

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

**I TRIMESTRE DE 2025**

**1**

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

**Tunja, mayo de 2025**



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



8-7405030



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

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES**  
[www.hospitalesporlasaludambiental.net](http://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 primer trimestre del 2025.

## 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 PRIMER TRIMESTRE DEL 2025 DEL PLAN OPERATIVO ANUAL:

3

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

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

Fuente: Resolución 559 de 2024

A continuación, se presentan los resultados de la verificación y evaluación del primer Trimestre del 2025 de los planes operativos, obteniendo como resultado lo siguiente:

PLAN OPERATIVO ANUAL 2025																																												
<b>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</b> 94%	<b>SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD</b> 94%	<b>OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS</b> 90%																																										
<table border="1"> <tr><td>Gestión Talento Humano</td><td>98%</td></tr> <tr><td>Gestión Financiera</td><td>96%</td></tr> <tr><td>Gestión Jurídica</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Gestión Servicios de Apoyo</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Gestión Recursos Físicos</td><td>75%</td></tr> </table>	Gestión Talento Humano	98%	Gestión Financiera	96%	Gestión Jurídica	100%	Gestión Servicios de Apoyo	100%	Gestión Recursos Físicos	75%	<table border="1"> <tr><td>Atención Urgencias</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Atención Hospitalaria</td><td>90%</td></tr> <tr><td>Atención Ambulatoria</td><td>92%</td></tr> <tr><td>Quirófanos</td><td>95%</td></tr> <tr><td>Seguridad del Paciente</td><td>75%</td></tr> <tr><td>Apoyo Diagnóstico</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Apoyo Terapéutico</td><td>99%</td></tr> <tr><td>Gestión Farmacéutica</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Gestión Preventiva y Predictiva</td><td>70%</td></tr> <tr><td>Sistema de Información y Atención al Usuario</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Docencia Servicio</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Investigación</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Enfermería</td><td>100%</td></tr> </table>	Atención Urgencias	100%	Atención Hospitalaria	90%	Atención Ambulatoria	92%	Quirófanos	95%	Seguridad del Paciente	75%	Apoyo Diagnóstico	100%	Apoyo Terapéutico	99%	Gestión Farmacéutica	100%	Gestión Preventiva y Predictiva	70%	Sistema de Información y Atención al Usuario	100%	Docencia Servicio	100%	Investigación	100%	Enfermería	100%	<table border="1"> <tr><td>Gestión Calidad</td><td>80%</td></tr> <tr><td>Gestión Información</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Direccionamiento Estratégico</td><td>n/a</td></tr> </table>	Gestión Calidad	80%	Gestión Información	100%	Direccionamiento Estratégico	n/a
Gestión Talento Humano	98%																																											
Gestión Financiera	96%																																											
Gestión Jurídica	100%																																											
Gestión Servicios de Apoyo	100%																																											
Gestión Recursos Físicos	75%																																											
Atención Urgencias	100%																																											
Atención Hospitalaria	90%																																											
Atención Ambulatoria	92%																																											
Quirófanos	95%																																											
Seguridad del Paciente	75%																																											
Apoyo Diagnóstico	100%																																											
Apoyo Terapéutico	99%																																											
Gestión Farmacéutica	100%																																											
Gestión Preventiva y Predictiva	70%																																											
Sistema de Información y Atención al Usuario	100%																																											
Docencia Servicio	100%																																											
Investigación	100%																																											
Enfermería	100%																																											
Gestión Calidad	80%																																											
Gestión Información	100%																																											
Direccionamiento Estratégico	n/a																																											
<b>1ER TRIMESTRE</b>		<b>93%</b>																																										

Fuente: Herramienta POA Primer trimestre 2025

## 6. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

### 6.1 GESTIÓN TALENTO HUMANO

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 «Implementación del programa de humanización en sus líneas SENTIR y AMAR para cliente interno».

4

Eje 6 «Transformación Cultural permanente» que presenta las actividades «Realizar y ejecutar plan trabajo para diligenciamiento de matrices de planeación de talento humano», «Implementar Manual plan de 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».

A continuación, se observa la medición de los indicadores

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 1 TRIMESTRE	ESTADO
Plan para el despliegue del programa de humanización	Plan de trabajo	1	100%	CUMPLE
Cumplimiento del plan para el despliegue del programa de humanización	Número de actividades realizadas/ Número de actividades programadas *100	90%	N/A	N/A
Cumplimiento del plan de trabajo para planeación del talento humano	Actividades realizadas / Actividades programadas	100%	90%	NO CUMPLE
% cumplimiento en la planeación del Talento Humano	Número de personal contratado / total de personal requerido	70%	100%	CUMPLE
Cumplimiento a plan de capacitación y plan de bienestar	Número de actividades realizadas/ Número de actividades programadas *100	90%	N/A	N/A
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

##### Plan para el despliegue del programa de humanización

Dentro del archivo denominado el Plan de Trabajo de humanización, aportado por el proceso, se encuentra el cronograma de humanización cliente interno 2025, el cual este conformador por las líneas de humanización AMAR y SENTIR, en la primera de ellas se establecen como líneas de humanización el



acompañamiento emocional y bienestar calidad de vida; y en el SENTIR se establece como línea de humanización el desarrollo de competencias para la humanización. De las evidencias aportadas por el proceso establece el cumplimiento de lo requerido.

#### Cumplimiento del plan para el despliegue del programa de humanización

De acuerdo con el plan de trabajo presentado por el proceso de Gestión de del Talento Humano, estas actividades están previstas para el segundo, tercer y cuarto trimestre, por lo tanto, no aplica su evaluación para este primer trimestre.

5

#### Cumplimiento del plan de trabajo para planeación del talento humano

En las evidencias que reposan en la carpeta, se encuentran las matrices de planeación asistencias y administrativa, así mismo, el proceso allega dos planes de trabajo, uno de noviembre de 2024 a enero de 2025, y el otro de enero a marzo de 2024. En los dos planes aportados por el proceso, se planean dos actividades para el mes de enero, las cuales, según acta de asistencia se llevaron a cabo los días 15 y 17 de enero de 2025, ya que, al momento de la evaluación, no se tenían las actas elevadas en dichas sesiones, no fue posible conocer los temas tratados y la pertinencia de los mismos. Sin embargo, y en atención a la solicitud realizada, vía correo electrónico, por el proceso de Talento Humano, en el que adjuntas las actas de las mesas de trabajo y solicitan sean tenidas en cuenta, la Oficina de Control interno atiende dicha solicitud, y evaluó la pertinencia y oportunidad de las mismas, estableciendo que son suficientes para determinar su validez, sin embargo, estas no hacen parte integral de las evidencias cargadas en el drive destinado para tal fin, por lo que se recomienda al proceso que para la próxima evaluación realice el cargue oportuno del total de las evidencias tendientes a comprobar el cumplimiento de las actividades propuestas.

#### % cumplimiento en la planeación del Talento Humano

Dentro de las evidencias aportadas en el proceso no se encuentra el manual plan de talento humano, sin embargo, se verifica en el software de la institución ALMERA, donde se evidencia la implementación del manual TH-M-07. De la misma forma en ALMERA se evidencia cumplimiento del indicador de trazabilidad 2233 en un 93,38.

#### Cumplimiento a plan de capacitación y plan de bienestar

De acuerdo con la información aportada por el proceso, se establece que el informe se realiza de forma semestral, por lo tanto, no aplica su evaluación para este primer trimestre.

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

Se realiza mesa de trabajo con la líder de proceso, se revisan las evidencias, logrando evaluar el cumplimiento de las actividades realizadas por el proceso. Se deja como recomendación, ajustar la herramienta de trabajo, a fin de facilitar el proceso de evaluación correspondiente al segundo trimestre, tener en cuenta el indicador del programa de gestión del riesgo, para realizar el seguimiento correspondiente, y subir al software ALMERA los nuevos documentos de gestión del riesgo.



### 6.1.2 RECOMENDACIONES

- Aportar la totalidad de las evidencias a la referente de planeación, con el fin de articular el proceso de evaluación
- Se recomienda al subproceso de seguridad y salud en el trabajo, ajustar el informe, con el plan de trabajo y las evidencias presentadas, con el fin de realizar una verificación mas eficaz

## 6.2 PROGRAMA DE GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

6

El plan operativo del proceso de gestión financiera para el año 2025; señala las directrices de seguimiento y medición para el cumplimiento del Eje Plan de Desarrollo denominado "Gestión del riesgo", por medio de la estrategia de Fortalecimiento de la política institucional del uso eficiente de los recursos con el fin de incrementar la productividad a través de la optimización de la capacidad instalada, que contribuya al equilibrio financiero en la entidad, con una meta de cumplimiento del indicador del 80% para el año 2025.

ACTIVIDAD	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 1 TRIMESTRE	ESTADO
Socializar a nivel directivo el comportamiento de las glosas y devoluciones	Informe presentado	Producto Informes presentados	1	100%	CUMPLE
Participar en mesas circular 030 Supersalud	Participación en mesas convocadas	Número de sesiones en las que se participó / Número de mesas convocadas	100%	100%	CUMPLE
Presentar informe de facturación mensual	Informe presentado	Producto Informes presentados	3	83%	NO CUMPLE
Presentar informe de comportamiento financiero a comité Directivo	Informes presentados	Producto Informes presentados	1	100%	CUMPLE
<b>PROMEDIO</b>				95%	<b>CUMPLE</b>

### 6.2.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

#### INFORME PRESENTADO: Informe del comportamiento de las glosas y devoluciones

El informe de auditoría del primer trimestre de 2025 fue radicado a gerencia el día 09 de mayo de 2025, adicionalmente en comité directivo del 13 de mayo de 2025 fue socializado. El informe contiene: 1. Informe de auditoría médica concurrente, 2. Informe de auditoría medica prefacturación, 3. Informe de auditoría de cuentas médicas (glosas y devoluciones) y 4. Planes de mejoras.

El indicador cumple con la meta establecida de "1" generando un resultado de 100% para el primer trimestre de 2025. Por lo tanto, **cumple** con la meta.

Se recomienda incluir el acta del comité de cartera en donde se socializa el informe de auditoría de cuentas médicas y se toman decisiones que fortalecen el uso eficiente de los recursos.

#### PARTICIPACIÓN EN MESAS CONVOCADAS: Participación en mesas circular 030 Supersalud

Se realizó la primera mesa circular 030 desde el 18 al 28 de febrero de 2025 de forma virtual, de la cual participo la entidad con la asistencia con 9 ERP convocadas (Cajacopi, coosalud, famisanar, sanitas, gobernación de Boyacá, compensar, nueva eps, salud total, sura). Cabe destacar que compensar no se presentó y con Famisanar se hizo acuerdo de pago. Las actas aportadas como evidencia están firmas por el garante de salud, el representante de la ERP y de la EBP en donde se establecen compromisos de conciliación y pago.

El indicador **cumple** con la meta establecida de "100%" dado que la entidad participó en la totalidad de mesas convocadas con las ERP.

#### INFORME PRESENTADO: Informe de facturación mensual

Se socializaron dos informes correspondientes al avance del proceso de facturación de diciembre 2024 (detallado mensual del 2024) y la gestión del primer trimestre de 2025 (detallado mes a mes), informe presentado a gerencia, directivos y líderes del proceso administrativo y financiero.

La meta establecida del indicador es de tres "3" sin embargo, el proceso responsable adjunta dos (2) actas que consolidan por trimestre el informe de facturación, por lo tanto, **se da un cumplimiento del 80% y no cumpliría con la meta propuesta.**

Se sugiere ajustar la actividad, indicador y periodicidad debido a que el informe presentado por el proceso mensualmente se radica con el cobro y su contenido es extenso para cargue y seguimiento en POA. Por lo anterior el proceso aportó como soporte las actas que evidencian la socialización de los informes de facturación, pero en forma trimestral.

#### INFORMES PRESENTADOS: Presentar informe de comportamiento financiero a comité Directivo

El responsable aporta informe de cierre de plan financiero 2024, informe de seguimiento de plan financiero con corte a marzo de 2025, presentación y listado de asistencia a comité directivo con el objeto de socializar estados financieros de marzo de 2025, además de realizar capacitación a no financieros y metas de costos a marzo de 2025. Adicionalmente aporta estados financieros e informe de costos.

Con las evidencias aportadas se da cumplimiento a la meta de presentar informe de comportamiento financiero a comité Directivo.

Se recomienda la oportunidad en la presentación de información financiera a los usuarios de esta, lo cual fortalece la gestión institucional y se contribuye a la planificación estratégica.

7



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



8-7405030



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



### 6.2.2 RECOMENDACIONES

- Revisar los porcentajes de meta trimestral y anual en la formulación respecto del periodo evaluado y la meta anual en la actividad de: informe de facturación mensual.
- Se recomienda la oportunidad en la presentación de información financiera a los usuarios de esta, lo cual fortalece la gestión institucional, se contribuye a la planificación estratégica y a que se fortalezca el uso eficiente de los recursos.
- Se sugiere asociar e incluir a las actividades de POA el correspondiente indicador establecido en el programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF), con el fin de facilitar el seguimiento y medición de la actividad.

8

### GESTIÓN JURÍDICA

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

- Dar respuesta oportuna a los derechos de petición que llegan a la oficina jurídica
- Dar respuesta oportuna a todas las acciones de tutela que llegan a la oficina jurídica
- Actualizar Manual para la formulación e implementación de la política de prevención del daño antijurídico

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 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 acciones de tutela atendidas	Número de Acciones de Tutela atendidas en el término legal / Numero de Acciones de Tutela notificadas	100%	100%	CUMPLE
Manual actualizado	Producto Manual actualizado	1	N/A	N/A

### 6.3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

#### Gestión de derechos de petición

Teniendo en cuenta el informe presentado, así como el indicador señalado, se determina el cumplimiento de la actividad

#### Porcentaje de acciones de tutela atendidas

Una vez revisado el indicado en el software ALMERA, se evidencia cumplimiento del indicador



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



8-7405030



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



Manual actualizado

Se encuentra dentro de término, este debe ser actualizado en el segundo trimestre de 2025, por lo tanto no aplica revisión para primer trimestre

## 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» y cuenta con la siguiente actividad.

9

- Realizar socialización de lineamientos y políticas institucionales al personal de servicios de apoyo buscando fortalecer el conocimiento

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE I TRIMESTRE	ESTADO
Cobertura de socialización de lineamientos y políticas institucionales al personal de servicios de apoyo (vigilancia, lavandería, alimentación, servicios generales)	Personal de servicios de apoyo que participan en socialización / Total de personal de servicios de apoyo en la institución	20% Acumulado	100%	CUMPLE
Conocimiento de personal de servicios de apoyo en cuanto a lineamientos y políticas de la entidad	Personal con evaluación del conocimiento aprobada / Total de personal evaluado	50%	100%	CUMPLE

### 6.4.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para su medición cuenta con dos indicadores que tienen periodicidad trimestral

Cobertura de socialización de lineamientos y políticas institucionales al personal de servicios de apoyo (vigilancia, lavandería, alimentación, servicios generales)

Con corte al primer trimestre de 2025, el proceso presenta como evidencia el enlace de acceso a la plataforma ALMERA, donde se encuentran disponibles los indicadores del proceso. Según la información reportada, de los 201 colaboradores asignados por contrato al personal de servicios tercerizados, 68 participaron en la socialización de temas específicos relacionados con la plataforma estratégica (misión, visión y promesa de valor), lo que representa un 33% de participación, cumpliendo así con la meta establecida para el trimestre.

Conocimiento de personal de servicios de apoyo en cuanto a lineamientos y políticas de la entidad

Para la evaluación del primer trimestre de 2025, el proceso presenta como evidencia el enlace de acceso a la plataforma ALMERA, donde se encuentran disponibles los indicadores del proceso. Entre ellos, se destaca el indicador registrado con el número 2325.



De acuerdo con la información reportada en la plataforma, 68 personas del personal de servicios tercerizados participaron en la evaluación de conocimientos sobre la plataforma estratégica, abordando temas como misión, visión y promesa de valor. La distribución por áreas fue la siguiente:

35 de aseo y desinfección  
14 de seguridad y vigilancia  
4 de lavandería  
15 de alimentación

De los participantes, 59 obtuvieron una calificación satisfactoria, lo que representa un 86,76% de cumplimiento, alcanzando así la meta establecida para el trimestre.

10

### 6.4.2 RECOMENDACIONES

En relación con los datos reportados en la herramienta POA, es necesario ajustar el porcentaje del indicador 2325 «conocimiento del personal de servicios de apoyo sobre los lineamientos y políticas institucionales de la E.S.E.» Actualmente, la plataforma ALMERA reporta un 86.76%, mientras que en la herramienta POA se registra un 78.21%, por lo que es necesario corregir esta diferencia para asegurar la precisión de los datos.

Se recomienda al proceso adjuntar evidencias adicionales, tales como actas de reunión, registros fotográficos y los registros de la aplicación del pre tés y pos tés, estableciendo periodos de seguimiento que garanticen la adherencia a documentos y políticas institucionales.

### 6.5 GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS

El plan operativo del proceso gestión de recursos físicos, se ubica en los ejes: 4 «Gestión del Riesgo», 5 «Gestión de la tecnología» y el eje 7 «Responsabilidad Social»

EL programa para su evaluación en la vigencia 2025, cuenta con las siguientes 14 actividades

- Realizar adecuaciones a infraestructura que impacte en la mejora de la prestación de servicios
- Elegir y/o diseñar los indicadores para monitorear el impacto del ambiente físico en la privacidad, comodidad y respeto (Indicadores de vulneración de derechos)
- Documentar Manual de obra para la construcción y Adecuación de ambientes humanizados
- Diligenciar matriz de priorización tecnológica
- Establecer y realizar medición de indicadores de obsolescencia, tiempo de paradas y satisfacción de usuarios
- Ejecutar mantenimientos preventivos programados
- Documentar Programa de aseguramiento metrológico
- Realizar proceso de confirmación metrológica a los equipos susceptibles de calibración o calificación para realizar liberación de producto o plan de acción según corresponda
- Implementar plan de formación para el uso adecuado de equipos biomédicos
- Realizar el balance del estado de la dotación de los equipos biomédicos por servicios con el propósito de establecer las necesidades y optimizar su eficiencia
- Realizar campaña dirigida al ahorro energético
- Puesta en funcionamiento de paneles solares
- Realizar jornada de reforestación vinculando al personal que labora en la institución



- Implementar Plan de Formación generando una mayor la efectividad

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE I TRIMESTRE	ESTADO
Resolución de necesidades prioritizadas en comité de infraestructura	Número de adecuaciones ejecutadas / Total de necesidades prioritizadas por el comité de infraestructura	>90%	50%	NO CUMPLE <b>11</b>
Indicadores definidos	Producto Indicadores definidos	1	N/A	N/A
Manual de obra para la construcción y Adecuación de ambientes humanizados	Producto Manual Vigente en Software	1	N/A	N/A
Documento matriz de priorización tecnológica	Producto Matriz de priorización tecnológica Producto Indicadores con medición	1	N/A	N/A
Indicadores con medición	Producto Indicadores con medición	3	N/A	N/A
Porcentaje de Ejecución de Plan de Mantenimiento Preventivo, Biomédica	Numero de Mantenimientos Preventivos realizados / Total de Mantenimientos Preventivos programados en el mes *100	95%	50%	NO CUMPLE
Programa de aseguramiento metrológico documentado	Producto Documento programa de aseguramiento metrológico	1	N/A	N/A
Equipos con proceso de confirmación metrológica	Equipos con proceso de confirmación metrológica/ Equipos susceptibles de calibración o calificación	>95%	N/A	N/A
Cobertura plan de formación	Cantidad total de personal asistencial capacitado / Cantidad total de personal objeto de la capacitación	60%	100%	CUMPLE



Balance del estado de la dotación de equipos biomédicos	Producto Balance del estado de la dotación de equipos biomédicos	1	N/A	N/A
Número de campañas dirigidas al ahorro energético	Total, de campañas realizadas dirigidas al ahorro energético	1	100%	CUMPLE
Porcentaje de conversión a energías alternativas	% de energía alternativa consumida /% de energía total consumida	20%	N/A	N/A
Número de jornadas de reforestación	Total, jornadas de reforestación	1	N/A	N/A
Eficacia de capacitaciones	Acciones correctivas eficaces /Total de acciones correctivas levantadas	81.40%	100%	CUMPLE

12

### 6.5.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa cuenta con catorce indicadores, diez con periodicidad anual de estos (1) se evalúa el primer trimestre y cuatro con periodicidad trimestral, a continuación, se presenta el análisis efectuado a cada uno de ellos.

#### Número de adecuaciones ejecutadas / Total de necesidades priorizadas por el comité de infraestructura

El proceso aporta como evidencia el "informe de ejecución de actividades", en el cual se indica que, durante este trimestre, no se realizaron actividades de adecuación. Asimismo, se envía el acta de reunión con el subgerente y el equipo de trabajo, donde se establece que, en el primer trimestre del año, se enviarán informes a la Secretaría de Salud Departamental y se llevarán a cabo los estudios previos de suministros de ferretería, materiales eléctricos y mantenimiento de pisos, cielorrasos y paredes en los diferentes servicios del hospital.

Por su parte, el líder del subproceso señala que dicha reunión y el acta presentada no corresponden al comité de infraestructura, ya que este se encuentra en proceso de formación y su resolución está siendo revisada por el proceso de habilitación como parte del compromiso para la acreditación. Además, se aclara que la responsabilidad de cumplir con el indicador es compartida con el área de infraestructura, la cual, en este trimestre, no presentó ninguna evidencia, lo que generó el incumplimiento de la meta establecida.



### Indicadores definidos

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre.

### Manual de obra para la construcción y Adecuación de ambientes humanizado

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre

13

### Documento matriz de priorización tecnológica

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre

### Indicadores con medición

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre

### Porcentaje de Ejecución de Plan de Mantenimiento Preventivo, Biomédica

El referente del subproceso indica que la información se encuentra en la plataforma ALMERA en el indicador 1048 «Porcentaje de ejecución de plan de mantenimiento preventivo de tecnologías biomédicas». Se verifico la información en dicha plataforma y se encontró los siguientes datos cargados para cada uno de los meses del trimestre así:

- Enero: se programaron 302 mantenimientos preventivos, de los cuales se ejecutaron 34, es decir un 11.26%
- Febrero: para este mes se sumaron los mantenimientos rezagados de enero, impidiendo lograr la meta de ejecución, la cual quedo para este mes en 58.55%
- Marzo: se continua con el rezago de los meses anteriores lo que impide lograr la meta establecida, y para este mes se obtuvo un 73.56% en la ejecución.

De acuerdo con los datos cargados en el indicador, para este trimestre se obtiene un promedio de 49.79, muy por debajo de la meta planteada en 95%. No se cumple con la meta para este primer trimestre de 2025.

### Programa de aseguramiento metrológico documentado

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre.

### Equipos con proceso de confirmación metrológica

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre

### Cobertura plan de formación



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



8-7405030



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



El subproceso, presenta la carpeta «G. Recursos físicos» sub carpeta «Biomédica» en la que se encuentran los archivos «Anexos TH-F-15.pdf», informe plan de formación.pdf.» y Herramienta POA2025 primer trimestre.xlsx.» en estos documentos se evidencia la ejecución de 18 capacitaciones, con sus respectivas actas y el informe donde se describen cada una de estas actividades, con evidencias presentadas se da cumplimiento a la meta del indicador, para el primer trimestre de 2025.

#### Balance del estado de la dotación de equipos biomédicos

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre.

14

#### Número de campañas dirigidas al ahorro energético

El subproceso presenta como evidencia la carpeta «G. Recursos Físicos», subcarpeta «Ambiental», en la que se encuentra el documento: «Informe energía I trimestre.pdf.». En ese informe indica que se realizó una campaña de ahorro de energía con el apoyo del área de comunicaciones, para la divulgación de una imagen en los grupos internos y de Facebook del hospital con los TIPS de ahorro de la energía, adicionalmente se colocó en la totalidad de los servicios un sticker encima de los interruptores para invitar a las personas a apagar las luces siempre que sea necesario. Dentro del informe también se presenta imágenes en las que se observa la instalación de los sticker en diversas áreas de la entidad y una diapositiva relacionada al impacto que se genera el mal uso del recurso.

De acuerdo con la evidencia presentada se da cumplimiento a la meta del indicador para este primer trimestre de 2025

#### % de energía alternativa consumida /% de energía total consumida

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre.

#### Total, jornadas de reforestación

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre.

#### Acciones correctivas eficaces /Total de acciones correctivas levantada

El subproceso no aportó evidencias respecto a los resultados obtenidos en el indicador 1370, sin embargo, el profesional de control interno ingreso a la plataforma ALMERA, para revisar los datos del indicador denominado «Eficacia del cumplimiento de acciones correctivas de gestiones ambiental» 1370. encontrando que a la fecha se cumple con la meta establecida por el indicador, ya que se supera el 80% de las diferentes inspecciones realizadas por el sistema de gestión ambiental, teniendo en cuenta que la mayor falencia es presentada en las inspecciones de cumplimiento ambiental Lista de chequeo GA-F-03 las cuales son las inspecciones de cumplimiento de los 5 programas que se hacen a los diferentes servicios.

De acuerdo con la información reportada en el indicador se da cumplimiento a la meta para este primer trimestre de 2025.



## 6.5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda ejecutar las actividades necesarias para la creación y puesta en funcionamiento del comité de infraestructura. Asimismo, es fundamental solicitar al responsable de infraestructura para que cumpla con el cargue de evidencias correspondientes, dado que, en este primer trimestre, solo se anexo evidencias por parte del referente de recursos físicos.
- Se recomienda al subproceso de biomédica, tener en cuenta la «Norma fundamental» CA-M-00, en su numeral 8.11 «Diligenciamiento», respecto al formato TH-F-15. Así mismo se deben generar estrategias que permitan mayor participación de personal asistencial en las capacitaciones
- Se debe identificar cuáles son las metas de mantenimiento y su incremento, ya que no se hay claridad al respecto
- Se recomienda al sub proceso Gestión Ambiental, aportar la documentación correspondiente a las inspecciones ejecutadas y las capacitaciones realizadas, lo anterior con el propósito de corroborar la información cargada en el indicador 1370 «Eficacia del cumplimiento de acciones correctivas de gestiones ambiental».

15

## 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:

- Implementar el nuevo modelo de atención a través del ciclo de atención del proceso
- 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)
- 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 I TRIMESTRE 2025	ESTADO
Cumplimiento del Modelo de atención	Porcentaje de cumplimiento trimestral por proceso	65%	70%	CUMPLE
Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	100%	100%	CUMPLE



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



8-7405030



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



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527  
ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

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 primer trimestre se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

#### Cumplimiento del Modelo de atención

Con corte al primer trimestre del 2025, el porcentaje de cumplimiento del Modelo de atención fue del 70%, resultado que cumple con la meta establecida.

En cuanto al indicador 2202 (Porcentaje de cumplimiento a la ejecución oportuna de las acciones planteadas en los planes de mejora según cronograma) (indicador institucional, pertenece a calidad) no cumple la meta establecida, a pesar de que no es responsabilidad directa del proceso de urgencias, el indicador está asociado al modelo de atención aportado por el proceso de Planeación para el respectivo seguimiento y evaluación independiente realizada por el proceso de control interno

No cuenta con indicador asociado al atributo UNIVERSITARIO relacionado con la Propuesta de Valor, es de aclarar que en este servicio se recibe de manera continua personal en formación perteneciente a diferentes niveles académicos en el marco de convenios docencia-servicio.

#### Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)

Con corte al primer trimestre del 2025, el responsable indica en el POA que la evidencia es "Avance plan de mejora si aplica" lo cual no es claro, ya que NO describe el número del plan, ni del indicador, sin embargo, al consultar con la referente de indicadores informa que el plan de mejora es el identificado con ID: 858, relacionado con PLAN DE MEJORA GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA asociado al proceso de urgencias.

#### Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de urgencias

Con corte al primer trimestre de 2025, la proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de urgencias alcanzó un resultado del 100%, superando así la meta establecida del 90%.

### 7.1.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda identificar indicador asociado al atributo UNIVERSITARIO relacionado con la Propuesta de Valor, toda vez que en este servicio se recibe de manera continua personal en formación

## 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 3 Humanización en la atención en salud con un indicador  
Eje 4 Gestión del Riesgo con dos indicadores y cuenta con las siguientes actividades

- Implementar el nuevo modelo de atención a través del ciclo de atención del proceso
- Ampliar la oferta de servicios mediante la apertura de nueva subespecialidad (geriatria)
- Desagregar la medición de la oportunidad de respuesta a interconsultas de acuerdo a la disponibilidad y permanencia de la especialidad y criterio de semaforización de acuerdo a condición clínica del paciente hospitalizado, en las siguientes:
- Ampliar la oferta de servicios mediante la apertura de nueva subespecialidad 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

17

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE I TRIMESTRE 2025	ESTADO
Cumplimiento del Modelo de atención	Porcentaje de cumplimiento trimestral por proceso	65%	77%	NO CUMPLE
Indicador 2015	Sin formula	80%	75%	NO CUMPLE
Indicadores con medición	Producto Indicadores con medición	7	100%	CUMPLE
Apertura del servicio	Producto Atención por subespecialidad	1	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

## 7.2.2 ANÁLISIS DE INDICADORES

Con corte al primer trimestre de 2025 se realiza la evaluación de los siguientes indicadores:

### Cumplimiento del Modelo de atención

Con corte al primer trimestre de 2025, el porcentaje de cumplimiento del Modelo de Atención fue del 50%, resultado inferior a la meta establecida del 65%.

Los siguientes indicadores no alcanzaron la meta:



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



8-7405030



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



1748: Tiempo promedio de espera para asignación de cama en hospitalización.  
1730: Adherencia a guías de práctica clínica médica (Hospitalización total).  
955: Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días (consolidado).

Adicionalmente, no se ha realizado la parametrización de los indicadores correspondientes a las atributos de "Universitario" y "Mejorado"

### Indicador 2015

Con corte al primer trimestre de 2025, el indicador 2015 (Porcentaje de egresos de hospitalización a los que se les realizó la lista de chequeo de egreso seguro, formato UI-F-51) reporta un resultado del 68%. Sin embargo, este valor corresponde al total de servicios, sin discriminar por áreas específicas, en la cual no se observa ginecología, sin embargo, el proceso aporta formato GPP-F-01 Listas de chequeo de egreso seguro paciente obstétrico ajustada para el servicio de ginecología y listas de asistencia de la socialización de las listas

Se sugiere ajustar la actividad, formula del indicador y la evidencia incluyendo la población de ginecología

### Indicadores con medición

Se implementan 7 indicadores (2258, 2254, 2257, 2260, 2259, 2256, 2255). Se cuenta con sus reportes, para el caso del indicador 2257; no cumple con meta

### Apertura del servicio

Con corte al primer trimestre del 2025, aportan contrato 349 de 2025, cuyo Objeto es : prestación de servicios especializados en Hematología -6 meses)

### Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión clínica

Se evidencia en Almera indicador 1705 (Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión clínica), con un resultado del trimestre de 96%, valor que supera la meta establecida

## **7.2.3 RECOMENDACIONES**

Se recomienda identificar indicador asociado al componente UNIVERSITARIO y MEJORADO relacionado con la Propuesta de Valor.

Para el caso de la actividad "Construir e implementar plan de mejora específico para el proceso de atención hospitalaria según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad (si aplica)". La descripción de la evidencia no es clara ya que no indican el número del plan de mejora, las actividades descritas se encuentran en términos de ejecución por tal razón no aplica para evaluación este periodo, se recomienda ajustar

Se evidencia que para Eje 3 Humanización en la atención en salud, no se estableció actividad en el componente operativo anual



### 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

19

Se cuenta con las siguientes actividades:

- Implementar el nuevo modelo de atención a través del ciclo de atención del proceso
- 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
- 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 I TRIMESTRE 2025	ESTADO
Porcentaje de cumplimiento trimestral por proceso	Porcentaje de cumplimiento trimestral por proceso	65%	68%	NO CUMPLE
Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	100%	N/A	N/A
Apertura de servicio	Producto Atención por subespecialidad	1	100%	CUMPLE
Priorización en la asignación de citas	Número de solicitudes priorizadas / Total de solicitudes	10%	100%	CUMPLE
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%	N/A	N/A



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



### 7.3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

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

#### Porcentaje de cumplimiento trimestral por proceso

Con corte al primer trimestre del 2025, el porcentaje de cumplimiento del Modelo de atención fue del 44,44%, resultado inferior a la meta establecida del 65%.

20

Se evidencia incumplimiento a la meta establecida del indicador 1744 (Adherencia a guías de práctica clínica médica, Consulta externa) a su vez no cuentan con indicador para los atributos de Universitario, mejorado y responsable

#### 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), adjuntan con corte al primer trimestre del 2025, se evidencia la contratación de la especialidad de Neuropsicología (desarrollo de pruebas de nivel cognitivo)

#### Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)

Con corte al primer trimestre de 2025, la evidencia es Avance plan de mejora, lo cual no es claro ya que NO describe el número del plan, ni el número del indicador, sin embargo, al consultar con la referente de indicador informa que el plan de mejora es el identificado con ID:852, el cual contempla tres actividades. Estas se encuentran actualmente en ejecución, con fechas de finalización programadas para abril y mayo. Por esta razón, la evaluación del indicador no aplica para este periodo.

#### Priorización en la asignación de citas

Con corte al primer trimestre de 2025, según el informe, se observa que a través de la línea institucional exclusiva —destinada a la recepción de solicitudes para nuestras pacientes mujeres— se recibieron un total de 5.158 solicitudes. De estas, se priorizaron 3.303, lo que representa un 64%. Esta priorización corresponde a la atención de mujeres en edad gestacional y pacientes con patologías oncológicas.

Se recomienda aclarar la evidencia, incluyendo el número del indicador (2178).

#### Cobertura de confirmación de asistencia a citas y procedimientos

Se evidencia en Almera indicador 2179 (Cobertura de confirmación de citas médicas y procedimientos en consulta externa), con mediciones mensuales y con resultado promedio trimestre de 62%, valor que supera la meta establecida



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

Con corte al primer trimestre de 2025, no aplica la medición del indicador, teniendo en cuenta que no se presentaron eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente.

### 7.3.2 RECOMENDACIONES

Es importante identificar indicador asociado a atributo UNIVERSITARIO relacionado con la Propuesta de Valor, toda vez que en este servicio se recibe de manera continua personal en formación, a su vez no cuenta con indicador de los atributos de MEJORADO Y RESPONSABLE

21

Se recomienda actualizar el soporte de la evidencia de la actividad "Establecer e implementar plan de mejora en conjunto con especialidad que aplique ante resultados de no adherencia a GPC entregado por calidad (si aplica)", ya que NO describe el número del plan, ni el número del indicador a su vez dar cumplimiento a las fechas establecidas en el plan operativo, ya que el cumplimiento era trimestral, sin embargo, esto no coincide con las fechas descritas en el plan de mejoramiento

### 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:

- Implementar el nuevo modelo de atención a través del ciclo de atención del proceso
- Construir plan de mejora específico para el proceso de quirófanos según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad
- Implementar el protocolo de manejo de pacientes en recuperación (UCPA) que incluye manejo de dolor postoperatorio
- Optimizar el proceso de planeación de salas de cirugía en relación a recursos disponibles
- 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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE 2024	ESTADO
Cumplimiento del Modelo de atención	Porcentaje de cumplimiento trimestral por proceso	65%	100%	CUMPLE
Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	100%	N/A	N/A
Porcentaje de adherencia al protocolo manejo de pacientes en unidad de	Número de listas de chequeo evaluadas que cumplen con criterios para	90%	100%	CUMPLE



cuidados post-anestésicos (UCPA) servicio de salas de cirugía	el egreso seguro de unidad de cuidados post anestésicos / Total de listas de chequeo evaluadas			
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

22

### 7.4.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

#### Cumplimiento del Modelo de atención

Con corte al primer trimestre del 2025, el porcentaje de cumplimiento fue del 70%, resultado que supera la meta establecida (65%)

Indicador 1727 (Tasa de Reingresos en el paciente quirúrgico a hospitalización antes de 15 días), ESTE INDICADOR NO CORRESPONDE A QUIRÓFANOS, ESTA ASOCIADO ATENCIÓN HOSPITALARIA

Los indicadores 2154, 1981, no cuentan con meta, a su vez no cuentan con indicador para los atributos de Universitario y mejorado.

#### Cumplimiento a plan de mejora

Con corte al primer trimestre del 2025, el proceso aporta como soporte de evidencia plan de mejora identificado ID: 908, relacionado con adherencia a historia clínica con avance real del 75%, asociado al indicador 406 Adherencia a diligenciamiento de historia clínica institucional, soporte que no corresponde con la actividad descrita que es adherencia a guías y que mediante correo electrónico de fecha 22 de mayo fue aportado informando que se cumplía con el 100%

Al verificar el plan de mejoramiento ID857 se observa una acción de mejora, elaborado según los resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad corte diciembre de 2024, con un periodo de ejecución del 01/04/2025 al 30/04/2025, el cual aún no ha sido enviado a seguimiento final, evidencia que no aplica para este trimestre

Se recomienda ajustar la evidencia incluyendo el número del plan de mejoramiento, ya que la evaluación se realizó de acuerdo a los soportes aportados por el proceso

#### Porcentaje de adherencia al protocolo manejo de pacientes en unidad de cuidados post-anestésicos (UCPA) servicio de salas de cirugía

Con corte al primer trimestre del 2025, se evidencia medición del indicador 2150 (Porcentaje de adherencia al protocolo manejo de pacientes en unidad de cuidados post-anestésicos (UCPA) servicio de salas de cirugía), con un resultado del 100% el cual cumple con la meta establecida >90%

#### Porcentaje de Utilización de Salas de Cirugía

Con corte al primer trimestre del 2025, se evidencia medición del indicador 1764 (Porcentaje de Utilización de Salas de Cirugía), con un resultado del 100% el cual cumple con la meta establecida >=90%

23

#### Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión quirúrgica

Con corte al primer trimestre del 2025, se evidencia medición del indicador 1749 (Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión quirúrgica), con un resultado del 94 % lo cual supera la meta esperada >=90%

### **7.4.2 RECOMENDACIONES**

Se sugiere actualizar el soporte de la evidencia de la actividad "Construir e implementar plan de mejora específico para el proceso de quirófanos según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad ", ya que NO describe el número del plan, a su vez dar cumplimiento a las fechas establecidas en el plan operativo, ya que el cumplimiento era trimestral, sin embargo, esto no coincide con las fechas descritas en el plan de mejoramiento (abril) ,adicionalmente a la fecha de este seguimiento 22/05/2025, este plan no había sido enviado a seguimiento final en ALMERA

### **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:

- Implementar el 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
-----------	---------	----------------	-------------------------	--------

Porcentaje ejecución acciones de control para la gestión del riesgo en seguridad del paciente, Consolidado	Número de controles gestionados / Número de controles identificados	>=80%	N/A	N/A
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	2	50%	NO CUMPLE

24

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

### 7.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

#### Proporción de vigilancia de eventos adversos

Con corte al primer trimestre de 2025, se evidencia la medición del indicador 2: "Proporción de vigilancia de eventos adversos", con un resultado del 91%, valor que supera la meta establecida del 90%.

Sin embargo, al verificar la base de datos de trazabilidad de la gestión de eventos adversos —la cual consolida la información por mes y proceso misional— se identifican eventos pendientes de gestión, distribuidos de la siguiente manera:

Enero: 3 eventos pendientes, todos del área de farmacia.

Febrero: 9 eventos pendientes, de los cuales 8 corresponden a farmacia y 1 a enfermería.

Marzo: 9 eventos pendientes, distribuidos así:

1 de enfermería

2 de ginecoobstetricia

2 de cirugía oncológica

3 de farmacia

1 de terapia respiratoria (este último no ha sido gestionado debido a inconvenientes con los permisos de ingreso a la plataforma Servinte para la revisión de soportes clínicos).

#### Número de paquetes instruccionales documentados y socializados

Con corte al primer trimestre del 2025, se evidencia Documentos "Paquete instruccional de prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y transfusión sanguínea", el cual a la fecha 12/05/2025 se encuentra en estado socialización.

Paquete de garantizar la funcionalidad del consentimiento informado, socializado al equipo de seguridad del paciente el 06 de mayo de 2025



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



8-7405030



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



### 7.5.2 RECOMENDACIONES

Es importante dar cumplimiento a lo establecido en el Manual del sistema de reportes y gestión de eventos adversos, el cual establece un plazo máximo de 45 días a partir de la fecha de asignación para la gestión del evento.

Se recomienda dar cumplimiento a la actividad "Documentar y socializar paquetes instruccionales priorizados según metas internacionales con los colaboradores de la institución", ya que los 2 paquetes planeados para este periodo a la fecha del seguimiento 22/05/2025 se encontraban hasta ahora en proceso de socialización

### 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:

- Cubrir según disponibilidad, con control de calidad externo las pruebas de laboratorio implementadas en el HUSRT
- 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
Cobertura de aseguramiento con prueba de evaluación externa (Indicador 1019)	Número de pruebas con evaluación externa de la calidad / Número total de pruebas procesadas en el laboratorio clínico	>90%	N/A	N/A
Número de estudios nuevos implementados	Número de estudios nuevos implementados durante el semestre	2	N/A	N/A
Incidentes o eventos adversos asociados al uso de reactivos de diagnóstico in vitro analizados y gestionados, Programa de Reactivovigilancia	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

Promover el uso racional de hemocomponentes en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja	Pertinencia en la transfusión	95%	100%	CUMPLE
--	-------------------------------	-----	------	--------

### 7.6.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

#### 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 al primer trimestre del 2025, se evidencia medición del indicador 930 (Incidentes o eventos adversos asociados al uso de reactivos de diagnóstico in vitro analizados y gestionados, Programa de Reactivo vigilancia), con un resultado del 100% el cual cumple con la meta establecida 80%

#### Promover el uso racional de hemocomponentes en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

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 al primer trimestre del 2025, se evidencia medición del indicador 1492 (Pertinencia en la transfusión), con un resultado del 99% el cual cumple con la meta establecida 80%

### 7.6.2 RECOMENDACIONES

No se evidencia actividades programadas para la estrategia "Fortalecimiento de la política institucional del uso eficiente de los recursos con el fin de incrementar la productividad a través de la optimización de la capacidad instalada, que contribuya al equilibrio financiero en la entidad"

### 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:

- Puesta en funcionamiento de procedimientos de pruebas de función pulmonar
- Fortalecer la fase intrahospitalaria del programa de rehabilitación pulmonar
- Realizar eventos de divulgación del programa de Rehabilitación pulmonar con personal del área clínica de la institución

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE I TRIMESTRE 2025	ESTADO
Pacientes a quien se les realiza pruebas de función pulmonar	Número de pacientes atendidos en laboratorio de pruebas de función pulmonar	300	N/A	N/A

Cumplimiento de sesiones ordenadas al programa de rehabilitación pulmonar en fase intrahospitalaria	Número de sesiones de rehabilitación pulmonar realizadas / Número de sesiones de rehabilitación pulmonar ordenadas	70%	100%	CUMPLE
Cumplimiento de las interconsultas ordenadas al programa de rehabilitación pulmonar en fase intrahospitalaria	Número de interconsultas atendidas por el programa de rehabilitación pulmonar / Número de interconsultas solicitadas al programa de rehabilitación pulmonar	70%	96%	NO CUMPLE
Eventos de divulgación del programa de rehabilitación pulmonar	Número de eventos de divulgación realizados	1	100%	CUMPLE

27

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

### 7.7.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

#### Cumplimiento de sesiones ordenadas al programa de rehabilitación pulmonar en fase intrahospitalaria

Con corte al primer trimestre del 2025, se evidencia medición del indicador 1907 (Porcentaje de cumplimiento a las sesiones ordenadas de Rehabilitación Pulmonar en fase intrahospitalaria), con un resultado del 85% el cual cumple con la meta establecida >70%

#### Cumplimiento de las interconsultas ordenadas al programa de rehabilitación pulmonar en fase intrahospitalaria

Con corte al primer trimestre del 2025, se evidencia medición del indicador 2315 (Cumplimiento de las interconsultas ordenadas al programa de Rehabilitación pulmonar en fase intrahospitalaria), con un resultado del 67% el cual no cumple con la meta establecida 70%

#### Eventos de divulgación del programa de rehabilitación pulmonar

Con corte al primer trimestre del 2025, se evidencia la realización de Eventos de divulgación del programa de rehabilitación pulmonar realizado el 10 de abril de 2025, tema Todo lo que debemos saber sobre tuberculosis, adjuntan Póster de convocatoria y registro fotográfico

### 7.7.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda al proceso aclarar a la oficina de planeación y Control interno, el ajuste realizado a la meta del indicador 2315, lo anterior teniendo en cuenta que estas oficinas ya habían realizado el monitoreo y seguimiento al mismo.



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



8-7405030



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



## 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
- Recibir visita de pre auditoría INVIMA por parte de asesor externo como actividad previa a la visita por parte del INVIMA
- Recibir visita de auditoría por parte del INVIMA para obtener certificación en buenas prácticas de elaboración (BPE)
- Dar cumplimiento al plan de formación del personal que labora al interior de la CAPM
- Documentar el ciclo del medicamento, sus fases, riesgos, controles e indicadores por fase.
- 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

28

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%	N/A	N/A
Cumplimiento informado por asesor externo	Porcentaje de cumplimiento informado por asesor externo	>=90%	N/A	N/A
Certificación BPE	Producto Certificación BPE por parte del INVIMA	Certificación	N/A	N/A
Cumplimiento del plan de formación	Actividades ejecutadas / Total de actividades propuestas	>90%	N/A	N/A
Documento actualizado incluyendo indicadores	Producto Documento ciclo del medicamento	1	N/A	N/A
Reportes recibidos analizados y gestionados por la institución de medicamentos	Número de reportes recibidos analizados y gestionados en la institución en el periodo / Total de casos reportados en el periodo	80%	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
Eventos e incidentes adversos relacionados con	Número de incidentes y eventos adversos analizados y gestionados /	90%	100%	CUMPLE



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



8-7405030



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

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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

dispositivos médicos y equipos biomédicos analizados y gestionados	Número de incidentes y eventos adversos reportados			
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

#### Reportes recibidos analizados y gestionados por la institución de medicamentos

Con corte al primer trimestre de 2025, se evidencia la medición del indicador 653 (Reportes de medicamentos recibidos, analizados y gestionados por la institución), con un resultado del 97%, superando la meta establecida del 80%. INDICADOR CARGADO EN ALMERA INOPORTUNAMENTE

Se recomienda dar cumplimiento al procedimiento CA-PR-27 GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES, actividad 7, plazo para el cargue oportuno dentro de los primeros 20 días posterior al mes de reporte.

#### Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de tecnovigilancia

Con corte al primer trimestre del 2025, se evidencia medición del indicador 1381 (Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de farmacovigilancia), con un resultado del 100% el cual cumple con la meta establecida 100%. INDICADOR CARGADO EN ALMERA INOPORTUNAMENTE

Se recomienda dar cumplimiento al procedimiento CA-PR-27 GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES, actividad 7, plazo para el cargue oportuno dentro de los primeros 20 días posterior al mes de reporte

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

Con corte al primer trimestre del 2025, se evidencia medición del indicador 657 (Eventos e incidentes adversos relacionados con dispositivos médicos y equipos biomédicos analizados y gestionados), con un resultado del 100% el cual cumple con la meta establecida 90%. INDICADOR CARGADO EN ALMERA INOPORTUNAMENTE

Se recomienda dar cumplimiento al procedimiento CA-PR-27 GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES, actividad 7, plazo para el cargue oportuno dentro de los primeros 20 días posterior al mes de reporte

#### Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de tecnovigilancia

Con corte al primer trimestre del 2025, se evidencia medición del indicador 1087 (Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de Tecno vigilancia), con un resultado del 100% el cual cumple con la meta establecida 100%. INDICADOR CARGADO EN ALMERA INOPORTUNAMENTE

### RECOMENDACIONES

Se recomienda dar cumplimiento al procedimiento CA-PR-27 GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES, actividad 7, plazo para el cargue oportuno dentro de los primeros 20 días posterior al mes de reporte

### 7.9 GESTIÓN PREVENTIVA Y PREDICTIVA

El plan operativo del programa de Gestión preventiva y predictiva hace parte del eje siguiente:

Eje 1 Atención centrada en el usuario

Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura

Eje 4 Gestión del Riesgo con dos indicadores y cuenta con las siguientes actividades:

- Definir ciclo de atención PROGRAMAS Implementar paquete instruccional de IAAS
- Establecer línea de P y P en el programa con su respectivo indicador de medición
- Identificar de acuerdo a la población de riesgo programas enfocados a la prevención da la enfermedad y promoción de la salud relacionados con salud publica
- Elaborar plan para la gestión de conocimiento del talento humano en salud que incluya al menos una actividad trimestral
- Fortalecer el compromiso del talento humano incluyendo los servicios y personal tercerizados, con los procesos de control de infecciones

30

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 de atención programas	1	N/A	N/A
Establecer línea de PyP en el programa con su respectivo indicador de medición	Programa Actualizado en Daruma Programa institucional Clínica de anticoagulación y hospital seguro contra la trombosis	1	50%	NO CUMPLE
Establecer línea de PyP en el programa con su respectivo indicador de medición	Programa Actualizado en Daruma Programa institucional de rehabilitación pulmonar	1	50%	NO CUMPLE
Establecer línea de PyP en el programa con su respectivo indicador de medición	Programa Actualizado en Daruma Programa de Egreso seguro paciente hospitalizado	1	50%	NO CUMPLE
Identificar de acuerdo a la población de riesgo programas enfocados a la prevención da la enfermedad y promoción de la salud relacionados con salud publica	Diagnóstico de necesidades de programas	1	100%	CUMPLE
Elaborar plan para la gestión de conocimiento del talento humano en salud que incluya al menos una actividad trimestral	Cumplimiento del plan para la gestión de conocimiento	25%	N/A	N/A



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



8-7405030



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



Fortalecer el compromiso del talento humano incluyendo los servicios y personal tercerizados, con los procesos de control de infecciones	Cobertura del plan de formación Programa control de infecciones	>30%	100%	CUMPLE
--	---	------	------	--------

### 7.9.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Establecer línea de P y P en el programa con su respectivo indicador de medición- Programa institucional Clínica de anticoagulación y hospital seguro contra la trombosis

Al realizar la evaluación correspondiente a este periodo se concluye que la evidencia planteada en la herramienta POA para el Programa institucional Clínica de anticoagulación y hospital seguro contra la trombosis, no permite evaluar la actividad propuesta (Establecer línea de PyP en el programa con su respectivo indicador de medición), sin embargo la líder de programa informa que existe un programa codificado GQR-PG-05, documento creado el 22/09/2023, en DARUMA, el cual a la fecha no se encuentra actualizado en nuestro nuevo sistema de gestión ALMERA

Establecer línea de P y P en el programa con su respectivo indicador de medición- Programa institucional Clínica de anticoagulación y hospital seguro contra la trombosis- Programa institucional de rehabilitación pulmonar

Al realizar la evaluación correspondiente a este periodo se concluye que la evidencia planteada en la herramienta POA para el programa de Egreso seguro paciente hospitalizado, no permite evaluar la actividad propuesta (Establecer línea de P y P en el programa con su respectivo indicador de medición)

Establecer línea de P y P en el programa con su respectivo indicador de medición- Programa institucional Clínica de anticoagulación y hospital seguro contra la trombosis- Programa de Egreso seguro paciente hospitalizado

Al realizar la evaluación correspondiente a este periodo se concluye que la evidencia planteada en la herramienta POA para el programa de Egreso seguro paciente hospitalizado, no permite evaluar la actividad propuesta (Establecer línea de P y P en el programa con su respectivo indicador de medición)

Identificar de acuerdo a la población de riesgo programas enfocados a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud relacionada con salud pública

Al cierre del primer trimestre de 2025, se adjunta la evidencia correspondiente al Diagnóstico de necesidades de programas, así como el Proyecto de ampliación de servicios y modalidades de atención.

Fortalecer el compromiso del talento humano incluyendo los servicios y personal tercerizados, con los procesos de control de infecciones

Con corte al primer trimestre del 2025, el proceso adjunta Informe Plan de formación del Programa control de infecciones, en donde se evidencia una Cobertura del plan del 53%, meta que supera la planeada del >30%

### 7.9.2 RECOMENDACIONES

No se evidencia actividades programadas para la estrategia "Establecer metodología eficiente y eficaz para medir la adherencia a guías basada en evidencia adoptadas por la institución".

## 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:

- Socialización del Plan de atención de enfermería
- Implementar el Plan de atención de enfermería en áreas asistenciales que aplique
- Implementar protocolo de bienvenida al paciente
- Definir estrategia para optimizar la gestión de recursos en el proceso de enfermería
- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de enfermería, establecidas en el programa de seguridad del paciente

32

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE 2024	ESTADO
Documento de plan de atención de enfermería elaborado	Número de personal de enfermería capacitada / Total de personal de enfermería	80%	100%	CUMPLE
Adherencia a plan de atención en historia clínica de enfermería	Número de historias clínicas evaluadas que cumplen con el plan de atención / Total de historias clínicas evaluadas	>60%	N/A	N/A
Adherencia a protocolo de bienvenida al paciente	Listas de chequeo que cumplen con el protocolo de bienvenida / Total de Listas de chequeo aplicadas	>70%	100%	CUMPLE
Documento de diagnóstico y priorización de necesidades	Producto	1	N/A	N/A
Estrategia de gestión de recursos en el proceso de enfermería	Producto	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

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



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



8-7405030



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



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

### 7.10.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

#### Documento de plan de atención de enfermería elaborado

Con corte al primer trimestre de 2025, el proceso adjunta las listas de asistencia correspondiente a la capacitación sobre la Socialización del Plan de Atención de Enfermería, realizada el 13 de marzo de 2025. En dicha actividad participó personal auxiliar y profesional de enfermería de los diferentes servicios de la institución, alcanzando una cobertura del 97,7%, según la información reportada por el proceso, resultado que supera la meta establecida.

33

#### Adherencia a protocolo de bienvenida al paciente

Con corte al primer trimestre del 2025, el proceso adjunta INFORME EVALUACIÓN DE APLICACIÓN ENF-PT- 51 PROTOCOLO DE BIENVENIDA DEL PACIENTE, indicador en el que se aplica el formato ENF-F-145 LISTA DE CHEQUEO PROTOCOLO DE BIENVENIDA DEL PACIENTE, en el primer trimestre del 2025 mediante entrevista directa al Paciente, su familia y/o acompañante, en donde se observa un resultado del 74,4%, valor que cumple con la meta establecida que es del 70%. INDICADOR CARGADO EN ALMERA INOPORTUNAMENTE 27/04/2025

#### Proporción de vigilancia de eventos adversos en proceso Enfermería

Con corte al primer trimestre del 2025, se evidencia medición del indicador 1791 (Proporción de vigilancia de eventos adversos en proceso Enfermería), con un resultado del 90% el cual cumple con la meta establecida 80%

### 7.10.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el Procedimiento CA-PR-27 GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES – actividad 7 en lo relacionado con reporte oportuno de los indicadores dentro de los 20 días posterior al mes de reporte.

En la actividad “Implementar protocolo de bienvenida al paciente” Se recomienda incluir en la evidencia el número de identificación del indicador

### 7.11 SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

El plan operativo del programa del Sistema de Información y atención al usuario hace parte de los ejes 1 «Atención centrada en el usuario» y el eje 3 «Humanización en la atención en salud» y cuenta con las siguientes actividades:

- Fortalecer estrategia de divulgación de información dirigida a los pacientes
- Realizar seguimiento a tiempos de respuesta a quejas presentadas por los usuarios a través de la Matriz de seguimiento a quejas y reclamos, desde la entrada hasta la notificación
- Desplegar acciones para la divulgación de derechos y deberes como estrategia de humanización

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE	ESTADO
Porcentaje de pacientes informados	Pacientes informados / Pacientes que ingresan a la institución	50%	100%	CUMPLE



Tiempo promedio de respuesta a quejas de los usuarios	Sumatoria de los días transcurridos entre la presentación y respuesta de las quejas recibidas en el período / Total de quejas recibidas en el mismo período	<=15 días	100%	CUMPLE
Porcentaje de pacientes que reciben información sobre sus derechos y deberes por parte de SIAU	Número de usuarios que respondieron "SI" a la pregunta: ¿Le dieron a conocer sus derechos y deberes en la institución? / Número de usuarios que respondieron la pregunta  Población: pacientes informados	90%	100%	CUMPLE
Porcentaje de pacientes que comprenden sus derechos y deberes	Número de usuarios que mencionan al menos 1 derecho y 1 deber / Número de usuarios que respondieron la pregunta  Población: pacientes informados	80%	100%	CUMPLE

### 7.11.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

#### Porcentaje de pacientes informados

El proceso aporta la carpeta "SIAU", la cual, al abrirse, despliega seis archivos. En uno de ellos se encuentra el documento titulado "Soporte 1 - Información Trimestral, SIAU 2025", donde se describe el procedimiento para el registro de usuarios en el formato SIAU-F-02 "Ruta de entrega de información en los servicios de internación y urgencias", previo a su abordaje.

A través de este registro se obtienen los datos presentados en el informe, los cuales indican lo siguiente:

Enero: ingresaron 6.066 pacientes, de los cuales 3.064 fueron informados por SIAU.

Febrero: ingresaron 5.840 pacientes, y 2.980 fueron informados por SIAU.

Marzo: ingresaron 6.527 pacientes, y 3.285 fueron informados por SIAU.

De acuerdo con estas cifras, el promedio de cobertura para el trimestre es del 51%, lo que indica que se cumple con la meta del indicador establecida para este periodo.

#### Tiempo promedio de respuesta a quejas de los usuarios

Como evidencia, el proceso aporta en la carpeta "SIAU" el archivo que contiene la gráfica del comportamiento del indicador 446: "Tiempo promedio de respuesta a quejas de los usuarios", en la cual se detalla el tiempo de respuesta a las quejas durante el primer trimestre de 2025. La distribución mensual es la siguiente:



Enero: 12,1 días para dar respuesta.

Febrero: 11,4 días para dar respuesta.

Marzo: 11,8 días para dar respuesta.

Esta información fue verificada en la plataforma ALMERA, donde se constató que los datos entregados por el proceso coinciden con lo reportado en el indicador. El promedio trimestral es de 11,7 días para dar respuesta a las quejas interpuestas en la entidad, lo que indica cumplimiento de la meta establecida para este indicador.

Es necesario corregir el dato aportado en la casilla «resultado primer trimestre» ya que no corresponde al promedio conseguido que es de 11,7 días.

35

### Porcentaje de pacientes que reciben información sobre sus derechos y deberes por parte de SIAU

El proceso entrega como evidencia la carpeta "SIAU", en la cual se encuentra el archivo con la información correspondiente al indicador 1986: "Porcentaje de pacientes que reciben información sobre sus derechos y deberes por parte de SIAU". En dicho archivo se reportan las cifras mensuales del primer trimestre de 2025, distribuidas de la siguiente manera:

Enero: 95% de pacientes informados.

Febrero: 90,6%.

Marzo: 99,19%.

El profesional de Control Interno verificó esta información en la plataforma ALMERA, confirmando que los datos coinciden con lo reportado en el sistema. Se concluye que se dio cumplimiento a la meta establecida para el indicador durante este trimestre.

### Porcentaje de pacientes que comprenden sus derechos y deberes

Como evidencia, el proceso aporta en la carpeta "SIAU" el archivo que contiene la gráfica del comportamiento del indicador 1987: "Porcentaje de pacientes que comprenden sus derechos y deberes". Esta información se basa en los resultados de la encuesta aplicada, teniendo en cuenta las rutas de entrega de información establecidas en el formato SIAU-F-02. El porcentaje de pacientes que lograron comprender y mencionaron al menos un derecho y un deber fue el siguiente para cada mes del trimestre:

Enero: 95,34% de los pacientes encuestados manifestaron conocer al menos un derecho y un deber.

Febrero: 99,55% de los pacientes encuestados manifestaron conocer al menos un derecho y un deber.

Marzo: 100% de los pacientes encuestados manifestaron conocer al menos un derecho y un deber.

Esta información fue verificada en la plataforma ALMERA, donde se constató que los datos entregados por el proceso coinciden con lo reportado en el indicador. El promedio trimestral fue de 98,3%, lo que indica que se cumple la meta establecida para este indicador durante el primer trimestre de 2025.

Se recomienda efectuar los ajustes en la herramienta POA, referente al código del indicador ya que, en una casilla se encuentra como «1987» y en otra aparece como «1877»

### **7.11.2 RECOMENDACIONES**

Es necesario corregir en el indicador «Tiempo promedio de respuesta a quejas de los usuarios», el dato aportado en la casilla «resultado primer trimestre» ya que no corresponde al promedio conseguido que es de 11,7 días.



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



8-7405030



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



Se recomienda efectuar los ajustes en la herramienta POA, referente al código del indicador ya que, en una casilla se encuentra como «1987» y en otra aparece como «1877»

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 siguientes actividades.

- Definir plan de desarrollo docente para la ESE HUSRT
- Coordinar actividades educativas y de capacitación en colaboración con las unidades clínicas y académicas, apoyando la relación docencia-servicio. Definiendo y formalizando las juntas académicas para las especialidades básicas
- Crear y dar cumplimiento al plan de trabajo para obtener certificación como hospital universitario por parte de la comisión intersectorial para el Talento Humano en Salud (MinSalud - MinEducación)
- Definir documento de estudio de la capacidad instalada para la docencia en la E.S.E. HUSRT
- Implementar política de humanización en personal en formación
- Implementar política de cero tolerancias frente al acoso y violencia de género en el marco de formación del talento humano en salud.

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE I TRIMESTRE	ESTADO
Documento Plan de desarrollo docente formalizado	Producto Plan de desarrollo docente formalizado	1	N/A	N/A
Procedimiento para juntas académicas	Producto Procedimiento Juntas académicas	1	N/A	N/A
Plan de trabajo	Producto Plan de trabajo definido para obtener certificación como hospital universitario	1	100%	CUMPLE
Cumplimiento Plan de trabajo	Actividades realizadas del plan de trabajo / actividades programadas en plan de trabajo para obtener certificación como hospital universitario	80%	N/A	N/A
Documento	Estudio de capacidad instalada para la docencia en la E.S.E. HUSRT	1	N/A	N/A
Quejas PQRS asociadas a la atención de pacientes por parte del personal en	Numero de PQR relacionadas con el área de docencia servicio / Total de PQRS	10%	N/A	N/A



formación	radicadas en el hospital			
Gestión oportuna de quejas	Número de quejas gestionadas / Número de quejas recibidas *100	>90%	N/A	N/A

### 7.12.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

37

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

#### Documento Plan de desarrollo docente formalizado

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre

#### Procedimiento para juntas académicas

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre

#### Plan de trabajo

El proceso anexo como evidencia la carpeta «Docencia Servicio», la cual contiene el documento titulado «Plan de trabajo hospital universitario.pdf». En este documento se describen las actividades programadas para la vigencia actual, y se encuentra aprobado por la Gerencia.

Por lo tanto, se da cumplimiento a la meta del indicador para el trimestre

#### Cumplimiento Plan de trabajo

De acuerdo con el plan de trabajo presentado por el proceso de Docencia Servicio, las actividades programadas en el mismo dan inicio en el mes de mayo, por tanto, no aplica su evaluación para este primer trimestre.

#### Documento

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre.

#### Quejas PQRS asociadas a la atención de pacientes por parte del personal en formación

La medición de este indicador tiene periodicidad semestral, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre.

#### Gestión oportuna de quejas

Como evidencia, el proceso presento la carpeta «Docencia Servicio», en la cual este contenido documento «Informe PQRS política de cero tolerancias frente al acoso y violencia de género en el marco de formación de talento humano en salud» en este informe se indica que no se presentaron quejas frente al acoso y violencia de genero dentro de los meses de enero, febrero y marzo. con la presentación de este documento.

### 7.12.2 RECOMENDACIONES

El proceso debe tener en cuenta que, aun cuando la mayoría de sus indicadores tiene periodicidad anual o semestral, es necesario avanzar en la ejecución de los mismos con el propósito de evitar la posibilidad de no cumplir con los tiempos de ejecución.

38

### 7.13 INVESTIGACIÓN

Ubicado en el plan de desarrollo en el Eje 2 «Gestión Clínica Excelente y segura» cuenta con las siguientes cuatro actividades:

- Realizar eventos de divulgación del conocimiento dirigidos al personal de salud de la red prestadora
- Promover la producción de conocimiento desde las líneas de investigación del hospital registradas en grupLac minciencias
- Desarrollar proyectos de investigación a través de alianzas estratégicas con instituciones reconocidos ante Colciencias
- Diseñar una estrategia de comunicación interna para sensibilizar la comunidad institucional sobre la importancia del programa de gestión del conocimiento fomentando su participación activa - Revista científica
- Elaborar y dar cumplimiento a plan de trabajo para obtener certificación por parte del INVIMA como centro de buenas prácticas clínicas

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE I TRIMESTRE	ESTADO
Número de eventos realizados	Total, de eventos realizados durante el periodo	1	100%	CUMPLE
Productos sometidos a revistas indexadas	Artículos sometidos a revista indexada / Total de artículos productos de líneas de investigación del Hospital registradas en grupLac minciencias	70%	N/A	N/A
Productos sometidos a revistas no indexadas o boletines de divulgación	Artículos sometidos a revista no indexada / Total de artículos productos de líneas de investigación del Hospital registradas en grupLac minciencias	30%	N/A	N/A



Número de alianzas establecidas	Total de alianzas establecidas	1	N/A	N/A
Estrategia de comunicación interna	Producto	1	N/A	N/A
Plan de trabajo	Estrategia de comunicación interna diseñada y divulgada"	1	100%	CUMPLE
Cumplimiento Plan de trabajo	Producto	80%	N/A	N/A

### 7.13.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa cuenta con siete indicadores, seis con periodicidad anual y uno trimestral a continuación, se presenta el análisis efectuado a cada uno de ellos.

#### Número de eventos realizados

Este indicador se evalúa con una periodicidad anual. Sin embargo, el proceso anexa evidencias en la carpeta "Investigación", la cual contiene seis archivos que documentan la ejecución de dos eventos, descritos a continuación:

Segundo Seminario "Todo lo que debemos saber sobre la tuberculosis": realizado el 10 de abril de 2025. Se presentan dos archivos: uno con imágenes del evento y otro con las listas de asistencia.

I Simposio Regional de Cirugía de Hernias: llevado a cabo el 4 de abril de 2025. Se incluyen también dos archivos: uno con imágenes del evento y otro con las listas de asistencia.

De acuerdo con la evidencia presentada, se da cumplimiento a la meta del indicador para la vigencia actual.

#### Productos sometidos a revistas indexadas

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre.

#### Productos sometidos a revistas no indexadas o boletines de divulgación

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre

#### Número de alianzas establecidas

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre

#### Estrategia de comunicación interna

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre

### Plan de trabajo

El proceso anexo como evidencia la carpeta «Investigación» que a su vez contiene el documento: «Plan de trabajo buenas prácticas clínicas pdf». En el cual se describen las actividades a realizar para esta vigencia y está aprobado por gerencia, dando cumplimiento a la meta del indicador para el trimestre.

### Cumplimiento Plan de trabajo

De acuerdo con el plan de trabajo presentado por el proceso de investigación, las actividades programadas en el mismo dan inicio en el mes de mayo, por tanto, no aplica su evaluación para este primer trimestre.

40

## **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.

## **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» y en el eje de «Mejoramiento continuo» cuenta con 7 actividades las cuales se enuncian a continuación:

- Crear y/o actualizar protocolos y/o procedimientos para la prestación del servicio por modalidad de telemedicina
- Habilitar la prestación del servicio por modalidad de telemedicina en los servicios que aplique según necesidades
- Implementar planes de mejora para el mantenimiento de la certificación ISO 9001
- Realizar gestión y seguimiento oportuno a actividades de los Planes Únicos de Mejoramiento por Procesos
- Formalizar programa de mejora continua articulado con Manual de mejoramiento
- Implementar plan de trabajo para el avance en el proyecto de acreditación
- Realizar Autoevaluación de los grupos de estándares de acreditación.

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

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE	ESTADO
Documento Protocolos y/o procedimientos para atención por modalidad de telemedicina	Producto Protocolos y/o procedimientos para atención por modalidad de telemedicina	3	N/A	N/A
Nueva modalidad de atención habilitada	Producto Modalidad por telemedicina	1	N/A	N/A



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



8-7405030



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



SC-CER906254

SA-CER560814

OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

	habilitada en REPS			
Cumplimiento de planes de mejora por auditorías: interna y de seguimiento por Icontec	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas *100	100%	100%	CUMPLE
Porcentaje de cumplimiento al plan de acción según cronograma	Numero de acciones de mejora ejecutadas al 100% según cronograma durante el mes evaluado/ Total de acciones de mejora programadas en el cronograma para el mes evaluado	65%	100%	CUMPLE
Documento Programa de mejora continua	Producto Documento programa de mejora continua	1	0%	NO CUMPLE
Cumplimiento Plan de trabajo	Número de actividades realizadas / Total de actividades programadas *100%	>90%	100%	CUMPLE
Matriz Autoevaluación por grupo de estándares	Producto Matriz Autoevaluación	1	N/A	N/A

41

### 8.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa cuenta con siete indicadores, cuatro con periodicidad anual y tres trimestrales, a continuación, se presenta el análisis efectuado a cada uno de ellos.

#### Documento Protocolos y/o procedimientos para atención por modalidad de telemedicina

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre.

#### Nueva modalidad de atención habilitada

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre.

#### Cumplimiento de planes de mejora por auditorías: interna y de seguimiento por Icontec

El proceso incluye la carpeta «Calidad» y la subcarpeta «QHSE», que al abrirse despliega dos archivos: «PM ISO 9001 AUDITORÍA EXTERNA» y «PM ISO 9001 AUDITORÍA INTERNA». Al revisar la información contenida en estos archivos se encontró que:

- ✓ En lo que respecta a la auditoría interna, se tenían establecidas 17 acciones, de estas se ejecutaron 14, quedando pendientes por realizar las siguientes:
- ✓ Expedir acto administrativo que adopta el ajuste al C-M-01 Manual de supervisión
- ✓ Actualizar C-M-01 Manual de supervisión incluyendo que se debe hacer con los proveedores que tienen calificación deficiente en el sistema de información correspondiente
- ✓ Socializar C-M-01 el Manual de supervisión donde está incluida que se debe hacer con los proveedores que tienen calificación deficiente.
- ✓ Es decir que de que este plan de mejoramiento presento una ejecución del 82.35%.

En cuanto al plan de mejoramiento de la auditoría externa se ejecutó en su totalidad.

De acuerdo con la información presentada, se dio cumplimiento a la meta del indicador para el primer trimestre de 2025.

### Porcentaje de cumplimiento al plan de acción según cronograma

Se realizó la verificación de los datos cargados en la plataforma ALMERA, específicamente en relación con el indicador 2202: «Porcentaje de cumplimiento en la ejecución oportuna de las acciones planteadas en los planes de mejora según cronograma». A continuación, se presentan los datos mensuales correspondientes a este indicador:

Enero: 57,63%

Febrero: 86,67%

Marzo: 83,17%

Con base en estos resultados, se determina que el promedio de cumplimiento para el primer trimestre de 2025 fue del 76%, lo que indica que se alcanzó la meta establecida para dicho periodo.

### Documento Programa de mejora continua

Si bien el indicador tiene una periodicidad anual para su evaluación, se establece que en el primer trimestre debe aportarse evidencia. Sin embargo, el proceso no presentó dicha evidencia, por lo tanto, no se cumple con la meta del indicador correspondiente a este trimestre.

### Cumplimiento Plan de trabajo

El proceso anexo como evidencia la carpeta "Calidad, en donde se encuentra la sub carpeta «SUA» que a su vez contiene archivos como: plan de trabajo, archivos fotográficos, listas de asistencia, bitácoras de cada una de las actividades y el informe del mes de marzo. Con la evidencia presentada se da cumplimiento a la meta del indicador fijada para el primer trimestre de 2025.

Se recomienda al subproceso, tener en cuenta la «Norma fundamental» CA-M-00, en su numeral 8.11 «Diligenciamiento», respecto al formato CA-F-129 «Formato lista de asistencia»

### Matriz Autoevaluación por grupo de estándares

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre

## **8.1.2 RECOMENDACIONES**

Aun cuando la meta establecida para el trimestre en la herramienta POA, es de 65%, la meta del indicador 2202 se plantea para cada mes es > a 80%, es necesario, que se tenga articulación en POA con la plataforma Almera



Se sugiere que el proceso realice las actividades pertinentes, con el objetivo de lograr construir el documento «Programa de mejora continua» y así dar cumplimiento a la meta del indicador en el próximo seguimiento.

Además, es necesario 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.

## 8.2 GESTIÓN INFORMACIÓN

Ubicado en el plan de desarrollo en el Eje 5 «Gestión de la tecnología» y «Mejoramiento continuo» cuenta con 8 actividades las cuales se enuncian a continuación:

- Priorizar y dar cumplimiento al Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - PETI para la vigencia 2025
- Desarrollar software para gestión de la información de inventario de equipos y gestión de solicitudes y requerimientos de TI
- Realizar diagnóstico para identificar las necesidades de automatización y las barreras para consolidar automáticamente la información administrativa y asistencial
- Actualizar tablas de retención documental para cada Unidad productora de documentos
- Definir Plan de seguridad y privacidad de la información para la vigencia 2025 fortaleciendo la implementación de la política de seguridad de la información
- Elaborar diagnóstico de estado y pertinencia de documentación del proceso y priorizarlos
- Actualizar la documentación del proceso, priorizada según diagnóstico inicial
- Definir una estrategia esquemática simple que facilite la comprensión del Plan de Desarrollo y los planes operativos, que muestre cómo los procesos hacen parte de su implementación.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 4 TRIMESTRE	ESTADO
Cumplimiento PETI	Número de proyectos ejecutadas en el periodo y que corresponden al periodo de medición según lo planeado / Número total de proyectos planeados a ejecutar en el periodo.	80%	N/A	N/A
Módulos de Software desarrollados	Producto Cuatro Módulos de Software	2	N/A	N/A
Diagnóstico de necesidades	Producto Diagnóstico de necesidades	1	N/A	N/A
Porcentaje de UPD con TRD actualizada	TRD actualizada para cada UPD / Total de UPD	80%	N/A	N/A



Cumplimiento Plan de seguridad y privacidad de la información	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	90%	N/A	N/A
Diagnóstico	Producto Diagnóstico	1	100%	CUMPLE
Avance en la actualización de documentos	Documentos actualizados / documentos priorizados en el diagnóstico	25%	100%	CUMPLE
Estrategia definida	Producto Estrategia	1	N/A	N/A

### 8.2.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa cuenta con ocho indicadores, tres con periodicidad anual y tres semestrales y dos trimestrales, a continuación, se presenta el análisis efectuado a cada uno de ellos.

#### Cumplimiento PETI

La medición de este indicador tiene periodicidad semestral, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre.

#### Módulos de Software desarrollados

La medición de este indicador tiene periodicidad semestral, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre.

#### Diagnóstico de necesidades

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre.

#### Porcentaje de UPD con TRD actualizada

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre

#### Cumplimiento Plan de seguridad y privacidad de la información

La medición de este indicador tiene periodicidad semestral, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre.

### Diagnóstico

El subproceso aporta como evidencia la carpeta «G. Informática», subcarpeta «Comunicaciones», en la cual se encuentra el documento titulado «Diagnóstico Formato Comunicaciones 2025». En este documento, el subproceso realiza la identificación de documentos no utilizables, aquellos que requieren modificación y/o actualización, así como las acciones a implementar.

De acuerdo con lo solicitado, esta actividad da cumplimiento a la meta del indicador correspondiente al trimestre evaluado.

45

### Avance en la actualización de documentos

El proceso presenta como evidencias la carpeta, «G. Información» / subcarpeta «Comunicaciones» que en su interior contiene dos archivos:

- ✓ «Diagnóstico de formato de comunicaciones 2025.pdf», en este documento se plantea efectuar cambios a 6 documentos y se eliminan algunos formatos
- ✓ Informe.pdf, en este documento se describen las actividades realizadas, y la formula del indicador, «Documentos actualizados / documentos priorizados». De acuerdo con la información reportadas en el diagnostico se tenían 6 documentos priorizados, de los cuales se actualizaron 2 «Manual de uso de Medios de Comunicación» CO-M-01 y el «Manual De Comunicaciones» CO-M-01, es decir que se obtuvo para el trimestre un 33% en la ejecución, dando cumplimiento a la meta establecida para el primer trimestre de 2025

### Estrategia definida

La medición de este indicador tiene periodicidad anual, por tanto, no aplica para la evaluación en este trimestre

## **8.2.2 RECOMENDACIONES**

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

## **8.3 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

Ubicado en el plan de desarrollo en el Eje 4 «Gestión del riesgo» y «Mejoramiento continuo» cuenta con 3 actividades las cuales se presentan a continuación.

- Actualizar e identificar los riesgos en los procesos institucionales
- Realizar seguimiento a las matrices de riesgo institucionales
- Optimizar el Modelo de Referenciación interna y externa que asegure un enfoque desde la estrategia

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	80%	N/A	N/A
Informes de seguimiento a matrices de riesgos	Producto Informes de seguimiento a matrices de riesgos durante la vigencia	7	N/A	N/A
Procedimiento Actualizado	Producto Procedimiento actualizado	1	N/A	N/A

46

### 8.3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

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

#### Procesos institucionales con identificación de riesgos en los mapas de riesgos

Dado que la medición de este indicador es de carácter anual, no resulta aplicable su evaluación en el trimestre actual

#### Informes de seguimiento a matrices de riesgos

Dado que la medición de este indicador es de carácter anual, no resulta aplicable su evaluación en el trimestre actual

#### Procedimientos Actualizados

Dado que la medición de este indicador es de carácter anual, no resulta aplicable su evaluación en el trimestre actual

## CONCLUSIONES:

- 1) Realizada la evaluación por parte de la oficina de control interno, el porcentaje del cumplimiento del POA para el primer trimestre del 2025 corresponde al 93%, los siguientes indicadores no cumplieron con lo establecido:

## GESTIÓN TALENTO HUMANO

- ✓ Cumplimiento del plan de trabajo para planeación del talento humano (Cargue de evidencias extemporáneas)

47

## PROGRAMA DE GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

- ✓ Presentar informe de facturación mensual

## GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS

- ✓ Resolución de necesidades priorizadas en comité de infraestructura
- ✓ Porcentaje de Ejecución de Plan de Mantenimiento Preventivo, Biomédica

## ATENCIÓN HOSPITALARIA

- ✓ Cumplimiento del Modelo de atención
- ✓ Indicador 2015

## ATENCIÓN AMBULATORIA

- ✓ Cumplimiento del Modelo de atención

## SEGURIDAD DEL PACIENTE

- ✓ Número de paquetes instruccionales documentados y socializados

## APOYO TERAPÉUTICO

- ✓ Cumplimiento de las interconsultas ordenadas al programa de rehabilitación pulmonar en fase intrahospitalaria

## GESTIÓN PREVENTIVA Y PREDICTIVA

- ✓ Establecer línea de PyP en el programa con su respectivo indicador de medición- Programa institucional Clínica de anticoagulación y hospital seguro contra la trombosis
- ✓ Establecer línea de PyP en el programa con su respectivo indicador de medición- Programa institucional de rehabilitación pulmonar
- ✓ Establecer línea de PyP en el programa con su respectivo indicador de medición- Programa de Egreso seguro paciente hospitalizado



## GESTIÓN CALIDAD

- ✓ Documento Programa de mejora continua
- 2) En la matriz de indicadores del modelo de atención 2025 los siguientes procesos (Urgencias, Quirófanos, hospitalización, Atención ambulatoria, Gestión predictiva y preventiva, Unidad de cuidados intensivos adultos, pediátricos, neonatales) ,No cuenta con indicador asociado al atributo UNIVERSITARIO relacionado con la Propuesta de Valor, es de aclarar que en estos servicio se recibe de manera continua personal en formación perteneciente a diferentes niveles académicos, tales como técnicos, profesionales de enfermería, estudiantes de medicina y otras profesiones medicas así como médicos residentes, en el marco de convenios docencia-servicio.
- 3) Para el caso del indicador asociado al atributo de MEJORADO los siguientes procesos no cuentan con este indicador (Quirófanos, hospitalización, Atención ambulatoria, Gestión predictiva y preventiva, Unidad de cuidados intensivos adultos, pediátricos, neonatales)
- 4) En cuanto al indicador asociado al atributo RESPONSABLE, el proceso Atención ambulatoria no cuenta con este indicador

Es de aclarar que mediante la propuesta de valor SUMERCE, gestionaremos el Mejoramiento continuo, estrategia definida y adoptada desde la alta dirección, a través de la Política de Calidad donde se refiere su compromiso. La mejora aplica a todos los procesos y actividades de la organización, en especial a aquellas que estén definidos en su direccionamiento: Objetivos Estratégicos, Planes Operativos y Políticas y sus Programas relacionados.

- 5) Se evidenció que no se encuentran establecidas actividades relacionadas con la Eje humanización en los siguientes procesos: Atención a urgencias y Atención hospitalaria
- 6) Se evidencia que en el proceso de Gestión predictiva y preventiva Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura, Estrategia (Establecer metodología eficiente y eficaz para medir la adherencia a guías basada en evidencia adoptadas por la institución), no se establecieron actividades relacionadas con el indicador de Adherencia a guías de práctica clínica

## ALERTAS DE MEJORA

1. Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el Procedimiento CA-PR-27 GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES – actividad 7 en lo relacionado con reporte oportuno de los indicadores dentro de los 20 días posterior al mes de reporte.
2. Se recomienda a los procesos que cuando se construya la herramienta POA, se cuente con la participación de todas las personas que intervienen (Referentes, líderes de programas),
3. Se recomienda a los siguientes procesos (Ambulatoria, urgencia, hospitalización, Quirófanos)



Corregir en la herramienta POA en la columna de EVIDENCIAS, teniendo en cuenta que describen Indicadores y planes de mejoramiento sin codificar

4. Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el Manual del sistema de reportes y gestión de eventos adversos, el cual establece un plazo máximo de 45 días a partir de la fecha de asignación para la gestión del evento.
5. Se recomienda al proceso Seguridad del paciente, dar cumplimiento a la actividad "Documentar y socializar paquetes instruccionales priorizados según metas internacionales con los colaboradores de la institución", ya que los 2 paquetes planeados para este periodo a la fecha del seguimiento 22/05/2025 se encontraban hasta ahora en proceso de socialización.
6. Se recomienda al proceso Gestión preventiva y predictiva/ Programas especiales, replantear las actividades y sus respectivas evidencias, asociadas a los Programa institucional Clínica de anticoagulación y hospital seguro contra la trombosis, Rehabilitación pulmonar y egreso seguro paciente hospitalizado , ya que al realizar la evaluación correspondiente a este periodo, se concluye que la evidencia planteada en la herramienta POA, no permite evaluar la actividad propuesta (Establecer línea de P y P en el programa con su respectivo indicador de medición).
7. Se sugiere al proceso Atención hospitalaria ajustar la actividad "Ampliar cobertura del programa mediante egreso seguro a pacientes hospitalizadas en servicio de ginecoobstetricia" formula del indicador y la evidencia incluyendo la población de ginecología
8. Se sugiere a los subprocesos responsables de gestión financiera asociar e incluir en cada actividad el correspondiente indicador establecido en el programa de gestión institucional de los recursos financieros para facilitar el seguimiento y evaluación de POA y alinearlos con los indicadores del plan financiero mejorando la toma de decisiones y al equilibrio financiero de la entidad.
9. 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
10. Se aclara que este informe presenta 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 final.



11. Se recomienda al proceso aclarar a la oficina de planeación y Control interno, el ajuste realizado a la meta del indicador 2315, lo anterior teniendo en cuenta que estas oficinas ya habían realizado el monitoreo y seguimiento al mismo.
  
12. 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

50

**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, Lina María Montejo  
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

