

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

IV TRIMESTRE DE 2024

1

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

Tunja, febrero de 2025



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



8-7405030



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

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



1. OBJETIVO

Verificar el nivel de cumplimiento en las metas planteadas por cada uno de los planes operativos vigentes, derivados del Plan de Desarrollo «SAN RAFA ALMA VIDA Y CORAZÓN». Para el cuarto trimestre del 2024.

2. ÁREAS / PROCESOS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Gestión Talento Humano, Gestión Financiera, Gestión Jurídica, Gestión Servicios de Apoyo, Gestión Recursos Físicos.

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Atención Urgencias, Atención Hospitalaria, Atención Ambulatoria, Quirófanos, Seguridad del Paciente, Apoyo Diagnóstico, Apoyo Terapéutico, Gestión Farmacéutica, Gestión Preventiva y Predictiva, Sistema de Información y Atención al Usuario, Docencia Servicio, Investigación, Enfermería

OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

Gestión Calidad, Gestión Información, Direccionamiento Estratégico

3. METODOLOGÍA

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

4. INTRODUCCIÓN

En concordancia con el Acuerdo No. 12 del 13 junio de 2024 se aprueba el plan de desarrollo denominado «San Rafa, alma, vida y corazón» para el periodo 2024-207 y la Plataforma estratégica de la entidad, en la cual se encuentran enmarcadas la misión, visión, objetivos institucionales y líneas estratégicas, este tiene como Objeto «Responder de manera óptima a las necesidades del Departamento de Boyacá y de la comunidad bajo el principio de articulación de las políticas nacionales y sectoriales; se formula este Plan de desarrollo que tiene como pilares los ejes del sistema único de acreditación como son: atención centrada en el usuario, gestión clínica excelente y segura, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, proceso de transformación cultural permanente, responsabilidad social en salud contenidos en la Resolución 2082 de 2014

Asimismo, la entidad actualiza el mapa de procesos y organigrama funcional a través de la Resolución 330 del 01 de agosto del 2024 y está en su artículo 4 refiere «Actualizar las caracterizaciones y construir por cada proceso los planes operativo anuales (POA), adicionalmente se cuenta con la Resolución 559 del 2024 «Por medio de la cual se deroga la resolución 222 de 2021 y se define los mecanismos de planeación, Evaluación y Rendición de informes de Gestión en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja» y en su artículo 5 define «Evaluación planes operativos por control interno: Con base a la autoevaluación que se remita en cada periodo, la Oficina de control interno entra a verificar los soportes y evidencias para todos los planes operativos y así definir la calificación y semaforización definitiva. Una vez



culmine dicha calificación, la oficina de control interno rendirá informe escrito a la gerencia con copia a las subgerencias de: Servicios de salud, administrativa y financiera y la oficina asesora de desarrollo y servicios»

5. RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO CUARTO TRIMESTRE DEL 2024 DEL PLAN OPERATIVO ANUAL:

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

3

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

Fuente: Resolución 559 de 2024

A continuación, se presentan los resultados de la verificación y evaluación del cuarto Trimestre del 2024 de los planes operativos, obteniendo como resultado lo siguiente:

PLAN OPERATIVO ANUAL 2024		
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	97%	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
<ul style="list-style-type: none"> Gestión Talento Humano: 100% Gestión Financiera: 100% Gestión Jurídica: 100% Gestión Servicios de Apoyo: 90% Gestión Recursos Físicos: 95% 		<ul style="list-style-type: none"> Atención Urgencias: 100% Atención Hospitalaria: 97% Atención Ambulatoria: 100% Quirófanos: 100% Seguridad del Paciente: 100% Apoyo Diagnóstico: 100% Apoyo Terapéutico: 100% Gestión Farmacéutica: 100% Gestión Preventiva y Predictiva: 100% Sistema de Información y Atención al Usuario: 100% Docencia Servicio: 67% Investigación: 100% Enfermería: 100%
		OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS
		<ul style="list-style-type: none"> Gestión Calidad: 93% Gestión Información: 100% Direccionamiento Estratégico: 100%
		CUARTO TRIMESTRE
		97%

Fuente: Herramienta POA Cuarto trimestre 2024

6. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

6.1 GESTIÓN TALENTO HUMANO



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



8-7405030



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



ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

El plan operativo del proceso gestión de Talento Humano, se ubica de acuerdo a sus actividades en los siguientes ejes:

- Eje 3 «Humanización en la atención en salud» cuya actividad es «Aprobación y socialización de la política y el programa de humanización».
- Eje 6 «Transformación Cultural permanente» que presenta las actividades «Actualizar procedimiento o instructivo y matrices de planeación de talento humano», «Actualizar programa estratégico de gestión del talento humano» y «Realizar actividades contempladas en el plan de capacitación y plan de bienestar para el cumplimiento del programa estratégico de gestión del talento humano».
- Eje 7 «Responsabilidad Social» con la actividad «Implementar plan de acción de Seguridad y Salud en el Trabajo para el mantenimiento de la certificación ISO 45001:2018».

4

A continuación, se observa la medición de los indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE	ESTADO
Resolución de política y programa vigente en Daruma	Producto Política y Programa de humanización	1,00	100%	CUMPLE
Documento vigente en Daruma	Producto Procedimiento o instructivo y matrices de planeación de talento humano	1,00	100%	CUMPLE
Documento vigente aprobado en Daruma	Producto Programa estratégico de gestión del talento humano	1,00	100%	CUMPLE
Cumplimiento a plan de capacitación y plan de bienestar	Número de actividades realizadas/ Número de actividades programadas *100	90%	100%	CUMPLE
Implementación del plan de acción de seguridad y salud en el trabajo	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas *100	90%	100%	CUMPLE

6.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para su medición cuenta con 5 indicadores

Resolución de política y programa vigente en Daruma

El proceso de Talento Humano presenta en el link de evidencias, soportes en PDF de la resolución No 473 de 18 de octubre 2024, por la cual se actualiza la política de humanización de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se deroga la resolución No 150 de 2023 y las demás que le sean contrarias.

Adicionalmente, en el informe PEGITH 2024, se presenta la aprobación y socialización de la política del Programa de humanización aprobó mediante Resolución No. 473 del 18 de octubre de 2024 y cuya socialización se realiza a través de infografía compartida por el área de comunicaciones y concurso de

fotografía con el fin de socializar y lograr adherencia en el personal, por lo que la evidencia presentada da cumplimiento a la actividad.

Documento vigente en Daruma (Procedimiento o instructivo y matrices de planeación de talento humano)

En proceso de Talento Humano presenta pantallazo soporte del Manual de "Planeación del Talento Humano" identificado con el código TH-M-07 V001 verificado en el listado maestro de documentos suministrados por área de Calidad y socializado por el área de comunicaciones (anexo soporte correo de socialización), este documento elimina el procedimiento anterior, se sugiere hacer claridad respecto al procedimiento, dado lo anterior la evidencia presentada da cumplimiento a la actividad.

5

Documento vigente aprobado en Daruma (Programa estratégico de gestión del talento humano)

Respecto a esta actividad el proceso responsable presenta pantallazo soporte del "Programa de Gestión y Bienestar del Talento Humano" identificado con el código TH-PG-01 v006 verificado en el listado maestro de documentos suministrados por área de Calidad, por lo que la evidencia presentada da cumplimiento a la actividad, sin embargo, no se evidencia socialización.

Cumplimiento a plan de capacitación y plan de bienestar

Para el periodo de evaluación el responsable presenta evidencias del desarrollo de actividades adelantadas en la vigencia 2024 e informe PEGITH 2024, como se observa a continuación:

- Aprobación y socialización de la política aprobó mediante Resolución No. 473 del 18 de octubre de 2024 y se socializa a través de infografía compartida por el área de comunicaciones y concurso de fotografía con el fin de socializar y lograr adherencia en el personal, anexan pantallazos soporte.
 - Presenta Manual de Planeación del Talento Humano, identificado con el código TH-M-07 v001 , verificado en el listado maestro de documentos suministrados por área de Calidad, documento de fecha 11 de diciembre 2024, este documento reemplaza el procedimiento existente, se sugiere hacer claridad respecto al procedimiento.
 - Se evidencia actualización programa estratégico de gestión del talento humano, identificado con el código TH-PG-01 v006, verificado en el listado maestro de documentos suministrados por área de Calidad, documento de fecha 24 de enero 2025, no se evidencia soporte de socialización.
- Adicionalmente, se evidencia reporte de las actividades contempladas en el plan de bienestar, plan de capacitación, plan de formación, encuestas de satisfacción y clima laboral, los cuales intervienen en el cumplimiento del programa estratégico de gestión del talento humano, con los siguientes resultados:
- Plan de bienestar con 98.82% de cumplimiento.
 - Plan de capacitación 97% de cumplimiento.
 - Plan de formación con el 57.69% de cobertura.
 - Encuestas de satisfacción con el 95% de aprobación.
 - Resultados clima laboral con un promedio de percepción positiva del 88%.

Teniendo en cuenta la información y las evidencias allegadas por el proceso de Talento Humano se da cumplimiento a las actividades programadas, sin embargo, se sugiere tener en cuenta las observaciones realizadas por la Oficina de Control Interno.



Implementación del plan de acción de seguridad y salud en el trabajo

La líder del proceso aporta como evidencia la carpeta «G Talento Humano» en la que se encuentra la subcarpeta «SST» que a su vez contiene lo siguientes archivos como prueba de la ejecución de esta actividad se presenta:

- Informe POA IV Trimestre 2024 en PDF, Matriz de Plan de Trabajo IV Trimestre 2024 en Excel, además se observan 11 carpetas con soportes de los programas a los cuales se les realiza seguimiento en el IV Trimestre 2024, 1 carpeta con 4 soportes de seguimiento a comités, 1 carpeta de documentos con soportes de seguimiento SG SST del trimestre y 1 carpeta denominada fechas especiales, con el soporte de informe día del SST.

6

Una vez revisada el informe presentado por el área y de acuerdo a lo registrado en la matriz plan de trabajo, se observa un total de 83 actividades programadas en el trimestre con un cumplimiento de 78 actividades, por lo que se evidencia incumplimiento en 5 actividades las cuales se describen a continuación:

Programa Gestión de Higiene

- Actividad No 35 "Inspección trabajos de alto riesgo (eléctrico, altura, caliente)" no se evidencia cargue de la lista de chequeo de riesgo locativo del mes de octubre, por lo que de 2 actividades programadas se ejecuta 1 con un cumplimiento del 50%.
- Actividad No 43 "Se realiza seguimiento a los ingresos II semestre correspondientes a Consorcio)", no se evidencia soporte (informe) de cumplimiento de la actividad programada para el mes de octubre, con un cumplimiento del 0%.

Plan Hospitalario de Emergencias

- Actividad No 55 "Capacitación CHE: "Se anexa lista de asistencia de capacitación al comité hospitalario de emergencia", el proceso anexa en la carpeta de evidencia acta de capacitación formato TH-F-15 "Asistencia colaboradores a eventos de capacitación / inducción o reinducción/ bienestar social" de fecha 23 de agosto 2024, verificado en el listado maestro de documentos, por lo que el soporte no corresponde a la fecha programada para el mes de octubre, por lo que presenta un cumplimiento del 0%.
- Actividad 56: "Diseño ayuda visual para la socialización cliente externo, Se anexa lista de asistencia de socialización", el proceso aporta en la carpeta de evidencia acta de capacitación formato TH-F-15 "Asistencia colaboradores a eventos de capacitación / inducción o reinducción/ bienestar social" de fecha 06 de noviembre 2024, verificado en el listado maestro de documentos, no se evidencia soporte de cumplimiento de la actividad de octubre 2024, con un cumplimiento del 50%.
- Actividad 80: "La actividad es reprogramada para el mes de febrero de 2025 a solicitud de auditoria interna ya que para la fecha proyectada no se cuenta con totalidad de datos de la vigencia", no se evidencia soporte de solicitud de reprogramación, sin embargo se evidencia cumplimiento en esta actividad.



6.1.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda que el proceso revise y verifique la documentación aportada como evidencia, ya que algunas de las actas y listas de asistencia no cumplen con lo establecido en el artículo 8.11 de la «norma fundamental» CA-M-00, (Documentos sin fecha de elaboración y/o incompletos en su diligenciamiento).

6.2 PROGRAMA GESTIÓN RECURSOS FINANCIEROS

El plan operativo del proceso de gestión financiera para el seguimiento del año 2024 establece como **actividad** “actualizar programa de recursos financieros y armonizarlos con el plan financiero de la institución” por medio del **indicador** “plan de trabajo actualización del programa” con una meta de cumplimiento del indicador del 50% para el cuarto trimestre de 2024.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE	ESTADO
Plan de trabajo para actualización del programa	Cumplimiento al plan de trabajo	50%	70%	CUMPLE

6.2.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El proceso de gestión financiera presenta el plan de trabajo de actualización del programa de recursos financieros, formulado a partir de la primera semana de octubre hasta la tercera semana de diciembre de 2024, el cronograma se cierra con la aprobación del manual del programa de planeación institucional de los recursos financieros (AF-PG-01).

Como evidencia del avance el proceso anexo «PROGRAMA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LOS RECURSOS FINANCIEROS (PEGIF)» documento en donde son actualizados los procesos que tienen responsabilidades por cada eje estratégico, además el seguimiento y medición de indicadores. Sin embargo, por contingencia de DARUMA, no se observa el documento formalizado en el aplicativo y actualizado en su totalidad en cuanto a introducción y preliminares del programa. Igualmente, adjunta Informe de plan de trabajo actualización PEGIF en donde se definen 14 indicadores del programa PEGIF.

Se estima un avance del 70% del programa PEGIF debido a que ya se definieron y formularon los indicadores, pero no se ha formalizado el documento definitivo.

6.2.2 RECOMENDACIONES

Revisar los porcentajes de meta trimestral y anual en la formulación respecto del periodo evaluado y la meta anual, puesto que la meta de la vigencia 2024 en el plan de desarrollo establece un cumplimiento del >80% del plan financiero y la meta del plan operativo trimestral corresponde a la actualización del programa de recursos financieros armonizado con el plan financiero de la institución con un cumplimiento

del 50%, teniendo en cuenta lo anterior no se tiene claridad del cumplimiento de la meta para la vigencia 2024.

6.3 GESTIÓN JURÍDICA

El proceso gestión servicios de apoyo, se ubica en el eje 4 «Gestión del Riesgo» con dos actividades y el mismo número de indicadores.

8

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE	ESTADO
Gestión de derechos de petición	Número de derechos de petición contestados en tiempo / Número de derechos de petición radicados *100	100%	100%	CUMPLE
Porcentaje de fallos condenatorios socializados	Fallos condenatorios socializados / Total de fallos condenatorios recibidos *100	100%	N/A	CUMPLE

6.3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Gestión de derechos de petición

Para el cuarto trimestre del 2024 el proceso adjunta 3 archivos denominados: certificación, Informe derechos de petición y POA IV Trimestre 2024. Se evidencia cumplimiento del 100% al indicador 1482, sin embargo dentro de los adjuntos, el documento *Informe derechos de petición*, se encuentra una inconsistencia, ya que en este informe se relacionan para el mes de octubre 13 derechos de petición, en noviembre 16 y en diciembre 17, y, una vez revisados los informes de derechos de petición radicados de forma mensual en la gerencia y cada una de las subgerencias, así como las carpetas físicas de los derechos de petición del segundo semestre de la vigencia 2024, esta no concuerda, ya que en el mes de octubre se radican 15 derechos de petición, en noviembre 17 y en diciembre 17; por lo que se hace necesario que el proceso realice un mayor control sobre los derechos de petición y unifique la información suministrada a las diferentes áreas a fin de obtener calidad en la información

Porcentaje de fallos condenatorios socializados

El proceso adjunta certificación afirmando que no se profirieron fallos condenatorios en el cuarto trimestre, por lo que se valida que no aplica para este periodo.

6.4 GESTIÓN SERVICIOS DE APOYO

El plan operativo del proceso gestión servicios de apoyo, se ubica en el eje 3 «Humanización en la atención en salud».

Con corte al cuarto trimestre 2024, el responsable presenta en la carpeta de evidencias, soportes de Implementación de estrategia de evaluación del desempeño y adherencia a políticas institucionales al



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



8-7405030



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



personal que presta apoyo a la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, dentro de las cuales se puede observar:

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE	ESTADO
Estrategia de evaluación del desempeño y adherencia a políticas institucionales vigente	Producto Estrategia de evaluación del desempeño y adherencia a políticas institucionales	1	100%	CUMPLE

9

6.4.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para su medición cuenta con un indicador.

[Estrategia de evaluación del desempeño y adherencia a políticas institucionales vigente](#)

PDF del acuerdo de socialización de políticas y documentos institucionales, en el cual hace descripción de las actividades, integrantes, temática, metodología y evaluación del proceso de socialización con personal vinculado con las empresas de servicios de apoyo institucional, empresas tercerizadas, adicionalmente se evidencia soporte del pre tés y el pos tés aplicado, por lo que la evidencia presentada da cumplimiento a la actividad.

6.4.2 RECOMENDACIONES

Se sugiere realizar revisar y ajustar la estrategia definida con el fin de dar claridad respecto al enfoque en políticas institucionales, implementación y diligenciamiento de formatos, así como determinar la muestra de personal por empresa tomada para la aplicación de los pre tés y pos tés, estableciendo periodos de seguimiento que garanticen la adherencia a documentos y políticas institucionales.

6.5 GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS

EL programa para su evaluación en la vigencia 2024, cuenta con las siguientes cuatro actividades:

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE	ESTADO
Porcentaje de cumplimiento del plan de mejora	Cumplimiento del plan de mejora	25%	100%	CUMPLE
Documento del programa de renovación tecnológica	Producto Programa de renovación tecnológica	1	100%	CUMPLE
Porcentaje de Ejecución de Plan de Mantenimiento	Numero de Mantenimientos Preventivos realizados / Total de	95%	100%	CUMPLE



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



8-7405030



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



ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Preventivo, Biomédica	Mantenimientos Preventivos programados en el mes *100			
Número de campañas dirigidas al ahorro energético	Total, de campañas realizadas dirigidas al ahorro energético	1	100%	CUMPLE

6.5.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa cuenta con cuatro indicadores, dos con periodicidad semestral y dos trimestral, a continuación, se presenta el análisis efectuado a cada uno de ellos.

Porcentaje de cumplimiento del plan de mejora

El líder del proceso aporta evidencias en carpeta «G Recursos físicos» en la que se presenta la subcarpeta «Biomédica», la cual contiene tres archivos: «informe POA tercer trimestre de 2024.pdf» «Herramienta POA 2024.xlsx» y «Anexo 1.pdf».

En el «informe POA tercer trimestre de 2024.pdf» se describen las actividades que el plan de mejoramiento PA240-034, a la fecha tiene un avance correspondiente al 98.5%.

De otra parte, en el archivo «Anexo 1.pdf».se encuentran 7 certificaciones correspondientes a la participación en la capacitación en «buenas prácticas de elaboración» emitidas por la empresa VALIDAR S.A.S.

Con los documentos aportados en el tercer trimestre se dio cumplimiento a la meta del indicador, razón por la cual para el IV trimestre de 2024 no se presentan actividades

Documento del programa de renovación tecnológica

Se anexa por parte del subproceso, el documento IB-PG-02 «PROGRAMA DE RENOVACIÓN TECNOLÓGICA», publicado en el Software para gestión de calidad.

Con la evidencia presentada se da cumplimiento a la meta del indicador, para el segundo semestre del 2024.

Porcentaje de Ejecución de Plan de Mantenimiento Preventivo, Biomédica

El subproceso presenta la carpeta «G Recursos físicos» / «Biomédica» / «informe POA tercer trimestre de 2024.pdf» en este informe se describe el comportamiento del indicador 1048 - «Porcentaje de Ejecución de Plan de Mantenimiento Preventivo, Biomédica», cuya frecuencia de medición es mensual, a continuación, se muestran los datos de cada mes del trimestre evaluado

Octubre: 93.24%

Noviembre: 100%

Diciembre: 100%

Obteniendo un promedio para el trimestre de 97.74%, dando cumplimiento a la meta propuesta para el trimestre evaluado.

Número de campañas dirigidas al ahorro energético

En la carpeta «Recursos Físicos» el proceso de Gestión Ambiental, entrega dos archivos, con la siguiente información:

- «Campaña ahorro de agua y energía». En el archivo se muestran registradas en el formato TH-F-15 « asistencia de colaboradores a eventos de capacitación/inducción o reinducción/bienestar o socialización de documentos» las personas que participaron en la campaña «ahorro de agua y toallas de papel - ahorro de agua», realizada el día 31 de octubre de 2024.

- «Informe POA cuarto trimestre indicador de consumo energético», en este documento se presenta la fórmula: «La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja tiene un área construida de 19053 m2, y en promedio

Mensual se tiene un consumo de 149160 Kw/ mes en el año 2024.» Con estos datos se calculó que entonces $149.340 \text{ Kw/mes} / 19053 \text{ m}^2 = 7.84 \text{ Kw/mes} \cdot \text{m}^2$.

Con este resultado se identifica que la institución se encuentra por debajo del promedio de consumo energía de la capital del país, y muy por debajo de la meta del indicador formulada en 14. Lo que significa que se da cumplimiento a la meta del indicador para el segundo semestre de 2024.

El proceso presenta la siguiente anotación: NOTA: para el mes de diciembre no se presentan datos teniendo en cuenta que el recibo llega mes vencido y por lo tanto no se alcanza a obtener a la fecha de elaboración de este informe el dato correspondiente al mes de diciembre

6.5.2 RECOMENDACIONES

- Se debe identificar cuáles son las metas de mantenimiento y su incremento, ya que no se hay claridad al respecto
- Es necesario ajustar el documento «Programa de renovación tecnológica» debido a que no cuenta con seguimiento ni evaluación.
- Se requiere mayor claridad sobre el mecanismo utilizado para la medición y anexar la información correspondiente a la vigencia 2024, con el propósito de realizar un comparativo respecto a los niveles de consumo en las dos vigencias.

7 SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

7.1 ATENCIÓN URGENCIAS

El plan operativo del programa de atención urgencias hace parte de los ejes siguientes:

- Eje 1 Atención centrada en el usuario con un indicador,
- Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura con dos indicadores
- Eje 3 Humanización en la atención en salud con un indicador,
- Eje 4 Gestión del Riesgo con dos indicadores

Se cuenta con las siguientes actividades:

- Definir el ciclo de atención en Urgencias junto con los indicadores ajustados al modelo de atención
- Construir plan de mejora específico para el proceso de atención de urgencias según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad (si aplica)



- Ampliar la oferta de servicios en el proceso de urgencias mediante la apertura de nueva subespecialidad (psiquiatría infantil)
- Implementar acciones para la identificación y manejo del paciente con dolor como signo vital
- Realizar mesas de trabajo buscando mantener la relación personal contratado - capacidad instalada en el proceso de urgencias
- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de urgencias, establecidas en el programa de seguridad del paciente

Para verificar el cumplimiento de estas actividades se definieron los siguientes indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE 2024	ESTADO
Ciclo de atención documentado	Producto Ciclo Atención Urgencias	1	100%	CUMPLE
Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	100%	100%	CUMPLE
Apertura del servicio	Producto Atención por subespecialidad	1	100%	CUMPLE
Cobertura de acciones de socialización de la estrategia	Número de personas del equipo de atención a quien se socializa / Total de personas del equipo de atención en el proceso *100	>95%	100%	CUMPLE
Número de mesas de trabajo realizadas	Número de mesas de trabajo realizadas	1	100%	CUMPLE
Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de urgencias	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	90%	100%	CUMPLE

7.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Con corte al cuarto trimestre se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

Ciclo de atención documentado

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Definir el ciclo de atención en Urgencias junto con los indicadores ajustados al modelo de atención), se estableció el indicador **Ciclo de atención documentado**. Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan documento CICLO DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS con fecha aprobación 15/10/2024.

Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Construir plan de mejora específico para el proceso de atención de urgencias según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad), se estableció el indicador **Cumplimiento a plan de mejora**; Se cuenta con plan de acción identificado PA240-048 con ocho (8) acciones dentro del cual se encuentra la actividad 4. Realiza guía clínica de cefalea, socializada el 20 y 27 de septiembre al personal médico del servicio de urgencias, estado cerrado y actividad 8. Consolidado General de Adherencia a Guías de Práctica Clínica - Urgencias (Adulto): Actividad: Resocialización de la guía de infección de vías urinaria. Corte 15/11/2024, estado finalizado y corte 19/11/2024 estado cerrado.

13

Apertura del servicio

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Ampliar la oferta de servicios en el proceso de urgencias mediante la apertura de nueva subespecialidad (psiquiatría infantil), Con corte a cuarto trimestre de 2024, se evidencia la ampliación de la oferta de servicios en el proceso de urgencias mediante la apertura de nueva subespecialidad (psiquiatría infantil)

Cobertura de acciones de socialización de la estrategia

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Implementar acciones para la identificación y manejo del paciente con dolor como signo vital) Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan actas de socialización de fecha 17/10/2024 sobre la guía de practica clínica de manejo de dolor y de 17 de octubre de 2024 dirigida a médicos de urgencias, dando cumplimiento a la actividad "Implementar acciones para la identificación y manejo del paciente con dolor como signo vital"

Número de mesas de trabajo realizadas

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Realizar mesas de trabajo buscando mantener la relación personal contratado - capacidad instalada en el proceso de urgencias) Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan acta de reunión de fecha 17/11/2024 cuyo tema es la revisión cantidad de personal según camas habilitadas y ausentismo en el año 2024 para proyección 2025

Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de urgencias

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de urgencias, establecidas en el programa de seguridad del paciente) Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 1706 de periodicidad trimestral con un resultado para el III trimestre del 100% y para el IV del 100%, cual cumple con la meta establecida del 90%

7.1.2 RECOMENDACIONES

Se observa que la recomendación del trimestre anterior relacionada con (a su vez se sugiere revisar en el plan operativo las evidencias establecidas ya que no concuerdan con lo aportado por el proceso), fue corregida.



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



8-7405030



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



7.2 ATENCIÓN HOSPITALARIA

El plan operativo del programa de atención hospitalaria hace parte de los ejes siguientes: Eje 1 Atención centrada en el usuario con un indicador, Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura con cuatro (4) indicadores, Eje 3 Humanización en la atención en salud con un indicador, Eje 4 Gestión del Riesgo con dos indicadores y cuenta con las siguientes actividades:

- Definir el ciclo de atención hospitalaria junto con los indicadores ajustados al modelo de atención
- Programa en funcionamiento
- Documentar programa con indicadores, e iniciar ejecución
- Construir plan de mejora específico para el proceso de atención hospitalaria según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad (si aplica)
- Ampliar la oferta de servicios mediante la apertura de nueva subespecialidad (geriatria)
- Realizar plan para la gestión de conocimiento del talento humano en salud que incluya al menos una actividad trimestral
- Documentar e implementar "Procedimiento Segunda Opinión Calificada de Conducción Clínica"
- Implementar acciones de mejora para la optimización en el uso de recursos dentro del ciclo de atención hospitalaria
- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de atención hospitalaria, establecidas en el programa de seguridad del paciente

14

Para verificar el cumplimiento de estas actividades de definieron los siguientes indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE 2024	ESTADO
Ciclo de atención documentado	Producto Ciclo Atención Ambulatoria	1	100%	CUMPLE
Porcentaje de pacientes intrahospitalarios con anticoagulación óptima, atendidos por el programa clínica de anticoagulación	Número de pacientes atendidos por el programa con rangos terapéuticos óptimos de anticoagulación en la estancia hospitalaria / Total de pacientes atendidos por el programa clínica de anticoagulación durante la estancia hospitalaria en el periodo.	50%	77%	CUMPLE
Programa documentado y aprobado	Producto Ciclo Atención Ambulatoria	1	100%	CUMPLE
Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	100%	100%	CUMPLE



Apertura del servicio de geriatría	Producto Ciclo Atención Ambulatoria	1	N/A	N/A
Cumplimiento del plan para la gestión de conocimiento	Número de actividades cumplidas / Número de actividades programadas	100%	100%	CUMPLE
Procedimiento aprobado	Producto Ciclo Atención Ambulatoria	1	100%	CUMPLE
Pertinencia médica en las Unidades de Cuidado Intensivo	Pacientes hospitalizados en UCI que cumplen criterios de ingreso /Total de pacientes hospitalizados en UCI en un periodo de tiempo *100	>90%	100%	CUMPLE
Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión clínica	Número total de eventos adversos analizados y gestionados en el periodo / Número total de eventos adversos reportados en el periodo	90%	100%	CUMPLE

15

7.2.2 ANÁLISIS DE INDICADORES

Con corte al cuarto trimestre de 2024 se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

Ciclo de atención documentado

Para verificar el cumplimiento de la actividad “Definir el ciclo de atención hospitalaria junto con los indicadores ajustados al modelo de atención”, se evidencia con corte a cuarto trimestre de 2024 se evidencia documento, MANUAL DE CICLO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA, identificado con código: UI-M-07 de fecha de aprobación 16/01/2025

Porcentaje de pacientes intrahospitalarios con anticoagulación óptima, atendidos por el programa clínica de anticoagulación

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Programa en funcionamiento), Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 1885, PORCENTAJE DE PACIENTES INTRAHOSPITALARIOS CON ANTICOAGULACIÓN OPTIMA ATENDIDOS POR EL PROGRAMA CLÍNICA DE ANTICOAGULACIÓN, de, el cual arroja un resultado en el semestre del 38,33, resultado por debajo de la meta que es del 50%.

Se recomienda revisar los porcentajes de meta trimestral y anual en la formulación respecto del periodo evaluado y la meta anual, puesto que en la vigencia 2024 en el plan de desarrollo establece un cumplimiento del 20% y la meta del plan operativo un 50%, teniendo en cuenta lo anterior no se tiene claridad del cumplimiento de la meta para la vigencia 2024.

Programa documentado y aprobado

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Documentar programa con indicadores, e iniciar ejecución), Mediante resolución de creación. Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan resolución 012 de 2025 por medio de la cual adoptan Programa de Egreso seguro paciente hospitalizado

Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Construir plan de mejora específico para el proceso de atención hospitalaria según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad (si aplica), Se cuenta con plan de mejoramiento identificado con plan de acción PA240-048, Actividad asociadas GPC EPOC en estado cerrado.

Apertura del servicio de geriatría

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Ampliar la oferta de servicios mediante la apertura de nueva subespecialidad (geriatría), no aplica para este seguimiento ya que se dio cumplimiento en el tercer trimestre

Cumplimiento del plan para la gestión de conocimiento

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Realizar plan para la gestión de conocimiento del talento humano en salud que incluya al menos una actividad trimestral) establecen el indicador **Cumplimiento del plan para la gestión de conocimiento**, Con corte al cuarto trimestre de 2024 adjuntan evidencias fotográficas sobre capacitación realizada al talento humano a diferentes niveles del departamento , articulados con Secretaria de Salud, capacitación relacionada con socialización de rutas de atención Programa Institucional "Por Tu Piel"

Se da cumplimiento a la actividad "Capacitar al talento humano en salud de los diferentes niveles de atención en articulación con la secretaria de salud de Boyacá, en los programas institucionales que han generado impacto en la comunidad"

Procedimiento aprobado

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Documentar e implementar "Procedimiento Segunda Opinión Calificada de Conducción Clínica"), Con corte a cuarto trimestre de 2024, dan cumplimiento a la actividad procedimiento codificado con (UIPR-49), en DARUMA

Pertinencia médica en las Unidades de Cuidado Intensivo

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Implementar acciones de mejora para la optimización en el uso de recursos dentro del ciclo de atención hospitalaria) establecen el indicador **Pertinencia médica en las Unidades de Cuidado Intensivo**, Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 2190, de medición mensual con un resultado para el mes de diciembre de 99,36, el cual cumple con la meta establecida del 90%

Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión clínica



Para verificar el cumplimiento de la actividad implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de atención hospitalaria, establecidas en el programa de seguridad del paciente) Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 1705 de medición trimestral con un resultado para el III trimestre del 100% y para el IV del 100%, cual cumple con la meta establecida del 90%

7.2.3 RECOMENDACIONES

Se observa que la recomendación del trimestre anterior relacionada con (a su vez se sugiere revisar en el plan operativo las evidencias establecidas ya que no concuerdan con lo aportado por el proceso), fue corregida.

7.3 ATENCIÓN AMBULATORIA

El plan operativo del programa de atención ambulatoria hace parte de los ejes siguientes:

- Eje 1 Atención centrada en el usuario con un indicador
- Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura con dos indicadores
- Eje 3 Humanización en la atención en salud con un indicador
- Eje 4 Gestión del Riesgo con dos indicadores

Se cuenta con las siguientes actividades:

- Definir el ciclo de atención ambulatoria junto con los indicadores ajustados al modelo de atención
- Establecer plan de mejora en conjunto con especialidad que aplique ante resultados de no adherencia a GPC entregado por calidad (si aplica)
- Ampliar la oferta de servicios en el proceso de atención ambulatoria mediante la apertura de nueva subespecialidad (neumología pediátrica, electrofisiología y cirugía de tórax)
- Mantener mecanismos de atención preferencial priorizando la atención en el entorno ambulatorio
- Aumentar cobertura de la confirmación de asistencia a citas y procedimientos buscando impactar en la reducción de inasistencia
- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de atención ambulatoria, establecidas en el programa de seguridad del paciente

Para verificar el cumplimiento de estas actividades se definieron los siguientes indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE 2024	ESTADO
Ciclo de atención documentado	Producto Ciclo Atención Ambulatoria	1	100%	CUMPLE
Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	100%	100%	CUMPLE
Apertura de servicio	Producto Atención por subespecialidad	1	100%	CUMPLE
Priorización en la asignación de citas	Número de solicitudes priorizadas / Total de	10%	100%	CUMPLE



	solicitudes			
Cobertura de confirmación de asistencia a citas y procedimientos	Citas y procedimientos confirmados / Total de citas y procedimientos programados	60%	100%	CUMPLE
Proporción de vigilancia de eventos adversos en Consulta Externa y Servicios de Apoyo	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	90%	100%	CUMPLE

7.3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Con corte al cuarto trimestre se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

Ciclo de atención documentado

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Definir el ciclo de atención ambulatoria junto con los indicadores ajustados al modelo de atención), Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan pantallazo del documento CICLO DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA - V1 de fecha aprobación 10/01/2025

Cumplimiento a plan de mejora

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Establecer plan de mejora en conjunto con especialidad que aplique ante resultados de no adherencia a GPC entregado por calidad), Se cuenta con plan de mejoramiento identificado con plan de acción PA240-048, con dos acciones asociadas (EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLÍNICA Y ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE OBESIDAD, HTA, HIPOTIROIDOS, HIPERPLASIA PROSTÁTICA) las cuales se encuentran en estado cerrado.

Apertura de servicio

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Ampliar la oferta de servicios en el proceso de atención ambulatoria mediante la apertura de nueva subespecialidad (neumología pediátrica, electrofisiología y cirugía de tórax), Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan contrato 514 de 2024 (servicios especializados cirugía de tórax) y contrato 498 de 2024 servicios especializados de neumología pediátrica), dando cumplimiento a la actividad, Ampliar la oferta de servicios en el proceso de atención ambulatoria mediante la apertura de nueva subespecialidad

Priorización en la asignación de citas

Para verificar el cumplimiento de la actividad, se estableció el indicador **Priorización en la asignación de citas**. Se cuenta con indicador 2178 PRIORIZACIÓN EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE MEDICINA ESPECIALIZADA, con un resultado promedio del trimestre del 60,81%, Según informe aportado por el proceso ,el porcentaje de priorización para el IV Trimestre es del 60.84%, que corresponde a la atención de mujeres en estado de gestación y pacientes con patología oncológicas.



Cobertura de confirmación de asistencia a citas y procedimientos

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Aumentar cobertura de la confirmación de asistencia a citas y procedimientos buscando impactar en la reducción de inasistencia), Se cuenta con indicador 2179 cobertura de confirmación de citas médicas y procedimientos en consulta externa., con un resultado promedio del trimestre del 63,76%, Según informe aportado por el proceso Se observa que para el IV TRIMESTRE de 2024, EL porcentaje de confirmación es de 63.76%, dentro de los motivos encontrados en los pacientes no confirmados, se encuentran: Paciente no contesta, Teléfono apagado o sin señal, Buzón de voz entre otros.

19

Proporción de vigilancia de eventos adversos en Consulta Externa y Servicios de Apoyo

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de atención ambulatoria, establecidas en el programa de seguridad del paciente), Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 1745 de periodicidad trimestral con un resultado para el III trimestre del 100% y para el IV del 100 lo cual cumple con la meta establecida del 90%

7.3.2 RECOMENDACIONES

Se observa que la recomendación del trimestre anterior relacionada con (a su vez se sugiere revisar en el plan operativo las evidencias establecidas ya que no concuerdan con lo aportado por el proceso), fue corregida

7.4 QUIRÓFANOS

El plan operativo del programa de Quirófanos hace parte de los ejes siguientes:

- Eje 1 Atención centrada en el usuario con un indicador
- Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura con dos indicadores
- Eje 3 Humanización en la atención en salud con un indicador
- Eje 4 Gestión del Riesgo con dos indicadores

Se cuenta con las siguientes actividades:

- Definir el ciclo de atención en áreas quirúrgicas junto con los indicadores ajustados al modelo de atención
- Construir plan de mejora específico para el proceso de quirófanos según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad
- Documentar protocolo de manejo del dolor posoperatorio y articular con auditoría test de aldrete
- Cumplimiento del % de utilización de salas de cirugía
- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de quirófanos, establecidas en el programa de seguridad del paciente

Para verificar el cumplimiento de estas actividades se definieron los siguientes indicadores



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



8-7405030



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



INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE 2024	ESTADO
Ciclo de atención documentado	Producto Ciclo Atención Ambulatoria	1	100%	CUMPLE
Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	100%	100%	CUMPLE
Protocolo documentado y aprobado	Producto Ciclo Atención Ambulatoria	100%	100%	CUMPLE
Porcentaje de Utilización de Salas de Cirugía	Número total de cirugías realizadas en el periodo / Oferta teórica total de salas de cirugía en el periodo	90%	100%	CUMPLE
Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión quirúrgica	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	90%	100%	CUMPLE

20

Con corte al cuarto trimestre se realiza la evaluación de los siguientes indicadores, esta información es fiel copia del POA enviado por la oficina de planeación.

7.4.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Ciclo de atención documentado

Para verificar el cumplimiento de la actividad definir el ciclo de atención en áreas quirúrgicas junto con los indicadores ajustados al modelo de atención), Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan documento [SC-M-03] CICLO DE ATENCIÓN SALAS DE CIRUGÍA - V1 de fecha aprobación 10/12/2024

Cumplimiento a plan de mejora

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Construir y ejecutar plan de mejora específico para el proceso de quirófanos según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad) Se cuenta con plan de mejoramiento identificado con número PA240-048, Actividad asociadas en estado cerrado.

Protocolo documentado y aprobado

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Documentar protocolo de manejo del dolor posoperatorio y articular con auditoría test de aldrete), Con corte a cuarto trimestre de 2024, Protocolo de Manejo del Dolor Postoperatorio. SC-PT-33, versión 1 del 30/12/2024, el cual se mide mediante el formato lista de chequeo SC-PT-50

21

Porcentaje de Utilización de Salas de Cirugía

Para verificar el desempeño de la actividad (Cumplimiento del % de utilización de salas de cirugía), Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 1764, de periodicidad mensual (resultados de medición de julio a diciembre) el cual cumple con metas establecidas, con un promedio de utilización del 97,72%

Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión quirúrgica

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de quirófanos, establecidas en el programa de seguridad del paciente), Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 1749, de medición trimestral con un resultado del 97%, el cual cumple con meta establecida que es del 90%

7.4.2 RECOMENDACIONES

Se observa que la recomendación del trimestre anterior relacionada con (a su vez se sugiere revisar en el plan operativo las evidencias establecidas ya que no concuerdan con lo aportado por el proceso), fue corregida

7.5 SEGURIDAD DEL PACIENTE

El plan operativo del programa Seguridad del paciente hace parte del Eje 4 Gestión del Riesgo con tres (3) indicadores y cuenta con las siguientes actividades:

- Actualizar Programa de seguridad del paciente articulando con la política de gestión institucional de gestión integral del riesgo.
- Fortalecer la gestión del riesgo asistencial a través de la implementación de barreras de seguridad que mitiguen la presentación de eventos adversos.
- Documentar y socializar paquetes instruccionales priorizados según metas internacionales con los colaboradores de la institución

Para verificar el cumplimiento de estas actividades se definieron los siguientes indicadores



INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE 2024	ESTADO
Documento CA-PG-03 actualizado y vigente	Producto Programa de seguridad del paciente	1	100%	CUMPLE
Proporción de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	>=90%	100%	CUMPLE
Número de paquetes instruccionales documentados y socializados	Total de paquetes instruccionales documentados y socializados durante el semestre	7	100%	CUMPLE

22

Con corte al cuarto trimestre se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

7.5.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Documento CA-PG-03 actualizado y vigente

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Actualizar Programa de seguridad del paciente articulando con la política de gestión institucional de gestión integral del riesgo), Con corte a cuarto trimestre 2024, se evidencia cumplimiento a la actividad elaborar documento CA-PG-03 actualizado en DARUMA con fecha 14 de noviembre de 2024.

Proporción de vigilancia de eventos adversos

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Fortalecer la gestión del riesgo asistencial a través de la implementación de barreras de seguridad que mitiguen la presentación de eventos adversos), Con corte al cuarto trimestre se evidencia cumplimiento al indicador 1791 Proporción de vigilancia de eventos adversos con un promedio de cumplimiento del último trimestre del 96%, dando cumplimiento al meta establecido que es del 90%

Número de paquetes instruccionales documentados y socializados

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Documentar y socializar paquetes instruccionales priorizados según metas internacionales con los colaboradores de la institución), Con corte a cuarto trimestre 2024, se evidencia cumplimiento a la actividad, teniendo en cuenta que los paquetes instruccionales se documentaron y fueron socializados durante el semestre, Adjuntan 7 paquetes instruccionales con sus respectivas actas de reunión de socialización

7.5.2 RECOMENDACIONES



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



8-7405030



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



Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el Instructivo Gestión indicadores DARUMA CA-INS-03 en la medición de indicadores relacionado con reporte de eventos adversos el cual establece 40 días calendario, este indicador

7.6 APOYO DIAGNÓSTICO

El plan operativo del programa de Apoyo diagnóstico hace parte de los ejes siguientes:
Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura con un indicador
Eje 4 Gestión del Riesgo con dos indicadores

Igualmente cuenta con las siguientes actividades:

- Implementar nuevos estudios en laboratorio clínico
- Gestionar eventos relacionados con el uso de reactivos de diagnóstico in vitro a través del programa de reactivo vigilancia
- Promover el uso racional de hemocomponentes en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Para verificar el cumplimiento de estas actividades se definieron los siguientes indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE 2024	ESTADO
Número de estudios nuevos implementados	Número de estudios nuevos implementados durante el semestre	2	100%	CUMPLE
Incidentes o eventos adversos asociados al uso de reactivos de diagnóstico in vitro analizados y gestionados, Programa de Reactivo vigilancia	Número de incidentes o eventos asociados al uso de reactivos de diagnóstico in vitro analizados y gestionados / Total de incidentes o eventos asociadas al uso de reactivos de diagnóstico in vitro reportados en el periodo	80%	100%	CUMPLE
Pertinencia en la transfusión	Número de hemo componentes transfundidos cumpliendo las recomendaciones de la guía institucional / Total de hemo componentes transfundidos	95%	100%	CUMPLE

7.6.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Número de estudios nuevos implementados

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Implementar nuevos estudios en laboratorio clínico), Con corte a cuarto trimestre de 2024, y de acuerdo a los soportes adjuntados por el proceso, se evidencia que se implementaron nuevos estudios como son: (ENAS, ANCAS, ENAS, CARDIOLIPINAS, CITRULINAS, MIOGLOBINA, N-GAL) las cuales ya no serán remitidas a laboratorios externos

Incidentes o eventos adversos asociados al uso de reactivos de diagnóstico in vitro analizados y gestionados, Programa de Reactivo vigilancia

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Gestionar eventos relacionados con el uso de reactivos de diagnóstico in vitro a través del programa de reactivo vigilancia), Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 930, de periodicidad trimestral con un resultado promedio del 100%, el cual cumple con meta establecida, dando cumplimiento a la actividad programada de "Gestionar eventos relacionados con el uso de reactivos de diagnóstico in vitro a través del programa de reactivovigilancia"

24

Pertinencia en la transfusión

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Promover el uso racional de hemocomponentes en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja), Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 1492, de periodicidad trimestral con un resultado promedio del 100%, el cual cumple con meta establecida, dando cumplimiento a la actividad programada de "Promover el uso racional de hemocomponentes en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja".

7.6.2 RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que el programa de Apoyo diagnóstico, logro las metas planteadas para cada indicador, es necesario que se continúe con esta tendencia positiva con el fin de Reducir el tiempo de respuesta en la entrega de resultados de exámenes especiales de laboratorio clínico y disminuir la presentación de eventos adversos a la vez que se incrementa el reporte de sucesos

7.7 APOYO TERAPÉUTICO

El plan operativo del programa de apoyo terapéutico hace parte del eje siguiente: Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura con un indicador y cuenta con las siguientes actividades:

- Mantener programa en funcionamiento

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE 2024	ESTADO
Porcentaje de cumplimiento a las sesiones ordenadas de Rehabilitación Pulmonar en fase intrahospitalaria	Número de sesiones de terapia de Rehabilitación Pulmonar realizadas en fase intrahospitalaria / Número de sesiones de terapia de Rehabilitación pulmonar ordenadas	20%	100%	CUMPLE

Con corte al cuarto trimestre se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

7.7.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Porcentaje de cumplimiento a las sesiones ordenadas de Rehabilitación Pulmonar en fase intrahospitalaria

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Mantener programa en funcionamiento), Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 1749, de periodicidad trimestral con un resultado promedio del 90,7%, el cual cumple con meta establecida

7.7.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda revisar el indicador planteado, teniendo en cuenta que el Porcentaje de cumplimiento a las sesiones ordenadas de Rehabilitación Pulmonar en fase intrahospitalaria, no permite Reducir el tiempo de respuesta a interconsulta para ingreso al programa de rehabilitación, cuya meta del cuatrienio es <48 h

7.8 GESTIÓN FARMACÉUTICA

El plan operativo del programa Gestión farmacéutica hace parte de los ejes siguientes: Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura con tres (3) indicadores y Eje 4 Gestión del Riesgo con cuatro (4) indicadores igualmente cuenta con las actividades que se relacionan a continuación:

- Realizar y dar cumplimiento a las actividades de calificación y calibración de equipos de apoyo productivo y de control de calidad en la central de mezclas
- Realizar y dar cumplimiento a las validaciones de los sistemas de apoyo crítico como lo son limpieza y desinfección, personal y desinfectantes
- Revisar y actualizar de ser necesario la documentación propia del sistema de gestión de calidad de la CAPM
- Gestionar eventos relacionados con el uso seguro de medicamentos a través del programa de farmacovigilancia
- Emitir boletín mensual de alerta sanitaria como acción preventiva desde el programa de farmacovigilancia
- Gestionar eventos relacionados con el uso seguro de dispositivos médicos a través del programa de tecnovigilancia
- Emitir boletín mensual de alerta sanitaria como acción preventiva desde el programa de tecnovigilancia

Para verificar el cumplimiento de estas actividades de definieron los siguientes indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE 2024	ESTADO
Cumplimiento de calificación y calibración de equipos de apoyo productivo y control de calidad en la central de mezclas	Pruebas realizadas en equipos de apoyo con cumplimiento / total de pruebas realizadas en equipos de apoyo *100	100%	100%	CUMPLE
Adherencia a procedimientos	Cumplimiento en adherencia a procedimientos	100%	100%	CUMPLE
Porcentaje de documentos actualizados en daruma	Documentos actualizados en daruma / Total de documentos a actualizar *100	80%	100%	CUMPLE
Reportes recibidos analizados y gestionados por la institución de	Numero de reportes recibidos analizados y gestionados en la institución en el periodo / Total de	80%	100%	CUMPLE



medicamentos	casos reportados en el periodo			
Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de farmacovigilancia	Numero de alertas gestionadas que aplican a la institución / Total de alertas publicadas por el INVIMA o entes internacionales	100%	100%	CUMPLE
Eventos e incidentes adversos relacionados con dispositivos médicos y equipos biomédicos analizados y gestionados	Número de incidentes y eventos adversos analizados y gestionados / Número de incidentes y eventos adversos reportados	90%	100%	CUMPLE
Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de tecnovigilancia	Numero de alertas gestionadas que aplican a la institución / Total de alertas publicadas por el INVIMA que aplican a la institución	100%	100%	CUMPLE

7.8.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Cumplimiento de calificación y calibración de equipos de apoyo productivo y control de calidad en la central de mezclas

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Realizar y dar cumplimiento a las actividades de calificación y calibración de equipos de apoyo productivo y de control de calidad en la central de mezclas), Con corte al cuarto trimestre de 2024, adjuntan Informe verificado de calificación y calibración de equipos de apoyo productivo y control de calidad en la central de mezclas, en donde se observa los certificados de calibración de 20 equipos y adjunta muestra de los siguientes equipos: (Anemómetro de fecha (26/09/2024), Balanza analítica (19/07/2024), Balanza gramera (19/07/2024), MANOMETROS, Teachimetro (20/09/2024), Probeta (19/09/2024)

Adherencia a procedimientos

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Realizar y dar cumplimiento a las validaciones de los sistemas de apoyo crítico como lo son limpieza y desinfección, personal y desinfectantes), Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan certificados de pruebas de :(Neutralización desinfectante sobre superficies, concentración mínima inhibidora, certificado análisis no estériles, certificado análisis prueba de aptitud, en los cuales certifican que se cumple. Dando cumplimiento a la actividad propuesta que era: "Realizar y dar cumplimiento a las validaciones de los sistemas de apoyo crítico como lo son limpieza y desinfección, personal y desinfectantes"

Porcentaje de documentos actualizados en el software Daruma

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Revisar y actualizar de ser necesario la documentación propia del sistema de gestión de calidad de la CAPM), Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan documento Excel en donde se observa que cuentan con un total de 97 documentos relacionados con CAPM, los cuales se encuentran en estado vigentes y actualizados (95), en socialización (1) y en revisión (1)

Reportes recibidos analizados y gestionados por la institución de medicamentos



Para verificar el cumplimiento de la actividad (Gestionar eventos relacionados con el uso seguro de medicamentos a través del programa de farmacovigilancia), Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 653 REPORTES RECIBIDOS ANALIZADOS Y GESTIONADOS POR LA INSTITUCIÓN DE MEDICAMENTOS de periodicidad mensual con un cumplimiento de la meta establecida.

Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de farmacovigilancia

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Emitir boletín mensual de alerta sanitaria como acción preventiva desde el programa de farmacovigilancia), Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 1381 PORCENTAJE DE ALERTAS GESTIONADAS POR EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA de periodicidad mensual con un con un cumplimiento de la meta establecida.

Eventos e incidentes adversos relacionados con dispositivos médicos y equipos biomédicos analizados y gestionados

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Gestionar eventos relacionados con el uso seguro de dispositivos médicos a través del programa de tecnovigilancia), Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 657 EVENTOS E INCIDENTES ADVERSOS RELACIONADOS CON DISPOSITIVOS MÉDICOS Y EQUIPOS BIOMÉDICOS ANALIZADOS Y GESTIONADOS de periodicidad mensual con un cumplimiento de la meta establecida.

Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de tecnovigilancia

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Emitir boletín mensual de alerta sanitaria como acción preventiva desde el programa de tecnovigilancia), Con corte a cuarto trimestre de 2024, adjuntan reporte de medición del indicador 1087 PORCENTAJE DE ALERTAS GESTIONADAS POR EL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA de periodicidad mensual con un cumplimiento de la meta establecida.

7.9 GESTIÓN PREVENTIVA Y PREDICTIVA

El plan operativo del programa de Gestión preventiva y predictiva hace parte del eje siguiente: Eje 4 Gestión del Riesgo con dos indicadores y cuenta con las siguientes actividades:

- Cumplir con la realización periódica de comités institucionales: COVE Y Comité de infecciones
- Implementar paquete instruccional de IAAS

Para verificar el cumplimiento de estas actividades de definieron los siguientes indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE 2024	ESTADO
Cumplimiento de comités	Número de comités realizados / Número de comités programados *100	100%	100%	CUMPLE

Cumplimiento al plan de acción para la implementación de paquete instruccional de IAAS	Número de actividades realizadas propias del proceso / Número de actividades programadas propias del proceso*100	>80%	100%	CUMPLE
--	--	------	------	--------

7.9.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Cumplimiento de comités

Para verificar el acatamiento de la actividad (Cumplir con la realización periódica de comités institucionales: COVE Y Comité de infecciones), Con corte al cuarto trimestre de 2024, adjuntan Actas de los meses octubre, noviembre y diciembre, como soporte de la realización de los comités de infecciones y Cove

Cumplimiento al plan de acción para la implementación de paquete instruccional de IAAS

Para verificar el desempeño de la actividad (Implementar paquete instruccional de IAAS), Con corte al cuarto trimestre de 2024, adjuntan El plan de acción PA240-063, tiene 7 actividades, de las cuales la actividad 6 y 7 corresponden a la implementación, de paquetes instruccional de IAAS

En cuanto a la actividad 6, " Hacer seguimiento a la adherencia a la inserción y mantenimiento de catéter venoso" actividad que se encuentra cerrada y la actividad 7 " No se cuenta con documento de inserción y manejo de acceso vascular central" actividad que se encuentra en estado cerrado.

7.9.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda ajustar soporte de evidencia la cual dice Informe y adjuntan plan de acción, o aclarar si el producto es un informe de la Implementar paquete instruccional de IAAS REITERATIVO

7.10 ENFERMERÍA

El plan operativo del programa de Enfermería hace parte de los ejes siguientes:

- Eje 1 Atención centrada en el usuario con un indicador
- Eje 3 Humanización en la atención en salud con un indicador
- Eje 4 Gestión del Riesgo con un indicador

cuenta con las siguientes actividades:

- Elaborar Plan de atención de enfermería
- Elaborar y socializar el protocolo de bienvenida al paciente.
- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de enfermería, establecidas en el programa de seguridad del paciente



Para verificar el cumplimiento de estas actividades de definieron los siguientes indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE 2024	ESTADO
Documento de plan de atención de enfermería elaborado	Producto Plan de atención de enfermería	1	100%	CUMPLE
Documento Protocolo de bienvenida al paciente aprobado y socializado	Producto Protocolo de bienvenida al paciente	1	N/A	N/A
Proporción de vigilancia de eventos adversos en proceso Enfermería	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	80%	100%	CUMPLE

29

Con corte al cuarto trimestre se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

7.10.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Documento de plan de atención de enfermería elaborado

El cumplimiento de la actividad (Elaborar Plan de atención de enfermería), Con corte a cuarto trimestre 2024, se evidencia cumplimiento a la actividad verificando si está aprobado y socializado con código ENF-PT-52 con fecha 30 de diciembre de 2024

Documento Protocolo de bienvenida al paciente aprobado y socializado

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Elaborar y socializar el protocolo de bienvenida al paciente), se estableció el indicador **Documento Protocolo de bienvenida al paciente aprobado y socializado**. Con corte a tercer trimestre 2024, se evidencia Protocolo de bienvenida al paciente aprobado y socializado con código ENF-PT-51 con fecha 21 de agosto de 2024. Se da cumplimiento a la actividad .

Proporción de vigilancia de eventos adversos en proceso Enfermería

Para verificar el cumplimiento de la actividad (Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de enfermería, establecidas en el programa de seguridad del paciente), Con corte al cuarto trimestre se evidencia cumplimiento al indicador 1791 Proporción de vigilancia de eventos adversos en procesos de enfermería.

7.10.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el Instructivo Gestión indicadores DARUMA CA-INS-03 en la medición de indicadores relacionado con reporte de eventos adversos el cual establece 40 días calendario.

7.11 SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

Hace parte del Eje 3 del plan de desarrollo que corresponde a «Humanización en la atención en salud». Para la evaluación en el cuarto trimestre de la presente vigencia se plantean 3 actividades:

- Implementar estrategia de divulgación de información dirigida a los pacientes (folleto amigable), y su indicador «Porcentaje de pacientes informados» con la meta planteada en 50%
- Mantener tiempo de respuesta ante quejas y reclamos de los usuarios, con el indicador «Promedio de tiempo de respuesta a quejas y reclamos en días» y su meta para la vigencia está planteada como ≤ 15 días
- Desplegar cronograma de divulgación de derechos y deberes como estrategia de humanización, y su indicador es «Cumplimiento de cronograma» con una meta propuesta en 90%.

30

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE	ESTADO
Porcentaje de pacientes informados	Pacientes informados / Pacientes que ingresan a la institución	50%	100%	CUMPLE
Tiempo de respuesta a quejas y reclamo	Promedio de tiempo de respuesta a quejas y reclamos en días	≤ 15 días	100%	CUMPLE
Cumplimiento de cronograma	Porcentaje de avance en cumplimiento al cronograma	90%	100%	CUMPLE

7.11.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Porcentaje de pacientes informados

El subproceso aportó como evidencia, la carpeta «SIAU» en la que se encuentra el archivo «INFORME II SEMESTRE INFORMACIÓN ENTREGADA AL USUARIO POR SIAU», en este informe se describe y tabula la información referente al número de pacientes que ingresan y cuantos de ellos reciben información, se encontró que para el mes de agosto el porcentaje de pacientes informados corresponde a 30%, y no a 56% como se presenta en el informe, por lo tanto, el resultado del indicador alcanza el 51%. Con este porcentaje de ejecución se da cumplimiento a la meta del indicador para el IV semestre de la vigencia 2024

Tiempo de respuesta a quejas y reclamos.

El subproceso presenta en la carpeta «SIAU» la subcarpeta, «Tiempo promedio respuesta quejas» que a su vez contiene el «Informe Trimestral IV trimestre» y en el cual se presentan entre otros los siguientes datos: para el periodo evaluado se tramitaron 25 quejas y 53 reclamos, con un promedio de respuesta de 12, 6 días. además, en la misma subcarpeta se encentra la ficha técnica el indicador, 446 «Tiempo promedio de respuesta a quejas de los usuarios», en el cual se ratifica la información respecto al tiempo promedio de respuesta a los requerimientos. Con la información aportada referente al tiempo promedio de respuesta, se da cumplimiento a la meta del indicador, para el cuarto trimestre del 2024.



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



8-7405030



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



Cumplimiento de cronograma

Se apporto como evidencia por parte del subproceso la carpeta de archivos «SIAU» que al desplegarse muestra la subcarpeta «POA SIAU Actividad No. 3» en la que se encuentra el archivo Excel «Cronograma despliegue de derechos y deberes 2024» en el cual se describen 12 actividades planeadas y ejecutadas cumplimiento del 100% en el IV trimestre, Así mismo se anexan archivos que evidencian la ejecución de estas actividades. Con la evidencia aportada se da cumplimiento a la meta del indicador.

31

7.11.2 RECOMENDACIONES

Se insta a que el proceso continúe fortaleciendo las actividades de cada uno de sus indicadores, con el fin de mantener y elevar los niveles de cumplimiento.

7.12 DOCENCIA SERVICIO

Hace parte del eje 2 «Gestión Clínica Excelente y segura» en el cual se encuentran las actividades «Utilizar contraprestaciones para la formación de perfil docente dentro de la institución» y «Elaboración del programa de gestión del conocimiento - Apartado docencia servicio» y del eje 3 que corresponde a «Humanización en la atención en salud» con la actividad «Implementar política de cero tolerancias frente al acoso y violencia de género en el marco de formación del talento humano en salud»

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE	ESTADO
Número de propuestas educativas gestionadas por contraprestación	Total, de propuestas educativas gestionadas	1	0%	NO CUMPLE
Programa de gestión del conocimiento vigente en Daruma	Producto Programa de gestión del conocimiento	1	100%	CUMPLE
Gestión oportuna de quejas	Número de quejas gestionadas / Número de quejas recibidas *100	>90%	100%	CUMPLE

7.12.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa cuenta con tres indicadores, dos con periodicidad semestral y uno trimestral, a continuación, se presenta el análisis efectuado a cada uno de ellos.

Número de propuestas educativas gestionadas por contraprestación

El proceso aporta como evidencia la carpeta «Docencia Servicio» /sub carpeta /«Propuesta educativa». en la que se encuentran los siguientes documentos.:

- Carta de aceptación de los cupos por parte de la -universidad Juan N Corpas, con fecha 23 de mayo de 2024
- Pantallazo del correo de presentación de la maestría por parte de la universidad Juan N Corpas.
- El Plan Operativo anual fue aprobado en el Comité Directivo del 28 de agosto de 2024, teniendo en cuenta la fecha de aprobación del POA, toda evidencia presentada con fecha anterior no es tenida en



cuenta, por ende, se considera que la actividad no corresponde al periodo evaluado, incumpliendo la meta del indicador.

Programa de gestión del conocimiento vigente en Daruma

Se anexa como evidencia, la carpeta «Docencia Servicio» subcarpeta «propuestas educativas», en la que se encuentra el documento «Programa Gestión del Conocimiento Hospital Universitario San Rafael de Tunja 2024» el cual se encuentra registrado en el software Daruma. Con la evidencia aportada se cumple con la meta el indicador para el segundo semestre del 2024

32

Gestión oportuna de quejas

Con corte al cuarto trimestre de 2024, el proceso presenta como evidencia, la carpeta «Docencia servicio», y la subcarpeta «implementación política acoso», en la que se encuentra el documento «Informe de implementación política» en este informe se presenta el número de quejas para el IV trimestre, que corresponde de a una (1) queja, tramitada oportunamente. con la presentación de la evidencia se da cumplimiento a la meta del indicador durante el IV trimestre de 2024

7.12.2 RECOMENDACIONES

El proceso debe tener en cuenta la fecha en que se aprobó el plan de desarrollo y verificar que las actividades a ejecutar tengan fecha posterior, con el propósito de ser validadas como evidencia para el cumplimiento de las metas propuestas, en los indicadores.

7.13 INVESTIGACIÓN

Ubicado en el plan de desarrollo en el Eje 2 «Gestión Clínica Excelente y segura» cuenta con 4 actividades e igual número de indicadores, con periodicidad semestral para su evaluación.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE	ESTADO
Número de eventos realizados	Total, de eventos realizados durante el semestre	2	100%	CUMPLE
Número de actividades realizadas	Total, de actividades realizadas durante el semestre	2	100%	CUMPLE
Número de alianzas establecidas	Total, de alianzas establecidas durante el semestre	2	100%	CUMPLE
Programa de gestión del conocimiento vigente en Daruma	Producto Programa de gestión del conocimiento	1	100%	CUMPLE



7.13.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa cuenta con cuatro indicadores, con periodicidad semestral, a continuación, se presenta el análisis efectuado a cada uno de ellos.

Número de eventos realizados

El proceso, aporta evidencias en la carpeta «Investigación», subcarpeta «eventos académicos» que al desplegarse, se muestran los 6 archivos que contienen la información referente a: convocatorias a los eventos listados de asistencia, poster de invitación y listados de asistencia, de dos eventos de divulgación del conocimiento dirigidos al personal de salud de la red prestadora los cuales se mencionan a continuación:

- Acto Académico de innovación y alianza en la lucha mundial contra la poliomielitis, realizado el 7 de noviembre de 2024.
- Evaluación Funcional al riesgo cardiovascular, efectuado el 18 de noviembre de 2024.

Con la evidencia presentada se da cumplimiento a la meta del indicador para el segundo semestre de la vigencia 2024.

Número de actividades realizadas

En la carpeta «Investigación y la subcarpeta «Actividades formativas investigación» en la cual se en cuentan 4 archivos que contienen actas de reunión y listas de asistencia respecto a las siguientes actividades académicas desarrolladas en el segundo semestre de 2024.

- Formulación protocolos de investigación (promover proyectos de investigación que impacten en la atención en salud)
- Socialización procesos de investigación (inducción de personal en formación).

con la documentación aportada se da cumplimiento a lo requerido en la meta del indicador para el segundo semestre de la vigencia 2024

Número de alianzas establecidas

El proceso envía como evidencia la carpeta «investigación», la subcarpeta «Alianzas» en la que reposan los archivos:

- Acta-2024-080-2024-08-01
- Carta de aval firmada- Fundación Canguro
- Carta_de_aval_SGR 38_Univeridad de los andes.

En estos documentos se evidencia que se da el aval, para la conformación de la Alianza Estratégica "Proyecto para la generación e implementación de una ruta integral de diagnóstico y atención pre y posnatal de pacientes con cardiopatías congénitas, basado en nuevas tecnologías en salud, en la región centro-oriental de Colombia", la cual está firmada por el gerente de la institución. con esta evidencia se da cumplimiento a la meta propuesta para el indicador en el segundo semestre de 2024

Programa de gestión del conocimiento vigente en Daruma

'El proceso indica que el apartado de investigación se encuentra en el numeral 4. «Gestión del Conocimiento en Investigación y Desarrollo» del documento GAC-PG-03 «Programa de gestión del conocimiento» que se encuentra actualizado y vigente, de acuerdo con el listado maestro enviado por el



proceso «Gestión de calidad». Con la evidencia presentada se da cumplimiento a la meta del indicador para el II semestre de la vigencia 2024.

7.13.2 RECOMENDACIONES

Mantener el nivel de ejecución para cada una de las actividades planteadas en los indicadores, con el fin de alcanzar las metas propuestas.

34

8. OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

8.1 GESTIÓN CALIDAD

Ubicado en el plan de desarrollo en el Eje 2 «Gestión Clínica Excelente y segura» cuenta con 7 actividades y 8 indicadores para su evaluación en el tercer trimestre de 2024.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE	ESTADO
Porcentaje de actualización del programa de adherencia a GPC	% Avance de actualización del programa	50%	100%	CUMPLE
Documento de plan de formación aprobado por oficina de talento humano	Producto Plan de formación GPC	1	100%	CUMPLE
Guías de práctica clínica con material audiovisual disponible en plataforma moodle institucional	Total, de GPC con material audiovisual disponible	8	100%	CUMPLE
Documento Anexo del Modelo	Producto Documento definición atención telemedicina	1	60%	NO CUMPLE
Documento matriz e informe de capacidad instalada por servicios	Producto Capacidad instalada por servicios	1	100%	CUMPLE
Documento vigente manual de mejoramiento	Producto Manual de Mejoramiento	1	100%	CUMPLE
Cumplimiento programación "miércoles de acreditación"	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	1	80%	CUMPLE
Matriz Autoevaluación por grupo de estándares	Producto Matriz Autoevaluación	100%	100%	CUMPLE



8.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para este trimestre se analizaron los siguientes indicadores:

Porcentaje de actualización del programa de adherencia a GPC

El proceso anexo la carpeta «Calidad», y la subcarpeta «Guías», en la que se encuentra el documento "Informe de cumplimiento de actividades del Programa de Guías de Práctica Clínica" en este informe en el numeral 3, indica que se realizaron 8 guías de práctica clínica, con material audiovisual que se encuentran disponibles en la plataforma Moodle institucional. Además, el proceso anexo link que direcciona a la plataforma y allí se verifica que se encuentran las guías mencionadas. Con la evidencia aportada se da cumplimiento a la meta del semestre en un 100%

35

Documento de plan de formación aprobado por oficina de talento humano

Para este segundo semestre de 2024 el proceso presenta la carpeta «Calidad», en la que reposa el archivo «PLAN DE FORMACIÓN» en este documento se encuentra el «Plan de formación del programa institucional de implementación y adherencia a guías de práctica clínica», este documento se encuentra revisado por la talento humano y aprobado por la subgerencia de Servicios de Salud. Con la elaboración y aprobación de este plan se da cumplimiento a la meta del indicador para el semestre evaluado

Documento Anexo del Modelo

El proceso anexa como evidencia dentro de la carpeta «calidad» un archivo que contiene el documento «MODELO DE ATENCIÓN MODALIDAD DE TELEMEDICINA» sin embargo se debe tener en cuenta que el producto exigido para dar cumplimiento a la meta se define como «Modelo de atención formalizado, con su respectivo anexo», lo cual no se evidencia los anexos en el documento entregado, por tanto no se cumple con lo exigido para dar cumplimiento a la meta planteada.

Documento matriz e informe de capacidad instalada por servicios

El proceso envía como evidencia el archivo TH-F-41 «Matriz de Planeación TH asistencial 2024-2025» en la que se encuentra el análisis de capacidad instalada por cada uno de los servicios asistenciales. Esta evidencia da cumplimiento a la meta planteada en el indicador en el II semestre de 2024
Documento vigente manual de mejoramiento

Cumplimiento programación "miércoles de acreditación"

El proceso presenta en la carpeta «Calidad» subcarpeta «acreditación» en la que se encuentran los siguientes archivos:

Octubre: se presentan 5 actividades de acreditación efectuadas los días 2, 9, 16, 23 y 29

Noviembre: 5 actividades de acreditación realizadas los días 5, 6, 13, 20 y 27

Diciembre: 3 actividades de acreditación llevadas a cabo de la siguiente manera: la actividad No. 1: los días 4 y 5; la actividad No. 2: los días 10 y 11, y la actividad No. 3 se realizó los días 17 y 18.

La evidencia presentada para demostrar la ejecución de las actividades corresponde a: Bitácoras de los eventos realizados, registros fotográficos, listas de asistencia, y pieza comunicativa. Con la información aportada, se da cumplimiento a la meta de indicador para este cuarto trimestre de 2024



Se reitera la necesidad de que el proceso revise y verifique la documentación aportada como evidencia, ya que algunas de las listas de asistencia no cumplen con lo establecido en el artículo 8.11 de la «norma fundamental» CA-M-00

Matriz Autoevaluación por grupo de estándares

Dentro de la carpeta, «Calidad» se encuentra la subcarpeta «Acreditación» en la cual se despliega archivo que contiene la matriz de autoevaluación por grupos de estándares. Con la evidencia presentada se da cumplimiento a la meta del indicador para el segundo semestre de 2024

8.1.2 RECOMENDACIONES

El proceso debe presentar la información requerida, para dar cumplimiento a la meta del indicador «Documento Anexo del Modelo. Además, es necesario que el proceso revise y verifique la documentación aportada como evidencia, ya que algunas de las actas y listas de asistencia no cumplen con lo establecido en el artículo 8.11 de la «norma fundamental» CA-M-00.

8.2 GESTIÓN INFORMACIÓN

Ubicado en el plan de desarrollo en el Eje 5 «Gestión de la tecnología» cuenta con 2 actividades y 2 indicadores para su evaluación en el cuarto trimestre de 2024.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE	ESTADO
Documento del programa estratégico	Producto Programa estratégico	1	100%	CUMPLE
Documento de plan estratégico de comunicaciones	Producto Plan estratégico de comunicaciones	1	100%	CUMPLE

8.2.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Documento del programa estratégico

El proceso aporta como evidencia el documento «programa estratégico de fortalecimiento de la gestión de tecnologías de la información» que se encuentra vigente y registrado en el software. Con esta evidencia el subproceso da cumplimiento a la meta del indicador para el segundo semestre de 2024, se recomienda actualizar el documento, donde se establezca como va ser el seguimiento para la vigencia 2025

Documento de plan estratégico de comunicaciones

Se aporato como evidencia dentro de la carpeta «LMD22_01_2024(4).xlsx» enviada por el proceso gestión de calidad mediante correo electrónico, el documento CO-PG-01«Plan Estratégico de Comunicaciones

(PECOS) debidamente registrado en el software de gestión de calidad. Con la elaboración del programa y la verificación de que esta activo y vigente, se da cumplimiento a la meta para el segundo semestre de 2024

8.2.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda al proceso continuar con la ejecución de actividades programadas y así mantener el nivel de cumplimiento en los indicadores.

37

8.3 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Ubicado en el plan de desarrollo en el Eje 4 «Gestión del riesgo» cuenta con 3 actividades y 3 indicadores para evaluar en el tercer trimestre de la presente vigencia.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE	ESTADO
Procesos institucionales con identificación de riesgos en los mapas de riesgos	Procesos institucionales con identificación de riesgos en los mapas de riesgos / Total de procesos institucionales *100	50%	97%	CUMPLE
Formulario activo en página web	Producto Formulario de solicitud de referenciaciones de otras entidades	1	100%	CUMPLE
Procedimientos Actualizados	Producto Documentos actualizados	100%	100%	CUMPLE

8.3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para este trimestre se analizaron los siguientes indicadores:

Procesos institucionales con identificación de riesgos en los mapas de riesgos

El proceso presenta la carpeta «Direccionamiento» que a su vez contiene tres archivos Excel:
 - AF-F-23 «MAPA DE RIESGOS DE SARLAFTPADM 2024», de los 24 procesos solamente 8 tienen alcance para este tipo de riesgo y se identifican a continuación: 1. Direccionamiento estratégico, 2. gestión farmacéutica, 3. docencia servicio, 4. talento humano, 5. Gestión de contratación, 6. gestión financiera, 7. gestión de recursos físicos, 8. gestión de servicios de apoyo) La información entregada, se verifico en la matriz publicada en la página web institucional. Con los documentos aportados se da cumplimiento en un a la meta del indicador en el segundo semestre del 2024.

- OADS-F-14 «MAPA DE RIESGOS DE SICOF 2024» En esta matriz se observa que de los 24 procesos, 19 tienen alcance para este tipo de riesgo y 14 lo tienen identificado. Los procesos que aún no cuentan con el riesgo identificado, pero que tienen plan de trabajo para para su identificación en la vigencia 2025 son:

(Atención urgencias, atención hospitalaria, apoyo diagnóstico, docencia servicio y control interno disciplinario)

Teniendo en cuenta que 14 de 19 procesos cuentan con riesgo, se observa que se obtiene un 74% de alcance, para el segundo semestre del 2024, y se da cumplimiento a la meta propuesta

-OADS-F-40 «MAPA DE RIESGOS DE GESTION Y FISCALES» De los 24 procesos institucionales, 19 tienen riesgos identificados, quedando pendiente (Seguridad del paciente, Apoyo diagnóstico, Apoyo terapéutico, investigación, control interno disciplinario, esto asociado a la actualización del mapa de procesos). De acuerdo con esta información se da alcance al 79%, cumpliendo con la meta del indicador para este semestre.

38

Riesgos fiscales: Para este tipo de riesgos no aplica su identificación en todos los procesos, aplica para 4 procesos dado su alcance, lo cual general un 100% de cumplimiento (Gestión farmacéutica, apoyo diagnóstico, contratación y gestión de recursos físicos) (Se adjunta OADS-F-40 MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN Y FISCALES 2024, para consulta en página institucional)

De acuerdo con la información presentada, se da cumplimiento a la meta del indicador, para el II semestre de 2024

[Formulario activo en página web](#)

El proceso presenta como evidencia, un link, mediante el cual se accede al formulario de «Solicitud de visita de referencia de otra institución», se verifico la información presentada en la página web institucional, en el menú de navegación «Gestión de calidad» / referenciación. con esta información se da cumplimiento a lo establecido en la meta de indicador para el segundo semestre de la vigencia 2024

[Procedimientos Actualizados](#)

Se presenta por parte del proceso carpeta «Direccionamiento», en la cual se encuentran 3 archivos con los siguientes documentos:

- OADS-F-47 «CONTROL REERENCIACIONES»
- OADS-PR-03 «APROBACION Y ATENCION DE VISISTAS DE REFERENCIACION»
- OADS-PR-04 «SOLICITUD E VISITAS DE REFERENCIACIÓN»

Se verificó la información con el procesó de Calidad y se evidencio que los documentos mencionados, se encuentran registrados y activos. Dando cumplimiento a la meta del indicador para el segundo semestre d 2024.



CONCLUSIONES:

Realizada la evaluación por parte de la oficina de control interno, el porcentaje del cumplimiento del POA para el cuarto trimestre del 2024 corresponde al 97%, las siguientes actividades no cumplieron con lo establecido:

Proceso docencia de servicio

- ✓ Utilizar contraprestaciones para la formación de perfil docente dentro de la institución

Proceso Gestión calidad

- ✓ Definir prestación del servicio por modalidad de telemedicina en modelo de atención

Se evidencia cumplimiento a la recomendación del tercer trimestre respecto a las mesas de trabajo, con el profesional de planeación para cumplir con la meta establecida en los planes operativos anuales». Con los procesos que presentaron desviaciones en las metas, atención de urgencias, atención hospitalaria, atención ambulatoria, quirófanos y gestión farmacéutica

ALERTAS DE MEJORA

1. Se recomienda aportar evidencias debidamente diligenciadas, garantizando que sean legibles, completas, sin espacios en blanco, identificados, informes gerenciales con las respectivas firmas y verificaciones de los líderes de proceso utilizando los logos institucionales debidamente actualizados.
2. Es importante revisar la herramienta POA y ajustar los soportes de las evidencias, teniendo en cuenta las acciones o actividades planteadas, adicionalmente los porcentajes de meta establecidos en cada actividad, observando los periodos de medición y el acumulado anual para que exista consistencia con las metas planteadas, esto teniendo en cuenta la actividad 12 del procedimiento OACI-PR-03 "Las metas Institucionales no podrán ser modificadas , en caso de ser necesario de ajuste previa justificación se solicitara por escrito a la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios"
3. Se recomienda al proceso de Gestión hospitalaria, realizar un análisis más detallado de las fallas asociadas al cumplimiento de las metas del Indicador 1885, PORCENTAJE DE PACIENTES INTRAHOSPITALARIOS CON ANTICOAGULACIÓN OPTIMA ATENDIDOS POR EL PROGRAMA CLÍNICA DE ANTICOAGULACIÓN, ya que en el último semestre del 2024 no cumplen con la meta establecida, aclarando que por no disponibilidad de médico general u otro apoyo (no disponibilidad de enfermería ni auxiliar de enfermería) para la realización de rondas y seguimiento, no se cuenta con captación de pacientes, a su vez en el mes de Diciembre, realizaron resocialización del programa por medio de charlas a personal tanto de inducción, como personal médico de piso, jefes de enfermería y especialistas, con el fin de dar a conocer el programa, comentar finalidades, metas, criterios de inclusión y disponibilidad del mismo.



4. Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el Instructivo Gestión indicadores DARUMA CA-INS-03 específicamente en la medición de indicadores relacionado con reporte de eventos adversos el cual establece 40 días calendario.
5. Se recomienda que los procesos, revisen y ajusten los programas estratégicos, debido a que la mayoría no cuenta con seguimiento ni metas claras de medición para cada vigencia. Esto dificulta la evaluación, ya que no hay claridad de cómo se lograría el cumplimiento de estas actividades
6. Se recomienda a los responsables de procesos que no cumplieron con meta establecida o que presenten desviaciones frente al cumplimiento del periodo evaluado, realizar acta de compromiso en el formato Cód.: OADS-F-09, con el profesional de planeación para cumplir con la meta establecida en los planes operativos anuales» específicamente para los procesos de calidad y docencia
7. Se sugiere identificar cuales son los indicadores de mantenimiento o incremento, ya que no son claras las metas respecto al objetivo planteado.
8. Se recomienda tener en cuenta la proposición del comité directivo realizado el 28 de agosto del 2024 donde se compromete a : « la oficina de planeación en cabeza de la OADS presenta ante el comité directivo el plan operativo poa anual 2024, dando a conocer las actividades e indicadores que se formulan en cada proceso articuladas a las líneas estratégicas del plan de desarrollo 2024-2027 para lo cual el comité procede a darle aprobación» y lo establecido en la resolución 559 del 2024 , donde refiere en su artículo 1 parágrafo « Se deberán formular los POAS, por proceso, servicio, programa estratégico, bajo la coordinación de la OADS, de acuerdo con las metas institucionales definidas en el plan de desarrollo las cuales se operativizaran a través de los POAS por proceso y/o servicio ajustadas al cumplimiento esperado por vigencia que de medirán a través de indicadores que propenderán por el alcance de las metas institucionales ».
9. Se aclara que este informe presento limitaciones respecto al suministros de soporte y/o evidencias del cumplimiento de la poa, por la migración de información al nuevo sistema de gestión documental, afectando esto el tiempo de entrega del informe preliminar.
10. Teniendo lo establecido en la actividad 9 del procedimiento OACI-PR-03 ASESORÍA Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL, se debe Presentar si se requiere observaciones con evidencias al informe preliminar ante la oficina de control interno vía correo electrónico o medio físico, dentro de los 3 días hábiles siguientes a la recepción del informe preliminar, plazo que se cumple el 5 de marzo del 2025.



11 Es fundamental que todos los procesos cumplan con los plazos establecidos para entrega de información, para la evaluación de POA, es decir antes de la finalización de cada trimestre, con el propósito de garantizar la eficiencia y el buen funcionamiento de los procesos. La entrega de información fuera de los términos puede generar retrasos, afectar la toma de decisiones oportunas y comprometer la calidad de los resultados finales

41

ORIGINAL FIRMADO

DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ

Asesora de Control Interno

E.S.E. Hospital Universitario San Rafael Tunja

Anexa: Carpeta evidencias Actividades

Proyecto: Claudia Sáenz, Gustavo Molano, Liliana Rodríguez, Carmen Cecilia Garzón
Profesionales O.A.C.I

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



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



8-7405030



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

