades programadas.

Los documentos soporte de la ejecución de estas actividades se encuentran anexas en la carpeta "ISO45001", . se debe precisar que no se dio cumplimiento a una actividad la cual se describe a continuación: Dentro del tema «Programa de Promoción y Prevención de enfermedades crónicas no transmisibles» para el mes de mayo se tenía programada la actividad denominada «Actividades de promoción y prevención por parte de EPS de las empresas contratistas.» dentro de la cual se tenía programada una caminata al Jardín botánico por parte de laboramos[...]» siendo esta una no conformidad en el cumplimiento en su plan de trabajo concertado y articulado con SST del HUSRT.

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO II 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 tomaron los siguientes indicadores:

### 1) IMPLEMENTACIÓN PLAN ESTRATÉGICO RESULTANTE DEL ANÁLISIS DEL CONTEXTO

Para el Segundo trimestre, se tenían programadas 3 actividades, las cuales se ejecutaron en su totalidad, y se discriminaron de la siguiente forma:

- Correspondiente al programa «MADRE CANGURO AMBULATORIO»
- Dos al programa «MADRE CANGURO INTRAHOSPITALARIO», dando como resultado el cumplimiento del indicador al 100%.

En la carpeta "2023 POA - PLANEACION ESTRAT PMC", 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 Segundo Trimestre.
- Carpeta de cada línea estratégica con evidencias de ejecución en este 2º trimestre de 2023.

### 2) CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORA EXTERNO ICONTEC

Dentro del plan de mejoramiento PA230-001 se tenían programadas para este segundo trimestre: 3 actividades y se ejecutaron las 3, generando el cierre al plan, cumpliendo la meta para el para el segundo trimestre al 100%.

El seguimiento a las evidencias del cumplimiento 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 II TRIMESTRE
Satisfacción del Personal en Formación Internado Docencia-Servicio	Número de estudiantes satisfechos / Total de estudiantes que diligenciaron la encuesta de evaluación del escenario de práctica	60%	100%
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%	100%



	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

38

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 segundo trimestre el proceso aplica para la evaluación de dos indicadores.

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

La responsable del proceso aportó evidencias de avance para este trimestre, las cuales se encuentran cargadas en la carpeta «Gestión Conocimiento», en la cual se encuentra: «INFORME INDICADORES PLAN OPERATIVO ANUAL segundo trimestre 2023.doc» además «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.

Se realiza la verificación de la información aportada, dando un cumplimiento del 100%.

### RESULTADOS DE APRENDIZAJE Y CAPACITACIÓN DOCENTE DOCENCIA-SERVICIO

Este indicador cuenta con dos fórmulas de evaluación:

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

Este indicador se evalúa de forma anual, no aplicando para la evaluación en este II trimestre de 2023

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

En cuanto al indicador «Número de temas revisados / Número de temas planteados en los syllabus de rotación».

El proceso aportó evidencias en carpeta «Gestión Conocimiento», en la que se encuentra adjunta, tabla de Excel resultados Documento nombrado: soporte encuestas calificación global y revisión de temas (según syllabus). Este documento relaciona las personas encuestadas, el mes de rotación, el servicio y la calificación global, con esta evidencia el proceso da cumplimiento a la meta el indicador para este periodo evaluado en un 100%.



## RECOMENDACIÓN.

El proceso presento «INFORME INDICADORES PLAN OPERATIVO ANUAL PRIMER SEMESTRE 2023» sin tener en cuenta que los informes y en general la documentación se debe presentar en el membrete correspondiente a la vigencia 2023, lo cual estaría materializando el siguiente riesgo: "Posibilidad de no conformidades por la utilización de formatos no autorizados por falta de adherencia a la norma fundamental" tal y como lo indica el Mapa Institucional de Procesos, el cual se encuentra publicado en la página web de la entidad. Afectando la imagen de la entidad.

39

### 3.8 FORTALECER LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN FRENTE AL DESPLIEGUE Y APLICACIÓN DEL ENFOQUE 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 segundo trimestre de la vigencia 2023 se priorizaron 30 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 30 actividades discriminadas por estándar

Teniendo en cuenta que en el primer trimestre quedo pendiente 3 actividades por ejecución, en este trimestre se verificó el cumplimiento de estas evidenciándose lo siguiente: En cuanto a la actualización de las políticas se encuentran aún en desarrollo, la política de seguridad del paciente fue actualizada, mediante la resolución 293 de 2023 y socializada en el segundo trimestre.

Con corte al segundo trimestre se tienen programadas 30 actividades, dando cumplimiento a 26,5 para un porcentaje de avance del 88,3%

Quedando pendiente y/o atrasadas una actividad de Direccionamiento, una del estándar de tecnología, una de información y en cuanto a la acción de gerencia que es (Revisar y actualizar política y manual de gestión del riesgo institucional) a la fecha de este seguimiento solo se encuentra actualizada la política de administración de riesgo.

ESTANDAR	TOTAL	PRIMER TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE	
		PROGRAMADAS	EJECUTADAS	PROGRAMADAS	EJECUTADAS
CLIENTE ASISTENCIAL	8	2	0	4	4
DIRECCIONAMIENTO	8	3	2	3	2
GERENCIA	4	0	0	1	0,5
TALENTO HUMANO	8	3	3	4	4
AMBIENTE FISICO	8	1	1	5	5
TECNOLOGIA	8	5	5	5	4
INFORMACION	8	0	0	6	5



<b>CALIDAD</b>	4	1	1	2	2
	56	15	12	30	26,5

Fuente: consolidado informe segundo 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 88,3%

40

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	Consolidado	ESTADO
			RESULTADO SEGUNDO TRIMESTRE	
Cumplimiento del plan de fortalecimiento de la mejora continua	Actividades ejecutadas / Actividades programadas	100%	88,3%	<b>NO CUMPLE</b>

## EVIDENCIAS SEGUIMIENTO

**ESTÁNDAR GERENCIA:** Actividad "Revisar y actualizar política y manual de gestión del riesgo institucional", consulta realizada Listado maestro documentos DARUMA, el 08 de agosto de 2023.



Fuente: Listado maestro documentos DARUMA

**ESTÁNDAR DE DIRECCIONAMIENTO:** Actividad POLÍTICAS ACTUALIZADAS Y DOCUMENTADAS, con la siguiente acción de mejoramiento: Actualizar y documentar políticas faltantes, actividad que **vencía en junio de 2023**, se evidencia que del total del inventario de políticas institucionales que son 17, a la fecha del seguimiento solo se han actualizado 4, se recomienda a los líderes de los ejes estratégicos Definir y fortalecer las políticas alineadas a la plataforma estratégica. Se adjunta inventario de la Políticas institucionales identificadas por la Oficina de planeación.

POLITICAS INSTITUCIONALES	
1	Política del modelo de prestación de servicios de salud
2	Política del programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF)
3	Política de Responsabilidad Social
4	Política de Seguridad del Paciente
5	Política de Administración del Riesgo
6	Política de Gestión de Documentos e Información



7	Políticas de Defensa Judicial
8	Política de Humanización del Servicio
9	Política Gerencial de Control y Vigilancia de los Contratos
10	Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales
11	Políticas de Seguridad y Privacidad de la Información
12	Política Editorial y esquema de Actualización del Sitio Web
13	Política del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Ambiental y se armoniza con el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad (S.O.G.C)
14	Política de Derechos de Autor
15	política de gestión integral y bienestar del talento humano
16	políticas de comunicación e información
17	política de gestión de comunicaciones y medios

41

Fuente: listado políticas institucionales suministrado Oficina Planeación

**ESTADAR INFORMACION:** Actividad "Socializar la Política General de Seguridad y Privacidad de la Información y Seguridad Digital a los colaboradores del HUSRT (muestra representativa o muestra estadística de la población objetivo)", A la fecha actividad se encuentra atrasada, ya que se debía realizar con corte abril de 2023, la evidencia suministra no es muestra representativa

### CONCLUSIONES:

Realizada la evaluación por parte de la oficina de control interno, el porcentaje del cumplimiento del POA para el segundo trimestre del 2023 corresponde al **95%**, los siguientes pilares o ejes del plan de desarrollo no cumplieron la meta para el II Trimestre 2023:

- FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO DE LA ENTIDAD. 55%
- PROGRAMA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LOS RECURSOS FINANCIEROS (PEGIF).85%
- PROGRAMA INTEGRALIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO 84%
- FORTALECER LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN FRENTE AL DESPLIEGUE Y APLICACIÓN DEL ENFFOQUE Y EXTENSIÓN A LOS CLIENTES INTERNO Y EXTERNO. 88%

### ALERTAS DE MEJORA

1. El seguimiento al Plan Operativo Anual se convierte en una herramienta de autoevaluación permanente con el fin de verificar las metas alcanzadas. Es importante que los líderes fortalezcan al interior de sus procesos el autocontrol, promoviendo la entrega oportuna y completa de la información como respaldo de la ejecución de las actividades.
2. Se recomienda 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. 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



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



8-7405030



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

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES**  
**VERDES y SALUDABLES**  
www.hospitalesporlasaludambiental.net



profesional de planeación para poder llegar a la meta establecida en los planes operativos anuales».

4. Las metas institucionales en caso de ser necesario se pueden modificar solicitando por escrito a la Oficina Asesora de Desarrollo y Servicios.
5. Se recomienda aportar evidencias debidamente diligenciadas, garantizando que sean legibles, completos, sin espacios en blanco, identificados y que proporcionen evidencia de la conformidad con los requisitos, así como la operación eficaz y efectiva del sistema de Gestión de Calidad , informes gerenciales con las respectivas firmas y verificaciones de los líderes de proceso.

42

Lo anterior dando cumplimiento al numeral 8.10 CONTROL DE REGISTROS de la Norma fundamental, "Un registro es todo aquel documento que suministra evidencia objetiva de las actividades ejecutadas en los procesos. Los registros pueden constituirse en formatos diligenciados, entre otros. Para garantizar que los registros del Sistema de Gestión de Calidad sean fácilmente identificables, y apropiadamente dispuestos, deben cumplirse los lineamientos descritos por el proceso interno de gestión Control de Registros CA-PR-08 Control de Registros."

#### **ORIGINAL FIRMADO**

**DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ**

Asesora de Control Interno

E.S.E. Hospital Universitario San Rafael Tunja

Anexa: Carpeta evidencias Actividades

Proyecto: Claudia Sáenz, Gustavo Molano, Liliana Rodríguez, Laura Gracia.  
Profesionales O.A.C.I

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