

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

III TRIMESTRE DE 2023

1

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

Tunja, noviembre de 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



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 modificadorio 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

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



1. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

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

Se tiene establecido PROGRAMA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LOS RECURSOS FINANCIEROS (PEGIF) Versión: 004, 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 garantizará la gestión de los recursos que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la entidad.

4

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3er TRIMESTRE
Crecimiento UVR	$(\text{UVR acumulada periodo actual} / \text{UVR acumulada periodo anterior}) - 1$	>1,8%	94%
% 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	-
Gasto de personal por UVR producida	Gasto de personal (de planta + remuneración servicios técnicos) / Número de UVR producidas	<= al periodo vigencia anterior	-
Equilibrio con reconocimiento total	Total reconocimiento / Total gasto comprometido	>1	-
Equilibrio con recaudo total	Total recaudo / Total gasto comprometido	>1	-
Oportunidad en la respuesta de glosa inicial	Total facturas con glosa que cuentan con respuesta oportuna / Total de facturas notificadas con glosa inicial en la vigencia	>90%	100%



Participación de la Glosa inicial y devoluciones pendientes en el total de la cartera	Total de glosas pendientes de conciliar entre las partes + Devoluciones pendientes de reconocimiento de pago / Total Cartera	<=30%	100%
Aceptación de Glosa de la vigencia	Valor de Glosa neta final aceptada de la vigencia / Facturado en la vigencia	<4%	100%
Cumplimiento en pago de vigencias anteriores	Total de pagos de cuentas por pagar de vigencias anteriores / Total cuentas por pagar vigencias anteriores	100%	-
Superávit o Déficit presupuestal	Total ingreso reconocido - Total gasto comprometido	>1	-
Cálculo del índice de Riesgo	Superávit o Déficit operacional Total / Ingresos operacionales totales recaudados	>=0,00	100%
Cumplimiento Recaudo de cartera	Total recaudado en la vigencia / Total meta de recaudo definida para la vigencia en Plan Financiero	>=95%	100%
Cumplimiento del artículo 22 "Cobro Persuasivo" de la Resolución 072 de 2020 Manual Interno de recaudo de Cartera	Total Informes trimestrales presentados / Total Informes presentados exigibles	100%	100%
INDICADOR RESULTADO	Total Indicadores que Superan la Meta / Total Indicadores del Programa por Vigencia	>=90%	100%
PROMEDIO TRIMESTRAL			92%

5

ANÁLISIS DE INDICADORES

CRECIMIENTO UVR:

El resultado del indicador arrojó un 1,7% y la meta es >1,8%, por tanto, se denota un incremento en la productividad de los servicios con respecto a los trimestres anteriores y al mismo periodo de la vigencia anterior. Sin embargo, **no se cumple** con la meta establecida por el proceso

El resultado de este indicador en DARUMA difiere del presentado en la matriz, Se requiere hacer los ajustes pertinentes. Como evidencia del indicador se verifico el enlace:

\\HSRTUNCLU\Estadísticas\Estadísticas\Estadísticas_2023\Decreto_2193_2023.

- **% INCREMENTO EN LA UTILIZACIÓN DE QUIRÓFANO:**

En el trimestre julio – septiembre, se analiza el resultado del indicador teniendo en cuenta la herramienta DARUMA su valor acumulado en el trimestre corresponde a -12,37 y el valor promedio es de -4,12% lo que significa que **no cumple** la meta, observando una mejor utilización de la capacidad instalada que permite incrementar la oportunidad en el mes de septiembre (7,53%).

La evidencia aportada no tiene el resultado actualizado al tercer trimestre.



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



8-7405030



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

- CUMPLIMIENTO EN LA FACTURACIÓN NETA DE LA VIGENCIA:

De acuerdo con el resultado de la herramienta POA arroja un porcentaje del 99% razón por la que **cumple** la meta para el presente trimestre.

Sin embargo, al comparar el resultado del indicador con la meta establecida en Daruma del 100%, **no se cumple**

El auditor reitera que el indicador en DARUMA contiene otra fórmula para el cálculo, se recomienda ajustar el indicador en DARUMA

Es importante que el proceso continúe cumpliendo con la facturación de los servicios prestados.

- IDENTIFICACIÓN E INTERVENCIÓN DE HALLAZGOS EN AUDITORIA PRE-RADICACIÓN:

El resultado del indicador formulado determina que se identificaron hallazgos de auditoria pre-radición y que se les hizo Intervención al 100%, por lo tanto, **cumple** con la meta de $\geq 80\%$

El profesional, observa que el indicador en DARUMA contiene otra fórmula para el cálculo, se recomienda ajustar el indicador en DARUMA y tener mayor articulación.

Respecto al denominador del indicador en DARUMA describe que es el formato F-F-15 HALLAZGOS AUDITORIA MEDICA PREFACTURACION, formato que no existe en DARUMA, en tanto el formato utilizado es el F-F-17 CONTROL DE EVIDENCIAS POR FACTURA REVISADA, es importante ajustar en DARUMA estas inconsistencias. Se anexa imagen la información básica y de captura de la ficha técnica del indicador.

1435

IDENTIFICACIÓN E INTERVENCIÓN DE HALLAZGOS EN
 AUDITORIA PRE RADICACIÓN
 REPORTE ESPECÍFICO DE INDICADOR
 2023-11-21 11:12



INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo: Proceso de Apoyo
 Índice: 1435
 Versión: 001
 F. Aprobación: 12 de junio de 2023
 Estado: Activo
 Descripción: FUENTE DE NUMERADOR: ACTA DE REUNION CA-F-18
 FUENTE DE DENOMINADOR: F-F-15 HALLAZGOS AUDITORIA MEDICA PREFACTURACION
 ESTANDAR META: $\geq 100\%$
 Equipo: Facturación
 Participantes del equipo: Clara Milena Niño Castillo - Administrador
 Jorge Armando Figueredo Malagon - Administrador
 Jimmy Alfonso Escamga Castro - Alimentador

INFORMACIÓN DE CAPTURA

Es de tendencia positiva: SI NO
 Usa numerador y denominador: SI NO
 Descripción del numerador: INCONSISTENCIAS INTERVENIDAS
 Descripción del denominador: SOBRE TOTAL DE INCONSISTENCIAS HALLADAS
 Es de meta variable: No
 Meta nominal: 100,00 Porcentaje
 Meta mínima: 100,00 Porcentaje
 Meta máxima: 100,00 Porcentaje
 Frecuencia de medición: 1 Mes(es)
 Referencia de medición: diciembre 00
 Fórmula: $R[(DEN)] = 0 \text{ ?result} = 0.001, \text{ else result} = ([NUM] / [DEN]) * 100;$
 Nivel de alimentación: 1

Fuente: software Daruma

- UTILIZACIÓN DE LA CAPACIDAD INSTALADA:

El líder del proceso indica que el promedio de ocupación para el tercer trimestre es del 137%, de acuerdo con el enlace \\HSRTUNCLU\Estadísticas\Estadísticas\Estadísticas_2023\Decreto_2193_2023 por tanto **cumple** evidenciando sobreocupación.

- INGRESO RECONOCIDO POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD POR UVR:

El resultado del indicador es de 12% dando cumplimiento a la meta establecida > 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, este indicador pasa a ser de periodo anual, sin embargo, no quedó referenciado en el acta de fecha 01/06/2023, entre planeación y financiera. Se propone dejar soporte del cambio de periodo. En el cuarto trimestre se debe presentar informe del total del año.

El proceso señala que el gasto obligado por UVR producida en el trimestre es de 7.990 y el año anterior fue de 8.907, razón por la cual **cumple** la meta para el tercer trimestre. Este indicador se evalúa en forma confiable en el seguimiento del cuarto trimestre donde se determinan los totales de los gastos de funcionamiento, de operación comercial y prestación de servicios.

- EQUILIBRIO CON RECONOCIMIENTO TOTAL

No Aplica para este trimestre, teniendo en cuenta acta de planeación de fecha 01 de junio donde se modifica la periodicidad pasando a ser anual.

Sin embargo, en la medición parcial del presente trimestre la meta **no se cumple**, permanecen los gastos mayores a la productividad. La evidencia enviada no está actualizada al mes de septiembre.

- EQUILIBRIO CON RECAUDO TOTAL:

No Aplica para este trimestre, teniendo en cuenta acta de planeación de fecha 01 de junio donde se modifica la periodicidad pasando a ser anual.

Sin embargo, en la medición parcial del presente trimestre la meta **no se cumple**, permanecen los gastos comprometidos mayores al recaudo en un 25%, es importante que se revisen las fórmulas y las metas en DARUMA

- OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DE GLOSA INICIAL:

Como evidencia el proceso aporta el indicador 1340 en DARUMA, con un resultado de 99,83%, esto indica que continúan 88 facturas recibidas de las EAPB con notificación de glosa que no fueron respondidas en el tercer trimestre.

Sin embargo, de acuerdo con la meta >90% en la presente matriz cumple al reflejar un resultado del 100% de la meta propuesta del 3o. trimestre. La meta no corresponde con Daruma.

- PARTICIPACIÓN DE LA GLOSA INICIAL Y DEVOLUCIONES PENDIENTES EN EL TOTAL DE LA CARTERA:

El proceso adjunto como evidencia el indicador 1338 en DARUMA y refleja un resultado del 10% por la tanto cumple con la meta <=30%.

7



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



8-7405030



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

- **ACEPTACIÓN DE GLOSA DE LA VIGENCIA:**

El resultado del indicador es: 0,79%, en la matriz se diligenció 0,081%.

De acuerdo con los componentes del indicador de DARUMA y los indicadores por el proceso en la observación para el tercer trimestre el resultado de 0,79% por lo tanto cumple la meta <4%

- **CUMPLIMIENTO EN PAGO DE VIGENCIAS ANTERIORES:**

No Aplica para este trimestre, de acuerdo con acta de planeación donde se modifica la periodicidad. Sin embargo, en el avance se puede observar cumplimiento del 99% con corte al tercer trimestre, lo cual es favorable para la medición al finalizar la vigencia.

- **SUPERÁVIT O DÉFICIT PRESUPUESTAL:**

No Aplica para este trimestre, teniendo en cuenta acta de planeación de fecha 01 de junio donde se modifica la periodicidad pasando a ser anual.

- **CÁLCULO DEL ÍNDICE DE RIESGO:**

La evidencia aportada es el indicador 1463 de DARUMA, en donde se reporta un superávit que representa el 2,55% siendo este mayor a la meta de $\geq 0,00$ por lo tanto cumple con la meta.

La evidencia aportada no está actualizada al mes de septiembre.

- **CUMPLIMIENTO DE RECAUDO DE CARTERA:**

El líder del proceso aporta como evidencia el indicador 1463 de DARUMA, con un resultado 118,59% siendo este mayor a la meta de $\geq 95\%$ por lo tanto cumple con la meta.

No coincide la información reportada en esta matriz con la de DARUMA.

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

Se verificó el informe pormenorizado de gestión de cobro persuasivo del trimestre Julio a septiembre de 2023, que incluye los cobros por concepto de 50% de giro directo y los cobros de actas de conciliación de glosas.

Se debe actualizar el indicador debido a que la resolución 072 de 2020 fue derogada con la resolución 196 de 2021 y el artículo 22 con la nueva resolución corresponde al artículo 23.

- **INDICADOR RESULTADO**

CUMPLIMIENTO III TRIMESTRE	III Trimestre del 2023	ESTADO
	92%	CUMPLE

El área financiera propone como meta un resultado mayor o igual 90% para el año 2023, El avance del III trimestre en PEGIF corresponde al 92%.

Para el tercer trimestre mediante acta de planeación de fecha 01/06/2023 se modifica la periodicidad de los indicadores de gastos por UVR producida, 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 recomienda la articulación de la formula, cálculo, periodicidad y resultado de los indicadores de PEGIF entre: DARUMA, Evidencia aportada para el seguimiento, Observaciones y datos consignados en la matriz de seguimiento.
Lo anterior debido a que el seguimiento de evaluación de POA para este programa no encuentra con un control ya que hay desigualdad entre los criterios de formulación y resultado en cada uno de los documentos, lo que genera incertidumbre.
- ✓ Teniendo en cuenta que se replantearon indicadores del PEGIF con respecto a la periodicidad, es importante programar mesa de trabajo entre control interno y planeación con el fin de verificar la forma de medición anual consolidada y las metas de los indicadores modificados durante la vigencia 2023.

9

Los indicadores a los que se les replanteo el periodo son los siguientes:

INDICADOR	FORMULA	PERIODICIDAD INICIAL	PERIODICIDAD ACTUAL	No. INDICADOR
Gasto por UVR producida	Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios / Número de UVR producidas	TRIMESTRAL	ANUAL	1455
Gasto de personal por UVR producida	Gasto de personal (de planta + remuneración servicios técnicos) / Número de UVR producidas	TRIMESTRAL	ANUAL	1456
Equilibrio con reconocimiento total	Total reconocimiento / Total gasto comprometido	TRIMESTRAL	ANUAL	1457
Equilibrio con recaudo total	Total recaudo / Total gasto comprometido	TRIMESTRAL	ANUAL	608
Cumplimiento en pago de vigencias anteriores	Total de pagos de cuentas por pagar de vigencias anteriores / Total cuentas por pagar vigencias anteriores	TRIMESTRAL	ANUAL	1460
Superávit o Déficit presupuestal	Total ingreso reconocido - Total gasto comprometido	TRIMESTRAL	ANUAL	1461

- ✓ Indicador: Identificación e Intervención de Hallazgos en Auditoria pre-radicación. Este indicador requiere de establecer un control, debido a que los responsables son los mismos que determinan las inconsistencias intervenidas y el total de inconsistencias halladas. Lo anterior basado en el procedimiento F-PR-15 AUDITORIA ADMINISTRATIVA, en la actividad 5 señalando el formato F-F-17 "CONTROL DE EVIDENCIAS POR FACTURA REVISADA" para realizar esta acción y el formato F-F-13 (Devolución de auditoria administrativa) que no existe en DARUMA. Se recomienda ajustar el procedimiento.
- ✓ 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.



- ✓ 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
- ✓ Dado que el programa de gestión institucional de los recursos Financieros (PEGIF) tiene una meta del 90% para el año 2023 y de acuerdo con el resultado del avance al corte del tercer trimestre de 2023 se encuentran algunos **indicadores críticos** los cuales requieren especial atención y son los siguientes:
 - Crecimiento UVR: El comportamiento de los tres primeros trimestres ha fluctuado entre 0.98, -2.55 y 1.7 sin alcanzar en ninguno de los tres trimestres la meta de >1,8 establecida por el proceso.
 - % Incremento en la utilización de Quirófano: la meta planteada es ≥ 0 Al ser la medición trimestral se observa que, sumado por trimestre, en ninguno de los tres trimestres cumple la meta, como se muestra a continuación:

10

Valores capturados

	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep
2023	8,54	-6,32	-3,92	1,03	4,26	-13,33	-13,86	-6,04	7,53

Notas: Unidad de medición: Porcentaje

Lo anterior indica que no se superado la utilización de quirófano con respecto al año 2022

1.2 PROGRAMA GESTIÓN DE SISTEMA DE COSTOS.

Se tiene establecido Programa Gestión de Sistema de Costos identificado con Código AF-PG-02 Versión: 004, 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.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO 3er TRIMESTRE
Seguimiento trimestral al comportamiento de los centros de costos	Total, informes trimestrales de costos evaluados / Total trimestres de la vigencia	100%	100%
Seguimiento de Costos de Paquetes Institucionales	Actividades Ejecutadas del Cronograma / Actividades Planeadas en Cronograma	100%	100%
Seguimiento de Costos a Servicios y Especialidades	Actividades Ejecutadas del Cronograma / Actividades Planeadas en Cronograma	100%	100%

CUMPLIMIENTO PRIMER TRIMESTRE	100%	ESTADO
		CUMPLE

ANÁLISIS DE INDICADORES

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 como evidencia el informe trimestral del tercer trimestre de 2023, por lo tanto, se da cumplimiento a la meta del indicador.

Es importante la observación hecha para el tercer trimestre con respecto a que el informe de costos es remitido a las áreas responsables para su revisión y análisis, debido a que lo convierte en una herramienta útil a los procesos y a la administración para la toma de decisiones. Al auditor sugiere aportar la evidencia de la socialización y/o comunicación del informe a las áreas para el último trimestre del año.

11

- SEGUIMIENTO DE COSTOS DE PAQUETES INSTITUCIONALES:

De 20 actividades planeadas en el cronograma se cumplieron 8 actividades, sin embargo, el avance está supeditado a la demanda de los paquetes en los servicios asistenciales durante el trimestre por esta razón de las actividades programadas no se realizaron 12 actividades que se relacionan en el informe aportado como evidencia.

Por lo anterior se da cumplimiento al indicador durante el tercer trimestre y se recomienda que para el próximo trimestre se termine con lo establecido en el cronograma

- SEGUIMIENTO DE COSTOS A SERVICIOS Y ESPECIALIDADES

El proceso realizó 14 actividades de las 14 programadas para el tercer trimestre y adicionalmente realizó seguimiento de costos a otros servicios y especialidades adicionales a las programadas para el tercer trimestre. Por lo anterior se da cumplimiento al indicador

Es importante aportar la evidencia del análisis del comité semanal, para constatar que los análisis a los costos se socializan y sirven de herramienta para toma de decisiones.

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 III TRIMESTRE
Línea base del programa de prevención de daño antijurídico HUSRT	Definición línea base del programa de prevención de Daño Antijurídico	100%	100%
Cumplimiento actividades del programa de gestión del riesgo y prevención de daño antijurídico contenidas en el manual de daño antijurídico	# Actividades ejecutadas del Programa de Gestión del Riesgo y prevención de daño antijurídico / # Actividades programadas del Programa de Gestión del Riesgo y prevención de daño antijurídico	60%	50%
Medición del impacto de adherencia a guías, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de la línea base del	Informe jurídico que contendrá recomendaciones, cuando sea el caso, respecto del impacto de la adherencia o no a guías, con relación a los tres servicios mayormente involucrados en procesos judiciales, conforme a la línea base del programa	100%	100%



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



8-7405030



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

programa			
Medición del impacto de la gestión de eventos adversos, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de línea base del programa	Informe jurídico que contendrá recomendaciones, cuando sea el caso, respecto del impacto de la gestión de los eventos adversos, en relación con los tres servicios mayormente involucrados en procesos judiciales, conforme a la línea base del programa	100%	100%

CUMPLIMIENTO DE AVANCE PRIMER TRIMESTRE	88%	ESTADO
		NO CUMPLE

Este programa busca la mejora y fortalecimiento en los procesos administrativos y asistenciales, que incluyan la eficacia y eficiencia en los mismos minimizando el daño antijurídico. Fortaleciendo la gestión del riesgo y prevención del daño antijurídico de la entidad a través del diseño, socialización e implementación el programa prevención del daño antijurídico de la entidad, a continuación, relacionaremos los indicadores propuestos y el cumplimiento para el tercer trimestre:

- [INDICADOR 1 LÍNEA BASE DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DAÑO ANTIJURÍDICO HUSRT](#)

Se observa que el proceso acato la recomendación y realizó corrección del formato CÓDIGO OAJ-F-188. A su vez se verifico que el Manual de Prevención de daño antijurídico se encuentra aprobado en la plataforma Daruma.

- [INDICADOR 2 CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE DAÑO ANTIJURÍDICO CONTENIDAS EN EL MANUAL DE DAÑO ANTIJURÍDICO.](#)

El Área Jurídica, ha manifestado que el cumplimiento del cronograma aprobado por el comité de conciliación no ha podido cumplirse, ya que las actividades propuestas incluyen socialización a las diferentes dependencias y debido a la necesidad del servicio, no pudo implementarse. Así las cosas, la nueva metodología que será presentada al comité de Conciliación para su aprobación, esto incluye, diapositivas, y actividades que no afecten las labores de los procesos involucrados, la expectativa es que estas nuevas acciones permitan medir el despliegue y generar resultado, para el indicador propuesto.

- [MEDICIÓN DEL IMPACTO DE ADHERENCIA A GUÍAS, EN RELACIÓN CON LOS SERVICIOS MAYORMENTE INVOLUCRADOS, CONFORME A LA VARIACIÓN DE LA LÍNEA BASE DEL PROGRAMA.](#)

Una vez aportada la evidencia por parte del proceso se observa que se da cumplimiento de la actividad propuesta para el desarrollo del indicador se entrega informe Medición del Impacto de Adherencia a Guías con recomendaciones a los procesos involucrados.

- 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.

Se evidencia cumplimiento de la actividad, se pudo comprobar a través de lo aportado por el equipo, trabajo con los procesos la socialización y gestión de eventos adversos, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la lo planteado en la línea base del programa.

13

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al proceso generar actividades que permitan dar desarrollo y evidenciar el despliegue de la línea base del programa de prevención de daño antijurídico, dando aplicabilidad a las formulas contenidas en el programa.
- Se recomienda fortalecer comunicación con el Comité de Conciliación de la entidad con el fin de generar un efecto transversal que permita proponer tareas en la prevención de daño antijurídico de la entidad.
- Se recomienda dar total cumplimiento al plan de acción generado al Manual de Daño Antijurídico, puesto que esta herramienta se pretende dar operatividad a la prevención de daño antijurídico según lo establecido en el manual y en el programa posibilitando la ejecución de estrategias y coordinación de esfuerzos con las partes y autoridades relevantes.

1.4 PROGRAMA DE ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA

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

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

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



ANÁLISIS DE INDICADORES

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

14

CUMPLIMIENTO DE OBRA (CONSTRUCCIÓN):

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

CUMPLIMIENTO DE OBRA (ADECUACIÓN)

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

PORCENTAJE AVANCE DE OBRA (MEJORAMIENTO)

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

ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO

Con corte al tercer trimestre de 2023, el líder del proceso aportó como evidencia, informe «POA TERCER TRIMESTRE 2023» en el que se muestran las actividades de mantenimientos correctivos, ejecutadas en el periodo evaluado y soportadas en el formato MAN-F-22 «reporte de solicitudes de actividades de mantenimiento correctivos y asistenciales», que el proceso anexo como evidencia de su ejecución contiene los siguientes datos:

- julio: programados 209, ejecutados 209
- agosto: programados 222, ejecutados 222
- septiembre: programados 143. Ejecutados 143

Con la ejecución del total de los mantenimientos correctivos programados en cada mes, se da cumplimiento a la meta del indicador para este tercer trimestre.

ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

El líder del proceso aportó como evidencia, informe «POA TERCER TRIMESTRE 2023» en el que se muestran las solicitudes de mantenimientos preventivos, ejecutadas en el periodo evaluado y soportadas en el documento «plan de mantenimiento hospitalario» que el proceso anexo como evidencia de su ejecución y que contiene los siguientes datos:

- Julio: solicitados 32 mantenimientos, ejecutados 32 (100%)
- Agosto: solicitados 93 mantenimientos, ejecutados 93 (100%)
- Septiembre: solicitados 24 mantenimientos, ejecutados 24 (100%)



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



8-7405030



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

Con la ejecución del total de las solicitudes de mantenimiento preventivo, en cada mes, se da cumplimiento a la meta del indicador para este tercer trimestre.

RECOMENDACIÓN

Se debe presentar dentro del informe ejecutivo, un análisis a la gestión para cada uno de los indicadores, y anexar evidencias para los mismos.

15

1.5 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 III 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%	N/A
% Asistencia del plan de capacitación institucional personal de planta	Número de trabajadores de planta participantes en las actividades de capacitación programadas en el período / Número total de trabajadores de planta programados	>=70%	N/A
% de cumplimiento actividades de capacitación	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	>=90%	NA



% 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%	N/A
% de cumplimiento actividades de bienestar	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	90%	N/A
Situaciones Administrativas	Total situaciones administrativas atendidas en términos / Total situaciones administrativas recibidas o a gestionar en el período	90%	N/A
Cumplimiento estrategia construyendo en familia para trabajar con el alma	Número de colaboradores asistentes a los procesos formativos / Total de colaboradores que confirmen participación	30%	N/A
CUMPLIMIENTO TERCER TRIMESTRE	100%	ESTADO	
		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)

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»



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



8-7405030



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

%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.»

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

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

17

% ASISTENCIA DEL PLAN DE CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL PERSONAL DE PLANTA

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 semestralmente, para este corte no se presentó avances respecto a las actividades planteadas en el indicador.»

% DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN

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

%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

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 semestralmente, para este corte no se presentó avances respecto a las actividades planteadas en el indicador.»

% DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE BIENESTAR

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

SITUACIONES ADMINISTRATIVAS

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 semestralmente, para este corte no se presentó avances respecto a las actividades planteadas en el indicador.»



CUMPLIMIENTO ESTRATEGIA CONSTRUYENDO EN FAMILIA PARA TRABAJAR CON EL ALMA

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

RECOMENDACIÓN

Teniendo en cuenta que el proceso de gestión de talento humano, para este trimestre no presento avance de actividades, ya que sus indicadores son de medición semestral y anual, se insta al proceso a continuar con el desarrollo de las actividades de cada uno de los indicadores y así dar cumplimiento a las metas en el próximo trimestre.

18

2. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

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

ANÁLISIS DEL INDICADOR

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

GESTIÓN CLÍNICA – HOSPITALIZACIÓN

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	TERCER TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio tercer trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
ACCESIBILIDAD	1748	24	Tiempo promedio de espera para asignación de cama en hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	100	Medido	100	35,67	No Cumple la Meta	No Apropriado	0	91,25
OPORTUNIDAD	1693	24	Oportunidad en la realización de las interconsultas por especialistas en el servicio de internación	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	100	Medido	100	6,87	En Metas	Apropiado	100	
PERTINENCIA	1730	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	100	Medido	100	89,00%	En Metas	Apropiado	100	
SEGURIDAD	935	4	Índice de pacientes hospitalizados que desarrollan Úlceras por Presión	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	100	Medido	100	1,37	En Metas	Apropiado	100	
CONTINUIDAD	955	10	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días, consolidado	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	100	Medido	100	2,61	En Metas	Apropiado	100	
GESTIÓN DEL RIESGO	1553	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consolidado	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	100	Medido	100	96,91%	En Metas	Apropiado	100	
SATISFACCIÓN	1714	80%	Tasa de Satisfacción en Hospitalización (SIAU)	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	100	Medido	100	98,72%	En Metas	Apropiado	100	
HUMANIZACIÓN	1721	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Hospitalización (Humanización)	GESTIÓN CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN	Parametrizado	100	Medido	100	98,61%	En Metas	Apropiado	100	



GESTIÓN QUIRÚRGICA

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado		Indicador en Medición y Reporte		TERCER TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN		Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio tercer trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
					Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	Indicador en Medición y Reporte	Indicador en Medición y Reporte			Indicador en Medición y Reporte	Indicador en Medición y Reporte				
ACCESIBILIDAD	78	5%	Proporción de cancelación de cirugía por causa institucional	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	100	Medido	100	1,13%	En Metas	Apropiado	100	100	100	100	100
OPORTUNIDAD	1	35	Oportunidad en la realización de cirugía programada	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	100	Medido	100	33,47	En Metas	Apropiado	100				
PERTINENCIA	1731	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías de gestión quirúrgica	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	100	Medido	100	88,00%	En Metas	Apropiado	100				
SEGURIDAD	1408	80%	Porcentaje de adherencia a la buena práctica de cirugía segura	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	100	Medido	100	95,83%	En Metas	Apropiado	100				
CONTINUIDAD	1727	10	Tasa de Reingresos en el paciente quirúrgico a hospitalización antes de 15 días	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	100	Medido	100	2,40	En Metas	Apropiado	100				
GESTIÓN DEL RIESGO	337	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Sala de Cirugía	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	100	Medido	100	97,92%	En Metas	Apropiado	100				
SATISFACCIÓN	1715	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Salas de Cirugía (SIAU)	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	100	Medido	100	98,15%	En Metas	Apropiado	100				
HUMANIZACIÓN	1741	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Salas de Cirugía (Humanización)	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Parametrizado	100	Medido	100	95,83%	En Metas	Apropiado	100				

19

URGENCIAS

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado		Indicador en Medición y Reporte		TERCER TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN		Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio tercer trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
					Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	Indicador en Medición y Reporte	Indicador en Medición y Reporte			Indicador en Medición y Reporte	Indicador en Medición y Reporte				
ACCESIBILIDAD	707	30	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	16,96	En Metas	Apropiado	100	100	100	100	100
OPORTUNIDAD	1692	10	Oportunidad en la realización de las interconsultas por especialistas en el servicio de urgencias	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	5,20	En Metas	Apropiado	100				
PERTINENCIA	1733	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en el servicio de Urgencias	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	88,02%	En Metas	Apropiado	100				
SEGURIDAD	1706	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de urgencias	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100				
CONTINUIDAD	612	1%	Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas, Urgencias Adultos	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	0,26%	En Metas	Apropiado	100				
GESTIÓN DEL RIESGO	251	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Urgencias	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	90,38%	En Metas	Apropiado	100				
SATISFACCIÓN	1716	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Urgencias (SIAU)	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	94,67%	En Metas	Apropiado	100				
HUMANIZACIÓN	1722	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Urgencias (Humanización)	URGENCIAS	Parametrizado	100	Medido	100	84,72%	En Metas	Apropiado	100				

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado		Indicador en Medición y Reporte		TERCER TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN		Cumplimiento parametrización	Cumplimiento Medición	Promedio tercer trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
					Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	Indicador en Medición y Reporte	Indicador en Medición y Reporte			Indicador en Medición y Reporte	Indicador en Medición y Reporte				
ACCESIBILIDAD	1774	30%	Accesibilidad a UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	29,40%	En Metas	Apropiado	100	100	100	87,5	91,25
OPORTUNIDAD	1738	2	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	3,51	No Cumple la Meta	No Apropiado	0				
PERTINENCIA	1728	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	91,00%	En Metas	Apropiado	100				
SEGURIDAD	1707	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de UCI adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	96,88%	En Metas	Apropiado	100				
CONTINUIDAD	1739	7%	Proporción de reingresos a UCI Adultos antes de 72 horas por la misma causa	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	0,16%	En Metas	Apropiado	100				
GESTIÓN DEL RIESGO	254	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	98,97%	En Metas	Apropiado	100				
SATISFACCIÓN	1717	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Adultos (SIAU)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100				
HUMANIZACIÓN	1725	80%	Adherencia al buen trato en la UCI Adultos (Humanización)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	Parametrizado	100	Medido	100	95,83%	En Metas	Apropiado	100				

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	TERCER TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Cumplimiento parametrización	Cumplimiento o Medición	Promedio tercer trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
ACCESIBILIDAD	1775	40%	Accesibilidad a UCI Pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	Medido	100	14,37%	En Metas	Apropiado	100	100	100
OPORTUNIDAD	1777	160	Oportunidad al ingreso al servicio de UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	Medido	100	83,76	En Metas	Apropiado	100		
PERTINENCIA	1729	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	Medido	100	99,00%	En Metas	Apropiado	100		
SEGURIDAD	1708	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	Medido	100	100%	En Metas	Apropiado	100		
CONTINUIDAD	1737	10%	Reingresos a UCI Pediátrica antes de 72 horas por la misma causa	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	Medido	100	0	En Metas	Apropiado	100		
GESTIÓN DEL RIESGO	44	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI pediátrica	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	Medido	100	98,68%	En Metas	Apropiado	100		
SATISFACCIÓN	1718	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Pediátrica (SIJU)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100		
HUMANIZACIÓN	1724	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de UCI Pediátrica (Humanización)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	Parametrizado	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100		

20

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	TERCER TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Cumplimiento parametrización	Cumplimiento o Medición	Promedio tercer trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
ACCESIBILIDAD	1776	70%	Accesibilidad a UCI Neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	Medido	100	56,28%	En Metas	Apropiado	100	100	100
OPORTUNIDAD	1703	2	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas en UCI Neonatal al Servicio de Urgencias	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	Medido	100	1,24	En Metas	Apropiado	100		
PERTINENCIA	1732	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	Medido	100	90,00%	En Metas	Apropiado	100		
SEGURIDAD	1709	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de UCI neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100		
CONTINUIDAD	1259	65%	Proporción de captación inicial al PMC ambulatorio, Hospitalización	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	Medido	100	75,44%	En Metas	Apropiado	100		
GESTIÓN DEL RIESGO	259	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI neonatal	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100		
SATISFACCIÓN	1719	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Neonatal (SIJU)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	Medido	100	99,29%	En Metas	Apropiado	100		
HUMANIZACIÓN	1723	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de UCI Neonatal (Humanización)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	Parametrizado	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100		

CONSULTA EXTERNA

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	Indicador parametrizado	Indicador en Medición y Reporte	TERCER TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	APROPIACIÓN	Cumplimiento parametrización	Cumplimiento o Medición	Promedio tercer trimestre	CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO EN EL PROCESO
ACCESIBILIDAD	1742	25	Proporción de llamadas contestadas en asignación de citas médicas	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	Medido	100	34,93	En Metas	Apropiado	100	87,5	91,25
OPORTUNIDAD	1743	15	Oportunidad en la asignación de citas en consulta externa consolidado	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	Medido	100	4,93	En Metas	Apropiado	100		
PERTINENCIA	1744	85%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	Medido	100	83,00%	No Cumple la Meta	No Apropiado	0		
SEGURIDAD	1745	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en Consulta Externa y Servicios de Apoyo	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	Medido	100	100,00%	En Metas	Apropiado	100		
CONTINUIDAD	1262	10%	Proporción de retraso inicial al ingreso al PMC ambulatorio, Hospitalización	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	Medido	100	7,14%	En Metas	Apropiado	100		
GESTIÓN DEL RIESGO	263	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	Medido	100	93,30%	En Metas	Apropiado	100		
SATISFACCIÓN	1746	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (SIJU)	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	Medido	100	94,17%	En Metas	Apropiado	100		
HUMANIZACIÓN	1747	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (Humanización)	CONSULTA EXTERNA	Parametrizado	Medido	100	95,83%	En Metas	Apropiado	100		



A continuación, se describen los indicadores que no cumplieron con las metas en el tercer 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
OPORTUNIDAD	1738	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	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 tercer trimestre 2023

21

El indicador Tiempo promedio de espera para asignación de cama en hospitalización, cuya meta es: Menor a 24 horas, obtuvo para este trimestre un Resultado: 35.67 horas (no cumple meta), de acuerdo al análisis realizado por la líder de programas indica que el dato se encuentra con tendencia decreciente respecto al trimestre anterior dato que puede estar relacionado con el aumento en giro cama en el servicio de hospitalización, Adicionalmente la limitación para acceder a una cama en hospitalización puede estar sujeta a que varios pacientes de los que acceden a nuestros servicios no requieren de la complejidad del hospital generando falta de acceso a pacientes que si lo requieren.

Como complemento se informa que ya se encuentra en proceso de ejecución la nueva torre de urgencias la cual contara con gran capacidad instalada para solventar la problemática que se tiene con respecto a acceder a una cama de hospitalización en menos de 24 horas posterior a la orden médica.

El indicador Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos cuya meta: Menor a 2 horas obtuvo para este trimestre un Resultado: 3.51 horas (no cumple meta), sin embargo, para este trimestre se observa una tendencia creciente respecto al trimestre anterior, lo que evidencia que los planes de mejora a corto y a mediano plazo han dado resultados.

Por otro lado, se realiza ajuste de meta de este indicador enfocado a medir accesibilidad el cual hace referencia a que solo el 30% de las remisiones comentadas a la unidad (dato emitido por la oficina de referencia y contra referencia) se pueden negar.

El indicador Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en consulta externa. Cuya meta es: Mayor al 85% obtuvo un resultado para este trimestre 83% (no cumple meta)

El resultado del indicador muestra el porcentaje de adherencia a guías de práctica clínica del proceso de consulta externa en el cual se mide la guía de: hipertensión arterial (medicina interna), insuficiencia cardiaca (cardiología), clínica de obesidad (endocrinología), hipotiroidismo (endocrinología); realizando una evaluación a 150 Historias Clínicas, de las cuales las 124,5 cumplieron con adecuado diligenciamiento, obteniendo un porcentaje de cumplimiento de adherencia al diligenciamiento de HCL del 83%, porcentaje que no cumple con el estándar meta del 85%.

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.



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



8-7405030



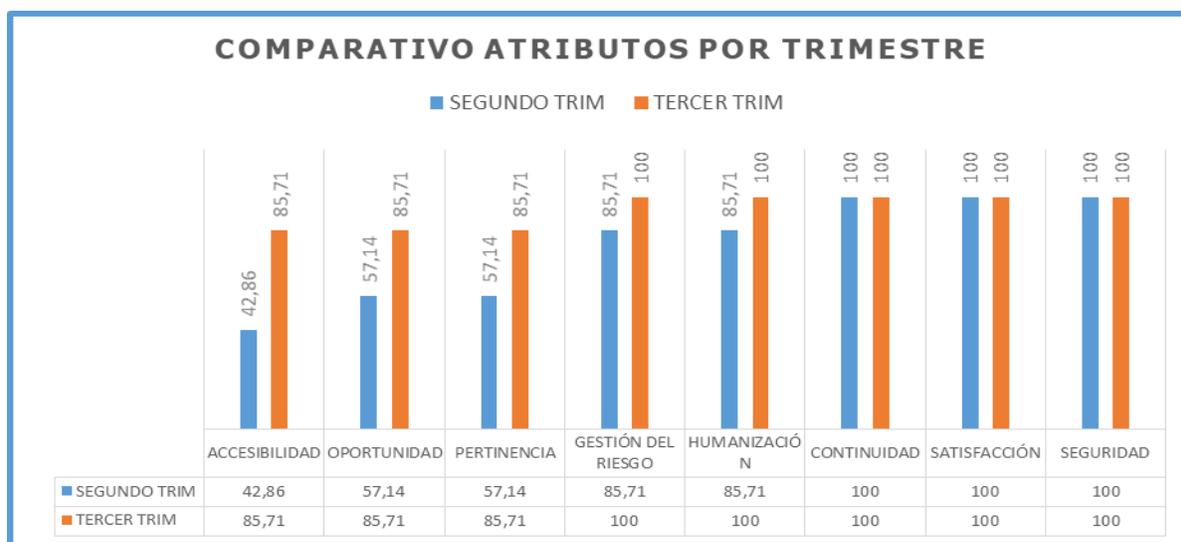
www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

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	SEGUNDO TRIM	TERCER TRIM
ACCESIBILIDAD	42,86	85,71
OPORTUNIDAD	57,14	85,71
PERTINENCIA	57,14	85,71
GESTIÓN DEL RIESGO	85,71	100
HUMANIZACIÓN	85,71	100
CONTINUIDAD	100	100
SATISFACCIÓN	100	100
SEGURIDAD	100	100

Fuente: Consolidado modelo de atención tercer trimestre 2023

22



Fuente: Consolidado modelo de atención tercer trimestre

Al realizar un comparativo de los atributos por trimestre, se evidencia incrementos significativos del segundo trimestre al tercero, en los atributos de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, gestión del riesgo y humanización, por otro lado, para el caso de continuidad, satisfacción y seguridad se mantiene con un porcentaje del 100%

Para el tercer trimestre del 2023 se da cumplimiento a la meta trimestral del programa estratégico Modelo atención, obteniendo un resultado del 95%. Superior a la meta establecida que es del 70%

FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO SEGUNDO TRIMESTRE	ESTADO
Promedio de cumplimiento de indicadores del modelo	70%	95%	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 3 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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE III 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%	NA

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%

Con corte al tercer trimestre del 2023, el programa adjunta base de datos CA-F-77 Reporte y gestión de eventos, consolidado de indicadores por proceso, soportes que permiten evidenciar un cumplimiento del

trimestre del 100%, sin embargo, se evidencio que, en el proceso de gestión quirúrgica, no se gestionaron la totalidad de eventos los cuales corresponden al mes de septiembre; obteniendo un porcentaje en el trimestre del 93%.

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.

24

El proceso misional que obtuvo la mayor calificación fue la Unidad cuidados pediátrico y Gestión clínica con un 100% de cumplimiento en los ítems evaluados, y el proceso con menor porcentaje de cumplimiento en los ítems evaluados fue el servicio de urgencias con un 78% y por ende incumplimiento al indicador, no se observa plan de acción en DARUMA, ya que el incumplimiento es reiterativo

El consolidado total del indicador para el segundo trimestre es de un 93% porcentaje que cumple con la meta establecida que es del $\geq 80\%$

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 se cumplieron en el periodo según cronograma / Total de ítems evaluado en el periodo

El Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas para este trimestre da como resultado un 86%, porcentaje que da cumplimiento a la meta establecida que es del $\geq 80\%$

Se observa que los procesos Uci pediátrica con 78% y Apoyo de servicios de salud con 56% incumplen la meta del indicador. Se recomienda establecer compromisos de cumplimiento con estos procesos.

En cuanto a la medición del indicador **Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente** Indicador de periodicidad semestral, por tal razón para este periodo no se evalúa

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
Proyecto	Indicador: porcentaje de implementación (avance según cronograma)	X	X	X	X	100%	80%	80%
	Indicador: porcentaje de operación (según cronograma)	X	X	X	X	100%		
Programa	Indicador: Diagnóstico situacional	X	X	X	X	100%	80%	
	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%		
Especialidad	Indicador: Diagnóstico situacional y justificación	X	X	X	X	100%	80%	
	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 III TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO GLOBAL VIGENCIA 2023
2023	REHABILITACION PULMONAR	100%	93%
2023	CLINICA DE OBESIDAD	100%	
2023	PIE DIABETICO	100%	
2023	CLINICA DE ANTICUAGULACION	100%	
2023	HOSPITAL SEGURO CONTRA LA TROMBOSIS	100%	
2023	LABORATORIO DE PRUEBAS DE FUNCION PULMONAR	100%	
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	100%	
2023	PROGRAMA CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO	100%	

Fuente: Informe alta complejidad corte tercer trimestre 2023

El promedio de cumplimiento de las actividades que aplican según cronograma para este trimestre arroja un 92%, porcentaje por debajo de la meta establecida que era del 100%

26

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO TERCER TRIMESTRE
Cumplimiento cronograma	Promedio de cumplimiento de actividades que aplican según cronograma vigencia 2023	100%	92%

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

Con corte al tercer 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, Laboratorio de pruebas de función pulmonar, Programa de rehabilitación cardiaca, Programa clínica del dolor y cuidado paliativo, Clínica de anticoagulación y hospital seguro.

En cuanto al Comité de bioética, el incumplimiento es reiterativo ya que no aportaron evidencias de las reuniones realizadas mensualmente como lo establecido en el artículo séptimo de la Resolución 336 de 2021.

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

BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN

Con corte a terceros trimestres de 2023, Se evidencia oficio de fecha 03 de septiembre de 2023, dirigida al referente de planeación y cuyo asunto era: Ajuste al POA de la Central de adecuación y preparación de medicamentos en la cual relatan que debido a dificultades ajenas a la gestión de la farmacia para lograr la certificación en BPE, no ha sido posible lograr una adecuada adherencia al plan operativo.

Se observa que el proceso dentro de su replanteamiento estableció la siguiente actividad para este trimestre: "Capacitar y socializar la documentación de central de mezclas al personal que realice actividades dentro de la misma", las actividades que se tenían contempladas para el tercer trimestre fueron reprogramadas para el cuarto trimestre teniendo en cuenta la ya programada visita por parte del INVIMA al proceso de BPM programada para el mes de octubre de 2023.

Como soportes del cumplimiento de esta actividad el líder, aporta capacitaciones en: Manejo de no conformes, Divulgación del procedimiento C-PR-25 MANEJO DE SALIDAS NO CONFORMES, con su respectiva evaluación de adherencia



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



8-7405030



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

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

Fuente: Plan Operativo Anual

BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA.

27

Con corte a tercer trimestre de 2023, el proceso tiene programadas 8 actividades, de las cuales aporta los soportes de la totalidad de actividades

Se evidenció que el proceso revisó y actualizó toda la documentación, la cual fue socializada y evaluada su adherencia; adicionalmente se observó cumplimiento a la auditoria interna por un externo y el cargue del respectivo plan de mejoramiento.

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

Fuente: Plan Operativo Anual

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 III TRIMESTRE
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%
% 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	ESTADO CUMPLE	



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



8-7405030



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

ANÁLISIS DE INDICADORES

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

- DISMINUCIÓN % QUEJAS DE TRATO:

Con corte al tercer trimestre de 2023, el proceso responsable presenta dentro de su evidencia, el documento: «INFORME EJECUTIVO POA JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2023», 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 para cada mes se observó lo siguiente:

- ✓ Abril 5
- ✓ Mayo 5
- ✓ Junio 11

Teniendo en cuenta esta información para el periodo evaluado se obtuvo un promedio de 6.55 con el cual se da cumplimiento a este indicador en un 100% para este tercer trimestre de 2023.

- % SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO DE LA HUSRT (CALIDAD ATENCIÓN)

El proceso presento evidencias en carpeta «programa humanización» en la que se encuentra el «INFORME EJECUTIVO POA JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 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:

- ✓ Julio 96.95%,
- ✓ Agosto 99.70 %
- ✓ Septiembre 97.58%

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 promedio de 98.07%, dando cumplimiento a la meta del indicador para este tercer trimestre de 2023

- CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN:

La líder del proceso presenta como evidencia de la ejecución del indicador, 1867 «Cumplimientos en la ejecución de actividades del programa de humanización», documentos que se encuentran en la carpeta «Programa de humanización». Esta contiene el «INFORME EJECUTIVO POA JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2023» en el cual se describe las acciones ejecutadas para este trimestre, respecto al indicador.

De otra parte, el proceso aporta el plan de actividades del programa de humanización, se verifico la información en el software Daruma y se obtuvo los siguientes datos para su evaluación:

- ✓ Abril se programaron 7 actividades y se ejecutaron 7, equivalente al 100%
- ✓ Mayo se programaron 8 actividades y se ejecutaron 8, equivalente al 100%
- ✓ Junio se programaron 8 actividades y se ejecutaron 8, equivalente al 100%



De acuerdo con esta información, la evidencia aportada por el proceso, y el nivel de ejecución de las actividades programadas, se cumple la meta en 100%

- % USUARIOS QUE RECOMIENDAN EL HUSRT:

El proceso presenta como evidencia la carpeta «Programa de humanización» y en esta se encuentra el «INFORME EJECUTIVO POA JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2023» donde se muestran los datos del indicador 697 «Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos», esta información se verifica en el software, dando como resultado lo siguiente:

Julio: el 96.07% de los entrevistados recomendaría la IPS a familiares y amigos

Agosto: el 97.76%

Septiembre: el 97.38%

Es decir que, para este tercer trimestre de 2023, se obtuvo como promedio 97.86% logrando la meta del indicador

RECOMENDACIÓN.

Teniendo en cuenta que el programa de humanización, logro las metas planteadas para cada indicador, se debe tener en cuenta por parte del área, la importancia de utilizar los formatos asociados a su estructura documental.

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	NO APLICA
RACIONALIZACION DE TRAMITES	NO APLICA
DEFENSA JURIDICA	NO APLICA



PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA	100%
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	100%
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA	100%
SERVICIO AL CIUDADANO	60%
GESTIÓN DOCUMENTAL	70%
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN	NO APLICA
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA	NO APLICA
RESULTADO CONSOLIDADO III TRIMESTRE 2023	93%

Fuente: Informe Plan de Acción Planeación

30

Para este ítem se pretende Implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión a través de la fórmula medición y desempeño de las actividades ejecutadas plan de acción MIPG / Actividades programadas, esta información fue corroborada a través del informe de MIPG, consolidado por el área de planeación de la entidad, a través del análisis se pudo constatar que:

Se realiza análisis de informe al cumplimiento MIPG con corte al 30 de septiembre de 2023, Integridad, Talento humano, Planeación Institucional, Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto, Gobierno Digital, Racionalización de trámites, Defensa jurídica, Participación ciudadana en la gestión pública, Seguimiento y evaluación del desempeño institucional, Transparencia y acceso a la información pública, Servicio al ciudadano, Gestión documental, Gestión del conocimiento y la innovación, Gestión de la información estadística

Una vez verificada la evidencia aportada por cada uno de las políticas, la cual es consolidada en el informe MIPG, por el área de planeación, la oficina asesora de Control Interno pudo observar lo siguiente:

RECOMENDACIONES

- En la Dimensión 3 correspondiente "Gestión con valores para resultados" Política: Fortalecimiento Organizacional - Gestión de calidad: se constató que la resolución 371 de 2023 correspondiente a la metodología de macro comités fue aprobada y publicada, sin embargo, se debe hacer corrección de la resolución en la página web de la entidad, ya que se encuentra con inconsistencia, adicionalmente es importante verificar el cumplimiento de esta y realizar las capacitaciones necesarias en lo referente a módulo actas del software daruma a los diferentes secretarios que conforma los comités de la entidad.



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



- En la Dimensión 5 Política Gestión Documental se evidencia uso de versión inadecuada del formato GD-F-05, y el formato GD-F-29 se encuentra sin codificación, a su vez no se evidencio formato de disposición final de Gestión ambiental GD-F-04, GA-F-34, GD-F-24.
- En cuanto a la ventanilla única de radicación se hace observación a lo referente a la aplicabilidad de las etapas propuestas para el funcionamiento de la ventilla estas son la etapa 1 que comprende difusión, etapa 2 canales internos de comunicación, etapa 3 ciudadanía, y finalmente implementación, no se aportaron evidencias que puedan constatar el cumplimiento de estas etapas.
- Se recomienda el uso de formatos actualizados en las versiones vigentes, a su vez aportar evidencias con el correcto requisito de los mismos.

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	≥ 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	$\geq 80\%$	100%

CUMPLIMIENTO DEL PRIMER TRIMESTRE	100%	ESTADO
		CUMPLE

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

CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

En el informe presentado por el proceso, se observa que programaron 6 actividades para este tercer trimestre de 2023, y se ejecutaron las 6 actividades y están soportada en la carpeta «programa integración sistemas», con las evidencias presentadas se da cumplimiento al cronograma de actividades. Tal como se muestra en la siguiente imagen.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		HOSPITAL San Rafael									
IDENTIFICACION Y SEGUIMIENTO PLAN DE TRABAJO		Fecha: 10/01/2023									
AREA / SERVICIO: GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN											
AÑO 2023											
P = Programado E = Ejecutado											
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	Julio			Agosto			Actividades Programadas	Actividades Ejecutadas	% de Cumplimiento Anual	OBSERVACIONES
		P	E	P	E	P	E				
Realizar el diagnóstico e implementación para zonas Wifi priorizando algunos servicios asistenciales y/o administrativos	Profesional Especializada (Andrés Ramírez)				1	1		1	1	100,0%	El contrato Colombia Mar.Tc. Realizó la instalación, montaje y derivación de cables en sala de servidores, además de la instalación de los SI Access Point Wifi en las diferentes áreas. Realizó la instalación y configuración de la central de voz en las salas de espera y sala de administración de la zona de UCI. Validación del contrato de servicio. Se tiene adjunto informe de instalación: "Informe de instalación de WIFI-FIB HUBERT Sin MAC.e.d" y se elabora en acta de la reunión de cada una de las áreas: Distribución de Access Point de área.
Analizar la viabilidad de integrar la data de Servinte con una herramienta de reportes como: Power BI, Google Analytics y/o herramientas libres	Profesional Especializada (Carolina Velazquez)				1	1		1	1	100,0%	En la reunión se revisa con el personal de Orión del sistema de información. Se revisa el sistema. Se hace un estudio de la viabilidad de obtener la herramienta de Business Intelligence (BI) para la integración. Sin embargo, en nuestra última reunión se resolvió que no se tiene acceso a esta herramienta de BI, por lo tanto, se evaluará la posibilidad de su integración con nuestro sistema de información. Se adjunta acta de reunión: "Acta de Reunión y Seguimiento Orión Tunja 25/09/2023.e.d" y el contrato de servicio de BI.
Analizar la Infraestructura de TI actual del Hospital y proyección de la actualización tecnológica que requiere.	Profesional Especializada (Mayerly Quiroga)			1	1			1	1	100,0%	Se realiza informe del Análisis de Infraestructura de TI de acuerdo a reuniones con contratista y personal de TI. Se revisa la necesidad de actualizar el hardware y software de TI. Se adjunta informe de Infraestructura "FORME-Infraestructura 2023.e.d" acta de reunión de renovación de infraestructura: "01 Acta TIC GERENCIA 02/02/2023.e.d" "02 Acta Gerencia TIC Gestiona Continuidad 23/02/2023.e.d" y renovación de renovación de infraestructura: "VALOR PROPUESTA DE INFRAESTRUCTURA v.e.d" "HUBERT-PROPUESTA DE INFRAESTRUCTURA v.e.d" "Presentación Plan Continuidad del Hospital v.e.d" Informe de renovación de infraestructura y FETI con la Gerencia: "FETI DIAGNOSTICO- INFRAESTRUCTURA TIC.e.d" "Disanetcon TI con la Gerencia e.d" y el contrato de servicio de TI.
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 María Josefa Canelones UMI	Profesional Especializada (Mayerly Quiroga)		1	1				1	1	100,0%	Se han adelantado reuniones con la gerencia administrativa, al servicio de encargas del área de mantenimiento y el contrato UMI-SANRAFAEL, donde se han manifestado las necesidades en cuanto a recursos tecnológicos para la UMI, hasta el momento no se ha recibido una evaluación definitiva de las opciones de hardware, software y demás elementos que permitan calcular de manera acertada el costo de adquisición, instalación, configuración, mantenimiento, operación, Tablet, correo electrónico, sistema de comunicaciones unificado entre otros. Sin embargo, dentro de la ejecución inicial de renovación tecnológica se contemplaron las necesidades para una cantidad de equipos de cómputo que se recibirán en la UMI. Esta información será contemplada en el informe de disanetcon de infraestructura y FETI con la Gerencia. Se adjuntan disanetcon infraestructura y FETI con la Gerencia a Gerencia "DIAGNOSTICO- INFRAESTRUCTURA TIC.e.d" "Disanetcon TI con la Gerencia e.d" "DIAGNOSTICO PLAN RENOVACION TIC 2.e.d" y el contrato de servicio de TI. y el contrato de renovación de infraestructura.
Aprobación de recursos para la ejecución de proyectos	Gerencia			1	1	1		2	2	100,0%	Adición al contrato No. 415 de ampliación de conectividad inalámbrica e instalación de Access Point de generación. Aprobación de presupuesto y firma de contrato mantenimiento de hardware centralizado. Se adjunta ADICION OTI- UMI e FETI- ACTA- INICIO- RESUMEN FETI e.d y el contrato de renovación de infraestructura.
Total Actividades			2	2	2	2		6	6		
% de Cumplimiento Mensual			100	100	100			100,0%			100,0%
RESUMEN DE GESTIÓN TRIMESTRE		3er. Trimestre			AÑO		ESTANDARES DE EVALUACION: BUENA: 80 - 100%, REGULAR: 60-80% DEFICIENTE: 0-59				
P = Programado		6			100		100,0%				
E = Ejecutado		6			6		100,0%				

32

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.

El proceso aporta como evidencia la carpeta «Programa Integración SI» y la subcarpeta «POA 2023pdf» allí se encuentra el informe «PROGRAMA DE GESTIÓN DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN». En el cual se describe cada uno de los 6 proyectos programados dentro de la vigencia, así como su avance en el tercer trimestre de 2023. alcanzando la meta. A continuación, se muestran las actividades realizadas y su porcentaje de ejecución.

CÓDIGO	PROYECTO	PCT	OBSERVACIONES
PROY-01	Realizar el diagnóstico e implementación para zonas Wifi priorizando algunos servicios asistenciales y/o administrativos	100%	"El contratista Colombia Mas Tv, Realizó la instalación, montaje y despliegue del cableado en cada piso, además realizó instalación de los 58 Access Point Wifi 6 en las diferentes áreas, realizó instalación y configuración de la controladora en el datacenter principal para la gestión y administración de la red wifi, Validación del portal cautivo. Se tiene adjunta informe de instalación: "Informe de instalación red WI-Fi 6 HUSRT Sin MACs.pdf" y los planos en autocad de los Access Point en cada una de las áreas: Distribución de Access Point.dwg \\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\III
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, Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.cotratados . \\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\Segundo Trimestre\integración Para el III Trimestre no había actividades programadas, los avances realizados serán reportados para el próximo trimestre.
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.	100%	"En las reuniones previas con el proveedor Osigu del sistema de información Servinte Clinical Suite, se ha explorado la posibilidad de obtener la herramienta de Business Intelligence (BI) para su integración. Sin embargo, en nuestra última reunión, el proveedor nos informó que la herramienta de BI aún se encuentra en proceso de desarrollo. Por lo tanto, hasta que no tengamos acceso a esta herramienta de BI, no podremos evaluar la viabilidad de su integración con nuestro sistema de información. Se adjunta acta de reunión: ""Acta de Reunión y Seguimiento Osigu Tunja 25092023.pdf"" \\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\III TRIM\Evidencias BI"
PROY-04	Analizar la Infraestructura de TI actual del Hospital y proyección de la actualización tecnológica que requiere.	66.7%	"Se realiza informe del Análisis de Infraestructura de TI, de acuerdo a reuniones con contratistas e Ingenieros de TI. Se proyecta las necesidades tecnológicas requeridas por el hospital. Se adjuntan: informe de infraestructura ""INFORME_Infraestructura2023.pdf"", actas de reunión para renovación de infraestructura; ""01_Acta_TIC_GEXTERRA_03082023.pdf"", ""03_Acta_Gerencia_TIC_Gexterra_Contingencia_23082023.pdf"", propuestas de renovación de infraestructura; ""VALOR PROPUESTA DE INFRAESTRUCTURA v2.pdf"", ""HUSRT-PROPUESTA DE INFRAESTRUCTURA_.pdf"", ""Propuesta Plan Continuidad del Negocio.pptx.pdf"", informe diagnóstico de infraestructura y PETI enviado a gerencia; ""PETI_DIAGNOSTICO_INFRAESTRUCTURA_TIC.pdf"", ""DiagnosticoTI_enviadoGerencia.pdf"" \\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\III TRIM\5. Evidencia Infraestructura TI"

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: https://hsrt.adacsc.co/nomina_hospital \\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 María Josefa Canelones UMI	50%	Se han adelantado reuniones con subgerencia administrativa, el arquitecto encargado del área de mantenimiento y el consorcio UMI-SANRAFAEL, donde se han manifestado las necesidades en cuanto a recursos tecnológicos para la UMI, hasta el momento no se ha recibido una proyección definitiva de los servicios habilitados, áreas, usuarios y demás elementos que permitan calcular de manera aproximada puntos de red de datos/voz, inalámbrico, equipos de cómputo, impresoras, escáner, Tablet, correos electrónicos, sistema de comunicaciones unificadas entre otros. Sin embargo, dentro de la proyección inicial de renovación tecnológica se contemplaron los servidores para una cantidad de usuarios equivalentes a los servicios que se trasladaran a la UMI. Esta información está contemplada en el informe de diagnóstico Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co de infraestructura y PETI enviado a gerencia. Se adjuntan: diagnóstico infraestructura y PETI enviado a gerencia ""DIAGNOSTICO_INFRAESTRUCTURA_TIC.pdf"", ""DiagnosticoTI_enviadoGerencia.pdf"", ""DIAGNOSTICO_PLAN_RENOVACION_TIC_v2.pdf2 \\hsrtunclu\Plan de Trabajo_Tic\EVIDENCIAS\2023\POA\IIITRIM\7.Evidencia Infraestructura UMI"
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			69%

Fuente: Informe POA Sistemas

En la anterior tabla se muestran los proyectos priorizados para la vigencia con el avance correspondiente y un porcentaje de avance del indicador frente a la meta anual del 69%.

De acuerdo con los resultados obtenidos en cada uno de los indicadores y basados en la evidencia presentada, el proceso cumple con la meta



RECOMENDACIÓN

Es necesario que el proceso continúe fortaleciendo las actividades de cada uno de estos, con el fin de mantener los niveles de cumplimiento

3.3 PROGRAMA DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA.

35

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

En cuanto a este proceso se busca fortalecer la tecnología según la capacidad instalada que permita mantener los más altos estándares en servicios a través del programa de gestión tecnológica y dotación hospitalaria, una vez analizada la evidencia aportada para medición del indicador se pudo constatar que:

INDICADOR 1 GESTIÓN TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

El presente indicador se encuentra en término, ya que la medición del indicador es anual.

INDICADOR 2 GESTIÓN DE DOTACIÓN HOSPITALARIA

Se encuentra en término, ya que la medición del indicador es anual.

INDICADOR 3 DISMINUCIÓN DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS IMPLEMENTANDO LAS LISTAS DE CHEQUEO DIARIAS

Se pudo constatar que al verificar el Informe programa de renovación tecnológica, modernización de Infraestructura, dotación y mantenimiento hospitalario el indicador planteado es mayor o igual 0,5, al confrontar los informes y el indicador en la plataforma Daruma, se está dando cumplimiento al indicador propuesto.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al proceso recopilar las actas del Comité donde se evidencie la gestión adelantada, correspondiente a la fórmula Número de equipos gestionados sobre Número de equipos aprobados.



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



- Se recomienda al proceso recopilar las actas del Comité donde se evidencie la gestión adelantada, correspondiente a la fórmula Número de dotaciones hospitalarias gestionados sobre Número de dotaciones aprobadas.

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO III TRIMESTRE	ESTADO
Implementación plan de acción de SGA (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	>=90%	100%	CUMPLE

36

Fuente: Informe Gestión Ambiental

Según lo establecido en el plan de acción del sistema de gestión ambiental, para este tercer trimestre de 2023 se programaron 53 actividades y se ejecutaron las 53

El proceso aporta evidencias del cumplimiento en la ejecución de las actividades, en carpeta «ISO: 14001, subcarpetas: julio, agosto y septiembre; plan de capacitaciones»; «GA-F-06» matriz de requisitos legales, esta matriz se viene actualizando mes a mes de acuerdo con los requisitos establecidos por el ICONTEC; «GA-F-48» plan de trabajo SGA; informe tercer trimestre poa y tablero de zonificación.

Con las evidencias aportadas se observó una ejecución del 100% para el tercer trimestre de 2023.

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

- Julio 17 actividades y se ejecutaron 17
- Agosto 14 Actividades y se ejecutaron 18
- Septiembre 18 Actividades y se ejecutaron 18

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, en el cierre de la presente vigencia, se tomen las medidas pertinentes para que en el siguiente año, se subsane los inconvenientes contractuales y así poder llevar a cabo de forma ininterrumpida la actividad referente a control de roedores.

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO III TRIMESTRE	ESTADO
Implementación plan de acción de SST (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	96%	CUMPLE

La líder del proceso aporta evidencias en la carpeta ISO 45001, y de acuerdo con el plan de trabajo de gestión de SST, el proceso programa para este periodo 87 acciones y ejecuto 75, es importante tener en cuenta que la meta del indicador es del 90% (que corresponde al 100% de ejecución real).

Verificada las evidencias aportadas, se observó que el proceso no ejecuto 12 actividades tal como se muestra en la siguiente imagen:

TEMA	P = Programado E = Ejecutado	P	E	P	E	P	E	INDICADOR			
	ACTIVIDAD	Julio		Agosto		Septiembre		Actividades Proyectadas	Actividades Ejecutadas	tota actividades sim ejecutar	% de Cumplimiento general
Programa de Promoción y Prevención de enfermedades crónicas no transmisibles .	Estilos de vida saludable, capacitación y/o actividad Por empresa o contratista.			1	0			1	0	1	0%
	Caracterización de personal con diagnóstico enfermedad cardiovascular, diabetes, cancer,	1	0	1	0	1	1	3	1	2	33%
	Actividades de promoción y prevención por parte de EPS de las empresas contratistas.					1		1	0	1	0%
Gestión del Riesgo de Desorden Músculo-Esquelético en el Trabajo (DME) en el Trabajo.	Caracterización de la población trabajadora en program de seguimiento epidemiológico por riesgo a DME, basado en examen médico periódico, por empresa contratista, seguimiento a personal identificado con análisis de incidencia y prevalencia	1	1	1	1	1	0	3	2	1	67%
	Estudios y/o inspección de Puestos de Trabajo de trabajadores con patología Osteomucular.	1	1			1	0	2	1	1	50%
	Seguimiento a personal reubicado patología asociada a DME.	1	1	1	1	1	0	3	2	1	67%
	Inspecciones DME	1	1	1	1	1	0	3	2	1	67%
	Capacitación e inspección en Manejo y Manipulación Adecuado de Cargas y adopción correctas posturas ergonomucas en el lugar de trabajo	1	1	1	1	1	0	3	2	1	67%
DOCUMENTOS MARCO.	Actualización del Plan Estratégico de Seguridad Vial			1				1	0	1	0%
	Seguimiento a actividades priorizadas de riesgos y oportunidades			1				1	0	1	0%
	Seguimiento a actividades priorizadas de contexto					1		1	0	1	0%

Fuente: Informe Plan de trabajo SST

respecto al indicador para este trimestre cumple con la meta planteada.

RECOMENDACIÓN:

Es necesario que el programa adopte las medidas pertinentes, para lograr la ejecución de la totalidad de las actividades programadas, esto en razón a que se observa una disminución en el porcentaje de ejecución, ya que en el segundo trimestre de esta vigencia fue de 99% y para el tercer trimestre bajo al 86%.

De otra parte, se recomienda al proceso que los documentos presentados como evidencia sean diligenciados de acuerdo a lo establecido en la norma fundamental CA-M-00, numeral 8.10.2 «DILIGENCIAMIENTO» y además que la información presentada este en los formatos actualizados.

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

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO CONSOLIDADO III 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

38

Para este trimestre se analizaron los siguientes indicadores:

IMPLEMENTACIÓN PLAN ESTRATÉGICO RESULTANTE DEL ANÁLISIS DEL CONTEXTO

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

- Una (1) correspondiente al programa «MADRE CANGURO AMBULATORIO»
- Nueve (9) al programa «MADRE CANGURO INTRAHOSPITALARIO».

Es decir, en total se programaron y ejecutaron 10 acciones, lo que significa un cumplimiento en la ejecución del 100% para este tercer trimestre de 2023

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 Tercer Trimestre.
- Carpeta de cada línea estratégica con evidencias de ejecución en este 3er trimestre de 2023

CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORA EXTERNO ICONTEC

El plan PA230-001 se cerró en el anterior trimestre, por tanto, para este tercer trimestre tiene un cumplimiento del 100%, sin embargo, se debe tener en cuenta que el plan se encuentra en etapa de seguimiento para medir su efectividad.

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%	N/A



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



8-7405030



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

Resultados de aprendizaje y capacitación en formación continúa.	Número de capacitaciones de formación continua realizada al año	10	N/A
	Número de temas revisados / Número de temas planteados en los syllabus de rotación	>=30%	N/A
	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

39

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 tercer trimestre no aplica la evaluación.

SATISFACCIÓN DEL PERSONAL EN FORMACIÓN INTERNADO DOCENCIA-SERVICIO

Este indicador se evalúa de forma semestral, no aplica para el III trimestre de 2023

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 III trimestre de 2023

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

Este indicador se evalúa de forma semestral, no aplicando para la evaluación en este III trimestre de 2023.

- Número de reconocimientos docentes / número de solicitudes

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

PRODUCTOS DE INVESTIGACIÓN PUBLICADOS EN REVISTA

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

CONGRESOS EJECUTADOS

Este indicador se evalúa de forma anual, no aplica para este tercer trimestre de 2023, sin embargo, el proceso presento documento denominado «GESTION ACADEMICA E INVESTIGATIVA INFORME INDICADORES PLAN OPERATIVO ANUAL TERCER TRIMESTRE 2023», en el cual se muestra el avance de actividades respecto a este indicador y como evidencia se presenta fotografías y actas de asistencia de la realización del congreso «Docencia Servicio en el Camino de la Excelencia» llevado a cabo el día 4 de octubre de 2023 en el auditorio Boyaquirá

40

ALIANZA FORMALIZADA

Este indicador se evalúa de forma anual, no aplica para este tercer trimestre de 2023, sin embargo, el proceso presento documento denominado, «GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA INFORME INDICADORES PLAN OPERATIVO ANUAL TERCER TRIMESTRE 2023» en el cual se muestra avance de actividades respecto a este indicador, y como evidencia se presentó el documento del convenio firmado y formalizado el 17 de mayo de 2023 con la universidad Santo Tomas.

RECOMENDACIONES.

Para este tercer trimestre de 2023, ninguno de los indicadores aplicaba para la evaluación, aun así el proceso presento el informe «GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA INFORME INDICADORES PLAN OPERATIVO ANUAL TERCER TRIMESTRE 2023» en el cual se describen avances respecto a la ejecución de dos indicadores, es necesario que continúe fortaleciendo las actividades de cada uno de estos, con el fin de mantener los niveles de cumplimiento en la evaluación del próximo trimestre.

Así mismo y teniendo en cuenta que la Institución tiene aprobado el modelo académico de la E.S.E Hospital Universitario san Rafael de Tunja, a través del acuerdo 05 de 2018 se recomienda articular el programa y demás documentos del proceso de acuerdo con los lineamientos establecidos y aprobados.

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

Para dar cumplimiento a la línea estratégica fortalecimiento del sistema obligatorio de garantía de Calidad en salud se estableció un cronograma de trabajo de mejoramiento continuo, en el cual se programaron 56 actividades en la vigencia 2023, de las cuales para este trimestre correspondieron 26 actividades discriminadas por estándar

Teniendo en cuenta el informe presentado por la profesional de apoyo PAMEC y de acuerdo a las evidencias aportadas se observa que para el tercer trimestre de la vigencia 2023 se establecieron 26 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.

En el primer trimestre quedo pendiente 1 actividad por ejecución, en este trimestre se verificó el cumplimiento de esta evidenciándose lo siguiente: En cuanto a la actualización de las políticas se encuentran aún en desarrollo.



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



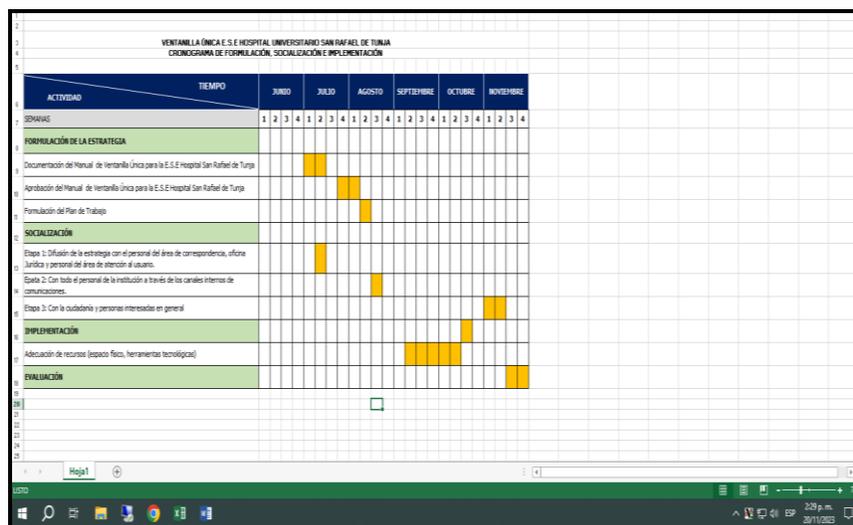
Con corte al tercer trimestre de 2023, se tenían programadas 26 actividades de las cuales se les dio un cumplimiento total a 22 y a una acción parcialmente para un porcentaje de avance del 87%, quedando pendiente una acción del estándar cliente asistencial, una acción de Direccionamiento, una de calidad y una en cumplimiento parcial del estándar de información.

ESTANDAR	TOTAL	TERCER TRIMESTRE	
		PROGRAMADAS	EJECUTADAS
CLIENTE ASISTENCIAL	8	4	3
DIRECCIONAMIENTO	8	4	3
GERENCIA	4	2	2
TALENTO HUMANO	8	3	3
AMBIENTE FISICO	8	4	4
TECNOLOGIA	8	6	6
INFORMACION	8	2	1,5
CALIDAD	4	1	0
	56	26	22,5

Fuente: consolidado informe tercer trimestre PAMEC

- ✓ En cuanto a la oportunidad de mejora "Definir y fortalecer las políticas alineadas a la plataforma estratégica" establecida en el estándar de Direccionamiento, se observa que se encuentran identificadas las políticas actuales y su alcance con la plataforma estratégica, pero a la fecha no se encuentra actualizar y documentadas la totalidad de las políticas.
- ✓ Para este trimestre el estándar de calidad tiene establecida la siguiente actividad: CONFORMACIÓN DE LOS GRUPOS DE ACREDITACIÓN MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO, el proceso adjunta proyecto de resolución, el cual a corte de 17 de noviembre no se encuentra formalizado.
- ✓ En cuanto al estándar de información para este trimestre se tenían programadas dos acciones una de ellas era (Socializar la estrategia de ventanilla única por los diferentes canales de información y comunicación) y la otra (Implementar la estrategia de ventanilla única), para verificar el cumplimiento de estas acciones, se tuvo en cuenta lo establecido en el numeral 7.8 IMPLEMENTACIÓN Y SOCIALIZACION DE LA VENTANILLA UNICA DEL MANUAL DE VENTANILLA ÚNICA PARA LA ESE. Identificado con el código GD-M-08.

Adjunto al manual se presenta el Cronograma de actividades para la formulación del Plan de Trabajo, socialización e implementación de la Ventanilla Única para para la E.S.E Hospital Universitario San Rafael De Tunja. Formato GD-F-28 FORMATO DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES, al verificar este soporte se evidencia que el cronograma no lo diligencia en el formato establecido y le cambian el nombre del mismo, como se observa en la siguiente imagen.



Adicionalmente el numeral 7.8.2 **ESTRATEGIA DE SOCIALIZACIÓN**, establece que el funcionamiento y desarrollo de la ventanilla Única para la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA** se debe desarrollar a través de tres etapas, por tal razón la OACI, verificó el cumplimiento de estas dando como resultado lo siguiente:

Etapa 1: Difusión de la estrategia con el personal del área de correspondencia, oficina Jurídica y personal del área de Atención al usuario- siau., al verificar los soportes adjuntados por los procesos de Gestión documental y SIAU, se evidencia acta de reunión de fecha 07 de julio de 2023 con un listado de asistencia adjunto en el cual no se observa participación de la Oficina jurídica como lo establece el manual en esta etapa

Etapa 2: Con todo el personal de la institución a través de los canales internos de comunicaciones.

Respecto a esta etapa, no adjuntan evidencia de esta socialización a todo el personal, actividad programada para el mes de agosto de 2023.

Etapa 3: Con la ciudadanía y personas interesadas en general, a través de la adecuación y señalización del espacio físico. Actividad en términos, programada para el mes de noviembre

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 87% en este trimestre.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	Consolidado	ESTADO
			RESULTADO SEGUNDO TRIMESTRE	
Cumplimiento del plan de fortalecimiento de la mejora continua	Actividades ejecutadas / Actividades programadas	100%	87%	NO CUMPLE

CONCLUSIONES:

Realizada la evaluación por parte de la oficina de control interno, el porcentaje del cumplimiento del POA para el tercer trimestre del 2023 corresponde al **97%**, los siguientes pilares o ejes del plan de desarrollo no cumplieron la meta para el III Trimestre 2023:

- ✓ Fortalecimiento de la gestión del riesgo y prevención del daño antijurídico de la entidad
- ✓ Programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario.
- ✓ Fortalecer la implementación del proceso de acreditación frente al despliegue y aplicación del enfoque y extensión a los clientes interno y externo.

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. Es importante que los líderes de los programas estratégicos continúen avanzando en el cumplimiento de las metas establecidas para el POA 2023, en especial aquellas que se programaron anualmente entre las que se encuentran:
 - ✓ Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF) .5 -Metas
 - ✓ Programa de Gestión de tecnología y dotación Hospitalaria (2)- Metas
 - ✓ Programa de Gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia (4)-Metas
 - ✓ Programa de gestión de integración del sistema de información (1)-Metas
 - ✓ Gestión del conocimiento e innovación (5)-Metas
3. 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.
4. El procedimiento de asesoría y evaluación de la gestión institucional establece que dentro de la semana siguiente a la emisión del informe definitivo de planes operativos como «aquellos



procesos que no lograron su nivel de cumplimiento en los POAS en cada trimestre acercándose al límite inferior de 59.9% código cromático rojo, acordaran actas de compromisos con el profesional de planeación para poder llegar a la meta establecida en los planes operativos anuales». Sin embargo, para continuar avanzando se recomienda hacer mesa de trabajo para los programas estratégicos: Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF), Fortalecimiento de la gestión del riesgo y prevención del daño antijurídico de la entidad.

5. Las metas institucionales en caso de ser necesario se pueden modificar solicitando por escrito a la Oficina Asesora de Desarrollo y Servicios.
6. 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.
7. El servicio de Microcirugía continúa siendo vigente en la institución, haciendo parte de cirugía plástica como subespecialidad, sin embargo, se observa que para el tercer trimestre no se realizó ninguna intervención por parte de este equipo quirúrgico por lo que se recomienda al área supervisora y área comercial fortalecer la oferta de este servicio como propuesta de valor de la institución, toda vez que en el Departamento somos los únicos prestadores.

Adicionalmente se recomienda socializar con la parte asistencial que se cuenta con la especialidad para enfocar los pacientes ya sea desde el área ambulatoria o interinstitucional y de esta manera se continúe realizando este tipo de procedimientos de alta complejidad los cuales son necesarios para toda nuestra población Boyacense.

8. Teniendo en cuenta que, para la puesta en marcha de la ventanilla única, se requiere del apoyo de la Oficina de sistemas, siendo ellos los administradores de ORFEO, se recomienda incluir en el plan de trabajo y/o cronograma a esta oficina la cual es clave para la implementación y puesta en marcha de esta ventanilla.
9. La línea estratégica fortalecimiento del sistema obligatorio de garantía de Calidad en salud estableció un cronograma de trabajo de mejoramiento continuo, se evidenció que, con corte a este trimestre, aún se encuentran actividades pendientes por desarrollar de los trimestres anteriores; se recomienda a los responsables de los estándares cliente asistencial, y Direccionamiento adelantar las acciones necesarias para dar cumplimiento a este cronograma de trabajo.
10. Se reitera el incumplimiento del programa Comité de Bioética, el cual no aporta 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.



11. Al analizar el indicador Promedio de la calificación de adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente, que el proceso misional que obtuvo con menor porcentaje de cumplimiento en los ítems evaluados fue el servicio de urgencias con un 78% se recomienda establecer plan de acción en DARUMA, ya que el incumplimiento es reiterativo
12. De otra parte, se recomienda al proceso que los documentos presentados como evidencia sean diligenciados de acuerdo a lo establecido en la norma fundamental CA-M-00, numeral 8.10.2 «DILIGENCIAMIENTO» y además que la información presentada este en los formatos actualizados.
13. Se recomienda a los procesos dar cumplimiento a la eficiencia Operativa de los planes de acción ya que estos están diseñados para abordar problemas específicos o alcanzar objetivos predeterminados. Cumplir con estos planes contribuye a una operación más eficiente y efectiva de la entidad, logrando los objetivos estratégicos y mejora Continua ya que, al seguir estos planes, la entidad se compromete con la adaptación y evolución constante, lo que es esencial en un entorno dinámico.

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.