

Tunja, Agosto 2021

1

Doctor

YAMIT NOE HURTADO NEIRA

Gerente

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

Ciudad

Ref. Informe de evaluación de gestión plan operativo anual por procesos del segundo trimestre de 2021.

Respetada Doctora:

Remito el informe de evaluación de los planes operativos anuales del segundo trimestre de 2021..

OBJETIVO

Determinar el nivel de avance en las metas planteadas por cada uno de los planes operativos vigentes, proporcionando las observaciones y/o recomendaciones que faciliten el cumplimiento de los objetivos previstos.

ALCANCES DE LA AUDITORIA

- ✓ Revisar las actividades previstas e incidencia en las metas propuestas.
- ✓ Revisar que los resultados de la autoevaluación o sustentación cuente con los soportes idóneos.
- ✓ Definir la calificación respectiva en las metas propuestas.
- ✓ Presentar observaciones y/o recomendaciones.

AREAS / PROCESOS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN

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

METODOLOGÍA

- ✓ Revisar evidencias y soportes.
- ✓ Acudir a las fuentes primarias de información, y aplicar los indicadores de resultado propuestos.

SOPORTES DE LA AUDITORIA

- ✓ Soportes y evidencias presentadas a control interno.
- ✓ Tablas de retención documental de los respectivos procesos.
- ✓ Resolución 107 de 2018

INTRODUCCION

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

RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO SEGUNDO TRIMESTRE DE 2021 DEL PLAN OPERATIVO ANUAL:

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

CRITERIOS DE CALIFICACION
Rangos de Evaluación. Los rangos establecidos de medición de acuerdo a la Resolución Interna No. 107 de 2018 es la siguiente escala cromática:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entre 80% y 100% código cromático verde. ➤ Entre 60% y menos de 79.9% código cromático amarillo. ➤ Menor del 60% código cromático rojo.
Valoración de las franjas cromáticas:
Rojo: Con rango entre 1% y 59.9% es un cumplimiento crítico en las metas evaluadas con deficiencias que deben ser atendidas en un plan de acciones correctivas para una mejora inmediata de la gestión.
Amarillo: Con rango entre 60% y 79.9% representa una manifestación que los aspectos evaluados están desarrollando un proceso de aplicación con tendencia al fortalecimiento aunque con algunas debilidades si el porcentaje se ubica en un valor debajo del 70%. Si los resultados se ubican en el límite inferior de 60% se recomienda trabajar con énfasis en un plan de acción correctivo para su mejoramiento.
Verde: Si el rango se encuentra entre el 80% y el 100%, indica una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y se cumple con la meta propuesta.

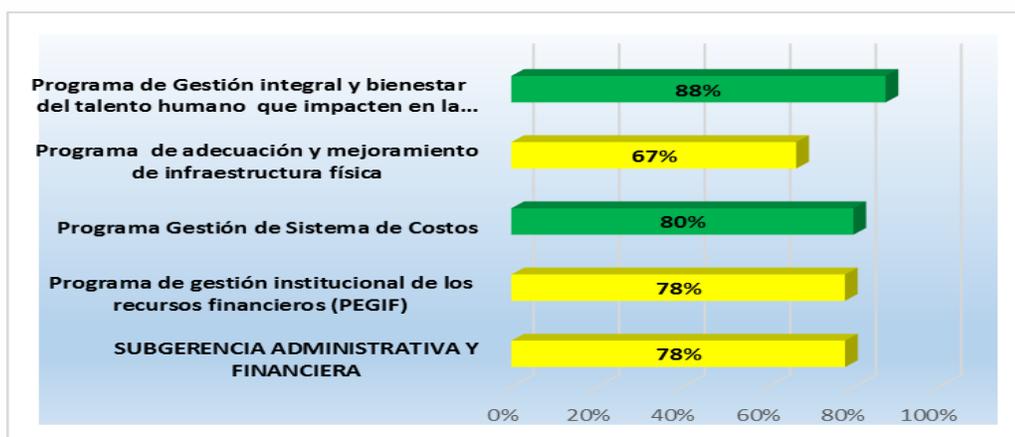
A continuación se presentan los resultados de la verificación y evaluación del segundo trimestre de 2021 de los planes operativos, de conformidad con la resolución interna 107 de 2018, con el propósito de avanzar en el fortalecimiento de los ejes estratégicos planteados en el plan de desarrollo 2020 - 2024, obteniendo como resultado lo siguiente:

POA SEGUNDO TRIMESTRE DE 2021

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	78%	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	54%	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS	82%
Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF)	78%	Modelo de atención articulado con los procesos institucionales, generando una implementación oportuna, pertinente, segura e integral para el Usuario y su familia.	100%	Índice de Desempeño Institucional	70%
Programa Gestión de Sistema de Costos	80%	Programa de Seguridad del Paciente bajo el enfoque de adaptación y mitigación de riesgos	76%	Programa de integración del sistema de información	86%
Fortalecimiento de la gestión del riesgo y prevención del daño antijurídico de la entidad	NA	Programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario.	82%	Programa de Gestión de tecnología y dotación Hospitalaria.	67%
Programa de adecuación y mejoramiento de infraestructura física	67%	Cumplimiento de requisitos de Buenas practicas de elaboración	0%	Cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 14001:2015	100%
Programa de Gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia.	88%	Cumplimiento de requisitos de Buenas practicas de manufactura	0%	Cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 45001:2018	100%
		Programa de Humanización que involucre la sensibilización del talento humano con enfoque tanto para cliente interno y externo.	65%	Cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015	100%
				Programa de Investigación, Docencia e Innovación	33%
				Implementación de las líneas de investigación	NA
				Realizar eventos de asistencia masiva en actividades como simposios y congresos	NA
				Desarrollar alianzas estratégicas que permitan fortalecer las líneas de investigación de los grupos de investigación.	100%
				Fortalecer la implementación del proceso de acreditación frente al despliegue y aplicación del enfoque y extensión a los clientes interno y externo.	NA
				2do TRIMESTRE	71%

De acuerdo a la anterior tabla, se reflejan los resultados alcanzados para el segundo trimestre de 2021 dentro de los 22 POA's que contienen las actividades para el cumplimiento de las metas de los pilares y programas estratégicos armonizadas dentro del Plan de Desarrollo Institucional 2020 - 2024, el cual corresponde a un cumplimiento promedio de 71%, y se interpreta de acuerdo a lo descrito en la resolución interna No. 107 de 2018, así: 'representa una manifestación que los aspectos evaluados están desarrollando un proceso de aplicación con tendencia al fortalecimiento aunque con algunas debilidades.

1. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA



El promedio general para la Subgerencia Administrativa y Financiera es del 78%, de igual forma "representa una manifestación que los aspectos evaluados están desarrollando un proceso de aplicación

con tendencia al fortalecimiento aunque con algunas debilidades”, a continuación se encuentra los programas asociados a la subgerencia administrativa y financiera, con el porcentaje de cumplimiento de las metas propuestas junto con recomendaciones u observaciones que se consideran importantes por esta oficina, para la consecución de los objetivos estratégicos planteados en el Plan de Desarrollo de la institución:

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	PROGRAMA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LOS RECURSOS FINANCIEROS (PEGIF)	RESULTADO 2do TRIMESTRE
Crecimiento UVR	$\frac{\text{UVR acumulada periodo actual}}{\text{UVR acumulada periodo anterior} - 1}$	>5%	Trimestral	43%	100%
Incremento en la utilización de Quirófano	$\frac{\text{Tiempo de Utilización Quirófano periodo actual}}{\text{Tiempo de Utilización Quirófano periodo anterior} - 1}$	>=3%	Trimestral	174%	100%
Incremento en la facturación neta de la vigencia	$\frac{\text{Facturación neta de la vigencia}}{\text{Facturación neta de vigencia anterior} - 1}$	>8%	Trimestral	80%	100%
Identificación e Intervención de Hallazgos en Auditoria pre radicación	Inconsistencias intervenidas / Total de inconsistencias halladas 435	>=80%	Trimestral	100%	100%
Utilización de la capacidad instalada	$\frac{\text{Capacidad instalada utilizada}}{\text{Total capacidad instalada disponible}}$	>=85%	Trimestral	92%	100%
Ingreso reconocido por venta de servicios de Salud por UVR	$\frac{\text{Total facturación reconocida}}{\text{Número de UVR producidas}}$	>= mismo periodo vigencia anterior	Trimestral	26%	100%
Gasto por UVR producida	$\frac{\text{Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios}}{\text{Número de UVR producidas}}$	<= mismo periodo vigencia anterior	Trimestral	9%	0%
Gasto de personal por UVR producida	$\frac{\text{Gasto de personal (de planta + remuneración servicios técnicos)}}{\text{Número de UVR producidas}}$	<= al periodo vigencia anterior	Trimestral	2%	0%
Equilibrio con reconocimiento total	$\frac{\text{Total reconocimiento}}{\text{Total gasto comprometido}}$	>1	Trimestral	1.06%	100%
Equilibrio con recaudo total	$\frac{\text{Total recaudo}}{\text{Total gasto comprometido}}$	>1	Trimestral	0.87%	100%



5

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 1340	>95%	Trimestral	100%	100%
Participación de la Glosa inicial y devoluciones pendientes en el total de la cartera	Total de glosas pendientes de conciliar entre las partes + Devoluciones pendientes de reconocimiento de pago / Total Cartera	<=30%	Trimestral	18.67%	100%
Aceptación de Glosa de la vigencia	Valor de Glosa neta final aceptada de la vigencia / Facturado en la vigencia	<4%	Mensual	0.62%	100%
Cumplimiento en pago de vigencias anteriores	Total de pagos de cuentas por pagar de vigencias anteriores / Total cuentas por pagar vigencias anteriores	100%	Trimestral	65%	65%
Superávit o Déficit presupuestal	Total ingreso reconocido - Total gasto comprometido	>1	Trimestral	10.049.335.216	100%
Acto Administrativo de adopción de la política de prevención del daño Antijurídico y evidencias de su socialización	Acto Administrativo actualización y evidencia de socialización	>1	Anual	1	100%
Informe de seguimiento Política de Prevención del Daño Antijurídico	Informe de seguimiento	1	Semestral	1	100%
Acciones de mejora definidas para Riesgo Jurídico Identificado	Acciones de mejora identificadas	1	Anual	NA	NA
Calculo del índice de Riesgo	Superávit o Déficit operacional Total / Ingresos operacionales totales recaudados	1	Trimestral	0.58%	0%
Incremento Recaudo de cartera	Valor recaudado trimestre vigencia actual / Valor recaudado trimestre vigencia anterior	>=10%	Trimestral	29%	100%
Cumplimiento del artículo 22 "Cobro Persuasivo" de la Resolución 072 de 2020 Manual Interno de recaudo de Cartera	Informe de seguimiento	Informe	Trimestral	0%	0%
INDICADOR RESULTADO	Total Indicadores que Superan la Meta / Total Indicadores del Programa por Vigencia	>=85%	Trimestral		78%



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
e-mail. Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



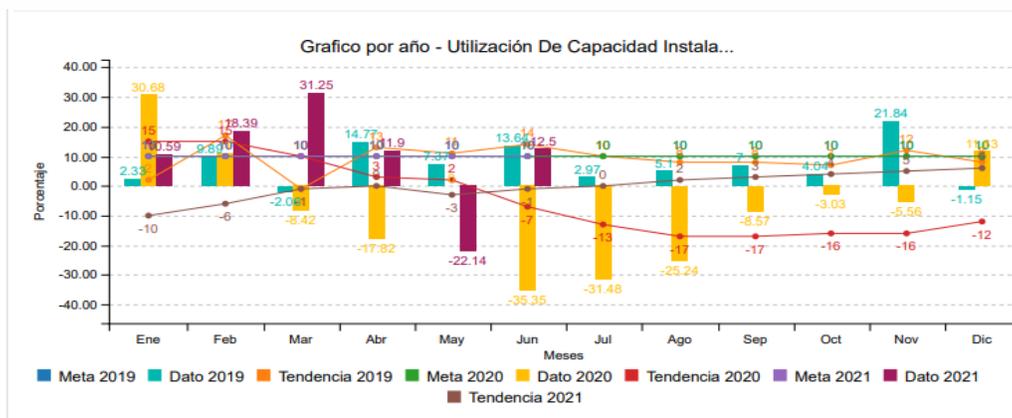
SA-CER560814 OS-CER559527

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

CONCEPTO	A JUNIO DE 2021		
	EVIDENCIADO 2020	ALCANZADO 2021	INCREMENTO FRENTE A 2020
Dosis de biológico aplicadas	510,9	1.020,9	99,8%
Consultas de medicina general urgentes realizadas	137.742,0	131.454,9	-4,6%
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	138.780,2	116.118,6	-16,3%
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	67.664,6	48.465,3	-28,4%
Partos vaginales	65.520,0	68.445,0	4,5%
Partos por cesárea	34.875,0	32.162,5	-7,8%
Total de días estancia de los egresos	677.947,1	1.051.023,6	55,0%
Días estancia Cuidados Intensivos	917.573,2	1.318.448,3	43,7%
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	2.791.627,1	3.520.527,2	26,1%
Exámenes de laboratorio	2.239.072,3	3.469.506,7	55,0%
Número de imágenes diagnósticas tomadas	1.801.595,4	2.923.146,6	62,3%
TOTAL UVR	8.872.907,72	12.680.319,68	42,9%

La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta de incremento frente a la vigencia anterior sin embargo es importante indicar que en la vigencia 2020, la entidad presento una disminución significativa de la productividad por efecto directo de la pandemia.

1.1.2 INCREMENTO EN LA UTILIZACIÓN DE QUIRÓFANO: Muestra como la entidad maximiza la utilización de los quirófanos frente a la vigencia anterior.



La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta de incremento frente a la vigencia anterior, logrando aumentar la utilización de la capacidad instalada en un 12.5% resultado que para la vigencia 2020 fue de -35.35 sin embargo es importante indicar que en la vigencia 2020 la entidad presento una disminución significativa de la productividad por efecto directo de la pandemia.

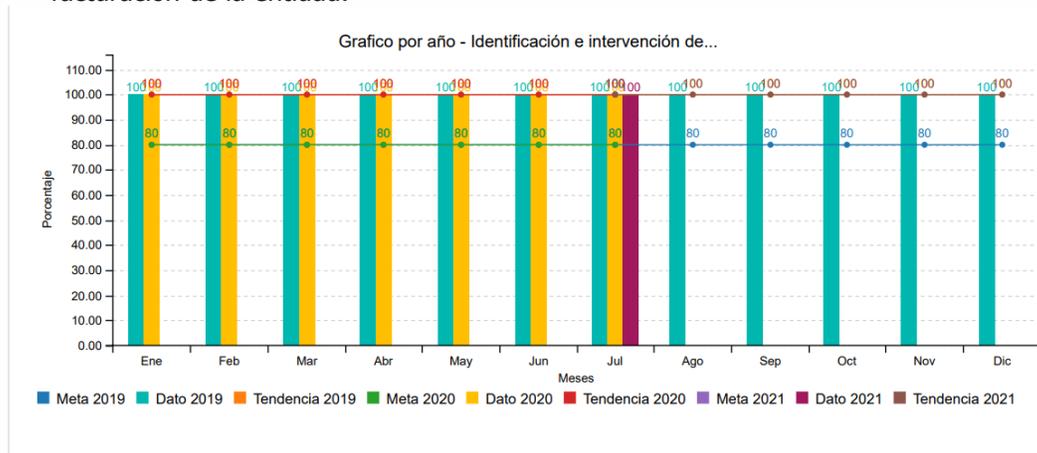
1.1.3 INCREMENTO EN LA FACTURACIÓN NETA DE LA VIGENCIA. Muestra la mayor generación de ingresos de la entidad.

VALORES	2021	2020	INCREMENTO
SERVICIOS DE SALUD	119.070.050.380	65.823.291.798	81%
CONVENIOS DOCENTES Y ASISTENCIALES	210.734.053	347.504.786	-39%
TOTALES	119.280.784.433	66.170.796.584	80%

La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta de incremento frente a la vigencia anterior, logrando aumentar la facturación en un 80% frente a la vigencia anterior, sin embargo es importante indicar que en la vigencia 2020 la entidad presentó una disminución significativa de la productividad por efecto directo de la pandemia.

7

1.1.4 IDENTIFICACIÓN E INTERVENCIÓN DE HALLAZGOS EN AUDITORIA PRE RADICACIÓN. Muestra la identificación de oportunidades de mejora en los procesos de facturación de la entidad.



La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta de adelantar acciones de mejora sobre los hallazgos evidenciados.

1.1.5 UTILIZACIÓN DE LA CAPACIDAD INSTALADA: Muestra la utilización de la capacidad dispuesta por la entidad para la atención de usuarios:

VALORES	2021
NRO. DIAS CAMA OCUPADA	64.885,00
NRO. DIAS CAMA DISPONIBLES	70.270,00
% OCUPACIONAL	92%

La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta llegando a una ocupación de la capacidad instalada del 92%.

1.1.6 INGRESO RECONOCIDO POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD POR UVR, Muestra el ingreso generado por cada UVR producida por la entidad

VALORES	2021	2020	INCREMENTO
FACTURACION	119.280.784.433	66.170.796.584	80%
UVR PRODUCIDA	12.680.320	8.872.908	43%
TOTALES	9.407	7.458	26%

La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta con un incremento del 26 en el ingreso generado por cada UVR producida, sin embargo los resultados de la vigencia anterior se vieron afectados a la baja por la disminución de la demanda de servicios por efecto directo de la pandemia.

1.1.7 GASTO POR UVR PRODUCIDA: Muestra cuánto gasta la entidad en producir una UVR

	2021	2020	VARIACION
SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA	1.822.682.787	1.793.831.561	2%
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	49.646.168.103	33.261.821.073	49%
CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NOMINA	748.547.013	839.460.955	-11%
ADQUISICION DE BIENES	2.397.473.946	3.236.007.327	-26%
ADQUISICION DE SERVICIOS	7.574.010.460	5.916.153.770	28%
IMPUESTOS Y MULTAS	83.199.472	906.722.200	-91%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES DE PREVISION SOCIAL	472.074.337	465.843.503	1%
OTRAS TRANSFERENCIAS	2.095.912.022	273.818.108	665%
COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	26.399.943.951	12.876.846.345	105%
COMPRA DE SERVICIOS PARA LA VENTA	10.868.354.727	5.708.366.403	90%
TOTALES	102.108.366.818	65.278.871.245	56%
UVR PRODUCIDA	12.680.320	8.872.908	43%
TOTALES	8.053	7.357	9%

La entidad NO LOGRA el cumplimiento de la meta propuesta puesto que el gasto por UVR producida se incrementó en un 9% y la meta propuesta es del 2%.

1.1.8 GASTO DE PERSONAL POR UVR PRODUCIDA

	2021	2020	VARIACION
SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA	1.822.682.787	1.793.831.561	2%
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	49.646.168.103	33.261.821.073	49%
CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NOMINA	748.547.013	839.460.955	-11%
TOTALES	52.217.397.903	35.895.113.589	45%
UVR PRODUCIDA	12.680.320	8.872.908	43%
TOTALES	4.118	4.045	2%

La entidad NO LOGRA el cumplimiento de la meta propuesta puesto que el gasto de persona por UVR producida se incrementó en un 2% y la meta propuesta es que el gasto sea menor.

1.1.9 EQUILIBRIO CON RECONOCIMIENTO TOTAL: Muestra como la entidad genera ingresos para cubrir los gastos en los que incurre la entidad.

	RECONOCIDO 2021
DISPONIBILIDAD INICIAL	1.287.097.064
INGRESOS CORRIENTES	120.325.528.336
RECURSOS DE CAPITAL	57.402.994.643
TOTAL RECONOCIMIENTO	179.015.620.043
	GASTO COMPROMETIDO
SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA	1.822.682.787
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	71.459.013.130
CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NOMINA	748.547.013
ADQUISICION DE BIENES	3.927.334.919
ADQUISICION DE SERVICIOS	13.441.381.267
IMPUESTOS Y MULTAS	83.199.472
TRANSFERENCIAS CORRIENTES DE PREVISION SOCIAL	503.041.283
OTRAS TRANSFERENCIAS	2.100.003.496
COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	36.550.571.762
COMPRA DE SERVICIOS PARA LA VENTA	13.946.115.128
INVERSION INFRAESTRUCTURA	-
INVERSION DOTACION	927.141.011
INVESTIGACION BASICA APLICADA Y ESTUDIOS	-
DISEÑOS PARA ESTUDIOS DE PREINVERSION	-
SERVICIO DE LA DEUDA	3.063.732.429
CUENTAS POR PAGAR	20.393.521.129
TOTAL RECONOCIMIENTO	168.966.284.826
EQUILIBRIO	1,06



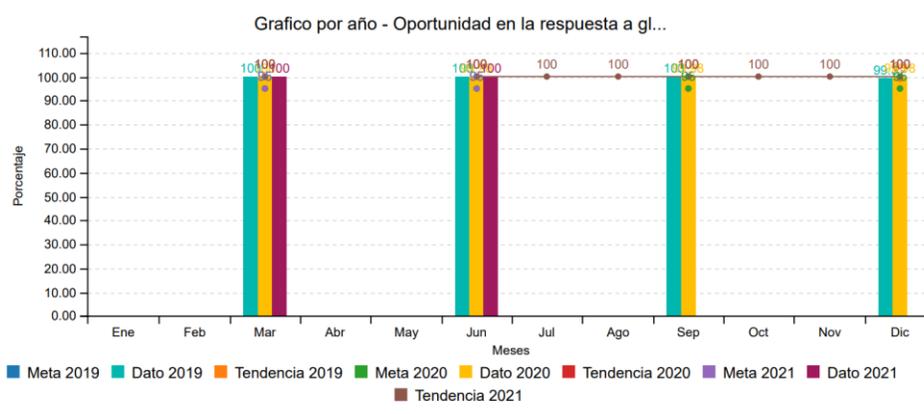
La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta alcanzando un resultado de equilibrio de 1.06 situación que muestra que la entidad genera reconocimientos mayores al gasto comprometido por la entidad a pesar que el gasto en algunos casos cubre más meses de los que está reconociendo.

1.1.10 EQUILIBRIO CON RECAUDO TOTAL.

RECAUDO 2021	
DISPONIBILIDAD INICIAL	88.474.957.677
INGRESOS CORRIENTES	1.287.097.064
RECURSOS DE CAPITAL	57.402.994.643
TOTAL RECONOCIMIENTO	147.165.049.384
GASTO COMPROMETIDO	
SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA	1.822.682.787
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	71.459.013.130
CONTRIBUCIONES INHERENTES A LA NOMINA	748.547.013
ADQUISICION DE BIENES	3.927.334.919
ADQUISICION DE SERVICIOS	13.441.381.267
IMPUESTOS Y MULTAS	83.199.472
TRANSFERENCIAS CORRIENTES DE PREVISION SOCIAL	503.041.283
OTRAS TRANSFERENCIAS	2.100.003.496
COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	36.550.571.762
COMPRA DE SERVICIOS PARA LA VENTA	13.946.115.128
INVERSION INFRAESTRUCTURA	-
INVERSION DOTACION	927.141.011
INVESTIGACION BASICA APLICADA Y ESTUDIOS	-
DISEÑOS PARA ESTUDIOS DE PREINVERSION	-
SERVICIO DE LA DEUDA	3.063.732.429
CUENTAS POR PAGAR	20.393.521.129
TOTAL RECONOCIMIENTO	168.966.284.826
EQUILIBRIO	0,87

La entidad NO LOGRA el cumplimiento de la meta propuesta alcanzando un resultado de equilibrio con recaudo de 0.87 situación que muestra que la entidad logra recaudar tan solo el 87% del total que ha comprometido, es importante que la entidad fortalezca las estrategias de contención del gasto y mejoras en el recaudo a fin de disminuir las cuentas por pagar.

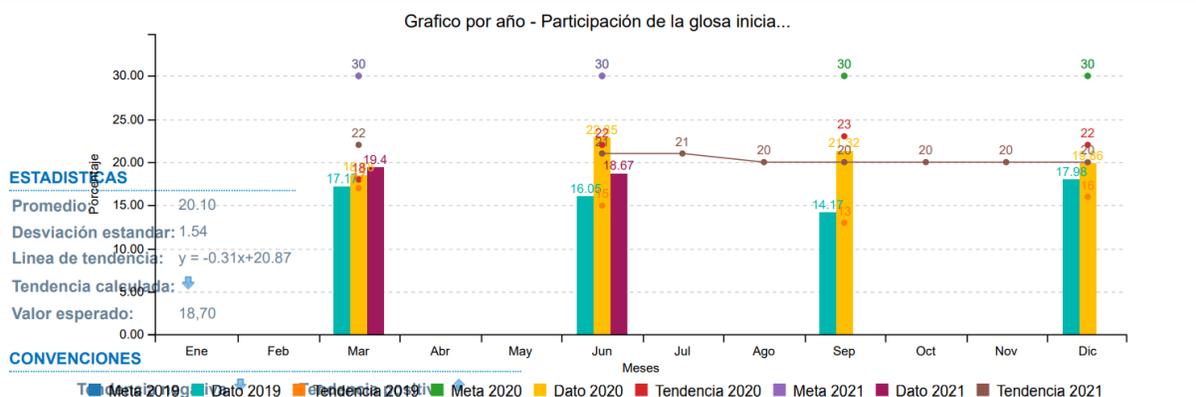
1.1.11 OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DE GLOSA INICIAL: Muestra el cumplimiento de la entidad en la respuesta y tramite de glosas iniciales.



La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta dando trámite oportuno al 100% de las glosas iniciales recibidas en la vigencia 2021.

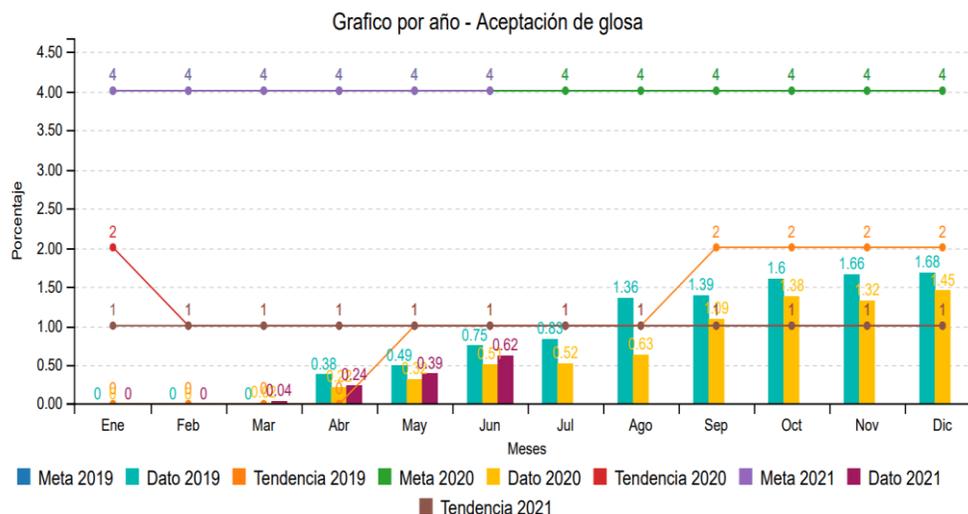
10

1.1.12 PARTICIPACIÓN DE LA GLOSA INICIAL Y DEVOLUCIONES PENDIENTES EN EL TOTAL DE LA CARTERA: Muestra la proporción de cartera NO EXIGIBLE por encontrarse glosada o Devuelta



La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta puesto que a Junio la participación de glosas y devoluciones se encuentra por debajo de la meta situándose en el 18.67% de la cartera.

1.1.13 ACEPTACIÓN DE GLOSA DE LA VIGENCIA:



La entidad logra el cumplimiento de la meta propuesta puesto que a Junio la aceptación de glosas de servicios prestados en la vigencia 2021 se sitúa en el 0.62% del total facturado en la vigencia 2021.

1.1.14 CUMPLIMIENTO EN PAGO DE VIGENCIAS ANTERIORES:

11

	GASTO COMPROMETIDO
TOTAL CUENTA POR PAGAR CONSTITUIDAS PAGADAS	13.267.989.408,00
TOTAL CUENTA POR PAGAR CONSTITUIDAS	20.393.521.129,00
TOTAL RECONOCIMIENTO	0,65

Con corte 30 de Junio de 2021 ha efectuado el pago del 65% del total de cuentas constituidas como cuentas por pagar al cierre de la vigencia 2021, **por tal motivo no se cumple con la meta.**

1.1.15 SUPERAVIT O DEFICIT PRESUPUESTAL:

	CONCEPTO
TOTAL INGRESO RECONOCIDO	179.015.620.043
TOTAL GASTO COMPROMETIDO	168.966.284.826
SUPERAVIT O DEFICIT PRESUPUESTAL	10.049.335.216,84

A corte 30 de Junio de 2021 la entidad opera con SUPERAVIT PRESUPUESTAL puesto que genera excedentes presupuestales (mayor Reconocimiento) de 10.049.335.216.

1.1.16 ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCIÓN DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURIDICO Y EVIDENCIAS DE SU SOCIALIZACIÓN:

Se observa que la modificación del Manual para la formulación e implementación de la política de prevención del daño antijurídico fue socializado y aprobado por unanimidad por el Comité según acta No. 6 de fecha 25 de marzo de 2021, **sin embargo se evidencia que dicha modificación no se adoptó por medio de un acto administrativo o medio idóneo para el cumplimiento de sus fines, de acuerdo al numeral 10 "Diseño y adopción de la Política de prevención del daño antijurídico..." el cual indica: "De conformidad con lo dispuesto por la Agencia Nacional de la Defensa Jurídica del Estado, el contenido de la política de prevención debe ser adoptado por medio de una resolución o de un acto administrativo o medio idóneo para el cumplimiento", se recomienda adoptar dicha modificación del Manual por medio de acto administrativo, de acuerdo a lo anteriormente descrito.**

1.1.17 INFORME DE SEGUIMIENTO POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURIDICO:

Se observa que el plan de acción de la política de prevención del daño antijurídico se tienen programadas acciones a partir de julio, por tal motivo no aplica seguimiento para el primer semestre del año.

1.1.18 ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA RIESGO JURÍDICO IDENTIFICADO

La oficina Jurídica de la entidad efectuó presentación de las acciones de mejora para los riesgos jurídicos identificados, con lo cual se da cumplimiento a las acciones propuestas.



1.1.19 CALCULO DEL INDICE DE RIESGO:

	CONCEPTO
SUPERAVIT O DEFICIT OPERACIONAL TOTAL	(55.038.440.778)
INGRESOS OPERACIONALES TOTALES RECAUDADOS	94.480.308.932
INDICE DE RIESGO	(0,58)

A corte 30 de junio de 2021 la entidad no logra superar el índice de riesgo situación que podría someter a la entidad a la generación de programa de saneamiento fiscal y financiero si la entidad es objeto de evaluación por parte del Ministerio de Salud Y protección Social, situación que obliga a que la entidad deba hacer seguimiento permanente al comportamiento de gasto, de recaudo y adoptar medidas que contribuyan a su mejora.

1.1.20 INCREMENTO RECAUDO DE CARTERA

	CONCEPTO
VALOR RECAUDADO TRIMESTRE VIGENCIA ACTUAL	88.474.957.677
VALOR RECAUDADO TRIMESTRE VIGENCIA ANTERIOR	68.409.282.543
INDICE DE RIESGO	0,29

A corte 30 de junio de 2021 la entidad aumenta el total del recaudo en un 29%.

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

La meta para el indicador corresponde al informe de seguimiento al cobro persuasivo, **se evidencia por la oficina asesora de control interno que no se presenta el informe del seguimiento del cobro persuasivo como lo establece el manual de recaudo de cartera.**

1.2 PROGRAMA GESTIÓN DE SISTEMA DE COSTOS.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	PROGRAMA GESTIÓN DE SISTEMA DE COSTOS	RESULTADO 2do TRIMESTRE
Seguimiento trimestral al comportamiento de los centros de costos	Total informes trimestrales de costos evaluados / Total trimestres de la vigencia	100%	Trimestral	Informes Trimestrales	2	100%
Centros de costos definidos con diagnóstico realizado	Total centros de costos con informe de diagnóstico / total de centros de costos definidos	100%	Anual	Informes Diagnóstico	36	100%

Unidades funcionales definidos con diagnóstico realizado	Total unidades funcionales con informe de diagnóstico / total unidades funcionales definidas	100%	Anual	Informes Diagnóstico	3	19%
Criterios de distribución de costos actualizados si aplica	Total criterios de distribución de costos con informe diagnóstico / Total criterios de distribución de costos definidos	100%	Anual	Informes Diagnóstico	100%	100%
CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE COSTOS	total indicadores que superan la meta/total indicadores del programa por vigencia	75%	Trimestral			80%

1.2.1 SEGUIMIENTO TRIMESTRAL AL COMPORTAMIENTO DE LOS CENTROS DE COSTOS.

La entidad adelanta la elaboración de informe de costos por cada trimestre situación que permite efectuar el seguimiento al comportamiento de los mismos y brinda a la entidad la información necesaria para la toma de decisiones.

1.2.2 CENTROS DE COSTOS DEFINIDOS CON DIAGNÓSTICO REALIZADO.

La entidad efectuó la proyección de informes de centros de costos, como primer avance del cumplimiento del programa, estos informes serán objeto de actualización de manera trimestral y permitirán a la entidad la identificación de oportunidades de mejora.

1.2.3 UNIDADES FUNCIONALES DEFINIDOS CON DIAGNOSTICO REALIZADO:

UNIDADES FUNCIONALES	INFORME REALIZADO	INFORME PENDIENTE
DIRECCION	1	
OFICINAS ASESORAS	1	
FINANCIERA Y TALENTO HUMANO		1
RECURSOS FISICOS		1
RECURSOS DE INFORMACION		1
SERVICIOS GENERALES		1
APOYO LOGISTICO		1
URGENCIAS		1
SERVICIOS AMBULATORIOS		1
INTERNACION		1
QUIROFANOS Y SALA DE PARTOS		1
APOYO DIAGNOSTICO		1
APOYO TERAPEUTICO		1
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD		1
CONVENIOS DOCENTE ASISTENCIALES		1
ARRIENDOS	1	
TOTAL INFORMES	3	13
TOTAL UNIDADES FUNCIONALES	16	16
INDICADOR	19%	81%

Con base en los informes de costos realizados se han proyectado tres informes de unidades funcionales de la 16 definidas, situación que muestra un cumplimiento del 19%.

14

1.2.4 CRITERIOS DE DISTRIBUCIÓN DE COSTOS ACTUALIZADOS SI APLICA

En el desarrollo del programa se adelanta la revisión de los criterios de distribución que se utilizan para la distribución de costos, y se realizara informe trimestral de manera que permita identificar oportunidades de mejora o la necesidad de cambiarlos.

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPOSABLE	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO DE LA ENTIDAD	RESULTADO 2do TRIMESTRE
Evaluación del impacto jurídico respecto de la no adherencia a guías de manejo clínico	Número de demandas asociadas a la no adherencia de las guías de manejo clínico / Número de demandas presentadas en la vigencia	Se establecerá una vez evaluada la información presentada por la oficina jurídica y partes interesadas	Semestral	Matriz seguimiento demandas y solicitudes de conciliación Primer Semestre 2021	Gestión Jurídica	100%	Radican solicitud de ajuste y modificación de fórmula de indicadores POA 2021
Evaluación del impacto jurídico respecto de la no adherencia a protocolos que generen eventos adversos	Número de demandas asociadas a temas relacionados con eventos adversos / Número total de demandas presentadas en la vigencia(semestral)	Se establecerá una vez evaluada la información presentada por la oficina jurídica y partes interesadas	Semestral	Matriz seguimiento demandas y solicitudes de conciliación Primer Semestre 2021	Gestión Jurídica	100%	Resultado NA
Evaluación de la aplicación de Guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de mortalidad	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la	80%	Anual	Informe de Auditor de Guías de manejo clínico	Gestión Jurídica Líder Auditoría Guías		

atendida	primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación.						
Seguimiento demandas interpuestas por derechos laborales	Número de demandas interpuestas por derechos laborales / Número total de demandas en la vigencia	Se establecerá una vez evaluada la información presentada por la oficina jurídica y partes interesadas	Semestral	Matriz seguimiento demandas y solicitudes de conciliación Primer Semestre 2021	Gestión Jurídica	100%	
Porcentaje de eventos adversos analizados	Número total de eventos adversos detectados y analizados / Número total de eventos adversos detectados	90%	Mensual	Base de datos Ercas	Gestión Jurídica Líder Seguridad Paciente		

El 06 de agosto de 2021 el líder de la oficina jurídica de la institución radico solicitud de ajuste y modificación de fórmula de indicadores POA 2021.

Menciona que en consecuencia, después de analizar la información recaudada (demandas y solicitudes de conciliación prejudicial, los informes presentados por la oficina de auditoria de guías de manejo clínico, la oficina de seguridad del paciente, los informes de junta directiva, informe de contingente judicial, matriz general de procesos entre otros), se establece la necesidad de modificar la fórmula establecida en los indicadores cuya responsabilidad caen en la oficina jurídica, por lo anterior solicitan que no se aplique un porcentaje de avance en el seguimiento al cumplimiento de actividades de POA y en consecuencia,

solicitamos una mesa de trabajo conjunta entre las áreas de jurídica, planeación, calidad, y control interno, para validar las nuevas fórmulas en el POA correspondientes al tercer trimestre del año 2021.

16

Por lo anterior se acepta la solicitud y se deja como NO APLICA para el segundo trimestre de 2021.

1.4 PROGRAMA DE ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REPOSABLE	GESTIÓN MANTENIMIENTO	RESULTADO 2do TRIMESTRE
Construcción, adecuación y/o mejoramiento de las condiciones de infraestructura del HUSRT	Porcentaje avance de obra (Construcción)	% Avance real / % Avance proyectado	90%	Semestral	Coordinador Mantenimiento	0%	0%
	Porcentaje avance de obra (Adecuación)	% Avance real / % Avance proyectado	90%	Semestral	Coordinador Mantenimiento	33%	33%
	Porcentaje avance de obra (Mejoramiento)	% Avance real / % Avance proyectado	90%	Semestral	Coordinador Mantenimiento	100%	100%
	Actividades de mantenimiento correctivo	Número de mantenimientos correctivos ejecutados / Número de actividades solicitados	>90%	Mensual	Coordinador Mantenimiento	99.7%	100%
	Actividades de mantenimiento preventivo	Número de actividades ejecutadas del plan de mantenimiento / Número de actividades programadas	>90%	Mensual	Coordinador Mantenimiento	98%	100%
CUMPLIMIENTO GENERAL						66.14	66.6%

1.4.1 PORCENTAJE AVANCE DE OBRA (CONSTRUCCIÓN).

Uno de los objetivos de la actual administración consiste en ampliar la capacidad instalada, oferta de servicios y mejoramiento de la infraestructura para la prestación de los servicios en nuestra institución, razón por la cual se están adelantando trabajos para la formulación del proyecto de CONSTRUCCIÓN DE LA AMPLIACIÓN DE URGENCIAS E INFRAESTRUCTURA DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA DEPARTAMENTO DE BOYACÁ, realizando la ampliación de la infraestructura y capacidad instalada en servicios como urgencias, cardiología, hospitalización general, construcción de salas de cirugía con características adecuadas para la

realización de intervenciones de alta complejidad y construcción de nueva infraestructura para servicios como oncología, a la fecha este proyecto se encuentra en etapa de diseños, acatando las necesidades y normatividad vigente, se deben realizar ajustes al diseño arquitectónico de acuerdo a recomendaciones de Secretaria de Salud Departamental, posterior a la viabilización del mismo, se precederá a diseñar los demás componentes técnicos del proyecto.

Para éste indicador se tienen programadas 3 actividades (Diseño arquitectónico, Diseño estructural y Diseño eléctrico e hidrosanitario), sin embargo al segundo trimestre de 2021 no se tiene ninguna de las actividades programadas, por tanto tiene un cumplimiento de 0%.

1.4.2 PORCENTAJE AVANCE DE OBRA (ADECUACIÓN)

El indicador se compone de 3 actividades (Diseño, construcción y acabado), para dos servicios así:

1. **GASTRO:** se proyecta un nuevo espacio para este servicio en el área de sótano cumpliendo con todas la normas de habilitacion.
2. **CARDIO:** se proyecta un nuevo espacio para este servicio en el área de sótano cumpliendo con todas la normas de habilitacion.

De los cuales solo se ha avanzado en el levantamiento de planos, lo que da un cumplimiento de 33.3%.

1.4.3 PORCENTAJE AVANCE DE OBRA (MEJORAMIENTO).

Para la vigencia se tiene programado mejorar dos unidades sanitarias por servicio, se busca mejorar: piso, techos, puertas y unidades sanitarias, en el año 2021 se debe tener 4 unidades mejoradas.

En evidencias enviadas por el proceso se puede observar que se realizaron mejoras en las 2 unidades sanitarias del piso 6 y dos unidades sanitarias de urgencias, para un cumplimiento del 100%.

1.4.4 ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO.

El indicador se encuentra alimentado en el sistema de información Daruma con el número 586, el cual tiene un cumplimiento para el segundo trimestre de 2021 de 99.7%

Id	Nombre	Tendencia	Año	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
586	Ejecutar actividades de mantenimiento correctivo	↑	2021	99,51	99,49	99,26	99,29	100,00	100,00	100,00	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

1.4.5 ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO.

El indicador se encuentra alimentado en el sistema de información Daruma con el número 585, el cual tiene un cumplimiento para el segundo trimestre de 2021 de 98.1%

Id	Nombre	Tendencia	Año	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
585	Ejecutar actividades de Mantenimiento preventivo		2021	94,12	100,00	100,00	94,59	100,00	100,00	95,00	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

18

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

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPOSABLE	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	RESULTADO 2do TRIMESTRE
Rediseñar, Socializar, Implementar y evaluar el Programa de Gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia.	% de personal certificado en la norma de competencias definida	No. De personas certificadas en la norma definida / Total de personas programadas para certificar en la norma de competencia	>=80%	Anual	Certificados	Coordinador actividades Talento Humano	95%	100%
	% de satisfacción del desarrollo de los programas contenidos en el PEGITH	Sumatoria de respuestas positivas / Número total de preguntas	>=80%	Semestral	Tabulación encuesta	Coordinador actividades Talento Humano	90%	100%
	% Cobertura del plan de capacitación institucional personal de planta	Número de trabajadores de planta participantes en las actividades de capacitación programadas en el período / Número total de trabajadores de planta programados	>=70%	Semestral	Actas asistencia	Coordinador actividades Talento Humano	INDETERMINADO	0%



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
e-mail. Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



SA-CER560814

OS-CER559527

% Cobertura del plan de bienestar del personal de planta	Número de trabajadores de planta participantes en las actividades de bienestar programadas en el período / Número total de trabajadores de planta programados	>=70%	Semestral	Actas asistencia	Coordinador actividades Talento Humano	86%	100%
% de cumplimiento actividades de capacitación	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	>=90%	Semestral	Informe y/o respectiva evidencia	Coordinador actividades Talento Humano	100%	100%
% de cumplimiento actividades de bienestar	Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas	90%	Semestral	Informe y/o respectiva evidencia	Coordinador actividades Talento Humano	100%	100%
Situaciones Administrativas	Total situaciones administrativas atendidas en términos / Total situaciones administrativas recibidas o a gestionar en el período	90%	Semestral	Informe y/o respectiva evidencia	Coordinador actividades Talento Humano	100%	100%
Transformación cultural	Sumatoria de respuestas positivas / Número total de preguntas	>=90%	Semestral	Informe y/o respectiva evidencia	Coordinador actividades Talento Humano	90%	100%
Cumplimiento estrategia construyendo en familia para trabajar con el alma	Número de colaboradores asistentes a los procesos formativos / Total de colaboradores que confirmen participación	30%	Semestral	Actas asistencia	Coordinador actividades Talento Humano	N.A	NA
CUMPLIMIENTO GENERAL							87.5%

1.5.1 % DE PERSONAL CERTIFICADO EN LA NORMA DE COMPETENCIAS DEFINIDA:

En el segundo trimestre de 2021 se evidencia que se llevó a cabo el proceso de certificación de competencias de la norma administrativa de atención al usuario, en el cual se programaron 43 funcionarios y terminaron el proceso 41 para un cumplimiento del 95%.

20

1.5.2 % DE SATISFACCIÓN DEL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS CONTENIDOS EN EL PEGITH.

Se realizó encuesta de manera virtual para evaluar la satisfacción de los programas de capacitación, bienestar e incentivos del primer semestre de 2021 con un resultado de 1.321 respuestas positivas sobre 141 negativas, para un promedio de satisfacción del 90%.

1.5.3 % COBERTURA DEL PLAN DE CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL PERSONAL DE PLANTA.

El proceso mide la cobertura de la capacitación a través de la sumatoria de los funcionarios de planta que asisten a las capacitaciones sobre los programados, sin importar si estos son de planta o de otro tipo de contratación, por tal motivo **no se puede determinar el resultado real de la cobertura de capacitación.**

Se recomienda al proceso que el indicador se mida con el número de trabajadores de planta participantes en la capacitación sobre el total de trabajadores de planta focalizados o programados en la capacitación y la cobertura general es el promedio de la cobertura parcial, para tener un dato real.

1.5.4 % COBERTURA DEL PLAN DE BIENESTAR DEL PERSONAL DE PLANTA.

Durante el segundo trimestre de 2021, se programaron 6 actividades de bienestar para los funcionarios de planta así:

	SEGUNDO TRIMESTRE		
	PLANTA	DIRIGIDO A	%CUMPLIMIENTO
Celebración cumpleaños personal de planta Puente más largo	29	29	100%
Celebración de cumpleaños Envío tarjeta virtual a cada funcionario a partir de Febrero	20	20	100%
Día de la secretaria	2	2	100%
Día de la enfermera	43	43	100%
Tour de bienestar	11	11	100%
Asesoría Régimen de pensión	18	38	47%
TOTAL	123	143	86%

Se tiene una cobertura del plan de bienestar del personal de planta del 86%.

1.5.5 % DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN.

Para el segundo trimestre de 2021 se programaron 11 capacitaciones de las cuales se ejecutaron 11 para un cumplimiento del 100%.

1.5.6 % DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE BIENESTAR.

Para el segundo trimestre de 2021, se programaron 7 actividades, de las cuales se ejecutaron 7 para un cumplimiento del 100%.

21

Las actividades programadas para el segundo trimestre encontramos:

1. Aplicación estrategia salario emocional
2. Celebración de cumpleaños, envío tarjeta virtual a cada funcionario a partir de febrero
3. Conmemoración día de la profesión y fechas especiales, Envío tarjeta virtual
4. Conmemoración día de la secretaria, envío tarjeta virtual
5. Conmemoración día de la enfermera, envío tarjeta virtual
6. Tour de bienestar
7. Clima laboral y cambio organizacional

1.5.7 SITUACIONES ADMINISTRATIVAS.

Se evidencia en archivo enviado por el proceso que para el segundo trimestre de 2021 se han remitido 63 situaciones administrativas, resolviéndolas al 100%.

INDICADOR TRAMITE SITUACIONES ADMINISTRATIVAS	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
# SITUACIONES ADMITIVAS TRAMITADAS	22	32	9	63
<i>SITUACIONES ADMINISTRATIVAS REQUERIDAS</i>	22	32	9	63
RESULTADO INDICADOR	100			

1.5.8 TRANSFORMACIÓN CULTURAL.

Se realizó encuesta virtual sobre salud y buen trato para el primer semestre de 2021 con un cumplimiento del 90%.

ENCUESTA BUEN SALUDO Y BUEN TRATO PRIMER SEMESTRE 2020	PRIMER SEMESTRE				
	NUNCA	ALGUNAS VECES	RESPUESTAS NEGATIVAS	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
Dentro de la institución usted saluda a los usuarios, familiares y compañeros de trabajo cada vez que sea necesario		3		44	155
Dentro de la jornada laboral recibe usted el saludo por parte de sus compañeros, usuarios y familiares		40		82	71
Brinda usted un trato respetuoso, digno y amable al cliente interno, usuario y su familia?		1		31	167
Considera que sus compañeros de trabajo brindan un trato respetuoso, digno y amable al cliente interno, usuario y su familia?		39		97	63

SUMATORIA POR CRITERIO		83	83	254	456
SUMA NUNCA+ALGUNAS VECES**FRECUEMENTE+SIEMPRE		83			710
TOTAL RESPUESTAS				793	
PORCENTAJE RESPUESTAS POSITIVAS				90%	

1.5.9 CUMPLIMIENTO ESTRATEGIA CONSTRUYENDO EN FAMILIA PARA TRABAJAR CON EL ALMA

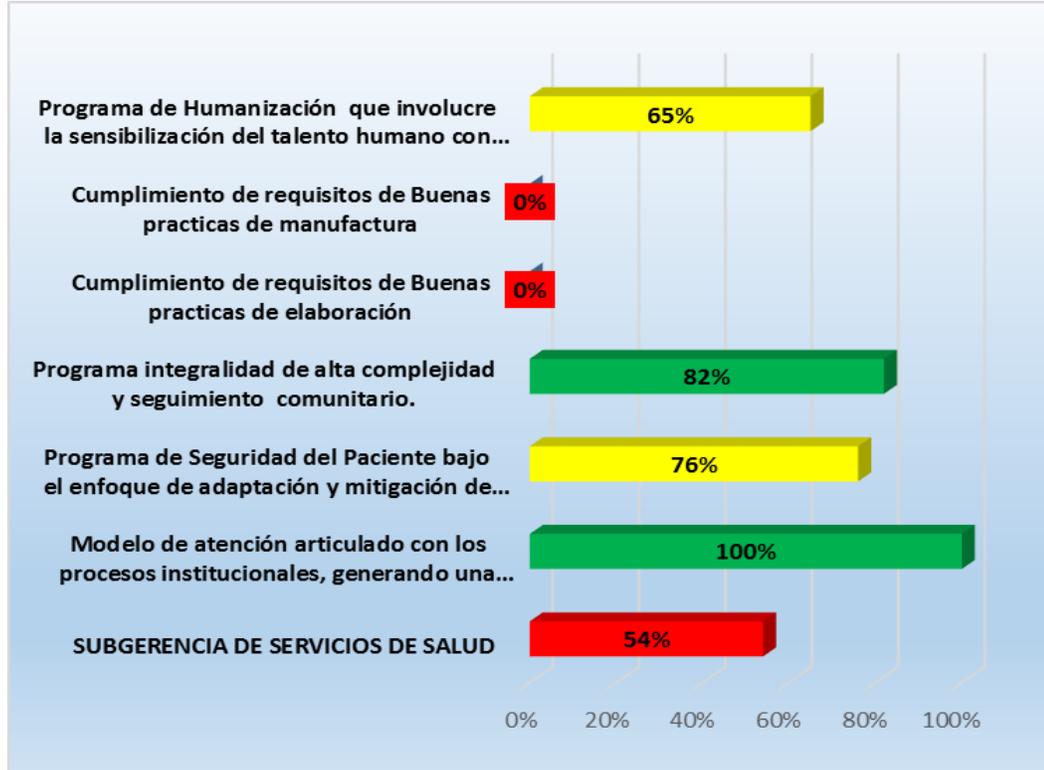
No se tiene medición para el segundo trimestre de 2021, porque no se programaron actividades para esta estrategia.

Recomendaciones Generales para la Subgerencia Administrativa y Financiera:

- El Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PGIRF), de los 20 indicadores, 5 no cumplen con la meta establecida y 1 no aplica para el periodo evaluado, se recomienda tomar las acciones pertinentes para cumplir con los objetivos propuestos.
- El programa gestión de costos de los 5 indicadores, 4 cumplen con la meta y 1 se encuentra con un avance del 19%, se recomienda tomar las acciones pertinentes para cumplir con los objetivos propuestos.
- El programa Fortalecimiento de la gestión del riesgo y prevención del daño antijurídico de la entidad, no se encuentra en debida forma estructurado lo que no permitió efectúa actividades en el primer semestre del año, que impacten en la prevención del daño antijurídico de la entidad, se recomienda efectuar mesas de trabajo lideradas por la alta gerencia, para reevaluar los indicadores y metas propuestos para el POA.
- El Programa de adecuación y mejoramiento de infraestructura física, de los 5 indicadores, 2 no cumplen con la meta, se recomienda tomar las acciones pertinentes para cumplir con los objetivos propuestos.
- Programa de Gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia, de los 9 indicadores, 1 no cumple con la meta establecida porque no se puede realizar la medición del indicador y 1 no aplica para el periodo evaluado, se recomienda tomar las acciones correspondientes para cambiar la fórmula del indicador que se encuentra indeterminado.

2. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

23



El promedio general para la Subgerencia de Servicios de Salud es del 54%, de igual forma "es un cumplimiento crítico en las metas evaluadas con deficiencias que deben ser atendidas en un plan de acciones correctivas para una mejora inmediata de la gestión"; a continuación se encuentra las matrices de cada uno de los programas con el porcentaje de cumplimiento de las metas propuestas junto con recomendaciones u observaciones, que se consideran importantes por esta oficina, para la consecución de los objetivos estratégicos planteados en el Plan de Desarrollo de la institución:

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

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REONSABLE
Diseñar e implementar un nuevo modelo de	35%	Cumplimiento Global del modelo	Promedio de cumplimiento de indicadores del	35%	Trimestral	HERRAMIENTA MEDICION MODELO DE	Coordinador Clínicas Quirúrgicas

gestión basado en el flujo del paciente con enfoque de Atención Primaria en Salud.			modelo				ATENCIÓN POR SERVICIOS	
--	--	--	--------	--	--	--	------------------------	--

GESTIÓN CLÍNICA	GESTIÓN QUIRÚRGICA	URGENCIAS	UCI ADULTOS	UCI PEDIÁTRICA	UCI NEONATAL	CONSULTA EXTERNA	MARIA JOSEFA CANELONES	MODELO DE ATENCIÓN	RESULTADO CONSOLIDADO 2do TRIMESTRE
57%	63%	64%	36%	53%	59%	27%	4%	45%	100%

Para el segundo trimestre de 2021 se evidencia un cumplimiento general de implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente con enfoque de Atención Primaria en Salud del 45%, cumpliendo la meta de la vigencia, dentro de los procesos con menor cumplimiento se encuentran:

UCI Adultos: No hay mediciones del factor de accesibilidad ni pertinencia, el factor de oportunidad se encuentra fuera de meta, una de las causas está asociado a no adherencia al diligenciamiento de la historia clínica en la respuesta a interconsultas, sólo responden vía telefónica, lo cual es un riesgo jurídico, por la ausencia de registros, además contribuye a la falta de facturación por dicho concepto, así mismo no hay medición de gestión del riesgo en el proceso.

Sede María Josefa Canelones: No se evidencia gestión en los pilares del modelo de atención en dicha sede, preocupa que no se estén implementando todos los parámetros de calidad de manera uniforme, igualmente hay ausencia de indicadores y mecanismos de seguimiento, autocontrol y mejora, desde la asesoría de prestación de servicios de salud hospitalario, se hace retroalimentación y se explican estrategias a implementar, se realizará acompañamiento progresivo y vigilancia de cumplimiento.

Se recomienda cumplimiento por todas las áreas y procesos de manera oportuna, en especial la sede María Josefa Canelones, ya que se encuentra sin mecanismos de monitoreo, autocontrol y mejora continua, lo cual afecta la implementación del modelo de atención articulado con los procesos institucionales, generando una implementación oportuna, pertinente, segura e integral para el usuario y su familia.

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

ACTIVIDAD	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	EVIDENCIA	REPOSABLE	CUMPLIMIENTO	PROMEDIO 2o TRIMESTRE
Fortalecer y articular la implementación del Programa de seguridad del paciente bajo el enfoque	Proporción de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	>80%	Actas de Comité seguridad del paciente Informe ejecutivo del programara	Líder Seguridad del Paciente	65%	65%

de adaptación y mitigación de riesgos.	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%	Actas de Comité seguridad del paciente Informes de adherencia	Líder Seguridad del Paciente	87%	100%
	Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas	No. de ítems de implementación que se cumplen en el periodo según cronograma / Total de ítems evaluado en el periodo según cronograma .x100	>=65%	Actas de Comité seguridad del paciente Informe ejecutivo del programa	Líder Seguridad del Paciente	63%	63%
	Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente	Acciones de control ejecutadas / Acciones de control identificadas	>=40%	Seguimiento a matrices de riesgo	Líder Seguridad del Paciente	NA	NA
CUMPLIMIENTO GENERAL						72%	76%

2.2.1 Proporción de vigilancia de eventos adversos

INDICADOR	EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PÚBLICA	GESTION FARMACEUTICA	GESTIÓN CLÍNICA	GESTIÓN QUIRÚRGICA	URGENCIAS	UCI ADULTOS	UCI PEDIATRICA	ENFERMERIA	UCI NEONATAL	APOYO SERVICIOS SALUD	SEDE MARIA JOSEFA CANELONES	CUMPLIMIENTO	PROMEDIO 2o TRIMESTRE
Proporción de vigilancia de eventos adversos	NA	45%	67%	68%	20%	89%	86%	90%	83%	56%	50%	65%	65%

El proceso misional con mayor gestión de eventos adversos, corresponde a enfermería con 90% y el proceso con menor gestión de eventos se encuentra urgencias con un 20% de los eventos adversos gestionados de los reportados.

Con respecto a la gestión de los eventos relacionados por enfermería se resalta que dicha actividad es ejecutada por las líderes de enfermería de los servicios, en permanente acompañamiento por parte de la

Enfermera Líder supervisión asistencial. La realización de las unidades de análisis se tiene establecida mediante una reunión mensual por parte del equipo Primario de mejoramiento institucional (EPMI), con la participación de la enfermera líder supervisión, las líderes de enfermería de los servicios y con el acompañamiento de la médica y enfermera del programa de seguridad del paciente.

Se resalta adicionalmente la participación proactiva de enfermería en la implementación de la totalidad de las fases del módulo EVENTO de DARUMA para la gestión de los eventos adversos.

2.2.2 PROMEDIO DE LA CALIFICACIÓN DE ADHERENCIA A LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

INDICADOR	EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PÚBLICA	GESTION FARMACEUTICA	GESTIÓN CLÍNICA	GESTIÓN QUIRÚRGICA	URGENCIAS	UCI ADULTOS	UCI PEDIATRICA	ENFERMERIA	UCI NEONATAL	APOYO SERVICIOS SALUD	SEDE MARIA JOSEFA CANELONES	CUMPLIMIENTO	PROMEDIO 2o TRIMESTRE
Promedio de la calificación de adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente	NA	NA	96%	91%	68%	68%	97%	91%	100%	NA	NA	87%	100%

Se observa que el proceso con mayor porcentaje de cumplimiento es UCI neonatal con el 100%, y el proceso con menor porcentaje de cumplimiento corresponde a urgencia y UCI Adultos cada uno con 68%, Sin embargo, es de anotar que para los procesos misionales que obtuvieron un cumplimiento mayor al 90% se identifican criterios a mejorar los cuales deben ser socializados con los equipos de salud de cada servicio y/o proceso, en cuanto a los procesos misionales con menor porcentaje de cumplimiento, el proceso menciona que se instaurarán las acciones de retroalimentación y formulación de acciones de mejora, medidas a desplegar bajo el liderazgo de los responsables de los procesos.

2.2.3 PROMEDIO DE LA CALIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PRIORIZADAS.

INDICADOR	EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PÚBLICA	GESTION FARMACEUTICA	GESTIÓN CLÍNICA	GESTIÓN QUIRÚRGICA	URGENCIAS	UCI ADULTOS	UCI PEDIATRICA	ENFERMERIA	UCI NEONATAL	APOYO SERVICIOS SALUD	SEDE MARIA JOSEFA CANELONES	CUMPLIMIENTO	PROMEDIO 2o TRIMESTRE

Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas	72%	80%	49%	57%	58%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	63%	99%
--	-----	-----	-----	-----	-----	----	----	----	----	----	----	-----	-----

Se observa que el proceso con mayor calificación corresponde a gestión farmacéutica con la implementación de BPS mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos, y el proceso con la implementación más baja corresponde a Gestión clínica con la BPS Reducir el riesgo de la atención de paciente con enfermedad mental, sin embargo se observa un cumplimiento del 99% con respecto a la meta de la vigencia.

El líder del programa menciona que los resultados asignados corresponden al proceso de implementación, es decir el desarrollo de las actividades tendientes a implementar las recomendaciones descritas en cada BPS, por lo cual la calificación se asigna al proceso o servicio planteado como líder de cada buena práctica.

2.2.4 GESTIÓN DEL RIESGO EXTREMO Y ALTO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con respecto al indicador ejecución de las acciones de control para la gestión del riesgo en seguridad del paciente, no es posible reportar datos para el primer semestre del año 2021, teniendo en cuenta las actividades de reactivación del programa de seguridad del paciente.

2.3 PROGRAMA INTEGRALIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO.

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA
Diseñar implementar y evaluar Programa integralidad de alta complejidad y seguimiento comunitario.	40%	Cumplimiento cronograma	Promedio de cumplimiento de actividades que aplican según cronograma vigencia 2021	40%	Trimestral	Informe

Proyecto unidad de cancerología - fase 1	Programa de rehabilitación pulmonar	Programa clínica de osteoporosis	Programa clínica de obesidad	Programa de pie diabético	Programa hospital seguro contra la trombosis	Programa clínica de anticoagulación	Programa de donación de órganos	Microcirugía	RESULTADO CONSOLIDADO 2do TRIMESTRE
90%	100%	88%	88%	75%	48%	48%	100%	100%	82%

Fase 1: Vigencia 2021

En esta fase, de acuerdo con estudio y diagnóstico organizacional interno y externo, análisis prospectivo, diseño, priorización y despliegue de las estrategias, se incluyen el Proyecto Unidad de Cancerología - Fase 1, Programa de Rehabilitación Pulmonar, Programa Clínica de Osteoporosis, Programa Clínica de Obesidad, Programa de Pié Diabético, Programa Hospital Seguro Contra la Trombosis, Programa Clínica de Anticoagulación, Programa de Donación de Órganos, Comité de Bioética, Laboratorio de Pruebas de Función Pulmonar, Programa de Accesos Vasculares, Retinología, Programa de Extensión Comunitaria, Microcirugía, Endocrinología Pediátrica, Neumología Pediátrica y Psiquiatría Infantil.

Para el periodo evaluado se evidencia un cumplimiento del 82% de la fase 1 del programa de alta complejidad y seguimiento comunitario, los programas con resultados más bajos corresponde a Programa hospital seguro contra la trombosis, y programa clínica de anticoagulación con 48% de cumplimiento.

2.31 PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR

Del programa de rehabilitación pulmonar se evidencia el estudio de costos, diseño de indicadores para cuando se encuentre en inicio de operación dejar parametrizados; diseño del documento con su respectivo diagnóstico situacional, solicitud de laboratorio de pruebas de función pulmonar, análisis y proyección de tarifas a implementar.

SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS			
		I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
Programa - Rehabilitación Pulmonar	Indicador: Diagnóstico situacional		100		
	Indicador: Documento del programa		100		
	Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.				
	Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores				
	Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa				
	Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.				

2.3.2 PROGRAMA – CLÍNICA DE OBESIDAD

Desde el programa clínica de obesidad, se tienen la plataforma documental del programa, los protocolos, guías y demás, se hizo avance en los costeos y paquetes, se presentan a junta directiva y se saca como acuerdo, se establece proceso contractual con cirugía bariátrica, ya se cuenta con producción de juntas de obesidad, pendiente realizar la primera cirugía de obesidad. Desde el punto de vista de indicadores, ya están propuestos, sin embargo, se tiene pendiente la parametrización de los mismos, se solicitó el personal de jefe de enfermería para los programas, aún no ha sido asignada.

SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS			
		I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
Programa - Clínica de obesidad	Indicador: Diagnóstico situacional	100	100		
	Indicador: Documento del programa	100	100		
	Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.	100	100		
	Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores		50		
	Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa		0		
	Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.		100		

2.3.3 PROGRAMA – CLÍNICA DE OSTEOPOROSIS

Desde el programa clínica de osteoporosis, se tienen la plataforma documental del programa, los protocolos, guías y demás documentos debidamente relacionados en Daruma, indicadores planteados más no parametrizados, pendiente asignen jefe de enfermería al programa para poder iniciar captura de los datos, estudio de costos adelantado y presentado a junta directiva, ya con acuerdo aprobado y socializado con comercial.

SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS			
		I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
Programa - clínica de osteoporosis	Indicador: Diagnóstico situacional	100	100		
	Indicador: Documento del programa	100	100		
	Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.	100	100		
	Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores		50		
	Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa		0		
	Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.		100		

2.3.4 PROGRAMA PIE DIABÉTICO:

Desde el programa Pié diabético, se tienen la plataforma documental del programa, los protocolos, guías y demás documentos debidamente relacionados en Daruma, indicadores planteados más no parametrizados, pendiente asignen jefe de enfermería al programa para poder iniciar captura de los datos, estudio de costos adelantado y presentado a junta directiva, ya con acuerdo aprobado y socializado con comercial.

SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS			
		I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
Programa - Pié diabético	Indicador: Diagnóstico situacional	100	100		
	Indicador: Documento del programa	100	100		
	Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.	100	100		
	Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores		50		
	Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa		0		
	Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.		100		

2.3.5 PROGRAMA HOSPITAL SEGURO CONTRA LA TROMBOSIS

Desde el programa Hospital Seguro contra la Trombosis, se tiene parte del Diagnóstico situacional, sin embargo, el bajo reporte a seguridad del paciente de los eventos tromboticos como TEP y TVP considerados como eventos prevenibles es bajo, se está tratando de adelantar trabajo conjunto con la empresa privada para cargue automático a plataforma Zona Segura contra la trombosis, en avances con sistemas y Esencia, ya con acuerdo de confidencialidad firmado y aprobado por comité de historias clínicas, se tienen pendiente el avance de la plataforma documental del programa, los protocolos, guías y demás documentos, indicadores planteados más no parametrizados, pendiente asignen jefe de enfermería al programa para poder iniciar diseño de protocolos y adopción de guías.

SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS			
		I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
Programa - Hospital seguro contra la trombosis	Indicador: Diagnóstico situacional		70		
	Indicador: Documento del programa		70		
	Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.		0		
	Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores		50		
	Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa				
	Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.				

2.3.6 PROGRAMA CLÍNICA DE ANTICOAGULACIÓN

Desde el programa Clínica de anticoagulación, se tiene parte del diagnóstico situacional planteado en documento del programa, pendiente de aprobación, se tienen pendiente el avance de la plataforma documental del programa, los protocolos, guías y demás documentos, indicadores planteados más no parametrizados, pendiente asignen jefe de enfermería al programa para poder iniciar diseño de protocolos y adopción de guías.

SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS			
		I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
Programa - Clínica de anticoagulación	Indicador: Diagnóstico situacional	70	70		
	Indicador: Documento del programa	70	70		
	Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.		0		
	Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores		50		
	Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa				
	Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.				

2.3.7 MICROCIURUGÍA

Desde microcirugía, se tiene ya el estudio de costos, ya se cuenta con acuerdo de junta directiva para cobro de eventos, ya se cuenta con relación contractual con Cirujano Plástico Reconstructivo y ya se han realizado procedimientos en la institución.

SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS			
		I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
Microcirugía	Indicador: Diagnóstico situacional y justificación		100		
	Indicador: porcentaje de cumplimiento Habilitación según Res 3100		100		
	Indicador: Estudio de costos, estudio de mercado y estudios precontractuales.		100		
	Indicador: Operación y Producción.		100		

2.3.8 DONACIÓN DE ÓRGANOS

Desde el programa de Donación de Órganos, se cuenta con documento del programa y demás documentos de norma en Daruma, bajo acompañamiento y asesoría de secretaría de salud distrital de Bogotá, se crea POAD salas de cirugía y programa donación de órganos como lo señalaba plan de mejora externo.

SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS			
		I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
Programa de Donación de Órganos	Indicador: Diagnóstico situacional		100		
	Indicador: Documento del programa		100		
	Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.		100		
	Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores				
	Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa				
	Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.				

2.4 CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE BUENAS PRACTICAS DE ELABORACIÓN

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPOSABLE	Gestión Farmacéutica	RESULTADO 2do TRIMESTRE
Implementación plan de acción de BPE (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	100%	Trimestral	Informe de seguimiento	Director Técnico Farmacia	0%	0%

Refiere el líder del proceso que debido a la transición de cargo de coordinador que está sucediendo en el proceso de gestión farmacéutica, y no contar con una entrega de información óptima, para el periodo evaluado, no es posible realizar por parte del responsable el cumplimiento de las actividades programadas en el plan de trabajo.

2.5 CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA.

32

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPOSABLE	Gestión Farmacéutica	RESULTADO 2do TRIMESTRE
Implementación plan de acción de BPM (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	100%	Trimestral	Informe de seguimiento	Director Técnico Farmacia	0%	0%

Refiere el líder del proceso que debido a la transición de cargo de coordinador que está sucediendo en el proceso de gestión farmacéutica, y no contar con una entrega de información óptima, para el periodo evaluado, no es posible realizar por parte del responsable el cumplimiento de las actividades programadas en el plan de trabajo.

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

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	EVIDENCIA	Programa de Humanización	RESULTADO 2do TRIMESTRE
Socializar, implementar y evaluar el programa de humanización del servicio.	Adherencia al buen trato (UCI's, Hospitalización, Urgencias, programa madre canguro)	Número de ítems de la lista que se cumple / Total de ítems evaluados en el mismo periodo	90%	Formato GER-F-04 Humanización de la atención en Salud Urgencias, GER-F-05 Humanización de la atención en Salud Hospitalización, GER-F-08 Humanización de la atención en Salud UCI Neonatal	90%	100%
	Cobertura del programa de espacios de esparcimiento a colaboradores	Número de áreas impactadas / Número Total de áreas	90%	Formato GER-F-03 Cronograma de Trabajo Espacios de Esparcimiento	90%	100%
	Gestión y Seguimiento intrahospitalario y Pos Egreso	Número de Llamadas de Seguimiento a los Pacientes y sus Familias / Total de pacientes registrados en el periodo	60%	Formato GER-F-06 Humanización de la atención en salud Post Egreso	37%	61%
	Seguimiento a las Intervenciones de las acciones priorizadas	Número de ítems intervenidos / Número de ítems que no se cumplen	60%	Matriz Consolidad del análisis de cada una de las preguntas	INDETERMINADO	0%
	CUMPLIMIENTO PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN IMPLEMENTADO CLIENTE INTERNO Y EXTERNO					

Se evidencia un cumplimiento del programa de humanización que involucre la sensibilización del talento humano con enfoque tanto para cliente interno y externo del 83.5%.

2.6.1 ADHERENCIA AL BUEN TRATO (UCI'S, HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS, PROGRAMA MADRE CANGURO).

33

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	CUMPLIMIENTO	URGENCIAS	HOSPITALIZACION	UCI ADULTOS	UCI PEDIATRICA	UCI NEONATAL	PROGRAMA MADRE CANGURO
Adherencia al buen trato (UCI's, Hospitalización, Urgencias, programa madre canguro)	Número de ítems de la lista que se cumple / Total de ítems evaluados en el mismo periodo	90%	90%	90%	82.6%	91.3%	91.3%	91.3%	91.6%

Para realizar análisis del indicador se tuvo en cuenta la información resultado de la encuesta digital aplicada a los pacientes registrados por el equipo de humanización en cada una de las áreas intervenidas, como resultado general del indicador se tiene un cumplimiento del 90%.

2.6.2 COBERTURA DEL PROGRAMA DE ESPACIOS DE ESPARCIMIENTO A COLABORADORES

Se evidencia que el programa se mide por la cobertura de la totalidad de las áreas de la institución y no por participación por funcionario, Identificaron 44 áreas de las cuales se realizó intervención a 39.

De las 39 áreas intervenidas se realizaron 349 actividades, con un 90% de cobertura, las áreas no intervenidas (salas de cirugía, gerencia, sala de partos, ambulancia y hemodinamia), manifiestan no tener tiempo o no estar en disposición para participar en las actividades programadas, se recomienda realizar las acciones correspondientes para que las áreas que no participen en el proceso se incluyan.

2.6.3 GESTIÓN Y SEGUIMIENTO INTRAHOSPITALARIO Y POS EGRESO

Para la fórmula del indicador se tuvo en cuenta el número de pacientes registrados por el equipo de humanización durante el primer trimestre del año, sobre el registro de las llamadas de seguimiento que se realizaron en el segundo trimestre.

Para el primer trimestre se registraron 1.239 usuarios en hospitalización y UCI teniendo un registro de 460 llamadas de seguimiento para un cumplimiento del 37%, muy por debajo de la meta del 60% proyectada para el trimestre.

2.6.4 SEGUIMIENTO A LAS INTERVENCIONES DE LAS ACCIONES PRIORIZADAS.

Para éste indicador no se puede determinar el resultado, por tal motivo se requiere realizar mesas de trabajo para encontrar la fuente de información del numerador y denominador y poder establecer el resultado para el periodo evaluado.

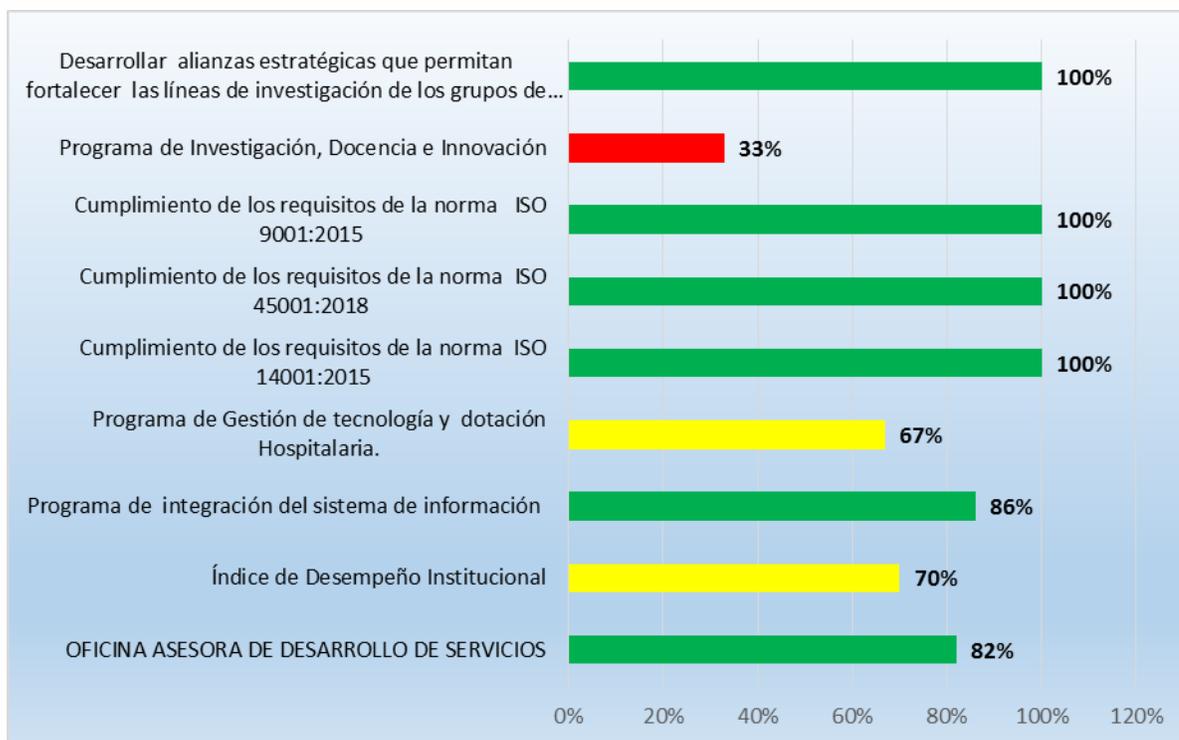
34

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD:

- Del Modelo de atención articulado con los procesos institucionales, generando una implementación oportuna, pertinente, segura e integral para el Usuario y su familia, de los 8 procesos misionales, solo 2 no cumplen con la meta establecida los cuales son, apoyo servicios de salud (consulta externa) y María Josefa Canelones, se recomienda tomar las medidas necesarias para dar cumplimiento a los objetivos propuestos.
- Del Programa de Seguridad del Paciente bajo el enfoque de adaptación y mitigación de riesgos, de los 4 indicadores propuestos 2 cumplen con la meta, uno no cumple y uno no aplica para el periodo evaluado; el indicador porcentaje de ejecución de acciones de control para la gestión del riesgo en seguridad del paciente no se pueden incluir datos ya que se encuentra en estructuración los riesgos de seguridad del paciente y hasta que se realice la identificación de los controles no se puede medir las acciones de gestión del riesgo afectando el cumplimiento del programa en la vigencia.
- Del cumplimiento de requisitos de buenas prácticas de elaboración, se recomienda tomar las acciones correspondientes para cumplir con las actividades programadas en plan de acción de BPE.
- Del cumplimiento de requisitos de buenas prácticas de manufactura, se recomienda tomar las acciones correspondientes para cumplir con las actividades programadas en plan de acción de BPM.
- Del programa de humanización que involucre la sensibilización del talento humano con enfoque tanto para cliente interno y externo, se recomienda tomar la medidas necesarias en el indicador Gestión y Seguimiento intrahospitalario y pos-Egreso para dar cumplimiento a la meta establecida, además de realizar mesas de trabajo para determinar la fuente de información del indicador seguimiento a las intervenciones de las acciones prioritizadas.

3. OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS.

35



La oficina asesora de desarrollo de servicios se compone de programas estratégicos, los cuales tiene un promedio general del 82%, lo que representa "... una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y se cumple con las metas propuestas". A continuación se muestran los indicadores de cada uno de los programas con el porcentaje de cumplimiento de las metas propuestas y observaciones realizadas por la oficina de control interno para la consecución de los objetivos estratégicos planteados en el Plan de Desarrollo de la institución:

3.1 ÍNDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REPOSABLE
Implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.	> Resultado año anterior	Medición Desempeño	Actividades ejecutadas plan de acción MIPG / Actividades programadas	>=90%	Trimestral	Planeación

INTEGRIDAD	TALENTO HUMANO	PLANEACIÓN INSTITUCIÓN	GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO	GOBIERNO DIGITAL	DEFENSA JURIDICA	RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES	PARTICIPACION CIUDADANA EN LA GESTION PUBLICA	SEGUIMIENTO EVALUACION DEL DESEMPEÑO INSTITUCION	TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA	GESTIÓN DOCUMENTAL	GESTION DE LA INFORMACION ESTADISTICA	RESULTADO CONSOLIDADO 2do TRIMESTRE
66.7%	80%	50%	100%	50%	100%	50%	87.5%	83.3%	0%	100%	NA	70%

Se evidencia en seguimiento a los planes de acción del modelo integrado de planeación y gestión un cumplimiento del 70%; de las 12 políticas implementadas 5 se encuentran con cumplimiento de acciones muy bajas lo que puede ocasionar que no se cumplan con el objetivos programados en cada política, **sin embargo aunque se tiene un cumplimiento del 70%, este valor no cumple con la meta establecida en el POA.**

3.2 PROGRAMA DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN:

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPOSABLE	SITEMAS	AVANCE 2 TRIMESTRE
Fortalecer la gestión de la información de manera que asegure la continuidad en la prestación de servicios, la toma de decisiones basada en hechos y datos y facilite la articulación de la información de las instituciones integradas en red.	Cumplimiento de actividades del programa integración del sistema de información	Actividades programadas en la vigencia / Actividades ejecutadas en la vigencia	>=80%	Trimestral	Evidencias Cronograma	Líder Sistemas de Información	85%	100%
	Número de integraciones ejecutadas en la vigencia	Número de integraciones ejecutadas en la vigencia / Número de integraciones planeadas a ejecutar en la vigencia	>=1	Anual	Informe Anual de Integraciones	Líder Sistemas de Información	100%	100%
	Cumplimiento proyectos TI	Número de proyectos ejecutados en la vigencia y que corresponden al periodo de medición según lo planeado / Número total de proyectos planeados a ejecutar en la vigencia	>=80%	Trimestral	Evidencias Cronograma	Líder Sistemas de Información	60%	60%
CUMPLIMIENTO								86%

3.2.1 Cumplimiento de actividades del programa integración del sistema de información

Se evidencia en informe de TICS y soportes enviados por el proceso que se programaron 9 actividades para la vigencia de las cuales se han ejecutado 6 al 100% y 3 se encuentran en desarrollo, para un cumplimiento del programa de integración del sistema de información del 86%.

Las actividades que se encuentran en ejecución corresponde a:

1. Proyectos de TI definidos e implementados
2. Aprobación de recursos para la realización de la integración con los sistemas de información
3. Realizar la integración entre los sistemas identificados, ambiente de pruebas, salida a producción

Se recomienda tener en cuenta las actividades que se encuentran en ejecución para continuar su implementación y llegar al objetivo del programa.

3.2.2 Número de integraciones ejecutadas en la vigencia

Se evidencia en informe de TICS y soportes enviados por el proceso que se realizó la sustitución del software de laboratorio clínico, por lo tanto, se ejecutaron las actividades para el acompañamiento en la parametrización y configuración de los flujos de información, así como la integración y salida a producción entre los dos softwares COMPONET Y SERVINTE CLINICAL SUITE (Parametrización, actas, y salida a producción), con un cumplimiento del 100%.

Se evidencia que se ejecutó la meta propuesta para la vigencia.

3.2.3 Cumplimiento proyectos TI

Para la vigencia se tienen programados 5 proyectos, para el segundo semestre de 2021 se ejecutaron 3 para un cumplimiento del 60%.

Los proyectos programados son:

CODIGO	PROYECTO	PCT	OBSERVACIONES
P01	Conectividad sede principal y sedes del hospital	100%	Contrato 315 con Colombiamas TV
P02	Actualización de Sitio Web y renovación de hosting	100%	Contrato 260 con Asenti
P03	Mejorar y actualizar el servicio de correo del hospital	100%	Contrato 260 con Asenti
P04	Mejorar la infraestructura de red de datos y dispositivos de conectividad	N/A	Pendiente, sin iniciar.
P05	Renovación tecnológica de sistema de almacenamiento	N/A	Pendiente, sin iniciar.
TOTAL		60%	

Fuente: Informe Tics.

Se recomienda tener en cuenta los proyectos que no han iniciado con el fin de dar cumplimiento a los objetivos del indicador.

3.3 PROGRAMA DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REPOSABLE	GESTIÓN TECNOLÓGICA	AVANCE 2 TRIMESTRE
Gestión tecnología Biomédica	Número de equipos gestionados ante comité directivo / Número de equipos aprobados para adquisición	$\geq 80\%$	Anual	Coordinador Biomédica	100%	100%
Gestión de dotación Hospitalaria	Número de dotación hospitalaria Gestionados ante comité directivo / Número de dotación hospitalaria aprobada para adquisición	$\geq 80\%$	Anual	Coordinador Biomédica	100%	100%
Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias	Mantenimientos correctivos / Mantenimientos predictivos	$\leq 50\%$	Mensual	Coordinador Biomédica	INDETERMINADO	0%
CUMPLIMIENTO						67%

El programa de gestión de tecnología y dotación hospitalaria se compone de 3 indicadores, con un cumplimiento general de 67%.

3.3.1 Gestión tecnología Biomédica

Se evidencian soportes de solicitud a comité directivo de las necesidades a adquirir, y los conceptos técnicos enviados a gerencia para su adquisición, en el semestre de 2021, de 6 solicitudes presentadas ante comité, 6. Fueron aprobados: así:

1. Adquisición de equipos especializados para la entrega nasal de alto flujo para los diferentes servicios de la ese hospital universitario san Rafael de Tunja, con 5 equipos por un valor \$122,951,600
2. Adquisición cabina de bioseguridad para laboratorio clínico clase II A2 y cabina de bioseguridad para farmacia clase ii b2 de la ese hospital universitario san Rafael de Tunja, con 2 cabinas por un valor \$ 62,934,485.
3. Dotación de equipo biomédico para el funcionamiento de la unidad de cuidado intensivo - intermedio para la atención de la emergencia COVID 19 en la ese hospital universitario san Rafael de Tunja departamento Boyacá.

4. Dotación de equipo biomédico para el funcionamiento de la expansión hospitalaria que permita la atención de la emergencia COVID 19 en la ese hospital universitario san Rafael de Tunja departamento de Boyacá, con 104 equipos por un valor \$ 519, 570,16.
5. Adquisición de equipos especializados para la entrega nasal de alto flujo para el servicio de unidad de cuidado intensivo de la ese hospital universitario san Rafael de Tunja.
6. Adquisición y calibración de termo higrómetros para los diferentes servicios, de la ese hospital universitario san Rafael de Tunja y demás sedes.

3.3.2 Gestión de dotación Hospitalaria

Se evidencia que se realizaron 7 solicitudes ante el comité directivos, de los cuales 7 fueron aprobadas, para éste indicador se tiene en cuenta las solicitudes del indicador anterior (6) y una adicional del proceso de mantenimiento correspondiente dotación de camas hospitalarias para la atención de las emergencias COVID-19 en la ESE Hospital Universitario San Rafael Tunja.

3.3.3 DISMINUCIÓN DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS IMPLEMENTANDO LAS LISTAS DE CHEQUEO DIARIAS

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REONSABLE	GESTIÓN TECNOLÓGICA	AVANCE 2 TRIMESTRE
Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias	Mantenimientos correctivos / Mantenimientos predictivos	≤50%	Mensual	Coordinador Biomédica	Indeterminado	0%

Se evidencia el indicador 548 Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias, el cual se encuentran en el sistema de información DARUMA, sin embargo la fórmula del indicador no muestra con claridad el objetivo del indicador.

Id	Nombre	Tendencia	Año	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
548	Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias	↑	2021	57,14	187,50	63,64	60,00	146,67	100,00	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Para poder realizar medición del indicador se debe modificar la formula, el líder del proceso de biomédica menciona que el objetivo del indicador es; a mayor número de mantenimientos predictivos realizados en la rondas, se disminuye el número de mantenimientos correctivos, sin embargo como se observa en el resultado del indicador éste no se está midiendo de ésta forma.

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

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	REPOSABLE	SISTEMA GESTIÓN AMBIENTAL	AVANCE 2 TRIMESTRE
Mantener la certificación en el cumplimiento de la norma ISO 14001:2015 Sistema de Gestión Ambiental	Cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 14001:2015	Implementación plan de acción de SGA (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	>=90%	Líder Sistema Gestión Ambiental	94%	100%

Se evidencia un 94% de cumplimiento para el segundo trimestre de 2021, de 34 actividades planeadas, se ejecutaron 32, las actividades no ejecutadas corresponden al Lavado y desinfección de tanques y limpieza y mantenimiento de sumideros, se encuentra en espera de firma de los contratos para proceder a la realización de la actividad. Sin embargo el líder del proceso menciona que estas actividades se realizaran en el transcurso de las primeras semanas del mes de Julio con el fin de cumplir con el Plan de Trabajo.

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

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REPOSABLE	SITEMA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	AVANCE 2 TRIMESTRE
Asegurar la transición de la norma OHSAS 18001:2007 a la norma ISO 45001:2018 Seguridad y Salud en el Trabajo	Cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 45001:2018	Implementación plan de acción de SST (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	Trimestral	Líder Seguridad y Salud en el Trabajo	91%	100%

Se evidencia un 91% de cumplimiento para el segundo semestre de 2021, de las 66 actividades planeadas, 5 no se ejecutaron.

Entre las actividades que no se ejecutaron se encuentran:

1. Remisión a la EPS de la población de alto riesgo de enfermedades crónicas no trasmisibles.
2. Simulacros

3. Análisis de Resultados, diseño e implementación de acciones de intervención según los resultados obtenidos.
4. Plan de intervención psicosocial
5. Informe de Intervención de factores de riesgos Psicosocial

41

Se recomienda reprogramar las actividades no ejecutadas con el fin de cumplir con el plan de trabajo de la NTC ISO 14001:2015.

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

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	REPOSABLE	CALIDAD	AVANCE 2 TRIMESTRE
Obtener la Certificación en ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad	Cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:20158	Implementación plan de acción Sistema Gestión Calidad (Plan de trabajo)	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	Coordinador Calidad	91%	100%

Se evidencia un 91% de cumplimiento para el segundo semestre de 2021, de las 7 actividades planeadas, 2 se encuentran en ejecución con cumplimiento del 70% para el segundo trimestre de 2021, las cuales corresponde a:

1. Grupos de interés y partes interesadas.
2. Inducción norma ISO 9001:2015

Se recomienda continuar con las actividades no ejecutadas con el fin de cumplir con el plan de trabajo de la NTC ISO 9001:2015.

3.7 PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA E INNOVACIÓN

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	REPOSABLE	GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	AVANCE 2 TRIMESTRE
Rediseñar , Socializar, Implementar y evaluar el Programa de investigación, Docencia e Innovación Fortalecer líneas	Satisfacción del Personal en Formación Internado DOCENCIA-SERVICIO	Número de estudiantes satisfechos / Total de estudiantes que diligenciaron la encuesta	60%	Semestral	Coordinador Gestión Académica	91%	100%

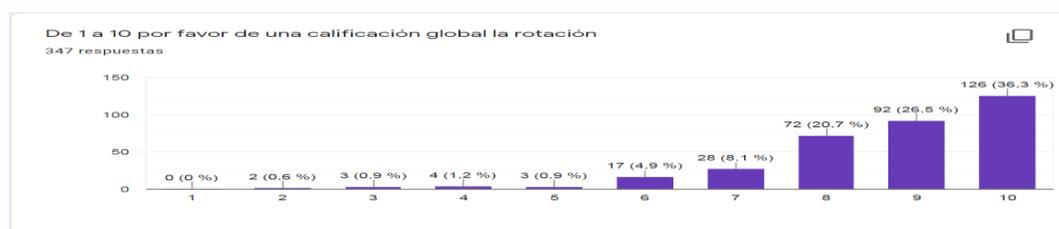
de investigación institucional, Realizar eventos de asistencia masiva en actividades como simposios y congresos, Desarrollar alianzas estratégicas que permitan fortalecer las líneas de investigación de los grupos de investigación.	Adherencia a los Syllabus de Rotación DOCENCIA-SERVICIO	Número de temas revisados / Número de temas planteados	>=90%	Semestral	INDERTERMINADO	0%
	Adherencia de la Programación de Turnos o Planes de Programación DOCENCIA-SERVICIO	Número de planes o programas / Total de especialidades donde rotan internos	>=90%	Anual	INDERTERMINADO	0%
	Productos de Investigación para Someter a Revista	Número proyectos para someter a revista / Número de proyectos aprobados por comité	>=90%		NA	NA
CUMPLIMIENTO						33%

Se evidencia un cumplimiento general del programa de 33.3%, de los cuatro indicadores que lo componen para el segundo trimestre, dos no se pueden medir ya que la fuente de información de ellos es a través de una encuesta y ésta mide percepción y no la realidad del indicador, por tal motivo se requiere modificar los soportes y fuentes de información de los indicadores.

3.7.1 Satisfacción del Personal en Formación Internado DOCENCIA-SERVICIO

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	Gestión de Investigación e Innovación
Satisfacción del Personal en Formación Internado DOCENCIA-SERVICIO	Número de estudiantes satisfechos / Total de estudiantes que diligenciaron la encuesta	60%	Semestral	Informe Resultados encuesta	91%

Para este indicador el proceso realiza encuestas mensuales, las cuales realiza consolidación de resultados semestrales, en el informe se evidencia una satisfacción del personal en formación del 91%, 318 estudiantes se encuentran satisfechos de 347 estudiantes encuestados.



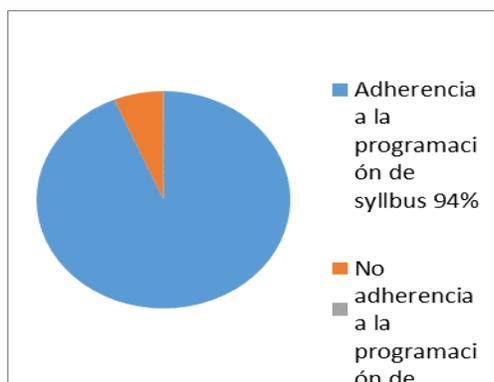
Fuente: Informe gestion academica

3.7.2 Adherencia a los Syllabus de Rotación

43

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	Gestión de Investigación e Innovación
Adherencia a los Syllabus de Rotación DOCENCIA-SERVICIO	Número de temas revisados / Número de temas planteados	$\geq 90\%$	Semestral	Informe Resultados encuesta	INDETERMINADO

Se evidencia en informe presentado por el líder del proceso que se tiene un cumplimiento del 94% de Adherencia a los Syllabus de Rotación, de los 347 encuestados, 22 diligenciaron que no se revisaron temas, lo que corresponde a un 6%.



Fuente: Informe gestion academica

Sin embargo el indicador no se puede medir, ya que éste mide la percepción de adherencia de la programación de syllabus y no revisión del total de los temas revisados sobre los temas planteados.

3.7.3 Adherencia de la Programación de Turnos o Planes de Programación

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	Consolidado Indicador Gestión de Investigación e Innovación
Adherencia de la Programación de Turnos o Planes de Programación DOCENCIA-SERVICIO	Número de planes o programas / Total de especialidades donde rotan internos	$\geq 90\%$	Semestral	Informe Resultados encuesta	INDETERMINADO

Se evidencia en informe presentado por el líder del proceso que se tiene un cumplimiento del 87%, de los 347 encuestados, 302 contestaron que se tienen que ajustar los turnos.

Se evidencia en informe presentado por el líder del proceso que se tiene un cumplimiento del 87% de Adherencia de la Programación de Turnos o Planes de Programación; para éste indicador en la encuesta se preguntó lo siguiente:

44

En el caso de haber excedido en algún momento la programación de 66 horas semanales, especifique el número de horas que superó esta programación. Si no excedió diligencie NO, de los 347 encuestados, 302 encuestados reportan ajustes en la programación de turnos.



Sin embargo el indicador no se puede medir, ya que éste mide la percepción de adherencia a la programación de turnos y no el número de planes o programas / Total de especialidades donde rotan internos y no la realidad del indicador.

3.7.4 Productos de Investigación para Someter a Revista

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	Consolidado Indicador Gestión de Investigación e Innovación
Productos de Investigación para Someter a Revista	Número proyectos para someter a revista / Número de proyectos aprobados por comité	$\geq 90\%$	Anual	Proyectos publicados en revista	NA

Para este indicador el resultado es anual, por tanto no se tiene medición, el soporte enviado por el líder del proceso se observa que se tienen publicado en revista 7 artículos, por tal motivo se recomienda cambiar la periodicidad del indicador para realizar seguimiento que coadyuve con el objetivo del programa, además de la programación por vigencia de los proyectos a realizar.

3.8 IMPLEMENTACIÓN DE LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

45

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPOSABLE	Gestión de Investigación e Innovación	AVANCE 2 TRIMESTRE
Rediseñar , Socializar, Fortalecer líneas de investigación institucional	30%	Productos de Investigación para Someter a Revista	Número proyectos para someter a revista / Número de proyectos aprobados por comité	>=90%	Anual	Productos de Investigación para someter a Revista. Indicador anual, artículos publicados a la fecha	Coordinador Gestión Académica	90%	NA

Para este indicador el resultado es anual, por tanto no se tiene medición, el soporte enviado por el líder del proceso se observa que se tienen publicado en revista 7 artículos, por tal motivo **se recomienda cambiar la periodicidad del indicador para realizar seguimiento que coadyuve con el objetivo del programa, además de la programación por vigencia de los proyectos a realizar.**

Sin embargo el único indicador de implementación de las líneas de investigación se encuentra relacionado en el Programa de Investigación Docencia e Innovación, el cual se recomienda dejar su resultado en una sola línea.

3.9 REALIZAR EVENTOS DE ASISTENCIA MASIVA EN ACTIVIDADES COMO SIMPOSIOS Y CONGRESOS

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPOSABLE	Gestión de Investigación e Innovación	AVANCE 2 TRIMESTRE
Realizar eventos de asistencia masiva en actividades como simposios y congresos	1	Congresos ejecutados	Número de congresos realizados en el periodo	1	Anual	Base de datos de espacios de difusión	Coordinador Gestión Académica	NA	NA

El programa realiza eventos de asistencia masiva en actividades como simposios y congresos para la vigencia 2021 solo se tiene programado 1, a la fecha no se ha realizado, el indicador tiene periodicidad anual, **sin embargo se recomienda tener una programación previa para evitar realizar medición al indicador anual y al final de la vigencia éste no se realice.**

3.10 DESARROLLAR ALIANZAS ESTRATÉGICAS QUE PERMITAN FORTALECER LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN DE LOS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN.

46

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REONSABLE	Gestión de Investigación e Innovación	AVANCE 2 TRIMESTRE
Desarrollar alianzas estratégicas que permitan fortalecer las líneas de investigación de los grupos de investigación.	1	Alianza formalizada	Número de Alianzas estratégicas consolidadas en el periodo	1	Anual	Alianzas o convenios firmadas	Coordinador Gestión Académica	2	100%

En el segundo trimestre de 2021, se realizó convenio con la Universidad Militar, así como la alianza estratégica con fines de presentar convocatoria a Minciencias con la universidad de Antioquia, por tal motivo se cumple con el indicador.

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

ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REONSABLE	Gerencia	AVANCE 2 TRIMESTRE
Fortalecer la implementación del proceso de acreditación frente al despliegue y aplicación del enfoque y extensión a los clientes interno y externo.	Resultado de la comparación entre 1,11 y 1,19	Resultado autoevaluación con respecto a la vigencia anterior	Resultado vigencia actual / Resultado vigencia anterior	entre 1,11 y 1,19	ANUAL	INFORME AUTOEVALUACIÓN	Líder PAMEC	NA	NA

Para este indicador el resultado es anual, por tanto no se tiene medición para el segundo trimestre de 2021.

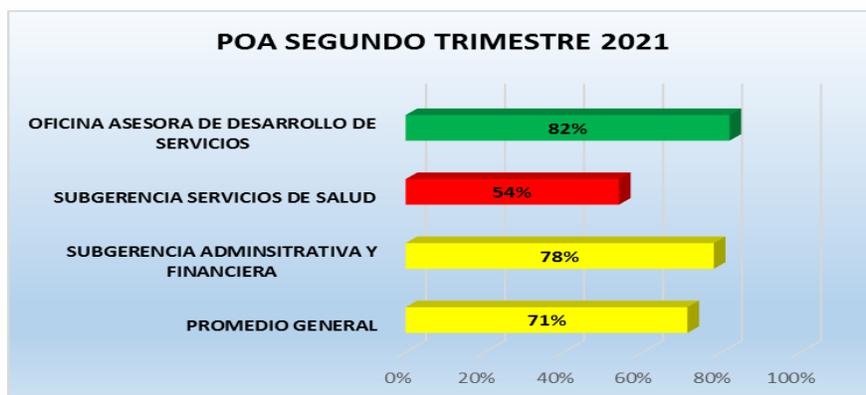
RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS:

47

- El programa con más bajo rendimiento corresponde a Programa de Investigación, Docencia e Innovación con 33.3%; ya que las evidencias aportadas no permiten medir 2 de los 4 indicadores del programa, además uno de los 4 indicadores se encuentra con medición anual, por tal motivo se recomienda al programa reestablecer la fuente de información de los indicadores con el fin de aportar datos reales y no percepción de los estudiantes.
- Se recomienda cambiar la fórmula del indicador Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias, ya que no se puede determinar una medición del indicador, por tal motivo afecta la calificación del programa de gestión tecnológica y dotación hospitalaria.
- Tomar acciones para reprogramar y ejecutar las actividades pendientes de los planes de mejora del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG), con el fin de dar cumplimiento a los objetivos del Programa de Gestión y Desempeño Institucional, sin embargo se tiene un cumplimiento del 70% que no cumple con la meta establecida en el plan de desarrollo.

CONSOLIDADO GENERAL POA SEGUNDO TRIMESTRE DE 2021

Tal como se puede apreciar en la siguiente gráfica, el cumplimiento en las metas e indicadores de los POA's para el segundo trimestre de 2021 en promedio general corresponde a un 71%. Es importante, se tengan en cuenta las consideraciones expuestas en el seguimiento y evaluación realizada en aquellas metas e indicadores en donde los resultados no fueron los esperados, con el propósito de avanzar en el cumplimiento del Plan de Desarrollo 2020-2024 "En el San Rafael trabajamos con el alma".



CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES GENERALES POA 2021

El porcentaje de cumplimiento del POA para el segundo trimestre de 2021 fue de 71%, lo cual indica que de acuerdo a los criterios de evaluación señalados con anterioridad, representa que se están desarrollando con tendencia al fortalecimiento aunque con algunas debilidades, situación que le dificulta a la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, continuar cumpliendo con los lineamientos y

propuestas contenidas en el nuevo periodo y Plan de Desarrollo Institucional 2020 - 2024., "En el San Rafa trabajamos con el alma".

48

OBSERVACIONES

- Es necesario priorizar por parte de la alta dirección y establecer un plan de acción para el cumplimiento de las metas de los requisitos de Buenas Practicas de Manufactura y de Buenas practica de elaboración, teniendo en cuenta que a la fecha no tiene avances durante el segundo semestre de 2021, lo cual genera el riesgo del incumplimiento en 2 metas del plan de desarrollo para la vigencia 2021.
- Teniendo en cuenta que el Programa de Gestión de Riesgo y Prevención de Daño Antijuridico es transversal en todo el Plan de Desarrollo 2020-2024, es necesario se fortalezca y defina lo mas pronto posible los indicadores para medir el avance de su implementación e impacto que genera a la institución.
- Revisar, estructurar y documentar en el sistema de gestión de calidad los programas estratégicos que fueron aprobados a través de la Resolución 059 de 2021, ya que algunos programas no son claros en su desarrollo.
- Se recomienda revisar y ajustar la herramienta de POA, ya que no es clara la estructura de evaluación, teniendo en cuenta que se mezcla programas con actividades del Plan de Desarrollo, y así mismo se relacionan a alguna subgerencia y/o oficina asesora pero no se evalúan áreas o procesos.
- Se debe fortalecer la cultura de autocontrol al interior de cada uno de los procesos, ya que no se cumple por parte de algunos líderes con el envío de la información a tiempo, lo que genera demoras en la evaluación del POA y reprocesos a la oficina de control interno.
- Se debe fortalecer las fuentes de información, análisis de los datos y tomar acciones a tiempo para evitar culminar la vigencia con objetivos no cumplidos.
- Se recomienda realizar mesas de trabajo con los líderes de los procesos que tienen a cargo indicadores que no pueden medir.
- Incluir en la herramienta POA, el plan operativo por proceso de salas de cirugía y donación de órganos para realizar el seguimiento respectivo.

Cordial Saludo,

LUZ DARY GUERRERO MORENO

Asesora Control Interno
ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Proyectó: Dorisol Pamplona / Revisó: Luz Dary Guerrero

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



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
e-mail. Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

