INFORME DE GESTIÓN
PERIODO: VIGENCIA 2024

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
NIT. 891800231-0

GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZÁLEZ
GERENTE

Marzo de 2025

INTRODUCCIÓN

La Ley 1438 del 19 de enero de 2011, por la cual el Congreso de la República de Colombia reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, definió, entre otras disposiciones, los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión de los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

El Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución No. 408 de 2018, la cual modificó las resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013, estableciendo las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su proceso de evaluación por parte de la Junta Directiva.

Mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 011 de 14 de mayo de 2024 se aprueba el PLAN DE GESTIÓN de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja para el periodo 2024-2027."

Adicionalmente, mediante Acuerdo No. 012 de 13 de junio de 2024, la Junta Directiva aprobó el PLAN DE DESARROLLO denominado "SAN RAFA ALMA, VIDA Y CORAZON", y la Plataforma Estratégica de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja para el periodo 2024-2027.

El plan de gestión contiene entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionadas con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y las metas y compromisos, incluidos los convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, así como el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo con lo anterior, se realiza el Informe de Evaluación al Plan de Gestión para la vigencia específica año 2024, del Gerente de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, quien fue nombrado mediante Decreto 326 del 27 de marzo de 2024 y posesionado mediante Acta a partir del 1 de abril del 2024.

EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

De acuerdo con las directrices dadas para cada indicador que aplica para la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, de tercer nivel de atención, se verifica su cumplimiento así:

No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información
1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	0,05	≥ 1.20	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior
2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.	0,05	≥ 0.90	Superintendencia Nacional de Salud
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	0,10	≥ 0.90	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener; el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada uno de ellos (SI/NO); y el cálculo del Indicador.
4	Riesgo Fiscal y financiero.	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	NA	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las E.S.E categorizadas con Riesgo medio o alto
5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)]	0,057142857	< 0.90	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información
6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos 1. Compras Conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	0,057142857	≥ 0.70	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a, b y c. 2. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada 4. Aplicación de la fórmula del indicador.
7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación./ [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación)- (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior])	0,057142857	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.
8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación.	0,057142857	4	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CC. de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores.)	0,057142857	≥1.00	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información
10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	0,057142857	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2 Capítulo 8, Título 3, parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	0,057142857	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social
12	Evaluación de aplicación de guía de manejo especifica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación.	0,07	≥0.80	Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.
13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥0.80	Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.

No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información
14	Oportunidad en la realización de Apendicetomía.	Número de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les realizado la Apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnostico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥0.90	Informe de Subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces que contenga como mínimo: base de datos de los pacientes a quienes se les realizo apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del Diagnóstico de Apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.
15	Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación- número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	0,05	Cero (0), o variación negativa	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador.
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnostico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia especifica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥0.90	Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía y aplicación de la fórmula del indicador.
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	0,05	≥0.90	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,03	≤ 5	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,03	≤ 8	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,02	≤ 15	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de las metas de gestión del gerente de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja durante la vigencia 2024, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 408 de 2018, estableciendo su nivel de desempeño de acuerdo con la normatividad vigente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar y analizar las estrategias que contribuyan a la misión y cumplimiento de la visión, objetivos y metas institucionales, con un equipo humano calificado bajo principios y valores enfocados en la prestación de servicios de salud con calidad.

- Analizar el uso eficiente de los recursos financieros, a través de las estrategias, el seguimiento, acompañamiento y verificación permanente del cumplimiento de directrices, procesos y procedimientos para una adecuada prestación de los servicios de salud, manteniendo la rentabilidad económica y social basada en el equilibrio presupuestal y financiero de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Aprobada mediante Acuerdo de Junta Directiva N° 12 de 13 de junio de 2024

Misión

Somos un Hospital público boyacense que brinda atención en salud integral al paciente y su familia, a través de un talento humano calificado, con enfoque inclusivo, digno y seguro, que contribuye al bienestar y satisfacción de la comunidad, con vocación académica y de mejoramiento continuo.

Visión

A 2032 ser reconocido como un Hospital universitario acreditado en salud, fortalecido en la prestación de servicios de alta complejidad, docencia e investigación. Comprometido con el bienestar del talento humano y una gestión tecnológica eficiente, brindado una atención más segura, amable empática, respetuosa y con mejores resultados en salud.

Objetivos Institucionales

1. Brindar un servicio integral centrado en el usuario y su familia durante el ciclo de atención en la Institución, satisfaciendo sus necesidades.
2. Fortalecer las acciones de promoción prevención y mantenimiento de la salud articuladas a los programas Institucionales
3. Gestionar el incremento en la oferta de servicios de alta complejidad para dar respuesta a las necesidades de nuestra población
4. Garantizar procesos de investigación y educación en salud que promuevan la gestión de conocimiento que permita prestar atención segura y de calidad.
5. Fomentar en el cliente interno una cultura de humanización, comprometidos con el respeto por la dignidad de la persona, la ética y el buen trato
6. Brindar a nuestros sujetos de cuidado, familia y/o acompañante desde su ingreso a la Institución una atención integral, generando una experiencia agradable y acogedora, que promueva la protección y la esperanza
7. Fomentar la gestión del riesgo en el talento humano del Hospital, a través del fortalecimiento de las políticas Institucionales aplicables que conllevan a ser una entidad más humana, segura y sostenible
8. Optimizar el ciclo de gestión de las tecnologías buscando garantizar que la Institución cuente con las herramientas tecnológicas idóneas y suficientes para la atención del paciente
9. Contribuir al mejoramiento de la gestión de la información para la simplificación de procesos y toma de decisiones basada en hechos y datos
10. Fortalecer los valores y competencias de nuestros colaboradores generando impacto en la transformación cultural
11. Fortalecer la responsabilidad social de la Institución en las líneas de cliente interno, paciente, ambiente y comunidad en proyección de futura certificación
12. Promover una cultura de mejora continua en la Institución, que garantice una prestación de servicios con altos estándares de calidad.

EJES TRAZADORES

El Plan de Desarrollo **"SAN RAFA ALMA VIDA Y CORAZÓN"** se formuló para el periodo 2024-2027 y se aprobó mediante Acuerdo 12 de 13 de junio de 2024. Fue elaborado teniendo en cuenta la metodología para el direccionamiento estratégico establecido en la Resolución No. 137 de 2024. Está compuesto por 8 Ejes Estratégicos, 12 líneas Estratégicas, 12 objetivos estratégicos, 29 estrategias, 25 indicadores de resultado y 28 Planes - Programas y/o Proyectos. La ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja fundamenta su Plan de Desarrollo en los siguientes ejes:

1. Atención Centrada en el Usuario.
2. Gestión Clínica Excelente y Segura.
3. Humanización en la Atención en Salud.
4. Gestión del Riesgo.
5. Gestión de la Tecnología.
6. Transformación Cultural Permanente.
7. Responsabilidad Social.
8. Mejoramiento Continuo.

COMPONENTES DEL INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

El Plan de Gestión adoptó las condiciones y metodología descritas en la Resolución 408 de 2018 y se constituye en el documento que refleja los compromisos para el actual periodo Gerencial del Hospital Universitario San Rafael de Tunja, respecto a las metas de gestión y resultados definidos en las siguientes áreas de gestión:

1. Dirección y Gerencia (20%).
2. Gestión Financiera y Administrativa (40%).
3. Gestión Clínica o Asistencial (40%).

1. DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%).

1.1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.	0,05	≥ 1.20	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior	2,079	5	5	0,25

Para la vigencia 2024 este indicador reportó un resultado de 2,496 respecto. El valor obtenido en la vigencia 2023 fue de 2,079. Se encuentra una relación de 1.20 tal como se demuestra a continuación:

INDICADOR: Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.

AUTOEVALUACIÓN ACREDITACION RESOLUCIÓN 5095 DE 2018			RESULTADOS AUTOEVALUACIONES	
VIGENCIA			2023	2024
GRUPO DE ESTANDARES	**LIDER ESTÁNDAR**	**NUMERO DE ESTANDARES**	**TOTAL** Promedio	**TOTAL** Promedio
Cliente asistencial	Subgerente de Servicios de Salud	01-75	2,2	2,13
Direccionamiento	Gerente	76-88	2,3	2,53
Gerencia	Gerente	89-103	2,2	2,55
Gerencia del talento humano	Líder talento Humano	104-120	2,03	2,77
Gerencia del ambiente fisico	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo	121-131	2,1	2,06
Gestión de la tecnologia	Líder Ing. Biomedica	132-141	1,9	2,80
Gerencia de la Información	Líder sistemas	142-155	1,9	2,44
Mejoramiento de la calidad	Líder Calidad	156-160	2	2,70
RESULTADO AUTOEVALUACION			2,08	2,50

Fuente: Oficina de Calidad

Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	1,20

Este indicador se soporta por la consolidación de auditor líder de Acreditación y se valida por Asesor de Desarrollo de Servicios según informe anexo.

CÁLCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 2.496}{\text{Denominador } 2.079} = \mathbf{1{,}20}$$

Fuente Información: Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior

Soporte: (Ver Anexo S1.)

- Anexo autoevaluación 2023.
- Anexo autoevaluación 2024.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el incremento en la calificación de 2024 respecto al periodo 2023 se obtiene un resultado de 1,20, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se obtiene una **calificación de 5.**

1.2. Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Dirección y Gerencia 20%	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC	0,05	≥ 0.90	Superintendencia Nacional de Salud	93%	91%	5	0,25

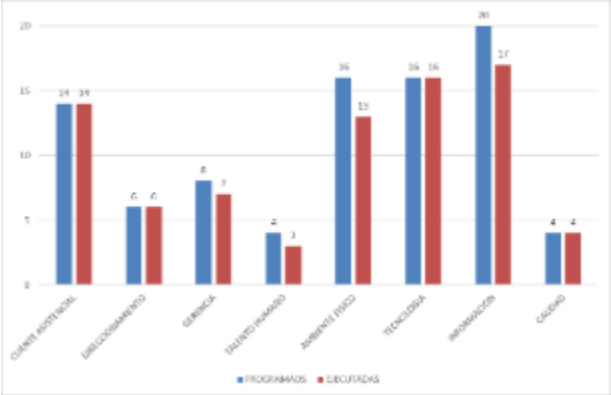
EJECUCIÓN PAMEC DICIEMBRE 2024

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA					
INDICADOR	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas/ Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria.	% EJECUCIÓN PAMEC 2024			
		Grupo Estándares	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES EJECUTADAS	CUMPLIMIENTO
		Cliente asistencial	14	14	100%
		Direccionamiento	6	6	100%
		Gerencia	8	7	88%
		Gerencia del talento humano	4	3	75%
		Gerencia del ambiente físico	16	13	81%
		Gestión de la tecnología	16	16	100%
		Gerencia de la información	20	17	85%
		Mejoramiento continuo	4	4	100%
TOTAL			88	80	91%

Fuente: Seguimiento a Diciembre PAMEC 2024

De las 88 acciones programadas, se ejecutaron 80 dando cumplimiento al 91% de lo comprometido desde el comienzo de la vigencia y de lo cual se hace descripción a continuación.

CUMPLIMIENTO PAMEC E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA 2024



Fuente: Oficina Calidad PAMEC 2024

Este indicador se soporta por la consolidación del Referente de Acreditación y PAMEC, se valida por Asesor de Desarrollo de Servicios y se presenta por la Gerencia de la Institución a la Secretaría de Salud de Boyacá, según informe anexo.

Este seguimiento se realizó con base en la verificación de las actividades planteadas en el PAMEC 2024 radicado mediante correo electrónico en la Secretaría de Salud de Boyacá. Cada equipo de acreditación, de acuerdo con el cronograma planteado, desarrolla las actividades determinadas en el PAMEC, lo cual, posteriormente, es verificado por auditor líder de acreditación para evidenciar el cumplimiento de las metas planteadas.

Evidencia del correo electrónico enviado para el informe Final PAMEC 2024:

De: Maria Fernanda Medina <acreditacion@hospitalsanrafaeltunja.gov.co>
Enviado: lunes, 13 de enero de 2025 16:42
Para: PROGRAMA DE VIGILANCIA <pamec.boyaca@boyaca.gov.co>
Cc: Diana Uribe <coordinadoracalidad@hospitalsanrafaeltunja.gov.co>; Gloria Yaneth Manrique Abril <dservicios@hospitalsanrafaeltunja.gov.co>
Asunto: INFORME FINAL EJECUCIÓN PAMEC 2024

Señores:
Grupo PAMEC

Cordial saludo

Dando cumplimiento a lo solicitado, me permito enviar la ejecución del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) correspondiente a la vigencia 2024. Este documento detalla las actividades realizadas, los hitos alcanzados en el marco de nuestro compromiso con la mejora continua de la calidad.

s://outlook.office.com/mail/sentitems/id/AAQkADcyZDc3ODhjLTEzMjktNDY1OS1iZTcyLTI4Y2Y2M2ZkNTBmMAAQACzl2l7fUE1AgsWmsVeyYAk%… 1/2

/25, 9:35 Correo: Maria Fernanda Medina - Outlook

Adjunto a este correo encontrará el documento detallado con toda la información correspondiente a la vigencia 2024

Quedo a su disposición para cualquier duda o comentario que pueda surgir al respecto.

Agradezco de antemano su atención y colaboración.

Atentamente,

Maria Fernanda Medina B
Profesional PAMEC - Acreditación
BX. (57) 7405030 Ext. 2226
Carrera 11 No. 27-27 Tunja- Boyacá Colombia
acreditacion@hospitalsanrafaeltunja.gov.co
www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Supersalud

Nit	CLASIFICACIÓN 2023	CLASIFICACIÓN 2024	Fecha Clasificacion 2024	INDICADOR_10	INDICADOR_2
890706833	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,85
890801099	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	1,00
890904646	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,92
890905166	Grupo D1	Grupo C1	29-jul-24	CUMPLE	0,87
890905177	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,92
890906347	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	CUMPLE	0,98
890907254	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,95
890980757	Grupo C2	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,97
890985703	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	CUMPLE	0,96
891079999	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,83
891180026	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	CUMPLE	0,98
891180098	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,63
891180134	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	CUMPLE	0,93
891180268	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,96
891200528	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	CUMPLE	0,90
891200679	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,91
891501676	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,99
891580002	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,99
891780185	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,99
891800231	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	CUMPLE	0,91
891800395	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,65
891800570	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	1,00

Como se evidencia en el registro anterior, la Superintendencia Nacional de Salud registró el cumplimiento del PAMEC de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja para la vigencia 2024, en un 91%.

INDICADOR: *Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.*

CÁLCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 80}{\text{Denominador } 88} = \mathbf{91\%}$$

Fuente de Información: Superintendencia Nacional de Salud

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2024 se obtiene un resultado del 91%, lo cual, aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018, se encuentra por encima del 90% y por ello se obtiene una **calificación de 5.**

1.3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Dirección y Gerencia 20%	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	0,1	≥ 0.90	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener; el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del Indicador.	86%	97%	5	0,5

La ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja aprobó su Plan de Desarrollo para el periodo 2024-2027, mediante Acuerdo No. 12 de junio de 2024, el cual tiene un promedio general de cumplimiento para la vigencia 2024 de 97% según el informe presentado por la Oficina Asesora de Control Interno de la Entidad.

INDICADOR: *Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación*

CALCULO DE INDICADOR

Numerador / Denominador $\frac{78}{80}$ **= 0.97**

Cumplimiento Total 97%

Fuente de Información: Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener; el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del Indicador.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2023 se obtiene un resultado del 97%, lo cual aplicando la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango de **calificación de 5.**

2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%).

2.1. Riesgo Fiscal y financiero.

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	0,05	Si durante la vigencia evaluada la ESE fue Categorizada por el MSPS en riesgo medio o alto y adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero en los términos previstos en al normatividad vigente	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las E,S.E categorizadas con Riesgo medio o alto	Sin Riesgo	Sin Riesgo		N/A

La ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja no aplica para la evaluación de este indicador, por cuanto la Resolución 980 de 2024 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, lo categoriza SIN RIESGO.

- Resolución del Ministerio de Salud N° 980 de 2024.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 00000980 DE 2024

(30 MAY 2024)

Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2024 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 y, en desarrollo de la Resolución 2509 de 2012 modificada por la Resolución 2249 de 2018 y,

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Boyacá	TUNJA	ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA	Riesgo bajo
Boyacá	TUNJA	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	Sin riesgo
Boyacá	TUNUNGUÁ	ESE CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA DE TUNUNGUA	Riesgo medio
Boyacá	TUTA	ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA	Sin riesgo
Boyacá	TUTAZÁ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SIMON BOLIVAR DE TUTAZA	Riesgo alto
Boyacá	UMBITA	ESE CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL	Riesgo bajo

2.2. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida.

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Financiera y Administrativa 40%	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año del objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)]	0,05714286	< 0.90	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	1,14	1,14	0	0

Este indicador mide la proporción entre el Gasto comprometido y la producción de UVR, dando como resultado el costo de producir una UVR y los compara en dos vigencias seguidas. Este resultado debe ser inferior al 90% del costo del año anterior.

A efectos de realizar la medición de este indicador se parte del total de gastos comprometidos en la vigencia fiscal 2024, en los cuales no se incluye la suma correspondiente a los rubros de inversión y cuentas por pagar de la vigencia 2023, y su relación con la productividad registrada en el mismo periodo medida en Unidades de Valor Relativo comparándolo con la vigencia 2023. Con esta medición se obtiene el siguiente resultado:

EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO

Concepto	2023	2024	Variación
Gasto de funcionamiento excluye CxP	$148.915.183.950	$ 181.485.695.900	22%
Gasto de Operación y prestación de servicios excluye CxP	$ 86.159.444.310	$ 113.774.967.680	32%
Total Gasto de funcionamiento, operación y prestación de servicios excluye CxP	**$235.074.628.260**	**$295.260.663.580**	**26%**
Producción equivalente UVR	26.266.200,98	28.862.008,83	10%
Total gastos de funcionamiento, operación y prestación de servicios / UVR producida	8.949,70	10.230,08	14%
Resultado indicador	**1,14**		

Fuente: Elaboración propia soportada en la información registrada oficialmente en el SIHO

La entidad para la vigencia 2024 presenta un aumento del 26% en el gasto comprometido en funcionamiento más operación y prestación de servicios pasando de $235.074.628.260 en 2023 a $295.260.663.500 en 2024.

INDICADOR:

(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación)

Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)]

CÁLCULO DE INDICADOR

Numerador: 295.260.663.580 **/** 28.862.008,83

Denominador: 235.074.628.260 **/** 26.266.200,98

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \quad \frac{\mathbf{10.230,08}}{\mathbf{8.949,70}} = \mathbf{1.14}$$

Esto muestra que la entidad para el año 2024, para producir una UVR comprometió $10.230 por UVR y para el año 2023 para producir una UVR gastó $8.949, situación que muestra un aumento en el gasto por UVR producida del 14% frente al resultado de 2023, derivado de los efectos directos del cierre de los servicios de salud a entidades por mora en cartera los cuales originaron disminución de consultas de medicina especializada.

Fuente Información: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Soporte: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

Calificación: Este resultado muestra que la entidad presentó aumento en el uso de recursos por cada UVR producida, situación que lleva a que para este indicador se obtenga un resultado de 114%, con lo cual se da una **calificación de 0.**

2.3. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos. 1. Compras Conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Financiera y Administrativa 40%	6	Piloporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos. 1. Compras Conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	0,05714286	≥ 0.70	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá:	55,90%	60%	3	0,1714286

Meta: Mínimo el 70% de las compras de medicamentos y Material Médico Quirúrgico se debe hacer a través de estos mecanismos.

INDICADOR	META	LINEA BASE	FORMULA DE CALCULO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO
Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos 1. Compras Conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	≥ 0.70	47%	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a. compras conjuntas b. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c. compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico -quirúrgico en la vigencia evaluada	$ 34.599.838.081	$ 57.623.300.241	60%

Para determinar el valor total de las adquisiciones que la entidad realizó en la vigencia 2024 mediante los mecanismos establecidos en el indicador, se toma como fuente de información la distribución de las modalidades de contratación definidas por el área de contratación, la cual permite determinar el valor total de las compras realizadas a la Cooperativa de Hospitales de Boyacá y las compras realizadas como resultados de las publicaciones en plataforma electrónica entre los que se encuentran los contratos surgidos de los procesos de convocatoria pública.

MECANISMO	TOTAL
a) Compras conjuntas	0
b) Compras a través de Cooperativas de ESE	$ 4.693.606.475
c) Compras a través de mecanismos electrónicos	$ 29.906.231.606
TOTAL	**$ 34.599.838.081**

Para la determinación del denominador del indicador se toma el total del gasto comprometido en la vigencia 2024 para los gastos de compra de medicamentos y material médico quirúrgico, los cuales incluyen el 100% del gasto independientemente de su modalidad de contratación y se constituye en denominador del indicador así:

CONCEPTO	VALOR COMPROMETIDO
Total Medicamentos	$ 23.804.064.225
Total Médico quirúrgico	$ 33.819.236.016
Total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico de la vigencia	**$ 57.623.300.241**

Con estos totales se procede a efectuar el cálculo del indicador de conformidad con las indicaciones de la resolución 408 encontrando los siguientes resultados

CONCEPTO	TOTAL	INDICADOR
TOTAL ADQUISICIONES EVALUADAS	$ 34.599.838.081	60%
TOTAL COMPROMETIDO	$ 57.623.300.241	

Es importante indicar que el estatuto de contratación de la entidad contempla algunos mecanismos de contratación que no implican la utilización de mecanismos electrónicos entre los que se encuentran contratos derivados de comodatos, contratos de medicamentos y dispositivos médicos con exclusividad e innovadores, que para la vigencia 2024 alcanzan participación del 40% frente al total de gasto comprometido en los rubros de Compra de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico y que han representado para la entidad en muchos aspectos ahorros y facilitan la disponibilidad de los insumos y medicamentos.

La ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja como institución de tercer nivel de atención, tiene por objeto la prestación de servicios de salud, entendido como un servicio público a cargo del Estado y como parte integral del Sistema de Seguridad Social en Salud en desarrollo y en cumplimiento de su objeto, la Empresa Social del Estado podrá celebrar todos los actos y contratos permitidos por la legislación colombiana, y que puedan ser ejecutados o desarrollados por personas naturales o jurídicas, públicas o privadas sean estas de carácter civil, mercantil administrativo para la coordinación del mismo.

El Contrato de comodato tiene sus propiedades específicas, como son: es unilateral, debido a que solo existe una obligación procedente del comodatario que consiste en preservar el bien en buenas condiciones y restituirlo al instante de finalizar el contrato. Por otra parte es gratuito porque solo reporta utilidad para el comodatario y no para el comodante; el comodante es el que asume la obligación de prestar los equipos especializados para el Hospital, mientras que el comodatario es quien usa el bien, esta opción es costo efectiva para la entidad, ya que se garantiza tecnología adecuada para las necesidades mencionadas, sin costo de inversión ya que la Empresa que presta el bien mantiene la propiedad del equipo, debido a que el comodatario solo dispone de la mera tenencia del bien. Por ende los temas de mantenimiento, capacitación y aseguramiento de los equipos son responsabilidad del comodante.

De igual manera, la ESE realiza la compra de Medicamentos o Dispositivos Médicos Denominados Exclusivos**,** los cuales son requeridos por los diferentes especialistas de la entidad, para el tratamiento de las diversas patologías que presenta la población, los cuales buscan el beneficio para los pacientes, disminuyendo los días de estancia, un menor tiempo quirúrgico y mejoría en el giro cama.

INDICADOR: *Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada*

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador: } \$\,34.599.838.081}{\text{Denominador: } \$\,57.623.300.241} = 60\%$$

Fuente de Información: Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá:

1. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a, b y c.
2. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra.
3. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada.
4. Aplicación de la fórmula del indicador.

Soporte: (Ver Anexo S6.)

- Certificación de la Revisoría Fiscal de la Institución, la cual contiene:

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2024, da como resultado un 60%, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018, se obtiene una **calificación de 3.**

2.4 Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Financiera y Administrativa 40%	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y concepto de contratación de servicios de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación - Valor de la deuda superior a treinta días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de prestación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior	0,05714286	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0)	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador	Deuda 0	0	5	0,2857143

El Hospital ha mantenido una política de pago a personal y contratistas en el momento en que se presenta la cuenta, certificación o factura y se verifique la pertinencia del pago con la debida oportunidad. Por lo tanto, no tiene deudas superiores a 30 días por concepto de salarios de personal de planta o externalización de servicios con corte a 31 de diciembre de 2024.

INDICADOR: *Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación - Valor de la deuda superior a treinta días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de prestación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior*

Fuente de Información: Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación para la vigencia 2024 se obtiene deuda 0, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018, se da una **calificación de 5.**

2.5 Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Financiera y Administrativa 40%	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación	0,05714286	4	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe	4 o más informes RIPS	4	5	0,2857143

El Hospital dio cumplimiento estricto a la presentación de los informes trimestrales de RIPS establecidos en la Resolución No. 408 de 2018 del Ministerio de Salud. Este informe, junto con el análisis respectivo, se presentó a la Junta Directiva. En éste se encuentra el análisis de tendencia de las actividades realizadas en los servicios de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización; la distribución de atenciones por régimen de afiliación, pagador, sexo y grupo etario, zona de procedencia, especialidades y 10 primeros diagnósticos en cada servicio.

La ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, comprometido con la mejora en la calidad de la atención, ha insistido y sigue trabajando en el perfeccionamiento del sistema de información, dentro del cual es de vital importancia el progreso en la validez de los datos de los RIPS.

Este indicador es formulado por Epidemióloga Líder de la Unidad de Análisis y se avala por la Oficina de Desarrollo de Servicios, según informes adjuntos, y se presentan las actas de Junta directiva en las cuales se desarrolló la presentación de estos.

INDICADOR: *Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación.*

Resultado del indicador: 4 informes presentados RIPS presentados en junta directiva (en junta directiva se han presentado 4 informes del análisis de la prestación de servicios de la vigencia objeto de evaluación).

Fuente de Información: Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.

Soporte: (Ver Anexo S8.)

- Certificación del Referente de Planeación del Hospital Universitario San Rafael Tunja, en la cual se encuentra soportado: fecha de los informes de RIPS presentados a la junta directiva y relación de actas de junta directiva en la cual fue presentado dicho informe.
- Informes de análisis de RIPS.
- Actas de junta directiva

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2024 se obtiene que se presentaron cuatro (4) informes del análisis de la prestación de servicios a la Junta Directiva, para lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en la escala de **calificación de 5**.

2.6 Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Financiera y Administrativa 40%	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores.)	0,05714286	≥ 1	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.	92%	0,9	3	0,1714286

En 2024 los ingresos totales recaudados cubren hasta un 90% del total de gastos comprometidos

Concepto	2023	2024	Variación
Ingreso total recaudado (excluye CxC)	$ 186.147.043.260	$ 220.346.865.810	18%
Cuentas por cobrar otras vigencias	$ 80.076.340.190	$ 102.776.196.750	28%
Total Ingreso Recaudado	$ 266.223.383.450	$ 323.123.062.560	21%
Gastos totales con cuentas por pagar	$ 290.119.034.410	$ 360.265.116.250	24%
Total Ingreso Recaudado / Gastos con cuentas por pagar	0,92	0,90	-2%

Fuente: Elaboración propia con base en la información reportada en el SIHO

Para el cálculo de este indicador se incluye el total de ingresos recaudados por la entidad durante la vigencia 2024 y el total de gastos comprometidos, es decir se incluyen tanto las cuentas por pagar de vigencia anterior como el recaudo de cartera de vigencias anteriores.

INDICADOR: *Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores.)*

CALCULO DE INDICADOR

Numerador $ 323.123.062.560
Denominador $ 360.265.116.250 **= 0.90**

Fuente de Información: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2024 se obtiene un resultado de 0.90, lo cual aplicando la escala de calificación de la Resolución No. 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentra en el rango 0.91-0.99, lo que arroja una **calificación de 3.**

2.7 Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Financiera y Administrativa 40%	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	0,05714286	Presentación oportuna de la información en cumplimiento de la Circular Única expedidada por la Supersalud	Superintendencia Nacional de Salud	No portunidad de la información en cumplimiento de la circular Única expedidad por la Supersalud	Presentación Oportuna de la información en cumplimiento Circular Única Expedida Por la SUPERSALUD	5	0,2857143

El Hospital presentó, en la vigencia 2024, los informes en su totalidad oportunamente, establecidos en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.

Supersalud

Nit	CLASIFICACIÓN 2023	CLASIFICACIÓN 2024	Fecha Clasificacion 2024	INDICADOR_10	INDICADOR_2
890701033	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,92
890701718	Grupo C2	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,22
890706833	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,85
890801099	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	1,00
890904646	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,92
890905166	Grupo D1	Grupo C1	29-jul-24	CUMPLE	0,87
890905177	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,92
890906347	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	CUMPLE	0,98
890907254	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,95
890980757	Grupo C2	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,97
890985703	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	CUMPLE	0,96
891079999	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,83
891180026	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	CUMPLE	0,98
891180098	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,63
891180134	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	CUMPLE	0,93
891180268	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,96
891200528	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	CUMPLE	0,90
891200679	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,91
891501676	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,99
891580002	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,99
891780185	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,99
891800231	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	CUMPLE	0,91
891800395	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	0,65
891800570	Grupo C1	Grupo C1	29-jul-24	NO CUMPLE	1,00

INDICADOR: *Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.*

Fuente de Información: Superintendencia Nacional de Salud

Soporte: (Ver Anexo S10.)

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2024, se obtiene resultado **Cumple**, y conforme a la escala de la Resolución No. 408 de 2018 del Ministerio de Salud, se encuentra en el rango en el rango "*Presentación oportuna de la información en cumplimiento Circular Única Expedida Por la SUPERSALUD*" obteniendo una calificación de **5**.

2.8 Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Financiera y Administrativa 40%	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capitulo 8, titulo 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	0,05714286	Presentación oportuna de información Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capitulo 8, titulo 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del sector Salud.	Ministerio de Salud y Protección Social	Reporte oportuno	Presentación oportuna de información Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capitulo 8, titulo 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario	5	0,2857143

El Hospital, en 2024, dio cumplimiento estricto a la presentación de los informes establecidos en el Decreto 2193 de 2004, tanto en la entrega anual como en las trimestrales.

Este indicador es obtenido por consulta a la página del ministerio de Salud y Protección Social.

INDICADOR: *Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación*

Fuente de información: Ministerio de Salud y Protección Social

- Reporte trimestral de la oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capitulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016- decreto único reglamentario del sector salud y protección social de la información emitida por Ministerio de Salud y Protección sobre la oportunidad de los informes presentados, así:

Primer Trimestre - enero a Marzo: 04 de junio de 2024
Segundo Trimestre - abril a Junio: 02 de septiembre de 2024
Tercer Trimestre - Julio a Septiembre: 30 de noviembre de 2024
Cuarto Trimestre – Octubre a Diciembre: 05 de marzo de 2025

DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

Salud

Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2024 de que trata el Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

Nota: Se considera que una ESE presentó oportunamente la información, si los cuatro informes trimestrales de 2024 de que trata la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, fueron entregados oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

Departamento	Municipio	Nombre Institución	Nivel	Primer Trimestre 2024		Segundo Trimestre 2024		Tercer trimestre 2024		Cuarto trimestre 2024		Resultado Final de Cumplimiento
				Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	
Boyacá	TIPACOQUE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE CASIA TIPACOQUE	1	05/06/2024	Oportuno	04/09/2024	Oportuno	28/11/2024	Oportuno	06/03/2025	Oportuno	Cumple
Boyacá	TOCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOCA	1	04/06/2024	Oportuno	03/09/2024	Oportuno	03/12/2024	Oportuno	05/03/2025	Oportuno	Cumple
Boyacá	TOGÜÍ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI	1	04/06/2024	Oportuno	02/09/2024	Oportuno	28/11/2024	Oportuno	04/03/2025	Oportuno	Cumple
Boyacá	TÓPAGA	ESE SAN JUDAS TADEO DE TOPAGA	1	04/06/2024	Oportuno	04/09/2024	Oportuno	04/12/2024	Oportuno	05/03/2025	Oportuno	Cumple
Boyacá	TOTA	ESE CENTRO DE SALUD DE TOTA	1	05/06/2024	Oportuno	30/08/2024	Oportuno	28/11/2024	Oportuno	28/02/2025	Oportuno	Cumple
Boyacá	TUNJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA	2	04/06/2024	Oportuno	31/08/2024	Oportuno	28/11/2024	Oportuno	05/03/2025	Oportuno	Cumple
Boyacá	TUNJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	3	04/06/2024	Oportuno	02/09/2024	Oportuno	30/11/2024	Oportuno	05/03/2025	Oportuno	Cumple
Boyacá	TUNJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA	2	05/06/2024	Oportuno	02/09/2024	Oportuno	29/11/2024	Oportuno	05/03/2025	Oportuno	Cumple
Boyacá	TUNUNGUÁ	ESE CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA DE TUNUNGUA	1	04/06/2024	Oportuno	30/08/2024	Oportuno	28/11/2024	Oportuno	05/03/2025	Oportuno	Cumple
Boyacá	TURMEQUÉ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL BAUDILIO ACERO	1	05/06/2024	Oportuno	04/09/2024	Oportuno	04/12/2024	Oportuno	05/03/2025	Oportuno	Cumple
Boyacá	TUTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA	1	05/06/2024	Oportuno	03/09/2024	Oportuno	05/12/2024	Oportuno	05/03/2025	Oportuno	Cumple
Boyacá	TUTAZÁ	EMPTRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SIMON BOLIVAR DE TUTAZA	1	05/06/2024	Oportuno	04/09/2024	Oportuno	04/12/2024	Oportuno	05/03/2025	Oportuno	Cumple
Boyacá	UMBITA	ESE CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL	1	06/06/2024	Extemporáneo	02/09/2024	Oportuno	04/12/2024	Oportuno	04/03/2025	Oportuno	No Cumple
Boyacá	VENTAQUEMADA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE VENTAQUEMADA	1	05/06/2024	Oportuno	04/09/2024	Oportuno	04/12/2024	Oportuno	05/03/2025	Oportuno	Cumple
Boyacá	VILLA DE LEYVA	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA	1	05/06/2024	Oportuno	03/09/2024	Oportuno	03/12/2024	Oportuno	06/03/2025	Oportuno	Cumple
Boyacá	VIRACACHÁ	E.S.E CENTRO DE SALUD VIRACACHA	1	05/06/2024	Oportuno	03/09/2024	Oportuno	02/12/2024	Oportuno	06/03/2025	Oportuno	Cumple
Boyacá	ZETAQUIRA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE ZETAQUIRA	1	05/06/2024	Oportuno	03/09/2024	Oportuno	05/12/2024	Oportuno	06/03/2025	Oportuno	Cumple
Caldas	AGUADAS	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	1	03/06/2024	Oportuno	02/09/2024	Oportuno	02/12/2024	Oportuno	25/02/2025	Oportuno	Cumple
Caldas	ANSERMA	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	1	04/06/2024	Oportuno	02/09/2024	Oportuno	03/12/2024	Oportuno	03/03/2025	Oportuno	Cumple
Caldas	ARANZAZU	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL	1	04/06/2024	Oportuno	02/09/2024	Oportuno	02/12/2024	Oportuno	03/03/2025	Oportuno	Cumple
Caldas	BELALCÁZAR	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE BELALCAZAR	1	04/06/2024	Oportuno	02/09/2024	Oportuno	02/12/2024	Oportuno	03/03/2025	Oportuno	Cumple
Caldas	CHINCHINÁ	ESE HOSPITAL SAN MARCOS	2	05/06/2024	Oportuno	03/09/2024	Oportuno	02/12/2024	Oportuno	21/02/2025	Oportuno	Cumple
Caldas	FILADELFIA	ESE HOSPITAL SAN BERNARDO	1	03/06/2024	Oportuno	02/09/2024	Oportuno	02/12/2024	Oportuno	03/03/2025	Oportuno	Cumple
Caldas	LA DORADA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E SALUD DORADA	1	04/06/2024	Oportuno	04/09/2024	Oportuno	24/02/2025	Extemporáneo	05/03/2025	Oportuno	No Cumple

aboró: Firmado digitalmente por Jail Tao Ortiz
Revisó: Firmado digitalmente por Milton Franuel Urbano Lopez
Aprobó: Firmado digitalmente por David

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050
www.minsalud.gov.co
13

Calificación: De acuerdo con la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2024 se obtiene resultado **cumple**, para lo cual aplicando a la escala de la Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud, se encuentra en el rango *"Presentación oportuna de información Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único*", se obtiene una **calificación de 5.**

3 GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%).

3.1 Evaluación de aplicación de guía de manejo especifica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Gestión Clínica o asistencia 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo especifica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Número de historias Clinicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total de historias Clinicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación.	0,07	≥0.80	Informe del comité de historias Clinicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la formula del indicador.	97,5%	92%	5	0,35

La disponibilidad y adherencia a una Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio implica estandarizar para Colombia el cuidado de la mujer gestante, enfatizando en la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de las alteraciones que afectan la gestación en todos los niveles de atención, buscando reducir la morbimortalidad materna asociada, con el propósito de mejorar la salud materna y la calidad de la atención médica en todos los niveles de atención obstétrica. Desde el año 2013 el Hospital Universitario San Rafael de Tunja viene realizando la monitorización de los indicadores de adherencia a guía de manejo de trastornos hipertensivos relacionados con la gestación y hemorragias del III trimestre, en cumplimiento de la resolución 710 de 2012, modificada por resolución 743 de 2013 y resolución 408 de 2018.

El resultado de la adherencia a la guía de manejo específico para hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos de la gestación al finalizar el año 2024 de 92% evidenciando el cumplimiento de la mencionada guía.

INDICADOR: *Número de historias Clinicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total de historias Clinicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación*

CALCULO DE INDICADOR

Numerador / Denominador $\frac{167}{182} = \mathbf{92\%}$

Este indicador es obtenido por el informe realizado por el Auditor médico de Historia clínica, el cual realiza la verificación de adherencia a la guía de manejo especifica de Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación según informe anexo. De igual manera se presenta y analiza en Comité de Historias Clínicas de la Institución.

Fuente de Información: Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.

Soportes: (Ver Anexo S12.)

- Informe de evaluación de guía de manejo especifica hemorragias del tercer trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación en 2024, generado por calidad.
- Acta de comité de historias clínicas de 20 de febrero 2025 en la cual se socializa el resultado de la misma.

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación para el año 2024 se obtiene resultado 92%, y según la Resolución del Ministerio de Salud No. 408 de 2018 se encuentra en el rango mayor o igual al 80%, se da una **calificación de 5.**

3.2 Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Gestión Clínica o asistencial 40%	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Número de historias Clinicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnostico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación/ Total de historias Clinicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnostico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥0.80	Informe del comité de historias Clinicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la formula del indicador.	96,0%	95%	5	0,25

La primera causa de egreso para la vigencia 2024, fue la atención del parto normal, con un total de 2.537 atenciones. La verificación del indicador y la calificación de las historias clínicas de la muestra se realizaron por auditoría médica de la oficina de calidad.

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal. La aplicación estricta de la Guía de manejo garantiza una

atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto y el puerperio inmediato.

El resultado al finalizar la vigencia de 2024 es de 95% de cumplimiento de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la muestra estadísticamente significativa

A continuación, se expone la tendencia del indicador desde el año 2019 sobre las atenciones por primera causa de egreso hospitalario: Atención de parto 2019 – 2024

AÑO	ATENCIONES POR PRIMERA CAUSA DE EGRESO
2019	**3.621**
2020	**2.904**
2021	**3.123**
2022	**3.192**
2023	**2.765**
2024	**2.537**

INDICADOR: *Numero de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de la evaluación*

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 163}{\text{Denominador } 172} = \mathbf{95\%}$$

Este indicador es obtenido por el informe realizado por el Auditor médico de Historia clínica, el cual realiza la verificación de adherencia a la guía. De igual manera se presenta y analiza en Comité de Historias Clínicas de la Institución.

Fuente de Información: Informe del comité de historias Clinicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador

Soportes: (Ver Anexo S13.)

- Informe de evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida: Atención de parto en 2024, generado por auditor medico de calidad.
- Acta de comité de historias clínicas de 20 de febrero 2025 en la cual se socializa el resultado de la misma.

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación para el año 2024 se obtiene resultado 95%, y según la Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentra en el rango mayor o igual al 80%, se obtiene una **calificación de 5.**

3.3 Oportunidad en la realización de Apendicectomía.

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Gestión Clínica o asistencial 40%	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomia.	Número de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso, a quienes se les realizado la Apendicectomia dentro de las seis horas de confirmado el diagnostico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥0.90	Informe de Subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces que contenga como mínimo: base de datos de los pacientes a quienes se les realizo apendicectomia que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del Diagnostico de Apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la formula del indicador.	92,9%	96,35%	5	0,25

En el año 2024, en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja el 96.51% de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda al egreso se operaron en un tiempo menor o igual a 6 horas posterior a la confirmación de su diagnóstico, resultado que cumple el estándar de mayor al 90% de la Resolución 408 de 2028 del Ministerio de Salud.

INDICADOR: *Número de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les realizado la Apendicectomia dentro de las seis horas de confirmado el diagnostico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación*

CÁLCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 713}{\text{Denominador } 740} = \mathbf{96.35\%}$$

Este indicador es obtenido por Coordinador de Salas de Cirugía, quien realiza la verificación de oportunidad, y es avalado por Subgerencia de Servicios de Salud según informe anexo.

Fuente de Información: Informe de Subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces que contenga como mínimo: base de datos de los pacientes a quienes se les realizo apendicectomia que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de Apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.

Calificación: En la calificación de la vigencia 2024 se obtiene resultado de 96.35% y aplicando la escala de la Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud ,se encuentra en el rango mayor o igual al 90%, obteniendo una **calificación de 5.**

3.4 Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Responsable	Resultado 2024	Calificación 2024	Ponderación 2024
Gestión Clínica o asistencial 40%	15	Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	0,05	Cero (0), o variación negativa	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la formula del indicador.	Cero (0), o variación negativa	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS-EPIDEMIOLOGIA-SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	NO registro eventos de neumonías bronco aspirativa de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos	5	0,25

En el año 2024 en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja se mantiene en No registro eventos de neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario, resultado que cumple el estándar de la Resolución No. 408 del Ministerio de Salud y Protección Social.

INDICADOR: *Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de la evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco aspirativas de origen intrahospitalaria en la vigencia anterior*

Valor 1: Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja en el periodo de enero a diciembre de 2024.

Valor 2: Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja en el año 2023.

Calculo del indicador

Variación Interanual = Valor 1 – Valor 2
Variación Interanual = 0 - 0 = NO registro eventos de neumonías broncoaspirativa de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos

Fuente de Información: Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador.

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2024, se obtiene resultado que NO se registraron eventos de neumonías broncoaspirativa de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 da una **calificación de 5.**

3.5 Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnostico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Gestión Clínica o asistencial 40%	16	Oportunidad en la atención especifica de pacientes con diagnostico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnostico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inicio la terapia especifica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo del miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnostico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnostico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥0.90	Informe del comité de historias Clinicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía y aplicación de la formula del indicador.	100,0%	100%	5	0,25

Para la vigencia 2024, el área de Urgencias reporta un total de 28 atenciones correspondientes con los códigos CIE 10 relacionados con infarto agudo de miocardio supradesnivel de ST y a los cuales se les administró tratamiento trombolítico para el periodo evaluado. La calificación de las historias clínicas de la muestra se realizó por auditoría médica de la oficina de calidad y con el apoyo del especialista de urgencias.

INDICADOR: *Número de pacientes con diagnóstico egreso de infarto agudo de miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización de diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación*

CÁLCULO DE INDICADOR

Numerador / Denominador

$$\frac{28}{28} = 100\%$$

Este indicador es calculado por el Auditor médico de Historia clínica de la oficina de calidad quien realiza la verificación de la oportunidad en la administración del tratamiento definitivo de infarto agudo de miocardio, según informe anexo. Se presenta en comité de Seguridad historias Clínicas.

Fuente de Información: Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía y aplicación de la fórmula del indicador.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2024 se obtiene resultado de 100%, y conforme a la escala de la Resolución No. 408 de 2018 del Ministerio de Salud, se encuentra en el rango mayor al 90%, con una **calificación de 5.**

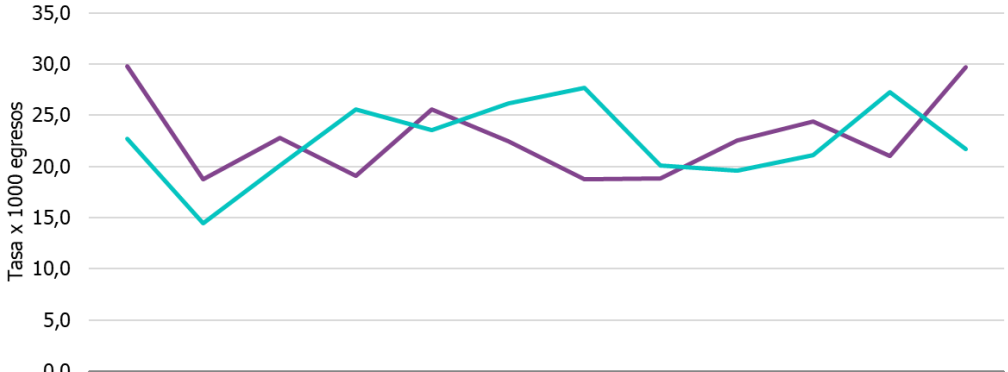
3.6 Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Gestión Clínica o asistencial 40%	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	0,05	≥0.90	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la formula del indicador.	91,06%	95,12%	5	0,25

En el año 2024 se encuentra la tasa de mortalidad institucional global en 22,5 por 1000 egresos, cifra en diminución respecto al año inmediatamente anterior en el que se encontraba un acumulado para el 2023 de 22,8 por 1000 egresos cifra relacionada con el impacto en el número de atenciones aún posterior a 3 años de pandemia de infección por COVID19.

En el año 2024 se registraron 554 fallecimientos con estancia superior a 48 horas. La tasa de mortalidad específica institucional por mes se muestra a continuación, evidenciando la tasa de mortalidad más alta para el mes de julio con 27,7 y la menor cifra presentada en el mes de febrero con 14,5 por 1000 egresos. Para el 2024, la tasa acumulativa es de 22,5.

Tasa de mortalidad intrahospitalaria con estancia mayor a 48 horas de 2023 a 2024 - ESE Hospital Universitario San Rafael Tunja



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2023	29,8	18,7	22,8	19,1	25,6	22,5	18,7	18,8	22,6	24,4	21,0	29,7
2024	22,8	14,5	20,1	25,6	23,6	26,2	27,7	20,1	19,6	21,1	27,3	21,7

Fuente: Numerador: RUAF-ND. Libro morgue.
Denominador: Unidad de análisis Epidemiología Calidad.

Con el objeto de realizar el análisis de más del 90% de la mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas según la normatividad vigente (Resolución 408 de 2018), en el año 2024, la mortalidad con estancia mayor a 48 horas se concentró en los servicios de Clínicas Médicas con un 45.6%, UCI Adulto con 49.4%, UCI Pediátrica con un 2,8%, UCI neonatal con un 1,6% y Urgencias con 0.3%.

INDICADOR: *Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.*

CALCULO DE INDICADOR

Numerador	527	**95.1%**
Denominador	554	

Fuente de Información: Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.

Soporte: (Ver Anexo S17.)

Informe por el auditor médico de la oficina Jurídica, el cual realiza la verificación de la Mortalidad Institucional. Se presenta y analiza cada uno de los casos reportados

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2024, se obtiene resultado de 95.1%, y conforme a la escala de la Resolución No. 408 de 2018 del Ministerio de Salud, se encuentra en el rango de mayor o igual al 90%, se da una **calificación de 5**

3.7 **Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.**

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Gestión Clínica o asistencial 40%	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,03	<= 5 días	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	3,39	2,72	5	0,15

El indicador de oportunidad de consulta de pediatría se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión (menor a 5 días); para la vigencia 2024 el promedio día espera es de **2.72 días**. Este se reportó de manera semestral en cumplimiento de la Resolución 256 del Ministerio de Salud y Protección Social y el SIHO.

Indicador	Numerador	Denominador	2024		
			N	D	R
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia	Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	4239	1556	2,72

INDICADOR: *Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.*

CÁLCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 4.239}{\text{Denominador } 1.556} = \mathbf{2.72}$$

Fuente de Información: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

Soporte: (Ver Anexo S18.)

- Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Certificación de la Subgerencia de servicios de Salud.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2024 se obtiene resultado **2.72** días, y conforme a la escala de la Resolución No. 408 de 2018 del Ministerio de Salud, se encuentra en el rango de menor o igual a 5 días, da una **calificación de 5.**

3.8 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia

No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,03	<= 8 días	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	3,72	4,5	5	0,15

El indicador de oportunidad de consulta de Obstetricia se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión (menor a 8 días). Para 2024 el promedio día espera es de **4.5 días.** Este se reportó de manera semestral en cumplimiento de la Resolución 256 del Ministerio de Salud y Protección Social y el SIHO.

Indicador	Numerador	Denominador	2024		
			N	**D**	**R**
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la	Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	6659	1464	4,5

INDICADOR: *Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de ginecoobstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de ginecoobstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación*

CÁLCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 6.659}{\text{Denominador } 1.464} = \mathbf{4.5}$$

Fuente de Información: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Soporte: (Ver Anexo S19.)

- Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Certificación de la Subgerencia de servicios de Salud.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2024 se obtiene resultado **4.5 días**, y conforme a la escala de la Resolución No. 408 del 2018 del Ministerio de Salud, se encuentra en el rango menor o igual a 8 días, se da una **calificación de 5.**

3.9 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
Gestión Clínica o asistencial 40%	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,02	<= 15 días	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	4,37	4,26	5	0,1

El indicador de oportunidad de consulta de Medicina Interna se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión (menor a 15 días). Para el 2024 el promedio día espera es de **4.26 días**. Este se reportó de manera semestral en cumplimiento de la Resolución 256 del Ministerio de Salud y Protección Social y el SIHO.

Indicador	Numerador	Denominador	2024		
			N	**D**	**R**
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación	Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	5811	1363	4,26

INDICADOR: *Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación*

CÁLCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 5.811}{\text{Denominador } 1.363} = \mathbf{4.26}$$

Fuente de Información: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Soporte: (Ver Anexo S20.)

- Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Certificación de la Subgerencia de servicios de Salud.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2024 se obtiene resultado **4.26 días**, y conforme a la escala de la Resolución No. 408 de 2018 del Ministerio de Salud, se encuentra en el rango menor o igual a 15 días, se da una **calificación de 5.**

De esta manera y de acuerdo con la aplicación de la metodología de evaluación delineada por la Resolución No. 408 de 2018 del Ministerio de Salud, se realiza el cálculo de lo evidenciado por los indicadores multiplicado por la ponderación asignada a los tres componentes del informe de gestión a saber:

1. Dirección y gerencia (20%).
2. Gestión financiera y administrativa (40%).
3. Gestión clínica o asistencial (40%).

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Resultado	Calificación	Ponderación 2024
CALIFICACIÓN TOTAL										**4,49**

ESCALA DE RESULTADOS		
RANGO CALIFICACION (0,0- 5,0)	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN
PUNTAJE TOTAL ENTRE 0,0 Y 3,49	INSATISFACTORIA	MENOR AL 70%
PUNTAJE TOTAL ENTRE 3,50 Y 5,0	SATISFACTORIA	IGUAL O SUPERIOR AL 70%

Se obtiene como resultado entonces una calificación de la gestión de mi Gerencia para el periodo evaluado vigencia 2024 de CUATRO PUNTO CUARENTA Y NUEVE (4.49). Dentro de la escala de resultados este valor se encuentra superior al 70 % lo que clasifica la gestión como satisfactoria.

Presentado por:

GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZÁLEZ
Gerente
ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Marzo 31 de 2025