

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

IV TRIMESTRE DE 2025

1

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

Tunja marzo de 2026



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



8-7405030



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

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



SC-CER906254 SA-CER980814 OS-CER599527
ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

1. OBJETIVO

Verificar el nivel de cumplimiento en las metas planteadas por cada uno de los planes operativos vigentes, derivados del Plan de Desarrollo «SAN RAFA ALMA VIDA Y CORAZÓN». Para el cuarto trimestre del 2025.

2. ÁREAS / PROCESOS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

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

2

OFICINA ASESORA DE DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN

Docencia Servicio, Investigación

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

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

OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

Gestión Calidad, Gestión Información, Direccionamiento Estratégico

3. METODOLOGÍA

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

4. INTRODUCCIÓN

En concordancia con el Acuerdo No. 12 del 13 de junio de 2024, se aprueba el Plan de Desarrollo denominado «San Rafa, alma, vida y corazón» para el periodo 2024–2027, junto con la Plataforma Estratégica de la entidad, en la cual se enmarcan la misión, visión, objetivos institucionales y líneas estratégicas. Dicho plan tiene como propósito atender de manera óptima las necesidades del Departamento de Boyacá y de la comunidad, bajo el principio de articulación con las políticas nacionales y sectoriales. Su formulación se fundamenta en los pilares del Sistema Único de Acreditación, establecidos en la Resolución 2082 de 2014, entre los cuales se destacan: atención centrada en el usuario, gestión clínica excelente y segura, humanización de la atención, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, transformación cultural permanente y responsabilidad social en salud.

Asimismo, mediante la Resolución 357 de 2025, la entidad modifica el artículo 3 de la Resolución 330 del 1° de agosto de 2024, adoptando la versión actualizada del organigrama funcional de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, como estrategia de apoyo al funcionamiento institucional basado en procesos orientados al cumplimiento de su misionalidad. De igual manera, se expide la Resolución 559 de 2024, «Por medio de la cual se deroga la Resolución 222 de 2021 y se definen los mecanismos de planeación, evaluación y rendición de informes de gestión en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja». En su artículo 5 se establece la evaluación de los planes operativos por parte de la Oficina de



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



8-7405030



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



Control Interno, con base en la autoevaluación remitida en cada periodo. Esta dependencia debe verificar los soportes y evidencias de todos los planes operativos, definir la calificación y la semaforización definitiva, y rendir informe escrito a la Gerencia, con copia a las Subgerencias de Servicios de Salud, Administrativa y Financiera, así como a la Oficina Asesora de Desarrollo y Servicio

5. RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO CUARTO TRIMESTRE DEL 2025 DEL PLAN OPERATIVO ANUAL:

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

3

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

Fuente: Resolución 559 de 2024

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

PLAN OPERATIVO ANUAL 2025			
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 99%	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD 100%	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIO 100%	OFICINA ASESORA DE DOCENCIA SERVICIO E INV 82%
<ul style="list-style-type: none"> Gestión Talento Humano 100% Gestión Financiera 98% Gestión Jurídica 95% Gestión Servicios de Apoyo 100% Gestión Recursos Físicos 100% 	<ul style="list-style-type: none"> Atención Urgencias 100% Atención Hospitalaria 99% Atención Ambulatoria 100% Quirofano 100% Seguridad del Paciente 100% Apoyo Diagnóstico 100% Apoyo Terapéutico 100% Gestión Farmacéutica 100% Gestión Preventiva y Predictiva 100% Sistema de Información y Atención al Usuario 100% Enfermería 100% 	<ul style="list-style-type: none"> Gestión Calidad 99% Gestión Información 100% Direccionamiento Estratégico 100% 	<ul style="list-style-type: none"> Docencia Servicio 75% Investigación 88%
			4to Trimestre 98%

Fuente: Herramienta POA cuarto trimestre 2025

6. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

6.1 GESTIÓN TALENTO HUMANO

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

Eje 3 «Humanización en la atención en salud» cuya actividad es «Implementación del programa de humanización en sus líneas SENTIR y AMAR para cliente interno».

Eje 6 «Transformación Cultural permanente» que presenta las actividades «Realizar y ejecutar plan trabajo para diligenciamiento de matrices de planeación de talento humano», «Implementar Manual plan de talento humano» y «Realizar actividades contempladas en el plan de capacitación y plan de bienestar para el cumplimiento del programa estratégico de gestión del talento humano».

Eje 7 «Responsabilidad Social» con la actividad «Implementar plan de acción de Seguridad y Salud en el Trabajo para el mantenimiento de la certificación ISO 45001:2018».

4

A continuación, se observa la medición de los indicadores

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE	ESTADO
Implementación del programa de humanización en sus líneas SENTIR y AMAR para cliente interno	Plan para el despliegue del programa de humanización	Plan de trabajo	1	N/A	N/A
	Cumplimiento del plan para el despliegue del programa de humanización	Número de actividades realizadas/ Número de actividades programadas *100	90%	100%	CUMPLE
Realizar y ejecutar plan trabajo para diligenciamiento de matrices de planeación de talento humano	Cumplimiento del plan de trabajo para planeación del talento humano	Actividades realizadas / Actividades programadas	100%	N.A	N.A
Implementar Manual plan de talento humano	% cumplimiento en la planeación del Talento Humano	Número de personal contratado / total de personal requerido	70%	100%	CUMPLE
Realizar actividades contempladas en el plan de capacitación y plan de bienestar para el cumplimiento del programa estratégico de gestión del talento humano	Cumplimiento a plan de capacitación y plan de bienestar	Número de actividades realizadas/ Número de actividades programadas *100	90%	100%	CUMPLE
Implementar plan de acción de Seguridad y Salud en el Trabajo para el mantenimiento de la certificación ISO 45001:2018	Implementación del plan de acción de seguridad y salud en el trabajo	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas *100	90%	100%	CUMPLE

6.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para su medición cuenta con 6 indicadores

PLAN PARA EL DESPLIEGUE DEL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN

El cumplimiento de esta actividad estaba programado para ejecutarse en el primer trimestre mediante la presentación del Plan de Trabajo de Humanización, que incluye el cronograma de humanización del cliente interno 2025. Dicho plan está conformado por las líneas de acción AMAR y SENTIR. Por lo tanto, su evaluación no aplica para este trimestre.

CUMPLIMIENTO DEL PLAN PARA EL DESPLIEGUE DEL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN

Durante el cuarto trimestre, el área de Talento Humano presentó Informe de Sensibilización en Humanización – IV Trimestre con avances significativos en el despliegue del Programa de Humanización, evidenciados en las siguientes acciones:

* **Publicidad política y líneas de humanización:** Se desarrolló de actividades teórico-prácticas, dinámicas y lúdicas que fomentan la reflexión y recordación, Difusión de información a través de los grupos institucionales de WhatsApp y medios visuales internos (pantallas junto a los ascensores) y Socialización en jornadas educativas relacionadas con la política de humanización.

* **Campaña de salud mental y manejo de emociones:** Incluye actividades de sensibilización en salud mental y Jornadas reflexivas en diferentes áreas de la institución, con participación de colaboradores administrativos y asistenciales.

* **Socialización de la política de humanización:** A través de Inducción a los nuevos colaboradores sobre la política de humanización y sus líneas AMAR y SERVIR y Ejercicios participativos que refuerzan la recordación de los 5 pasos para la humanización en la atención.

* **Atenciones psicosociales:** Con intervenciones orientadas a situaciones personales y laborales que afectan el clima organizacional, desempeño y salud mental, en las cuales se realizaron 78 atenciones psicosociales: 15 en la oficina de orientación psicosocial, 48 con Iolavorando, 15 con Tempolab.

* **Seguimiento de casos especiales:** Para el periodo se presentaron 2 incapacidades superiores a 10 días con acompañamiento desde Seguridad y Salud en el Trabajo y 1 caso de salud mental con incapacidad de 2 días, atendido y acompañado por psicología.

* **Sensibilización y psi coeducación en prevención del riesgo psicosocial:** Se realizaron talleres y capacitaciones sobre estrés, acoso y derechos laborales y se implementaron estrategias para fomentar bienestar, mejorar el clima laboral y fortalecer la gestión emocional en el trabajo.

* **Desarrollo de competencias para la humanización en la atención:** Se puso en práctica el curso virtual "Colaboradores competentes para SUMERCE", con dos módulos de humanización, a 31 de diciembre participaron 1.076 colaboradores, con calificación satisfactoria.

* **Bienestar y calidad de vida:** Se desarrolló el plan de bienestar laboral orientado a mejorar la calidad de vida de los colaboradores, destacando las siguientes actividades: Conmemoración del Día de las Profesiones, Felicitación y detalle personalizado en cumpleaños, Promoción de hábitos saludables, Actividades familiares para fortalecer vínculos.

* **Infraestructura humanizada:** En la vigencia se realizaron mejoras continuas en instalaciones y adecuación de puestos de trabajo para garantizar comodidad y seguridad laboral.

* **Boletín institucional:** Se realiza socialización de la política de humanización y seguimiento de factores de riesgo psicosocial a través de la publicación del Boletín No. 39, en el que se promueve entornos laborales saludables y seguros.

* **Acompañamiento en el duelo:** Se brinda apoyo a colaboradores por pérdida de familiares de primer grado, envío de tarjeta, mensaje de acompañamiento, servicio de psicología y arreglo floral, en coordinación con Tempolab e Iolavorando.

5



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



8-7405030



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



En conclusión, las acciones realizadas en el cuarto trimestre reflejan el compromiso institucional con la consolidación de una cultura de atención humanizada, fortaleciendo el bienestar, la salud mental y la calidad de vida de los colaboradores.

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO PARA PLANEACIÓN DEL TALENTO HUMANO

El cumplimiento de esta actividad estaba previsto para el primer trimestre, mediante la presentación de dos planes de trabajo, actas de reunión, matrices de planeación (asistencias y administrativas) y actas de asistencia a las actividades propuestas. Sin embargo, esta obligación no aplica para el trimestre actual.

% CUMPLIMIENTO EN LA PLANEACIÓN DEL TALENTO HUMANO

Durante el IV trimestre, se verifica en el software de la institución ALMERA, donde se evidencia la implementación del manual TH-M-07, así mismo se observa cumplimiento del indicador de trazabilidad 2233 " Porcentaje acumulado de cumplimiento en la planeación del talento humano "en un 93,38% lo que representa un cumplimiento satisfactorio del indicador, garantizando la suficiencia de talento humano asistencial y administrativo, superando la meta definida del 90% información que corresponde al reporte de octubre a diciembre, se recomienda al proceso cargar todas los soportes que permitan determinar su cumplimiento.

CUMPLIMIENTO A PLAN DE CAPACITACIÓN Y PLAN DE BIENESTAR

Como evidencia para el segundo semestre el área de Talento Humano presenta informe POA, Numeral 3. Actividades capacitación y bienestar, del programa estratégico de gestión del talento humano, en el cual se observa:

* **Ejecución cronograma Bienestar:** Se anexa el cronograma de bienestar II semestre, en el cual se integran las actividades del personal de planta y las empresas Temporales, con 65 actividades programadas para el periodo evaluado, con cumplimiento del 98,4%, evaluando la ejecución y la satisfacción de actividades, así:

* **Porcentaje de cobertura del plan de bienestar del personal de planta:** "Indicador 1438, verificado en Almera, presenta un nivel de cumplimiento de 82,66%, superando ampliamente la meta establecida del 70%. No obstante, se evidencia que la ejecución de las actividades de bienestar programadas se concentra principalmente en el segundo semestre del año. Esta situación limita la cobertura del 100% del tiempo durante la vigencia 2025 para el personal de planta, y afecta la continuidad de las diferentes acciones de bienestar a lo largo del año.

* **Ejecución de las actividades de bienestar:** Se observan evidencias de las siguientes acciones realizadas: Curso pintura al óleo, Cursos de cocina, Caminatas ecológicas en el perímetro de la ciudad de Tunja, Torneo de bolos, Curso de natación, Vacaciones Recreativas hijos de los trabajadores, entre otros.

* **Porcentaje de cobertura del plan de bienestar de terceros (CPS y Temporales):** "Indicador 2390 Empresas tercerizadas; (Córese, Vinculamos/Lavandería, Semcol, Servicios Generales, Cardioped, Iolavorando, Tempolab y CPS, reflejando la articulación con los terceros para la gestión de las actividades de bienestar de los colaboradores de la entidad, con cumplimiento del 99,58%, la meta del indicador es de 60%.

* **Encuesta de satisfacción bienestar II semestre:** Para el indicador de satisfacción se tomaron las respuestas positivas "satisfecho" y "muy satisfecho", tomando una población de 2,408 funcionarios,



obteniendo respuesta de 1,034 funcionarios, con las siguientes respuestas: Muy satisfecho: 478 respuestas (46%), Satisfecho: 466 respuestas (45%), Ni satisfecho ni insatisfecho: 70 respuestas (6,8%), Insatisfecho: 16 respuestas (1,5%), Muy insatisfecho: 4 respuestas (0,38%)., lo que representa una satisfacción del 92%,

* **Ejecución cronograma capacitación:** Se anexa el cronograma de ejecución 2025, en los componentes del plan Nacional de Bienestar, eje de acreditación, y promesa de valor SUMERCE, en el cual se integran la actividades del personal de planta y las empresas Temporales, con 361 actividades programadas para el II trimestre, con cumplimiento del 97%, evaluando la ejecución y la satisfacción de actividades, así:

-Porcentaje de cobertura del plan de capacitación institucional personal de planta " indicador 1437, verificado en Almera, alcanza un cumplimiento del 100%, con meta de indicador es 70%, En el segundo semestre se llevó a cabo el plan de capacitación dirigido al personal de planta, en las siguientes temáticas: Soporte vital básico, Soporte vital avanzado, Violencia sexual, Gestión del duelo, Cuidado del donante, Toma de muestras, Reanimación neonatal (Adjuntan evidencias),

-Porcentaje de cobertura del plan de capacitación institucional del personal vinculado en modalidad de terceros (CPS y Temporal) y estudiantes (Si aplica) "Indicador 2388 incluye la participación de empresas tercerizadas Coresmed, Vinculamos/Lavandería, Semcol, Servicios Generales, Cardioped, Iolavorando, Tempolab y CPS, reflejando la articulación con los terceros para la gestión de las actividades de bienestar de los colaboradores de la entidad, con cumplimiento del 99,78% , la meta del indicador es 50%, adicionalmente realizan evaluación del cumplimiento a metas de los indicadores impactados por plan de formación, indicador 2392 con cumplimiento de 90,91% y Porcentaje de aprendizaje actividades de capacitación, indicador 2391, con cumplimiento del 99,58% .

* **Encuesta de satisfacción de capacitación segundo semestre:** Para el indicador de satisfacción se tomaron las respuestas positivas "De acuerdo" y "Totalmente de acuerdo", lo que arroja una satisfacción del 92%. La meta del indicador es de 80%.

IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Durante el IV trimestre de la vigencia 2025 se presentó el informe de seguimiento del Plan de Trabajo Anual 2025, en el cual se evaluó el cumplimiento del cronograma establecido en el formato SST-F-43 del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo. Dicho cronograma contempló las actividades programadas y ejecutadas, alcanzando un nivel de cumplimiento del 92%. Este resultado corresponde al 100% respecto a la meta definida para el periodo evaluado.

El informe incluye además una exposición y un análisis detallado de la ejecución de actividades por programa. Para ello, se dispone de carpetas con evidencias que respaldan el desarrollo de dichas actividades, tales como informes, actas, listas de asistencia, registros fotográficos y otros documentos de soporte.

El informe incluye además una presentación y un análisis detallado de la ejecución de actividades por programa. Se cuenta con carpetas que contienen evidencias del desarrollo de dichas actividades, tales como informes, actas, listas de asistencia, registros fotográficos y otros documentos de soporte. No obstante, se deja constancia de las debilidades identificadas en el plan de trabajo formulado por el subproceso, las cuales deberán ser revisadas y ajustadas con el fin de mejorar la efectividad en futuras ejecuciones.

7



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



8-7405030



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



6.1.2 RECOMENDACIONES

- En lo referente a evaluación y seguimiento al cumplimiento de indicadores se recomienda aportar las evidencias necesarias para realizar verificación de las fuentes de información y su cumplimiento.
- Se identificó que el indicador en Almera denominado "Cumplimiento del plan para el despliegue del programa de humanización" no ha sido actualizado. Se recuerda que la evaluación de los indicadores debe registrarse en el sistema Almera, con el fin de garantizar la trazabilidad de los resultados y dar cumplimiento a los requisitos establecidos para los procesos de acreditación. En este sentido, se sugiere convocar una mesa de trabajo para analizar la pertinencia y necesidad de implementar dicho indicador.

8

6.2 PROGRAMA DE GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

El plan operativo del proceso de gestión financiera para el año 2025; señala las directrices de seguimiento y medición para el cumplimiento del Eje 4 Plan de Desarrollo denominado "Gestión del riesgo", por medio de la estrategia de Fortalecimiento de la política institucional del uso eficiente de los recursos con el fin de incrementar la productividad a través de la optimización de la capacidad instalada, que contribuya al equilibrio financiero en la entidad, con una meta de cumplimiento del indicador del 80% para el año 2025.

ACTIVIDAD	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE	ESTADO
Socializar a nivel directivo el comportamiento de las glosas y devoluciones	Informe presentado	Producto Informes presentados	1	100%	CUMPLE
Participar en mesas circular 030 Supersalud	Participación en mesas convocadas	Número de sesiones en las que se participó / Número de mesas convocadas	100%	100%	CUMPLE
Presentar informe de facturación mensual	Informe presentado	Producto Informes presentados	3	100%	CUMPLE
Presentar informe de comportamiento financiero a comité Directivo	Informes presentados	Producto Informes presentados	0.90	90%	CUMPLE

6.2.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

INFORME PRESENTADO: Informe del comportamiento de las glosas y devoluciones

Como soporte la responsable aporta informe de auditoría del cuarto trimestre de 2025, radicado por correo electrónico el día 17 de febrero dirigido a gerencia y subgerencia administrativa y financiera. en este informe se realiza un análisis de la auditoria concurrente, auditoria pre facturación, auditoría de cuentas médicas (incluye avances de gestión a glosas y devoluciones) y planes de mejora. El informe fue socializado a comité directivo el día 24 de febrero de 2026.

Se registra el cumplimiento del indicador, confirmando que la meta se alcanzó satisfactoriamente.

PARTICIPACIÓN EN MESAS CONVOCADAS: Participación en mesas circular 030 Supersalud

Para el cuarto trimestre el proceso aporta como evidencia: circular 259 de convocatoria y cronograma de participación en la cuarta mesa circular 030 con cronograma para la entidad los días 5 al 13 de Noviembre de 2025, con 9 entidades, actas de asistencia con 9 ERP (Cajacopi, coosalud, famisanar, sanitas, Gobernación de Boyacá, compensar, nueva eps, salud total, sura). Cabe destacar que con Famisanar se hizo acuerdo de pago y el documento aportado correspondiente al régimen subsidiado esta sin firma de analista de famisanar ni del garante de la secretaria de salud. Las actas aportadas como evidencia están firmadas por el garante de salud, el representante de la ERP y de la EBP en donde se establecen compromisos de conciliación o pago. La meta del indicador se considera cumplida al garantizar la asistencia a la totalidad de las ERP programadas por la Secretaría de Salud de Boyacá.

9

Se da cumplimiento a la meta del indicador con la participación en mesas de trabajo citadas por parte del HUSRT y por los acuerdos de pago gestionados.

INFORME PRESENTADO: Informe de facturación mensual

El proceso aportó como soporte (3) listados de asistencia a reunión de socialización y presentación correspondientes al informe de gestión del proceso de facturación de octubre, noviembre y diciembre 2025, presentados a gerencia, directivos y líderes del proceso dando cumplimiento a la meta del indicador para el IV trimestre.

Se insiste en la recomendación realizada en trimestres anteriores de ajustar la periodicidad del seguimiento, dado que actualmente se encuentra establecida como trimestral, mientras que el indicador correspondiente exige una medición mensual. Asimismo, se recomienda ajustar la evidencia, ya que en la actualidad se señala como el radicado del informe el cual no es aportado los soportes.

Se da cumplimiento a la elaboración, presentación y socialización del informe por lo tanto cumple con la meta del indicador para el IV trimestre.

INFORMES PRESENTADOS: Presentar informe de comportamiento financiero a comité Directivo

El responsable aporta presentación y listado de asistencia a comité directivo con el objeto de socializar informe de comportamiento financiero a diciembre y presentación de estados financieros.

Está Pendiente el acta del comité directivo que se está diligenciando.

Con las evidencias aportadas **se da cumplimiento a la meta en el 90%** con el compromiso de aportar el acta de comité directivo de carácter inmediato

6.2.2 RECOMENDACIONES

- Se reitera la necesidad de revisar los porcentajes de meta trimestral y anual en la formulación respecto del periodo evaluado y la meta anual en especial en la actividad del informe de facturación mensual.
- Vincular los resultados financieros con la estrategia del plan de desarrollo.
- Continuar dando cumplimiento a las socializaciones del comportamiento de la glosa y devoluciones y el comportamiento financiero, así mismo continuar con la participación en las mesas de la circular 030 convocadas por Supersalud.



- Respecto a las actas de comité directivo que sirven como soportes estos requieren un proceso de redacción, revisión y aprobación que puede extenderse en el tiempo, esta demora afecta la disponibilidad de evidencia oportuna para el proceso de verificación. Se ha evidenciado que la dependencia exclusiva de las actas como soporte limita la capacidad de cumplir con los plazos establecidos.

6.3 GESTIÓN JURÍDICA

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

10

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

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	RESULTADO 4to TRIMESTRE	ESTADO
Dar respuesta oportuna a los derechos de petición que llegan a la oficina jurídica	Gestión de derechos de petición	Número de derechos de petición contestados en tiempo / Número de derechos de petición radicados *100	100%	89%	NO CUMPLE
Dar respuesta oportuna a todas las acciones de tutela que llegan a la oficina jurídica	Porcentaje de acciones de tutela atendidas	Número de Acciones de Tutela atendidas en el término legal / Numero de Acciones de Tutela notificadas	100%	97,2%	NO CUMPLE
Actualizar Manual para la formulación e implementación de la política de prevención del daño antijurídico	Manual actualizado	Producto Manual actualizado	1	1	CUMPLE

6.3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

INDICADOR 1482 -GESTIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN

Durante el cuarto trimestre la oficina de control interno, realiza una revisión del indicador 1482, y una verificación tanto de las carpetas físicas como de la información que reposa en la matriz OAJ-F-07, evidenciado que durante el cuarto trimestre se presentaron 84 derechos de petición, de los cuales 7 se contestaron fuera de termino, y dos, con términos vencidos aun no tenían respuesta. por lo tanto, tal y como esta formulado el indicador, este No cumple la meta establecida del 100%. De igual forma, el profesional de Control Interno considera necesario reformular el indicador, ya que en su estado actual mide únicamente que se entregue respuesta a las peticiones radicadas en la entidad, pero no evalúa la oportunidad en dicha respuesta. En este sentido, la fórmula debería establecerse como:

$$\frac{\text{Número de derechos de petición contestados en tiempo}}{\text{Número de derechos de petición radicados}} \times 100$$

Quedando acorde a lo establecido en el Plan Operativo Anual - POA

INDICADOR 1483 - PORCENTAJE DE ACCIONES DE TUTELA ATENDIDAS

Una vez revisada la matriz OAJ-F-08 -Registro de acciones de Tutela- correspondiente al cuarto trimestre se evidenció que durante este periodo se radicaron 235 acciones constitucionales, la oficina de control interno encontró cinco (5) acciones de tutela con respuesta extemporánea. De la misma forma, se revisa el indicador 1483 - Porcentaje de acciones de tutela atendidas- encontrando que la medición realizada por el proceso de jurídica no coincide con lo encontrado por la oficina de control interno. Por tal razón, se considera que no se da cumplimiento a la meta establecida que corresponde al 100%.

11

MANUAL ACTUALIZADO

El cumplimiento de la meta se encontraba establecido para el segundo trimestre de 2025, sin embargo, el proceso no logró su cumplimiento, realizando la actualización del Manual para la Formulación e Implementación de la Prevención del Daño Antijurídico, el cual incluye el plan de acción del proceso, en el mes de agosto y la publicación en el sistema de gestión integral el 17 de diciembre de 2025.

6.3.2. RECOMENDACIÓN

Se sugiere al proceso ajustar la formula del indicador 1482- Gestión derechos de petición- con el fin de medir la oportunidad en la respuesta y dejarla acorde a lo establecido en el Plan Operativo Anual.

6.4 GESTIÓN SERVICIOS DE APOYO

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

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

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

6.4.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para su medición cuenta con dos indicadores que tienen periodicidad trimestral

COBERTURA DE SOCIALIZACIÓN DE LINEAMIENTOS Y POLÍTICAS INSTITUCIONALES AL PERSONAL DE SERVICIOS DE APOYO (VIGILANCIA, LAVANDERÍA, ALIMENTACIÓN, SERVICIOS GENERALES)

Durante el periodo evaluado se realizó la verificación, a través del software Almera, del Indicador 2324: "Cobertura de socialización de lineamientos y políticas institucionales al personal de servicios de apoyo (Vigilancia, Lavandería, Alimentación, Servicios Generales)".

La evaluación se aplicó al personal colaborador de las empresas contratistas que prestan servicios de apoyo en la E.S.E. HUSRT. En este proceso participaron coordinadores y supervisores de dichas empresas, quienes, desde su rol, son responsables de valorar la adherencia y cumplimiento de los protocolos institucionales. El análisis permitió identificar un total de 207 colaboradores contratados, incluyendo supervisores y coordinadores.

12

Como resultado, el indicador alcanzó un cumplimiento trimestral del 100 %, superando ampliamente la meta establecida del 60 % acumulado para el cuarto trimestre.

Se recomienda al proceso responsable cargar en el sistema todos los soportes documentales que evidencien y respalden el cumplimiento del indicador.

CONOCIMIENTO DE PERSONAL DE SERVICIOS DE APOYO EN CUANTO A LINEAMIENTOS Y POLÍTICAS DE LA ENTIDAD

Durante el cuarto trimestre de 2025 se realizó la verificación en el software Almera del Indicador 2325: "Conocimiento del personal de servicios de apoyo relacionado con los lineamientos y políticas institucionales de la E.S.E.".

La evaluación se centró en medir el nivel de conocimiento del personal colaborador de las empresas contratistas que prestan servicios de apoyo en la E.S.E. HUSRT. En el proceso participaron coordinadores y supervisores, con énfasis en la aplicación del protocolo de lavado de manos.

En total, fueron evaluados 207 trabajadores, de los cuales 200 obtuvieron resultados favorables.

Conclusión: El indicador cumple con la meta establecida y refleja una tendencia positiva frente a los trimestres anteriores, alcanzando un 96,62% de cumplimiento, frente a la meta definida del 75%.

Se recomienda al proceso responsable cargar todos los soportes documentales que permitan evidenciar y respaldar el cumplimiento del indicador.

6.4.2 RECOMENDACIONES

En lo referente a evaluación y seguimiento al cumplimiento de indicadores se recomienda aportar las evidencias necesarias para realizar verificación de las fuentes de información y su cumplimiento.

6.5 GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS

"El plan operativo del proceso de gestión de recursos físicos se articula con los ejes 4 «Gestión del Riesgo», 5 «Gestión de la Tecnología» y 7 «Responsabilidad Social».

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



ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE	ESTADO
Realizar adecuaciones a infraestructura que impacte en la mejora de la prestación de servicios	Resolución de necesidades prioritizadas en comité de infraestructura	Número de adecuaciones ejecutadas / Total de necesidades prioritizadas por el comité de infraestructura	>90%	100%	CUMPLE
Elegir y/o diseñar los indicadores para monitorear el impacto del ambiente físico en la privacidad, comodidad y respeto (Indicadores de vulneración de derechos)	Indicadores definidos	Producto Indicadores definidos	1	100%	CUMPLE
Documentar Manual de obra para la construcción y Adecuación de ambientes humanizados	Manual de obra para la construcción y Adecuación de ambientes humanizados	Producto Manual Vigente en Software	1	100%	CUMPLE
Diligenciar matriz de priorización tecnológica	Documento matriz de priorización tecnológica	Producto Matriz de priorización tecnológica Producto Indicadores con medición	1	N/A	N/A
Establecer y realizar medición de indicadores de obsolescencia, tiempo de paradas y satisfacción de usuarios	Indicadores con medición	Producto Indicadores con medición	3	100%	CUMPLE
Ejecutar mantenimientos preventivos programados	Porcentaje de Ejecución de Plan de Mantenimiento Preventivo, Biomédica	Numero de Mantenimientos Preventivos realizados / Total de Mantenimientos Preventivos programados en el mes *100	90%	100%	CUMPLE
Documentar Programa de aseguramiento metrológico	Programa de aseguramiento metrológico documentado	Producto Documento programa de aseguramiento metrológico	1	N/A	N/A
Realizar proceso de confirmación metrológica a los equipos susceptibles de calibración o calificación para realizar liberación de producto o plan de acción según corresponda	Equipos con proceso de confirmación metrológica	Equipos con proceso de confirmación metrológica/ Equipos susceptibles de calibración o calificación	>95%	100%	CUMPLE
Implementar plan de formación para el uso adecuado de equipos biomédicos	Cobertura plan de formación	Cantidad total de personal asistencial capacitado / Cantidad total de personal objeto de la capacitación	60%	100%	CUMPLE



Realizar el balance del estado de la dotación de los equipos biomédicos por servicios con el propósito de establecer las necesidades y optimizar su eficiencia	Balance del estado de la dotación de equipos biomédicos	Producto Balance del estado de la dotación de equipos biomédicos	1	100%	CUMPLE
Realizar campaña dirigida al ahorro energético	Número de campañas dirigidas al ahorro energético	Total, de campañas realizadas dirigidas al ahorro energético	1	N/A	N/A
Puesta en funcionamiento de paneles solares	Porcentaje de conversión a energías alternativas	% de energía alternativa consumida /% de energía total consumida	20%	17%	NO CUMPLE
Realizar jornada de reforestación vinculando al personal que labora en la institución	Número de jornadas de reforestación	Total, jornadas de reforestación	1	100%	CUMPLE
Implementar Plan de Formación generando una mayor la efectividad	Eficacia de capacitaciones	Acciones correctivas eficaces /Total de acciones correctivas levantadas	80%	100%	CUMPLE

14

6.5.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

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

NÚMERO DE ADECUACIONES EJECUTADAS / TOTAL DE NECESIDADES PRIORIZADAS POR EL COMITÉ DE INFRAESTRUCTURA INDICADORES DEFINIDOS

Al cierre del IV trimestre, el subproceso aporta como evidencia la carpeta «Recursos físicos», subcarpeta «Ambiente físico», la cual contiene los siguientes documentos:

Acta de reunión POA – «Actividades POA cuarto trimestre de 2025»: En este documento se registra la priorización de las acciones a realizar durante el periodo, las cuales se detallan a continuación:

- Adecuación del cuarto de patología para coloraciones.
- Habilitación de cuartos de aislamiento en urgencias pediátricas.
- Adecuación de la oficina y sala de reuniones IAMI.

Nota: El acta se encuentra debidamente suscrita por el referente del subproceso de Gestión de Ambiente Físico y el Subgerente Administrativo y Financiero.

Informe POA IV Trimestre 2025: Este documento indica que se ejecutaron en su totalidad las tres acciones priorizadas en la reunión mencionada anteriormente. Se anexan registros fotográficos que documentan el estado final de las intervenciones realizadas.

Con base en la documentación presentada, se verifica el cumplimiento de la meta establecida para el cuarto trimestre del año 2025.

Se recomienda formalizar el seguimiento de este indicador a través de la plataforma ALMERA, con el propósito de garantizar la medición y trazabilidad del POA.

INDICADORES DEFINIDOS

Como evidencia para la evaluación del cuarto trimestre de 2025, el referente del subproceso reportó la creación del indicador 2608: «Satisfacción del cliente interno relacionada con el ambiente físico».

Tras la verificación en la plataforma ALMERA, se constató que el indicador se encuentra debidamente registrado y cuenta con su ficha técnica definida. Con la documentación aportada, se da cumplimiento a la meta establecida para la vigencia 2025.

MANUAL DE OBRA PARA LA CONSTRUCCIÓN Y ADECUACIÓN DE AMBIENTES HUMANIZADO

El referente del subproceso presentó, como parte de la evidencia para el cuarto trimestre de 2025, el registro y la activación del documento GAF-M-01: «Manual de Obra». Dicha información fue verificada en la plataforma ALMERA, constatando su vigencia.

Con base en la documentación aportada, se da cumplimiento a la meta establecida para el indicador en el IV trimestre de 2025

DOCUMENTO MATRIZ DE PRIORIZACIÓN TECNOLÓGICA

Para el cuarto trimestre de 2025, este indicador no es sujeto de evaluación directa, dado que su periodicidad está definida como «Anual / Segundo trimestre».

No obstante, como soporte al seguimiento del cuarto trimestre de 2025, el referente del subproceso aportó la carpeta «Recursos físicos», subcarpeta «Gestión Tecnología Biomédica», la cual contiene el archivo «Matriz de obsolescencia». El avance en el diligenciamiento de dicha matriz se encuentra debidamente registrado en el informe de seguimiento POA del segundo trimestre de 2025.

Con la evidencia presentada, el subproceso garantiza el cumplimiento de la meta para la vigencia actual.

INDICADORES CON MEDICIÓN

El referente del subproceso no presentó evidencias respecto a la ficha técnica de los indicadores, sin embargo al verificar la información en la plataforma ALMERA, se constató el estado de cada uno de ellos encontrando lo siguiente:

- Indicador 2498 « Porcentaje de obsolescencia de tecnologías biomédicas», cuenta con ficha técnica, no obstante, no se encontró análisis de este indicador.
- Indicador 24 99 « Porcentaje de satisfacción del personal asistencial ante las tecnologías biomédicas involucradas en el desarrollo de sus actividades» cuenta con ficha técnica. , sin embargo el número de encuestas reportadas para el cuarto trimestre fue de 5, lo cual no es una muestra representativa del personal asistencial de la entidad, por tanto el indicador no muestra medición real. Se recomienda al subproceso aumentar el número de encuestas.
- Indicador 2493 «Tiempo promedio de parada de tecnologías biomédicas (Mantenimiento Preventivo), Sede Principal» cuenta con ficha técnica

De acuerdo con la revisión efectuada a los indicadores mencionados, se encontró que cuentan con ficha técnica, dando cumplimiento a la meta del indicador.

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DE PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, BIOMÉDICA

El referente del subproceso informó que los datos se encuentran registrados en la plataforma ALMERA, bajo el indicador 1048: «Porcentaje de ejecución del plan de mantenimiento preventivo de tecnologías



biomédicas». Tras verificar la información en dicha plataforma, se consolidaron los siguientes resultados para el trimestre:

- Octubre: De 249 mantenimientos programados, se ejecutaron 225 (90.36%).
- Noviembre: De 213 mantenimientos programados, se ejecutaron 192 (90.14%).
- Diciembre: De 231 mantenimientos programados, se realizaron 208 (90.04%).

El promedio alcanzado en el trimestre fue del 90.18%, cifra que se sitúa por debajo de la meta establecida del 95%. Por consiguiente, no se dio cumplimiento al objetivo para el cuarto trimestre de 2025.

Recomendación: Es necesario unificar los criterios de evaluación, dado que existe una discrepancia entre la meta de la ficha técnica en ALMERA ($\geq 95\%$) y la definida en la herramienta POA (90%)

16

PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO METROLÓGICO DOCUMENTADO

Para el cuarto trimestre de 2025, el referente del subproceso suministró la carpeta de «Recursos físicos», la cual contiene la sección de «Gestión de Tecnología Biomédica». Dentro de esta, se localizó el archivo «Confirmaciones metrológicas» con los informes debidamente diligenciados en el formato IB-F-32: «Confirmación Metrológica de Tecnologías».

Dichos registros corresponden a las intervenciones realizadas a diversos equipos durante el segundo semestre del año. Se verificó que el formato utilizado se encuentra registrado y vigente en la plataforma ALMERA. Con la presentación de estos soportes, se valida el cumplimiento de la meta del indicador para el segundo semestre de 2025

EQUIPOS CON PROCESO DE CONFIRMACIÓN METROLÓGICA

Como evidencia del cumplimiento a la ejecución de este indicador para la vigencia 2025, en este cuarto trimestre el referente del subprocesos presento la carpeta «Recursos físicos», la cual contiene la sección de «Gestión Tecnología Biomédica». Dentro de esta, se localizó el archivo «Informe de metrología» en el cual se presenta la confirmación metrológica, así como el plan de actividad metrológica a ejecutar en 596 equipos en el cronograma establecido para el 2025, de estos se realizaron 568 confirmaciones metrológicas, lo que correspondes al 95,30 % del total planificado.

Con el informe presentado y los datos aportados se da cumplimiento a la meta del indicador formulada para la vigencia 2025

COBERTURA PLAN DE FORMACIÓN

El referente del subproceso presentó la carpeta «Recursos Físicos», específicamente la subcarpeta «Gestión Tecnología Biomédica», la cual contiene la documentación soporte del periodo: informes de capacitación, el formato TH-F-15 (Capacitaciones Segundo Semestre 2025), el formato TH-F-103 (Talento Humano Capacitaciones) y las respectivas listas de asistencia.

Del análisis de dicha documentación, se desprenden los siguientes resultados para el cuarto trimestre de 2025:

- Ejecución del Plan de Formación

Se programaron actividades de capacitación dirigidas al personal asistencial en el marco del Plan de Formación en Tecnología Biomédica. De las sesiones previstas, se ejecutaron satisfactoriamente 13 actividades, lo que representa un cumplimiento del 92.86%.



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



8-7405030



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



Actividad pendiente: No se realizó la capacitación en Imágenes Diagnósticas (enfocada en desfibriladores, monitores y ecógrafos) debido a la falta de concertación en la planeación con el personal asistencial.

➤ Cobertura y Participación

La cobertura de asistencia alcanzó un 60.11%, superando por un margen mínimo la meta establecida del 60%. Aunque se cumple técnicamente con el indicador, se observa una participación apenas básica por parte del personal.

Se identificaron los servicios con menor porcentaje de cobertura: UCI Adulto: ~20%;

Hospitalización Adulto (Sexto Norte y Sur): 30%; Consulta Externa: 50%. Como posibles causas de esta baja participación se identificaron las siguientes:

Disponibilidad limitada de los grupos primarios para asistir a las jornadas de capacitación.

Restricciones en las agendas operativas de los servicios convocados.

De acuerdo con la información verificada, se da cumplimiento a las metas del indicador del cuatro trimestre de 2025 con un 92.86% en ejecución y un 60.11% en cobertura. . No obstante, se recomienda diseñar e implementar estrategias que incentiven la asistencia del personal, especialmente en las áreas críticas identificadas, para garantizar la transferencia de conocimiento y el uso seguro de la tecnología biomédica.

17

BALANCE DEL ESTADO DE LA DOTACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS

Con corte al cuarto trimestre de 2025, el referente del subproceso presentó la carpeta de «Recursos físicos», específicamente la sección de «Gestión de Tecnología Biomédica». En ella se localizaron la «Matriz de suficiencia» del servicio de Cardiología y el informe de «Cumplimiento del programa de renovación 2025», los cuales contienen datos de los siguientes indicadores:

Indicador 2498: Porcentaje de obsolescencia de tecnologías biomédicas registradas en el sistema ALMERA (para el inicio de la línea base de medición); .Indicador 2499: Porcentaje de satisfacción del personal asistencial respecto a las tecnologías biomédicas empleadas en el desarrollo de sus actividades; (en este indicador las encuestas no son representativas) Indicador 2493: Tiempo promedio de indisponibilidad (parada) de tecnologías biomédicas en la Sede Principal.(se reporta un equipo con parada de 692 horas).. Además, dentro e los archivos no se encontró la «Tabla con estado de la tecnología biomédica», tal como se pide como evidencia en la herramienta POA.

Tras analizar la documentación suministrada, se determinó que la evidencia presentada es insuficiente para evaluar de manera integral el indicador. Por lo tanto, se concluye que no se da cumplimiento a las metas planteadas para el cuarto trimestre ni para la vigencia total del año 2025

NÚMERO DE CAMPAÑAS DIRIGIDAS AL AHORRO ENERGÉTICO

Para el IV trimestre no aplica la evaluación, debido a que la periodicidad se estableció como «anual/primer trimestre» y el subproceso en su momento presente, la carpeta «G. Recursos Físicos», subcarpeta «Ambiental», se encuentra el documento «Informe energía I trimestre.pdf». En dicho informe se señala que se llevó a cabo una campaña de ahorro de energía con el apoyo del área de Comunicaciones, la cual incluyó la divulgación de una imagen en los grupos internos y en la página de Facebook del hospital con recomendaciones (TIPS) para el uso eficiente de la energía. Adicionalmente, se instalaron stickers sobre los interruptores en todos los servicios, invitando a las personas a apagar las luces cuando no fueran necesarias.

El informe también presenta evidencias gráficas de la instalación de los stickers en diferentes áreas de la entidad, así como una diapositiva relacionada con el impacto negativo que genera el uso inadecuado del recurso energético.



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



8-7405030



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



De acuerdo con la evidencia presentada, en el primer trimestre de 2025, se concluye que se cumplió la meta del indicador correspondiente a la presente vigencia.

% DE ENERGÍA ALTERNATIVA CONSUMIDA /% DE ENERGÍA TOTAL CONSUMIDA

La referente del subproceso presenta la carpeta «Recursos Físicos», subcarpeta «G. Ambiental», en la cual se encuentran tres documentos, entre ellos el «Informe Implementación SOL PARA SANAR 2025». En dicho informe se detalla el proceso de implementación de la estrategia, cuyo objetivo es generar un ahorro económico y un impacto ambiental positivo, derivados de la puesta en marcha del sistema fotovoltaico.

Asimismo, el informe señala que para el cuarto trimestre de 2025 no se alcanzó la meta planteada, logrando únicamente el 19% de la producción energética fotovoltaica. Sin embargo, al verificar la información registrada en la plataforma ALMERA, correspondiente al indicador 2658 «Porcentaje de energía eléctrica proveniente de fuentes limpias en la institución», se encontraron las siguientes cifras reportadas:

- Octubre: 14,26%
- Noviembre: 19,33%
- Diciembre: 19,48%

Lo anterior representa un promedio de 17,69%, cifra que no concuerda con el 19% reportado en el informe.

Con base en las cifras verificadas, se evidencia el incumplimiento a la meta del indicador para el IV trimestre de 2025.

TOTAL, JORNADAS DE REFORESTACIÓN

Con corte al IV trimestre de 2025, la referente del subproceso presenta la carpeta «Recursos Físicos», subcarpeta «G. Ambiental», que a su vez contiene el documento «Informe de mantenimiento de plántulas». En este informe se incluye evidencia fotográfica y la descripción de las acciones realizadas por la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja, donde se sembraron sesenta (60) plántulas con el apoyo del personal voluntario y sus familias, en un predio del Jardín Botánico José Joaquín Camacho.

Con la evidencia presentada, se da cumplimiento a la meta establecida en el indicador para la vigencia 2025.

ACCIONES CORRECTIVAS EFICACES /TOTAL DE ACCIONES CORRECTIVAS LEVANTADA

Para el cuarto trimestre de 2025, y de acuerdo con los resultados registrados en el indicador 1370 «Eficacia del cumplimiento de acciones correctivas de gestión ambiental», en el análisis de este indicador el subproceso señala que:

« [...] se evidencia el cierre con un 100 % de cumplimiento, resultado que se explica principalmente por el fortalecimiento de las acciones implementadas en el último trimestre del año. Este desempeño está asociado a la exigencia en la aplicación de los criterios y planes de acción derivados del proceso de habilitación, lo cual motivó a los servicios del hospital a demostrar un alto nivel de compromiso con la correcta disposición de los residuos hospitalarios [...]».

Teniendo en cuenta que la evidencia a presentar para la evaluación del POA del IV trimestre de 2025 corresponde al «Indicador 1370 en Software», y que al verificar en la plataforma ALMERA se encontró la

información anteriormente descrita, se concluye que se da cumplimiento a la meta del indicador para este periodo de la vigencia 2025.

No obstante, se recomienda aportar la evidencia de las acciones ejecutadas que sustentan el porcentaje de cumplimiento del indicador.

6.5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda ejecutar las actividades necesarias para la creación y puesta en funcionamiento del comité de infraestructura.
- Se recomienda al subproceso de biomédica, efectuar las acciones pertinentes con el propósito de alcanzar una mayor participación de personal en las capacitaciones programadas, y dar cumplimiento a la meta del indicador.
- En relación con el indicador «Porcentaje de ejecución del plan de mantenimiento preventivo, biomédica», cuya meta establecida es del 95%, se evidencia que durante la vigencia 2025, en el histórico de los últimos diez meses evaluados, en cinco meses no se alcanzó el cumplimiento esperado respecto a la meta del indicador. Asimismo, el promedio acumulado con corte a octubre se sitúa en 75.17%, lo cual refleja una brecha significativa respecto al objetivo trazado. Ante este panorama, se recomienda al subproceso adoptar las medidas necesarias para modificar este comportamiento del indicador.
- Es necesario que el subproceso Gestión ambiental, aporte las evidencias necesarias que permitan validar los resultados de cada una de las actividades reportadas, frente al indicador establecido.
- Se recomienda efectuar el seguimiento a los indicadores con periodicidad anual, dado que este proceso cuenta con 14 indicadores, de los cuales 10 tienen dicha periodicidad. Esta medida busca garantizar el cumplimiento del POA y evitar que los indicadores incidan negativamente en la calificación.

19

7. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

7.1 ATENCIÓN URGENCIAS

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

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

Se cuenta con las siguientes actividades:

- Implementar el nuevo modelo de atención a través del ciclo de atención del proceso
- Construir plan de mejora específico para el proceso de atención de urgencias según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad (si aplica)
- Realizar mesas de trabajo buscando mantener la relación personal contratado - capacidad instalada en el proceso de urgencias
- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de urgencias, establecidas en el programa de seguridad del paciente

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



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

ACTIVIDAD	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE 2025	ESTADO
Implementar el nuevo modelo de atención a través del ciclo de atención del proceso	Cumplimiento del Modelo de atención	Porcentaje de cumplimiento trimestral por proceso	65%	100%	CUMPLE
Construir plan de mejora específico para el proceso de atención de urgencias según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad (si aplica)	Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	100%	N/A	N/A
Realizar mesas de trabajo buscando mantener la relación personal contratado - capacidad instalada en el proceso de urgencias	Número de mesas de trabajo realizadas	Número de mesas de trabajo realizadas	1	100%	CUMPLE
Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de urgencias, establecidas en el programa de seguridad del paciente	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de urgencias	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	90%	100%	CUMPLE

20

7.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

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

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

Con corte al cuarto trimestre de 2025, el porcentaje de cumplimiento del Modelo de Atención alcanzó el 80%, superando la meta establecida.

Por otro lado, el indicador 2206 (Oportunidad en el Triage) no cumple con la meta definida. De igual manera, el indicador 1733 (Adherencia a guías de práctica clínica médica en Urgencias) presenta incumplimiento REITERATIVO.

CUMPLIMIENTO A PLAN DE MEJORA (CUANDO APLIQUE)

No aplica para el periodo evaluado, no dio lugar a plan de mejora

NÚMERO DE MESAS DE TRABAJO REALIZADAS

Con corte al cuarto trimestre de 2025, el proceso adjunta acta de reunión de fecha 18 de diciembre de 2025, Realizar mesas de trabajo identificando glosas en el servicio y socializando con el personal del proceso de urgencias, ajustan la periodicidad a trimestral.

PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN SERVICIO DE URGENCIAS



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



8-7405030



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



Con corte al cuarto trimestre de 2025, la proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de urgencias alcanzó un resultado del 96,15%, superando así la meta establecida del 90%.

7.1.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda dar cumplimiento al Instructivo CA-INS-05 INSTRUCTIVO PARA LA GESTION Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES, Numerales 3.4 Análisis de desviaciones frente a la meta y 3.5 Acciones de intervención frente al no cumplimiento de metas

7.2 ATENCIÓN HOSPITALARIA

21

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

Eje 1 Atención centrada en el usuario con un indicador

Eje 3 Humanización en la atención en salud con un indicador

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

- Implementar el nuevo modelo de atención a través del ciclo de atención del proceso
- Documentar el ciclo de atención para las Unidades de Cuidado Intensivo (Adulto, Neonatal y Pediátrica) y Ginecología y Obstetricia
- Ampliar cobertura del programa mediante egreso seguro a pacientes hospitalizadas en servicio de ginecología y obstetricia
- Construir e implementar plan de mejora específico para el proceso de atención hospitalaria según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad (si aplica)
- Desagregar la medición de la oportunidad de respuesta a interconsultas de acuerdo a la disponibilidad y permanencia de la especialidad y criterio de semaforización de acuerdo a condición clínica del paciente hospitalizado, en las siguientes:
Medicina interna, Cirugía general, Ginecología, Ortopedia, Neurocirugía, Cirugía pediátrica, Cirugía plástica.
- Ampliar la oferta de servicios mediante la apertura de nueva subespecialidad
- Documentar procedimiento de seguimiento a la eficiencia de la mano de obra de médicos especialistas y programas
- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de urgencias, establecidas en el programa de seguridad del paciente

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

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE 2025	ESTADO
Implementar el nuevo modelo de atención a través del ciclo de atención del proceso	Cumplimiento del Modelo de atención	Porcentaje de cumplimiento trimestral por proceso	65%	100%	CUMPLE
Documentar el ciclo de atención para las Unidades de Cuidado Intensivo (Adulto, Neonatal y Pediátrica) y Ginecología y Obstetricia	Ciclo Documentado	Producto Ciclo de atención	4	N/A	N/A
Ampliar cobertura del programa mediante egreso seguro a pacientes	Porcentaje de egresos del servicio de	Indicador Parametrizado y medido	Indicador Parametrizado y medido	100%	CUMPLE

hospitalizadas en servicio de ginecoobstetricia	hospitalización ginecoobstetricia a los que se les realizó la Lista de chequeo egreso seguro				
Construir e implementar plan de mejora específico para el proceso de atención hospitalaria según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad (si aplica)	Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	100%	N/A	N/A
Desagregar la medición de la oportunidad de respuesta a interconsultas de acuerdo a la disponibilidad y permanencia de la especialidad y criterio de semaforización de acuerdo a condición clínica del paciente hospitalizado, en las siguientes: Medicina interna, Cirugía general, Ginecología, Ortopedia, Neurocirugía, Cirugía pediátrica, Cirugía plástica	Indicadores con medición	Producto Indicadores con medición	7	N/A	N/A
Ampliar la oferta de servicios mediante la apertura de nueva subespecialidad	Apertura del servicio	Producto Atención por subespecialidad	1	N/A	N/A
Documentar procedimiento de seguimiento a la eficiencia de la mano de obra de médicos especialistas y programas	Procedimiento documentado y socializado	Producto Documento de procedimiento con herramienta de seguimiento a eficiencia	1	N/A	N/A
Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de atención hospitalaria, establecidas en el programa de seguridad del paciente	Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión clínica	Número total de eventos adversos analizados y gestionados en el periodo / Número total de eventos adversos reportados en el periodo	90%	96%	CUMPLE

22

7.2.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

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

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

Con corte al cuarto trimestre de 2025, el porcentaje de cumplimiento del Modelo de Atención fue del 69,44% resultado supera la meta establecida del 65%.

Durante el periodo evaluado, el servicio de Hospitalización alcanzó un 90% de cumplimiento respecto a la meta establecida en el modelo. No obstante, se presentan las siguientes observaciones:

El indicador 1748, correspondiente al "Tiempo promedio de espera para asignación de cama en hospitalización", no cumple con la meta establecida para este periodo.

UCI ADULTO: Resultado modelo 40%, valor por debajo de la meta que es 65%

Los siguientes indicadores no realizaron medición

1738; Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos, 1707: Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de UCI adultos. Sin medición en noviembre y diciembre de 2025.

135: Promedio días de estancia cuidado intensivo adulto, Sin medición en noviembre y diciembre de 2025.

1739: Proporción de reingresos a UCI Adultos antes de 72 horas Sin medición en noviembre y diciembre de 2025.

Sin indicador asociado al atributo UNIVERSITARIO

UCI PEDIANTRICA: Resultado modelo 77,7%, valor que cumple la meta que es 65%

Los siguientes indicadores no alcanzaron la meta:

1775: Accesibilidad a UCI Pediátrica

Adicionalmente, no se ha realizado la parametrización indicadores correspondientes al ATRIBUTO DE "Universitario"

UCI NEONATAL: Resultado modelo 70 %, valor que cumple la meta que es 65%

Los siguientes indicadores no cumplen con la meta establecida para este periodo.

1776: Accesibilidad a UCI Neonatal

2429: Satisfacción del personal en formación en el servicio de UCI Neonatal

1703: Tiempo promedio de atención de neonatos que ingresan a servicio de urgencias luego de ser valorados en el triage

23

CICLO DOCUMENTADO

No aplica para el periodo evaluado

PORCENTAJE DE EGRESOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN GINECOOBSTETRICIA A LOS QUE SE LES REALIZÓ LA LISTA DE CHEQUEO EGRESO SEGURO

Con corte al cuarto trimestre de 2025, el indicador 2475 (Porcentaje de egresos del servicio de hospitalización ginecobstetricia a los que se les realiza la lista de chequeo egreso seguro paciente obstétrica GPP-F-01 y cuyo objetivo es :Medir el porcentaje de egresos a los que se les realizó Lista de chequeo egreso seguro paciente obstétrica GPP-F-01, garantizando entrega correcta del ordenamiento, cita de especialistas asignadas, recomendaciones brindadas con el fin de dar cumplimiento a cada uno de los ítems de la lista de chequeo.

Indicador creado en el mes de junio de 2025, con una meta establecida del 60% el cual arrojo un resultado promedio del trimestre 67,88%, se da cumplimiento a la meta establecida.

CUMPLIMIENTO A PLAN DE MEJORA (CUANDO APLIQUE)

Con corte al cuarto trimestre de 2005, se evidencia plan de mejoramiento ID 1144 con 3 acciones, las cuales a la fecha se encuentran con seguimiento y cierre de acciones.

INDICADORES CON MEDICIÓN

No aplica para este trimestre, fue evaluado en el primero



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



8-7405030



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



APERTURA DEL SERVICIO

No aplica para el periodo de evaluación, se dio cumplimiento primer trimestre

PROCEDIMIENTO DOCUMENTADO Y SOCIALIZADO

No aplica para el periodo de evaluación, se dio cumplimiento primer trimestre

PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS GESTIÓN CLÍNICA

Con corte al cuarto trimestre se evidencia en Almera indicador 1705 (Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión clínica), con un resultado del trimestre de 86,54 %, valor por debajo de la meta establecida que del 90%

Este resultado negativo del indicador se atribuye directamente a la extemporaneidad en la gestión de los eventos. Específicamente, se identificaron siete (7) eventos adversos que superaron el límite institucional de 45 días para su análisis y cierre

24

7.2.3 RECOMENDACIONES

Se recomienda identificar indicador asociado al atributo UNIVERSITARIO en los procesos de UCI adulto y pediátrico REITERATIVA

Se recomienda dar cumplimiento al Instructivo CA-INS-05 INSTRUCTIVO PARA LA GESTION Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES, Numerales 3.2 Reporte de indicadores y análisis, establece que los procesos y subprocesos tendrán 20 días calendario mes vencido para el reporte de los mismos, esto teniendo en cuenta que el proceso de UCI ADULTO, no realizo medición de los siguientes indicadores en el mes de noviembre y diciembre de 2025 (1738,135 y 1739)

Adicionalmente dar cumplimiento Numerales 3.4 Análisis de desviaciones frente a la meta y 3.5 Acciones de intervención frente al no cumplimiento de metas. Lo anterior teniendo en cuenta el incumplimiento REITERATIVO de las metas de los indicadores (1748, 1774, 1707,1775, 1776,1703) asociados a los procesos de Hospitalización, Uci adulto, pediátrico y neonatal.

7.3 ATENCIÓN AMBULATORIA

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

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

Se cuenta con las siguientes actividades:

- Implementar el nuevo modelo de atención a través del ciclo de atención del proceso
- Establecer plan de mejora en conjunto con especialidad que aplique ante resultados de no adherencia a GPC entregado por calidad (si aplica)
- Ampliar la oferta de servicios en el proceso de atención ambulatoria mediante la apertura de nueva subespecialidad



- Mantener mecanismos de atención preferencial priorizando la atención en el entorno ambulatorio
- Aumentar cobertura de la confirmación de asistencia a citas y procedimientos buscando impactar en la reducción de inasistencia
- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de atención ambulatoria, establecidas en el programa de seguridad del paciente

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

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE 2025	ESTADO
Implementar el nuevo modelo de atención a través del ciclo de atención del proceso	Porcentaje de cumplimiento trimestral por proceso	Porcentaje de cumplimiento trimestral por proceso	65%	100%	CUMPLE
Establecer e implementar plan de mejora en conjunto con especialidad que aplique ante resultados de no adherencia a GPC entregado por calidad (si aplica)	Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	100%	N/A	N/A
Ampliar la oferta de servicios en el proceso de atención ambulatoria mediante la apertura de nueva subespecialidad	Apertura de servicio	Producto Atención por subespecialidad	1	N/A	N/A
Mantener mecanismos de atención preferencial priorizando la atención en el entorno ambulatorio	Priorización en la asignación de citas	Número de solicitudes priorizadas / Total de solicitudes	10%	100%	CUMPLE
Aumentar cobertura de la confirmación de asistencia a citas y procedimientos buscando impactar en la reducción de inasistencia	Cobertura de confirmación de asistencia a citas y procedimientos	Citas y procedimientos confirmados / Total de citas y procedimientos programados	60%	100%	CUMPLE
Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de atención ambulatoria, establecidas en el programa de seguridad del paciente	Proporción de vigilancia de eventos adversos en Consulta Externa y Servicios de Apoyo	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	90%	N/A	N/A

25

7.3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

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

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

Con corte al cuarto trimestre de 2025, el porcentaje de cumplimiento del Modelo de Atención fue del 87,5%, superando la meta establecida del 65%, No obstante, se presentan las siguientes observaciones:

Atributo Responsable: No se cuenta con un indicador asociado en el ciclo de salida "Seguimiento a paciente de consulta especializada".

El indicador 1744 Adherencia a guías de práctica clínica médica, Consulta Externa, no cumple con la meta establecida para este periodo.

26

CUMPLIMIENTO A PLAN DE MEJORA (CUANDO APLIQUE)

Con corte a cuarto trimestre de 2025, el plan de mejoramiento asociado se encuentra cerrado.

Se recomienda ajustar el soporte de la evidencia, considerando el cambio de la plataforma DARUMA a ALMERA.

APERTURA DE SERVICIO

No aplica para el periodo evaluado

PRIORIZACIÓN EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS

Con corte a cuarto trimestre de 2025, según el informe, reportan indicador identificado con 2178 Priorización en la asignación de citas de medicina especializada, el cual arroja un resultado del trimestre del 77% resultado que supera la meta establecida del 60%

Se recomienda ajustar la meta en la herramienta POA (10%), según ficha técnica de ALMERA es 60%

COBERTURA DE CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA A CITAS Y PROCEDIMIENTOS

Con corte a cuarto trimestre de 2025, según el informe, reportan indicador identificado con 2179 Priorización en la asignación de citas de medicina especializada, el cual arroja un resultado del trimestre del 65,07% resultado que supera la meta establecida del 65%,

Se recomienda ajustar la meta en la herramienta POA (60%), según ficha técnica ALMERA es 65%

PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS DE APOYO

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

7.3.2 RECOMENDACIONES

Es importante identificar indicador asociado a atributo RESPONSABLE asociado en el ciclo de salida "Seguimiento a paciente de consulta especializada".



En la actividad cumplimiento plan de mejora, se recomienda ajustar el soporte de la evidencia, considerando el cambio de la plataforma DARUMA a ALMERA

Se recomienda ajustar las metas en la herramienta POA, considerando que en la ficha técnica del indicador 2178 en ALMERA la meta establecida es Mayor o igual a 60% y la meta registrada en la herramienta POA es del 10%, de igual manera para el indicador 2179, en ALMERA 65% y en la herramienta POA 60%

En cuanto al indicador 1745 Proporción de vigilancia de eventos adversos en Consulta Externa y Servicios de Apoyo, se evidencia en ALMERA medición del 100%, con la siguiente nota: "el servicio de atención ambulatoria logró el 100% en la proporción de vigilancia, este resultado se debe a la no ocurrencia/notificación de sucesos de seguridad del paciente en el período," teniendo en cuenta lo anterior no aplica medición, ya que no se presentaron sucesos de seguridad.

27

7.4 QUIRÓFANOS

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

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

Se cuenta con las siguientes actividades:

- Implementar el nuevo modelo de atención a través del ciclo de atención del proceso
- Construir plan de mejora específico para el proceso de quirófanos según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad
- Implementar el protocolo de manejo de pacientes en recuperación (UCPA) que incluye manejo de dolor postoperatorio
- Optimizar el proceso de planeación de salas de cirugía en relación a recursos disponibles
- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de quirófanos, establecidas en el programa de seguridad del paciente

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

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE 2025	ESTADO
Implementar el nuevo modelo de atención a través del ciclo de atención del proceso	Cumplimiento del Modelo de atención	Porcentaje de cumplimiento trimestral por proceso	65%	100%	CUMPLE
Construir plan de mejora específico para el proceso de quirófanos según resultados de último informe de adherencia a GPC entregado por calidad	Cumplimiento a plan de mejora (cuando aplique)	Acciones realizadas / Acciones programadas *100%	100%	100%	CUMPLE



Implementar el protocolo de manejo de pacientes en recuperación (UCPA) que incluye manejo de dolor postoperatorio	Porcentaje de adherencia al protocolo manejo de pacientes en unidad de cuidados post-anestésicos (UCPA) servicio de salas de cirugía	Número de listas de chequeo evaluadas que cumplen con criterios para el egreso seguro de unidad de cuidados post anestésicos / Total de listas de chequeo evaluadas	>90%	100%	CUMPLE
Optimizar el proceso de planeación de salas de cirugía en relación a recursos disponibles	Porcentaje de Utilización de Salas de Cirugía	Número total de cirugías realizadas en el periodo / Oferta teórica total de salas de cirugía en el periodo	90%	100%	CUMPLE
Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de quirófanos, establecidas en el programa de seguridad del paciente	Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión quirúrgica	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	>=92%	90%	NO CUMPLE

28

7.4.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

Con corte al cuarto trimestre del 2025, el porcentaje de cumplimiento fue del 80%, resultado que cumple con la meta establecida (65%)

Sin embargo, se evidencian incumplimientos en los siguientes indicadores respecto a las metas definidas:

Indicador 1 Oportunidad en la realización de cirugía programada, arroja como resultado 46,63 incumpliendo con la meta establecida que es MENOR O IGUAL A 35

Indicador 1731 (Adherencia a guías de práctica clínica médica, Gestión quirúrgica), arroja como resultado 55,73 incumpliendo con la meta establecida que es >=85 REITERATIVO

CUMPLIMIENTO A PLAN DE MEJORA

Con corte al cuarto trimestre de 2025, se realiza seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento 857, observado que cuenta con seguimiento y cierre sin efectividad, adicionalmente cuentan con plan de mejora 1327, el cual se encuentra en términos de ejecución.

PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO MANEJO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS POST-ANESTÉSICOS (UCPA) SERVICIO DE SALAS DE CIRUGÍA

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

PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE SALAS DE CIRUGÍA

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

PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS GESTIÓN QUIRÚRGICA

Con corte al cuarto trimestre del 2025, se evidencia medición del indicador 1749 (Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión quirúrgica), con un resultado del 90,57% resultado por debajo de la meta esperada >=92%

La causa directa de la desviación es el atraso en el análisis y gestión de cinco (5) eventos adversos, los cuales superaron el plazo máximo de 45 días definido por el protocolo institucional,

Se recomienda ajustar la meta en la herramienta POA (90%), según ficha técnica ALMERA es 92% REITERATIVO

7.4.1 RECOMENDACIONES

Se recomienda dar cumplimiento al Instructivo CA-INS-05 INSTRUCTIVO PARA LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES, Numerales 3.4 Análisis de desviaciones frente a la meta y 3.5 Acciones de intervención frente al no cumplimiento de metas. Lo anterior teniendo en cuenta el incumplimiento REITERATIVO de las metas de los indicadores (1, 1731,1749) asociados a los procesos de quirófanos.

Adicionalmente ajustar las metas en la plataforma POA, de acuerdo a las fichas técnicas de ALMERA

7.5 SEGURIDAD DEL PACIENTE

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

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

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

ACTIVIDAD	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE 2025	ESTADO
Implementar el Programa de seguridad del paciente articulando con la política de gestión institucional de	Porcentaje ejecución acciones de control para la	Número de controles gestionados / Número de	>=80%	100%	CUMPLE

gestión integral del riesgo	gestión del riesgo en seguridad del paciente, Consolidado	controles identificados			
Fortalecer la gestión del riesgo asistencial a través de la implementación de barreras de seguridad que mitiguen la presentación de eventos adversos	Proporción de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	>=90%	100%	CUMPLE
Documentar y socializar paquetes instruccionales priorizados según metas internacionales con los colaboradores de la institución	Número de paquetes instruccionales documentados y socializados	Total de paquetes instruccionales documentados y socializados	2	100%	CUMPLE

30

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

7.5.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

PORCENTAJE EJECUCIÓN ACCIONES DE CONTROL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE, CONSOLIDADO

Con corte al segundo semestre de 2025, se evidencia medición del indicador 1713 (Porcentaje ejecución acciones de control para la gestión del riesgo en seguridad del paciente, Consolidado), con un resultado del 96,92% el cual cumple con la meta establecida $\geq 80\%$

PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS

Con corte al cuarto trimestre de 2025, la medición del indicador 2: "Proporción de vigilancia de eventos adversos", arroja un resultado promedio del trimestre del 91,68%, valor que supera la meta establecida del 90%.

Al revisar el módulo de indicadores, se observa que en el mes de noviembre la meta no fue alcanzada, con un resultado de 82,83%. El incumplimiento se atribuye principalmente no responde a una baja en el reporte, sino a la falta de oportunidad en la gestión, con 22 sucesos de seguridad pendientes de análisis y cierre administrativo.

Los eventos pendientes se distribuyen en los servicios de UCI-Adulto, ginecológica, Gestión Pre-transfusional, gastroenterología, Farmacovigilancia, enfermería, Cirugía ginecológica, central de mezclas, Hemodinámica, médico general, Radiología e imágenes diagnósticas, tercero sur.

NÚMERO DE PAQUETES INSTRUCCIONALES DOCUMENTADOS Y SOCIALIZADOS

Con corte al cuarto de 2025, se documentaron los manuales de paquetes instruccionales: 'Reducir riesgos en la atención del paciente crítico Neonatal (SP-M-12)', vigente desde el 22/10/2025, y Reducir riesgos en la atención del paciente crítico Pediátrico (SP-M-14)' vigente desde el 25/11/2025.

7.5.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda dar cumplimiento al Instructivo CA-INS-05 INSTRUCTIVO PARA LA GESTION Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES, Numerales 3.4 Análisis de desviaciones frente a la meta y 3.5 Acciones de intervención frente al no cumplimiento de metas. Lo anterior teniendo en cuenta el incumplimiento **REITERATIVO** de las metas del (2) lo anterior se atribuye a la falta de oportunidad en la gestión, con 22 sucesos de seguridad pendientes de análisis y cierre administrativo.

7.6 APOYO DIAGNÓSTICO

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

Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura con un indicador

Eje 4 Gestión del Riesgo con dos indicadores

31

Igualmente cuenta con las siguientes actividades:

- Cubrir según disponibilidad, con control de calidad externo las pruebas de laboratorio implementadas en el HUSRT
- Implementar nuevos estudios en laboratorio clínico
- Gestionar eventos relacionados con el uso de reactivos de diagnóstico in vitro a través del programa de reactivo vigilancia
- Promover el uso racional de hemocomponentes en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

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

ACTIVIDAD	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE 2025	ESTADO
Cubrir según disponibilidad, con control de calidad externo las pruebas de laboratorio implementadas en el HUSRT	Cobertura de aseguramiento con prueba de evaluación externa (Indicador 1019)	Número de pruebas con evaluación externa de la calidad / Número total de pruebas procesadas en el laboratorio clínico	>90%	100%	CUMPLE
Implementar nuevos estudios en laboratorio clínico	Número de estudios nuevos implementados	Número de estudios nuevos implementados durante el semestre	2	100%	CUMPLE
Gestionar eventos relacionados con el uso de reactivos de diagnóstico in vitro a través del programa de reactivo vigilancia	Incidentes o eventos adversos asociados al uso de reactivos de diagnóstico in vitro analizados y gestionados, Programa de Reactivo vigilancia	Número de incidentes o eventos asociados al uso de reactivos de diagnóstico in vitro analizados y gestionados / Total de incidentes o eventos asociadas al uso de reactivos de diagnóstico in vitro reportados en el periodo	80%	N/A	N/A
Promover el uso racional de hemo componentes en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja	Promover el uso racional de hemo componentes en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja	Pertinencia en la transfusión	95%	100%	CUMPLE

7.6.1 ANÁLISIS DE INDICADORES



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



8-7405030



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



NÚMERO DE PRUEBAS CON EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD / NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS PROCESADAS EN EL LABORATORIO CLÍNICO

Con corte a cuarto trimestre de 2025, el responsable del proceso describe que del total de pruebas realizadas en el laboratorio (115) el 5% (6 pruebas), no cuentan con control de calidad externo (* cistatina C

- * Mioglobina
- * N-Gal
- * Prueba rápida para Clostridium
- * Prueba rápida para Criptococo
- * Anti agregación plaquetaria para ASA y P2Y2), teniendo en cuenta lo anterior el porcentaje de cumplimiento de esta actividad es del 95%

32

NÚMERO DE ESTUDIOS NUEVOS IMPLEMENTADOS DURANTE EL SEMESTRE

Con corte al cuarto trimestre aportan como evidencia el soporte de dos estudios (PCR para detección de microorganismos en líquidos intra abdominales y PCR para detección de microorganismos en tejidos articulares)

INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL USO DE REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO IN VITRO ANALIZADOS Y GESTIONADOS, PROGRAMA DE REACTIVO VIGILANCIA

Con corte al cuarto trimestre de 2025, al consultar indicador 930, el responsable describe los siguiente "Para el mes de octubre, noviembre y diciembre no se presentaron incidentes y o eventos relacionados con uso de reactivos de diagnóstico in vitro", no se observa medición en este trimestre, es decir no aplica medición

PROMOVER EL USO RACIONAL DE HEMOCOMPONENTES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

Al cierre del cuarto trimestre de 2025, se registra la medición del indicador 1492 (Pertinencia en la transfusión), obteniendo un resultado promedio del 95%, que corresponde al cumplimiento de la meta definida en el mismo porcentaje, sin embargo se observó que en el mes de diciembre, el indicador de Pertinencia en la Transfusión presentó un resultado de 88.64%, resultado por debajo de la meta establecida, el proceso indica que durante el periodo evaluado, se realizó un ajuste en la metodología de medición, conforme a la recomendación del Comité de Transfusión Sanguínea.

7.6.2 RECOMENDACIONES

N/A

7.7 APOYO TERAPÉUTICO

El plan operativo del programa de apoyo terapéutico hace parte del eje siguiente:

Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura con un indicador y cuenta con las siguientes actividades:

- Puesta en funcionamiento de procedimientos de pruebas de función pulmonar
- Fortalecer la fase intrahospitalaria del programa de rehabilitación pulmonar



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



8-7405030



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



- Realizar eventos de divulgación del programa de Rehabilitación pulmonar con personal del área clínica de la institución

ACTIVIDAD	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE 2025	ESTADO
Puesta en funcionamiento de procedimientos de pruebas de función pulmonar	Pacientes a quien se les realiza pruebas de función pulmonar	Número de pacientes atendidos en laboratorio de pruebas de función pulmonar	300	100%	CUMPLE
Fortalecer la fase intrahospitalaria del programa de rehabilitación pulmonar	Cumplimiento de sesiones ordenadas al programa de rehabilitación pulmonar en fase intrahospitalaria	Número de sesiones de rehabilitación pulmonar realizadas / Número de sesiones de rehabilitación pulmonar ordenadas	70%	100%	CUMPLE
Realizar eventos de divulgación del programa de rehabilitación pulmonar con personal del área clínica de la institución	Cumplimiento de las interconsultas ordenadas al programa de rehabilitación pulmonar en fase intrahospitalaria	Número de interconsultas atendidas por el programa de rehabilitación pulmonar / Número de interconsultas solicitadas al programa de rehabilitación pulmonar	70%	100%	CUMPLE
	Eventos de divulgación del programa de rehabilitación pulmonar	Número de eventos de divulgación realizados	2	N/A	N/A

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

7.7.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

PACIENTES A QUIEN SE LES REALIZA PRUEBAS DE FUNCIÓN PULMONAR

Con corte al cuarto trimestre de 2025, el responsable de la actividad aporta Registros de pacientes con pruebas de función pulmonar de los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2025, culminación de la adecuación del laboratorio de Pruebas de Función Pulmonar y la asignación de la profesional responsable, dando cumplimiento a la acción propuesta " Puesta en funcionamiento de procedimientos de pruebas de función pulmonar"

CUMPLIMIENTO DE SESIONES ORDENADAS AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR EN FASE INTRAHOSPITALARIA

Con corte al cuarto trimestre del 2025, se evidencia medición del indicador 1907 (Porcentaje de cumplimiento a las sesiones ordenadas de Rehabilitación Pulmonar en fase intrahospitalaria), con un resultado promedio del trimestre del 75% resultado que supera la meta establecida >70%

Se observa, que en el cuarto trimestre se ordenaron un total de 1096 sesiones de rehabilitación pulmonar de las cuales se realizaron 817

CUMPLIMIENTO DE LAS INTERCONSULTAS ORDENADAS AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR EN FASE INTRAHOSPITALARIA



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



8-7405030



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



Con corte al cuarto trimestre del 2025, se evidencia medición del indicador 2305 (Cumplimiento de las interconsultas ordenadas al programa de Rehabilitación pulmonar en fase intrahospitalaria), con un resultado del 87% resultado que cumple con la meta establecida >70%

Se observa que de un total de consultas solicitadas (185), se realizaron 161

EVENTOS DE DIVULGACIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR

Para este periodo no aplica evaluación

7.7.2 RECOMENDACIONES

N/A

7.8 GESTIÓN FARMACÉUTICA

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

Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura con tres (3) indicadores y
Eje 4 Gestión del Riesgo con cuatro (4) indicadores igualmente cuenta con las actividades que se relacionan a continuación:

- Realizar y dar cumplimiento a las actividades de calificación y calibración de equipos de apoyo productivo y de control de calidad en la central de mezclas
- Recibir visita de pre auditoría INVIMA por parte de asesor externo como actividad previa a la visita por parte del INVIMA
- Recibir visita de auditoría por parte del INVIMA para obtener certificación en buenas prácticas de elaboración (BPE)
- Dar cumplimiento al plan de formación del personal que labora al interior de la CAPM
- Documentar el ciclo del medicamento, sus fases, riesgos, controles e indicadores por fase.
- Gestionar eventos relacionados con el uso seguro de medicamentos a través del programa de farmacovigilancia
- Emitir boletín mensual de alerta sanitaria como acción preventiva desde el programa de farmacovigilancia
- Gestionar eventos relacionados con el uso seguro de dispositivos médicos a través del programa de tecnovigilancia
- Emitir boletín mensual de alerta sanitaria como acción preventiva desde el programa de tecnovigilancia

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

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE 2025	ESTADO
Realizar y dar cumplimiento a las actividades de calificación y calibración de equipos de apoyo productivo y de control de calidad en la central de mezclas	Cumplimiento de calificación y calibración de equipos de apoyo productivo y control de calidad en la central de mezclas	$\frac{\text{Pruebas realizadas en equipos de apoyo con cumplimiento}}{\text{total de pruebas realizadas en equipos de apoyo}} * 100$	100%	100%	CUMPLE

Recibir visita de pre auditoría INVIMA por parte de asesor externo como actividad previa a la visita por parte del INVIMA	Cumplimiento informado por asesor externo	Porcentaje de cumplimiento informado por asesor externo	>=90%	100%	CUMPLE
Recibir visita de auditoría por parte del INVIMA para obtener certificación en buenas prácticas de elaboración (BPE)	Certificación BPE	Producto Certificación BPE por parte del INVIMA	Certificación	100%	CUMPLE
Dar cumplimiento al plan de formación del personal que labora al interior de la CAPM	Cumplimiento del plan de formación	Actividades ejecutadas / Total de actividades propuestas	>90%	100%	CUMPLE
Documentar el ciclo del medicamento, sus fases, riesgos, controles e indicadores por fase.	Documento actualizado incluyendo indicadores	Producto Documento ciclo del medicamento	1	100%	CUMPLE
Gestionar eventos relacionados con el uso seguro de medicamentos a través del programa de farmacovigilancia	Reportes recibidos analizados y gestionados por la institución de medicamentos	Número de reportes recibidos analizados y gestionados en la institución en el periodo / Total de casos reportados en el periodo	80%	100%	CUMPLE
Emitir boletín mensual de alerta sanitaria como acción preventiva desde el programa de farmacovigilancia	Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de tecnovigilancia	Numero de alertas gestionadas que aplican a la institución / Total de alertas publicadas por el INVIMA que aplican a la institución	100%	100%	CUMPLE
Gestionar eventos relacionados con el uso seguro de dispositivos médicos a través del programa de tecnovigilancia	Eventos e incidentes adversos relacionados con dispositivos médicos y equipos biomédicos analizados y gestionados	Número de incidentes y eventos adversos analizados y gestionados / Número de incidentes y eventos adversos reportados	90% Almera 80%	100%	CUMPLE
Emitir boletín mensual de alerta sanitaria como acción preventiva desde el programa de tecnovigilancia	Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de tecnovigilancia	Numero de alertas gestionadas que aplican a la institución / Total de alertas publicadas por el INVIMA que aplican a la institución	100%	N/A	N/A

5

7.8.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

CUMPLIMIENTO DE CALIFICACIÓN Y CALIBRACIÓN DE EQUIPOS DE APOYO PRODUCTIVO Y CONTROL DE CALIDAD EN LA CENTRAL DE MEZCLAS

Se evidencia cumplimiento a la actividad "Realizar y dar cumplimiento a las actividades de calificación y calibración de equipos de apoyo productivo y de control de calidad en la central de mezclas" a la fecha cuentan con 23 equipos con sus respectivas hojas de vida y confirmación metrológica de tecnologías formato IB-F-32

CUMPLIMIENTO INFORMADO POR ASESOR EXTERNO

Con corte al cuarto trimestre el proceso aporta Informe de pre auditoría INVIMA por parte de asesor externo de fecha 10 de noviembre de 2025, como actividad previa a la visita por parte del INVIMA

CERTIFICACIÓN BPE

Con corte al cuarto trimestre se recibe visita de auditoría por parte del INVIMA para obtener certificación en buenas prácticas de elaboración (BPE), visita en la cual nos certifican y nos dan un CONCEPTO CUMPLE CONDICIONADO

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE FORMACIÓN

Con corte al segundo semestre de 2025, aporta las evidencias que soporta el cumplimiento del plan de formación del personal que labora al interior de la CAPM

DOCUMENTO ACTUALIZADO INCLUYENDO INDICADORES

Se evidencia que la actividad "Documentar el ciclo del medicamento, sus fases, riesgos, controles e indicadores por fase." se realizó en el mes de septiembre codificado con SF-M-18 CICLO DE GESTION FARMACEUTICA, se recomienda dar cumplimiento a los tiempos establecidos, ya que esta actividad estaba para el primer semestre

REPORTES RECIBIDOS ANALIZADOS Y GESTIONADOS POR LA INSTITUCIÓN DE MEDICAMENTOS

Con corte al cuarto trimestre del 2025, se evidencia medición del indicador 657 (Eventos e incidentes adversos relacionados con dispositivos médicos y equipos biomédicos analizados y gestionados), con un resultado promedio del 95% el cual cumple con la meta establecida en ALMERA de 80%.

PORCENTAJE DE ALERTAS GESTIONADAS POR EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA

Con corte al cuarto trimestre del 2025, se evidencia medición del indicador 1381 (Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de farmacovigilancia), las cuales fueron gestionadas en su totalidad el cual cumple con la meta establecida 100%.

EVENTOS E INCIDENTES ADVERSOS RELACIONADOS CON DISPOSITIVOS MÉDICOS Y EQUIPOS BIOMÉDICOS ANALIZADOS Y GESTIONADOS

Con corte al cuarto trimestre del 2025, se evidencia medición del indicador 657 (Eventos e incidentes adversos relacionados con dispositivos médicos y equipos biomédicos analizados y gestionados), con un resultado promedio del 95% el cual cumple con la meta establecida en ALMERA de 80%.

PORCENTAJE DE ALERTAS GESTIONADAS POR EL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA

Con corte al cuarto trimestre del 2025, el indicador 1087 (Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de Tecnovigilancia), no aplica para medición, ya que no se presentaron alertas sanitarias relacionadas con dispositivos médicos del listado institucional.

7.8.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda al proceso dar cumplimiento a los tiempos establecidos en cada actividad con el objeto de avanzar con las actividades propuestas en el plan de desarrollo y los objetivos propuestos.

7.9 GESTIÓN PREVENTIVA Y PREDICTIVA

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

Eje 1 Atención centrada en el usuario

Eje 2 Gestión Clínica Excelente y segura

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

- Definir ciclo de atención PROGRAMAS
- Actualizar el programa de clínica de anticoagulación con enfoque en promoción y prevención
- Seguimiento al cumplimiento del tamizaje de la escala de riesgo tromboembólico fortaleciendo la adherencia de actividades de PYM
- Actualizar programa de rehabilitación pulmonar incluyendo línea educativa para la prevención de reingresos y complicaciones
- Actualizar el programa de egreso seguro incluyendo actividades educativas para la promoción de la salud
- Crear una Propuesta de curso digital interactivo para fortalecer las actividades de Promoción y Mantenimiento de la salud
- Identificar de acuerdo a la población de riesgo programas enfocados a la prevención da la enfermedad y promoción de la salud relacionados con salud publica
- Elaborar plan para la gestión de conocimiento del talento humano en salud que incluya al menos una actividad trimestral
- Fortalecer el compromiso del talento humano incluyendo los servicios y personal tercerizados, con los procesos de control de infecciones

37

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

ACTIVIDAD	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE 2025	ESTADO
Definir ciclo de atención PROGRAMAS	Ciclo de atención documentado	Producto Ciclo de atención programas	1	N/A	N/A
Actualizar el programa de clínica de anticoagulación con enfoque en promoción y prevención	Programa Actualizado en Software	Producto Programa actualizado	1	N/A	N/A
Seguimiento al cumplimiento del tamizaje de la escala de riesgo trombo embólico fortaleciendo la adherencia de actividades de PYM	Gestión de no adherencia a aplicación de tamizaje	Médicos informados sobre falta de adherencia a aplicación de escala de tamizaje / Total de médicos no adherentes a aplicación de escala de tamizaje	>90%	100%	CUMPLE
Actualizar programa de rehabilitación pulmonar incluyendo línea educativa para la prevención de reingresos y complicaciones	Programa actualizado en Software con indicador de educación para la prevención	Programa actualizado e indicador parametrizado	1	N/A	N/A
Actualizar el programa de egreso seguro incluyendo	Programa actualizado en	Producto Programa	1	N/A	N/A



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



8-7405030



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



actividades educativas para la promoción de la salud	Software	actualizado			
Crear una Propuesta de curso digital interactivo para fortalecer las actividades de Promoción y Mantenimiento de la salud	Propuesta curso interactivo	Producto Propuesta curso interactivo	1	N/A	N/A
Identificar de acuerdo a la población de riesgo programas enfocados a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud relacionados con salud publica	Diagnóstico de necesidades de programas	Producto Diagnóstico de necesidades de programas según perfil epidemiológico	1	N/A	N/A
Elaborar plan para la gestión de conocimiento del talento humano en salud que incluya al menos una actividad trimestral	Cumplimiento del plan para la gestión de conocimiento	Número de actividades cumplidas / Número de actividades programadas	25%	100%	CUMPLE
Fortalecer el compromiso del talento humano incluyendo los servicios y personal tercerizados, con los procesos de control de infecciones	Cobertura del plan de formación Programa control de infecciones	Número de personas capacitadas / Número total de personas del servicio	>30%	100%	CUMPLE

38

7.9.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

DEFINIR CICLO DE ATENCIÓN PROGRAMAS

No aplica para el periodo evaluado

ACTUALIZAR EL PROGRAMA DE CLÍNICA DE ANTICOAGULACIÓN CON ENFOQUE EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

No aplica para el periodo evaluado

SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL TAMIZAJE DE LA ESCALA DE RIESGO TROMBOEMBÓLICO FORTALECIENDO LA ADHERENCIA DE ACTIVIDADES DE PYM

Con corte al cuarto trimestre de 2025, el líder de programas adjuntan base de datos que corrobora el incumplimiento de los médicos generales al programa clínica de anticoagulación, adicionalmente aportan oficios con copia a el coordinador del servicio con el fin de gestión mayor adherencia para el próximo trimestre.

Se evidencia que del Total de médicos el 94% no son adherentes a la aplicación de escala de tamizaje

ACTUALIZAR PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR INCLUYENDO LÍNEA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DE REINGRESOS Y COMPLICACIONES

No aplica para el periodo evaluado

ACTUALIZAR EL PROGRAMA DE EGRESO SEGURO INCLUYENDO ACTIVIDADES EDUCATIVAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

No aplica para el periodo evaluado

CREAR UNA PROPUESTA DE CURSO DIGITAL INTERACTIVO PARA FORTALECER LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

No aplica para el periodo evaluado

IDENTIFICAR DE ACUERDO A LA POBLACIÓN DE RIESGO PROGRAMAS ENFOCADOS A LA PREVENCIÓN DA LA ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD RELACIONADOS CON SALUD PUBLICA

No aplica para el periodo evaluado

ELABORAR PLAN PARA LA GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD QUE INCLUYA AL MENOS UNA ACTIVIDAD TRIMESTRAL

Con corte al cuarto trimestre de 2025, adjuntan evidencias de capacitación de: Programas ACV TROMBOLISIS, realizado el 30 de septiembre de 2025 y capacitación programa trombolisis y teletrombolisis realizado el 11 de septiembre de 2025, adjuntando Convocatoria, soporte fotográfico y listado de asistencia

Adicionalmente se observa la documentación del Manual plan de gestión de conocimiento identificado con el código: GPP-M-01 de fecha 31/12/2025

FORTALECER EL COMPROMISO DEL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS SERVICIOS Y PERSONAL TERCERIZADOS, CON LOS PROCESOS DE CONTROL DE INFECCIONES

Con corte al cuarto trimestre del 2025, el proceso adjunta Informe Plan de formación del Programa control de infecciones, en donde se evidencia una Cobertura del plan del 99%, meta que supera la planeada del >30%

7.9.2. RECOMENDACIONES

N/A

7.10 ENFERMERÍA

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

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

Cuenta con las siguientes actividades:

- Socialización del Plan de atención de enfermería
- Implementar el Plan de atención de enfermería en áreas asistenciales que aplique
- Implementar protocolo de bienvenida al paciente

- Definir estrategia para optimizar la gestión de recursos en el proceso de enfermería
- Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de enfermería, establecidas en el programa de seguridad del paciente

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

ACTIVIDAD	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE 2025	ESTADO
Socialización del Plan de atención de enfermería	Cobertura de socialización del plan de atención en personal de enfermería en áreas que aplica	Número de personal de enfermería capacitada / Total de personal de enfermería	80%	N/A	N/A
Implementar el Plan de atención de enfermería en áreas asistenciales que aplique	Adherencia a plan de atención en historia clínica de enfermería	Número de historias clínicas evaluadas que cumplen con el plan de atención / Total de historias clínicas evaluadas	>60%	100%	CUMPLE
Implementar protocolo de bienvenida al paciente	Adherencia a protocolo de bienvenida al paciente	Listas de chequeo que cumplen con el protocolo de bienvenida / Total de Listas de chequeo aplicadas	>70%	100%	CUMPLE
Definir estrategia para optimizar la gestión de recursos en el proceso de enfermería	Documento de diagnóstico y de priorización de necesidades	Producto	1	N/A	N/A
Definir estrategia para optimizar la gestión de recursos en el proceso de enfermería	Estrategia de gestión de recursos en el proceso de enfermería	Producto	1	100%	CUMPLE
Implementar acciones para la gestión oportuna de eventos adversos desde el proceso de enfermería, establecidas en el programa de seguridad del paciente	Proporción de vigilancia de eventos adversos en proceso Enfermería	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	80%	100%	CUMPLE

40

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

7.10.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

SOCIALIZACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Para este periodo no aplica evaluación, se cumplió en el primer trimestre

IMPLEMENTAR EL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ÁREAS ASISTENCIALES QUE APLIQUE

Con corte al cuarto trimestre, la líder de enfermería aporta informe de resultados, en el cual realizan análisis de la información obtenida través de la lista de chequeo se encuentra como resultado de adherencia a la aplicación del ENF-PT- 52 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA un 79,10 % como consolidado para los servicios del área asistencial, valor que supera la meta establecida que es del >60%

Se recomienda ajustar la meta en la herramienta POA (60%), según ficha técnico ALMERA es 70%

IMPLEMENTAR PROTOCOLO DE BIENVENIDA AL PACIENTE

Con corte al cuarto trimestre del 2025, el proceso adjunta INFORME EVALUACIÓN DE APLICACIÓN ENF-PT- 51 PROTOCOLO DE BIENVENIDA DEL PACIENTE, indicador en el que se aplica el formato ENF-F-145 LISTA DE CHEQUEO PROTOCOLO DE BIENVENIDA DEL PACIENTE, en el cuarto trimestre del 2025 mediante entrevista directa al paciente, su familia y/o acompañante, en donde se observa un resultado del 85,76%, valor que cumple con la meta establecida que es del 70%.

41

DEFINIR ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR LA GESTIÓN DE RECURSOS EN EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Para este periodo no aplica evaluación

IMPLEMENTAR ACCIONES PARA LA GESTIÓN OPORTUNA DE EVENTOS ADVERSOS DESDE EL PROCESO DE ENFERMERÍA, ESTABLECIDAS EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con corte al cuarto trimestre de 2025, se evidencia la medición del indicador 1791 (Proporción de vigilancia de eventos adversos en el proceso de Enfermería), obteniendo un resultado del 91,68%, el cual supera y cumple la meta establecida del 80% en POA

Al consultar la meta del indicador en ALMERA, es del 92%.

7.10.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda ajustar la meta del indicador 2393 en la herramienta POA

7.11 SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

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

ACTIVIDADES	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE I V TRIMESTRE	ESTADO
Fortalecer estrategia de divulgación de información dirigida a los pacientes	Porcentaje de pacientes informados	Pacientes informados / Pacientes que ingresan a la institución	50%	100%	CUMPLE
Realizar seguimiento a tiempos de respuesta a quejas presentadas por los usuarios a través de la Matriz de seguimiento a quejas y reclamos, desde la entrada hasta la notificación	Tiempo promedio de respuesta a quejas de los usuarios	Sumatoria de los días transcurridos entre la presentación y respuesta de las quejas recibidas en el período / Total de quejas recibidas en el mismo período	<=15 días	100%	CUMPLE
Desplegar acciones para la divulgación de derechos y deberes como estrategia de humanización	Porcentaje de pacientes que reciben información sobre sus derechos y deberes por parte	Número de usuarios que respondieron "SI" a la pregunta: ¿Le dieron a conocer sus derechos y deberes en la institución? / Número de usuarios que respondieron la	90%	100%	CUMPLE



	de SIAU	pregunta			
		Población: pacientes informados			
	Porcentaje de pacientes que comprenden sus derechos y deberes	Número de usuarios que mencionan al menos 1 derecho y 1 deber / Número de usuarios que respondieron la pregunta		80%	100%
		Población: pacientes informados			

7.11.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

PORCENTAJE DE PACIENTES INFORMADOS

Con corte al periodo evaluado, el proceso anexó la carpeta titulada «SIAU», dentro de la cual se encuentra el archivo denominado «Soporte 1 - Informe IV Trimestre SIAU 2025». Este documento detalla las actividades realizadas por el personal del área, así como el registro del abordaje previo a cada paciente y usuario, consignado en el formato SIAU-F-02: "Ruta de entrega de información en los servicios de internación y urgencias".

De acuerdo con lo reportado en dicho informe, los datos correspondientes a cada mes del trimestre son los siguientes:

***Octubre:** ingresaron 6,387 pacientes, de los cuales 3,240 fueron informados por SIAU.

***Noviembre:** ingresaron 5,906 pacientes, y 3,016 recibieron información por parte de SIAU.

***Diciembre:** ingresaron 5,396 pacientes, y 3,090 fueron informados por SIAU.

Con base en estas cifras, el promedio de cobertura para el trimestre fue del 53%, lo que evidencia el cumplimiento de la meta establecida para el indicador correspondiente al cuarto trimestre. Sin embargo, no es posible verificar la información, dado que al revisar en Almera no se evidencia un indicador creado para tal fin. Adicionalmente, el proceso no adjunta la evidencia fuente que respalde los datos registrados.

Por lo anterior, se sugiere crear el indicador en Almera y aportar la evidencia fuente de la información consignada, con el fin de garantizar la trazabilidad y confiabilidad de los resultados reportados.

TIEMPO PROMEDIO DE RESPUESTA A QUEJAS DE LOS USUARIOS

Durante el cuarto trimestre de 2025 se realizó la verificación en la plataforma ALMERA del indicador 446, correspondiente al "Tiempo promedio de respuesta a las quejas de los usuarios", a continuación, se presentan los resultados por mes:

* **Octubre:** Se registraron 13 quejas, con un tiempo promedio de respuesta de 12,9 días. El indicador se mantuvo dentro de la meta establecida, reflejando eficiencia en la gestión. En comparación con el mes anterior, se observa un leve aumento tanto en el número de quejas como en el tiempo promedio de respuesta.



***Noviembre:** Se radicaron 6 quejas, con un tiempo promedio de respuesta de 12,5 días. El indicador permaneció dentro de la meta, mostrando eficiencia en la atención. Frente al mes anterior, se evidencia una disminución significativa en el número de quejas y una ligera reducción en el tiempo de respuesta.

***Diciembre:** Se recibieron 11 quejas, con un tiempo promedio de respuesta de 12,6 días. El indicador se mantuvo dentro de la meta, confirmando la eficiencia en la gestión. En comparación con noviembre, el promedio de respuesta se mantuvo estable, sin variaciones relevantes.

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RECIBEN INFORMACIÓN SOBRE SUS DERECHOS Y DEBERES POR PARTE DE SIAU

43

Como evidencia, el proceso aporta la carpeta «SIAU», en la cual se encuentra pantallazo soporte del indicador 1986: «Porcentaje de pacientes que reciben información sobre sus derechos y deberes por parte de SIAU», información verificada en la plataforma ALMERA, encontrando concordancia con la información presentada, este indicador reporta los datos obtenidos mediante encuestas aplicadas a los pacientes durante los meses de octubre, noviembre y diciembre, en relación con la entrega de dicha información. A continuación, se presentan las cifras correspondientes:

***Octubre:** Durante el periodo evaluado se aplicaron 1.268 encuestas, de las cuales 1.060 personas respondieron afirmativamente haber recibido información sobre sus derechos y deberes. Esto representa un cumplimiento del 83,6%, superando la meta establecida del 80%.

El indicador refleja un leve incremento en el porcentaje de información suministrada, lo cual se relaciona directamente con las mejoras implementadas en el diligenciamiento y la confiabilidad del proceso de aplicación de la encuesta.

***Noviembre:** De las 1,143 encuestas aplicadas, 931 usuarios confirmaron haber recibido información sobre sus derechos y deberes, lo que representa un cumplimiento del 81.45%. Aunque este resultado supera la meta establecida, se observa una leve disminución respecto al mes anterior. Este ajuste se atribuye a una mayor rigurosidad y confiabilidad en el proceso de recolección de datos. Por ello, se fortalecerán los mecanismos de difusión para garantizar la claridad de la información brindada.

***Diciembre:** De las 1,247 encuestas aplicadas, 1,032 usuarios confirmaron haber recibido información sobre sus derechos y deberes, lo que representa un cumplimiento del 82.76%. Este resultado supera la meta establecida y refleja un leve incremento respecto al mes anterior. Dicha mejora se atribuye a la optimización en el diligenciamiento y a la mayor confiabilidad en la aplicación del instrumento. En consecuencia, se fortalecerán los mecanismos de difusión para garantizar la claridad y comprensión de la información brindada.

Al respecto la oficina de control interno sugiere adjuntar las evidencias de las fuentes de información.

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE COMPRENDEN SUS DERECHOS Y DEBERES

Para el periodo evaluado el proceso presenta en la carpeta «SIAU» pantallazo soporte del indicador 1987: «Porcentaje de pacientes que comprenden sus derechos y deberes», información verificada en la plataforma ALMERA, esta información se basa en los resultados obtenidos mediante la aplicación de encuestas, conforme a las rutas de entrega de información establecidas en el formato SIAU-F-02.

El porcentaje de pacientes que demostraron comprensión, al mencionar al menos un derecho y un deber, fue el siguiente para cada mes del trimestre:

***Octubre:** Se aplicaron 1.268 encuestas, de las cuales 1.060 personas manifestaron haber comprendido la información entregada sobre derechos y deberes. Esto representa un 83,6%, resultado que supera la meta establecida y que, en comparación con el mes anterior, evidencia un leve incremento en el nivel de comprensión.

***Noviembre:** Se aplicaron 1.143 encuestas, de las cuales 931 personas manifestaron haber comprendido la información entregada sobre derechos y deberes, lo que corresponde a un 81,45%. Este resultado supera la meta establecida. No obstante, en comparación con el mes anterior, el indicador evidencia una ligera disminución en el nivel de comprensión. Esta variación se relaciona, en parte, con los ajustes implementados para mejorar el diligenciamiento y la confiabilidad en la aplicación de la encuesta.

***Diciembre:** Se aplicaron 1.247 encuestas, de las cuales 1.032 personas manifestaron haber recibido información sobre sus derechos y deberes, además de comprender al menos un derecho y un deber. Esto representa un 82,76%, porcentaje que supera la meta establecida. En comparación con el mes anterior, el indicador evidencia un leve incremento en el nivel de información recibida.

7.11.2 RECOMENDACIONES

Al respecto, la Oficina de Control Interno sugiere establecer una meta para el indicador y adjuntar las evidencias correspondientes de las fuentes de información, dado que actualmente no es posible demostrar su cumplimiento.

8. OFICINA ASESORA DE DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN

8.1 DOCENCIA SERVICIO

Hace parte del eje 2 «Gestión Clínica Excelente y segura» en el cual se encuentran las siguientes actividades.

ACTIVIDAD	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE	ESTADO
Definir plan de desarrollo docente para la ESE HUSRT	Documento Plan de desarrollo docente formalizado	Producto Plan de desarrollo docente formalizado	1	65%	NO CUMPLE
Coordinar actividades educativas y de capacitación en colaboración con las unidades clínicas y académicas, apoyando la relación docencia-servicio Definiendo y formalizando las juntas académicas para las especialidades básicas	Procedimiento para juntas académicas	Producto Procedimiento Juntas académicas	1	100%	CUMPLE
Crear y dar cumplimiento al plan de trabajo para obtener certificación como hospital universitario por parte de la comisión intersectorial para el Talento Humano en Salud (MinSalud-MinEducación)	Plan de trabajo	Producto Plan de trabajo definido para obtener certificación como hospital universitario	1	N/A	N/A
	Cumplimiento Plan de trabajo	Actividades realizadas del plan de trabajo / actividades programadas en plan de trabajo para obtener certificación	80%	0%	NO CUMPLE

		como hospital universitario			
Definir documento de estudio de la capacidad instalada para la docencia en la E.S.E. HUSRT	Documento	Estudio de capacidad instalada para la docencia en la E.S.E. HUSRT	1	100%	CUMPLE
Implementar política de humanización en personal en formación	Quejas PQRS asociadas a la atención de pacientes por parte del personal en formación	Numero de PQR relacionadas con el área de docencia servicio / Total de PQRS radicadas en el hospital	<10%	N/A	N/A
Implementar política de cero tolerancias frente al acoso y violencia de género en el marco de formación del talento humano en salud	Gestión oportuna de quejas	Número de quejas gestionadas / Número de quejas recibidas *100	>90%	100%	CUMPLE

45

8.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

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

DOCUMENTO PLAN DE DESARROLLO DOCENTE FORMALIZADO

Para el cuarto trimestre de 2025, el proceso presentó la carpeta «Docencia Servicio», dentro de la cual se encuentra la subcarpeta «ACTIVIDAD 1: Definir plan de desarrollo docente». Al desplegar esta subcarpeta se muestran cinco documentos: acta de reunión de contraprestaciones, encuesta de pedagogía docencia-servicio e investigación, informe de resultados de la encuesta pedagógica de docencia-servicio, lista de asistencia y el documento «Borrador plan de desarrollo docente».

Teniendo en cuenta que el indicador exige un «plan de desarrollo docente formalizado» y que, aunque el proceso está ejecutando actividades orientadas a obtener dicho plan, los documentos presentados no cumplen con la meta establecida para el indicador establecida para el IV trimestre de 2025

PROCEDIMIENTO PARA JUNTAS ACADÉMICAS

Con corte al cuarto trimestre de 2025 el proceso aporta la carpeta «Docencia Servicio» en la cual se encuentra la subcarpeta «ACTIVIDAD 2 definir juntas académicas» que a su vez contiene el documento «Procedimiento juntas académicas». Al revisar la plataforma ALMERA», se encontró que el documento se encuentra debidamente registrado.

Con la creación y registro en la plataforma ALMERA de este documento, se da cumplimiento a la meta del indicador para la vigencia 2025

PLAN DE TRABAJO

Para el cuarto trimestre de 2025 no aplica la presentación de evidencia, dado que el indicador tiene una periodicidad «anual/primer semestre». El proceso presentó, con corte al primer trimestre de la presente vigencia, el documento «Plan de trabajo hospital universitario.pdf», en el cual se describen las actividades programadas para el año en curso y que cuenta con la aprobación de la Gerencia.

De acuerdo con la evidencia aportada, se dio cumplimiento a la meta del indicador para la vigencia 2025..



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



8-7405030



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



CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO

Con corte al cuarto trimestre de 2025, el proceso aportó la carpeta «Docencia Servicio», subcarpeta «ACTIVIDAD 4: Cumplimiento del plan de trabajo Hospital Universitario», en la cual se encuentran los siguientes archivos:

- ✓ «Evidencias de avance en el plan de trabajo BPC IV trimestre»: contiene 6 documentos que muestran el progreso en las etapas definidas para lograr la certificación de Buenas Prácticas Clínicas.
- ✓ «Informe de resultados».
- ✓ «Plan de trabajo Hospital Universitario».

La documentación presentada evidencia avances en la consecución de la certificación. Sin embargo, la meta de la acción establece como evidencia la «certificación de Buenas Prácticas Clínicas», razón por la cual no se cumple la meta del indicador para el cuarto trimestre de 2025.

46

DOCUMENTO

Con corte al cuarto trimestre de 2025, el proceso presenta en la carpeta «Docencia Servicio», subcarpeta «Evidencias», una captura de pantalla en la que se observa que en la plataforma ALMERA se encuentra registrado y activo el documento DS-M-02 «Manual de cálculo de capacidad instalada para prácticas formativas». Con la evidencia aportada, se da cumplimiento a la meta del indicador para la vigencia 2025

QUEJAS PQRS ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES POR PARTE DEL PERSONAL EN FORMACIÓN

Con corte al segundo semestre de 2025, la referente del proceso aportó un reporte de correos electrónicos mediante los cuales se efectuó la solicitud al subproceso SIAU respecto al número de PQRS, relacionadas con el proceso Docencia Servicio durante dicho periodo. En la respuesta, el subproceso SIAU indicó que, del total de PQRS radicadas en la entidad durante el segundo semestre de la presente vigencia, no se presentaron quejas o reclamos relacionados con el área de gestión académica.

Esta información fue verificada en la plataforma ALMERA, módulo de indicadores, evidenciando que efectivamente no se registró ninguna PQRS relacionada con Docencia Servicio durante este semestre.

De acuerdo con la información aportada y los registros del indicador 1312 «PQRS Gestión Académica», se dio cumplimiento a la meta del indicador para el segundo semestre de 2025.

Se recomienda generar mayor visibilidad y difusión de los canales disponibles para el registro de PQRS en este ámbito.

GESTIÓN OPORTUNA DE QUEJAS

Para la medición del indicador en el cuarto trimestre de 2025, la referente del proceso presentó evidencia en la carpeta «Docencia Servicio», subcarpeta «Evidencias», que contiene el archivo «Actividad 7: Implementar política de cero tolerancias frente al acoso». Al desplegarse, este archivo muestra el documento «Informe PQRS – Política de Cero Tolerancia frente al Acoso Trimestre 4.pdf», en el cual se indica lo siguiente: «Durante el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2025, no se registraron quejas asociadas a situaciones de acoso o violencia de género en el contexto académico.»

Con la presentación de este documento y la verificación en la plataforma ALMERA, se da cumplimiento a la meta establecida del indicador para el cuarto trimestre de 2025.



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



8-7405030



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



8.1.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los responsables de procesos que no cumplieron con meta establecida o que presenten desviaciones frente al cumplimiento del periodo evaluado, realizar acta de compromiso en el formato Cód.: OADS-F-09, con el profesional de planeación para cumplir con la meta establecida en los planes operativos anuales
- Es fundamental que el proceso cargue las evidencias de manera ordenada, de modo que cualquier persona pueda identificar la acción ejecutada junto con sus respectivos soportes. En caso de que las evidencias no sean claras o comprensibles, la evaluación podría disminuir en su calificación.

47

8.2 INVESTIGACIÓN

Se encuentra en el plan de desarrollo en el Eje 2 «Gestión Clínica Excelente y segura» cuenta con cinco actividades las cuales se muestran a continuación junto con los respectivos indicadores:

ACTIVIDAD	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE	ESTADO
Realizar eventos de divulgación del conocimiento dirigidos al personal de salud de la red prestadora	Número de eventos realizados	Total de eventos realizados durante el periodo	1	N/A	N/A
Promover la producción de conocimiento desde las líneas de investigación del hospital registradas en grupLac minciencias	Productos sometidos a revistas indexadas	Artículos sometidos a revista indexada / Total de artículos productos de líneas de investigación del Hospital registradas en grupLac minciencias	70%	100%	CUMPLE
	Productos sometidos a revistas no indexadas o boletines de divulgación	Artículos sometidos a revista no indexada / Total de artículos productos de líneas de investigación del Hospital registradas en grupLac minciencias	30%	0%	NO CUMPLE
Desarrollar proyectos de investigación a través de alianzas estratégicas con instituciones reconocidos ante Colciencias	Número de alianzas establecidas	Total de alianzas establecidas	1	100%	CUMPLE
Diseñar una estrategia de comunicación interna para sensibilizar la comunidad institucional sobre la importancia del programa de gestión del conocimiento fomentando su participación activa - Revista científica	Estrategia de comunicación interna	Producto	1	100%	CUMPLE
		Estrategia de comunicación interna diseñada y divulgada			
Elaborar y dar cumplimiento a plan de trabajo para obtener certificación por parte del INVIMA como centro de buenas prácticas clínicas	Plan de trabajo	Producto	1	N/A	N/A
		Plan de trabajo definido para obtener certificación como centro de buenas prácticas clínicas			
	Cumplimiento Plan de trabajo	Actividades realizadas del plan de trabajo / actividades programadas en plan de trabajo para obtener certificación como centro de buenas prácticas clínicas	80%	50%	NO CUMPLE



8.2.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

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

NÚMERO DE EVENTOS REALIZADOS

Este indicador se evalúa con una periodicidad anual. Sin embargo, en el primer trimestre el proceso aportó evidencias en la carpeta «Investigación», la cual contiene seis archivos en los que se registran las convocatorias efectuadas y las listas de asistencia de dos eventos, descritos a continuación:

- Segundo Seminario “Todo lo que debemos saber sobre la tuberculosis”: realizado el 10 de abril de 2025. Se presentan dos archivos: uno con imágenes del evento y otro con las listas de asistencia
- I Simposio Regional de Cirugía de Hernias: llevado a cabo el 4 de abril de 2025. Se incluyen igualmente dos archivos: uno con imágenes del evento y otro con las listas de asistencia.

48

De acuerdo con la evidencia presentada, se da cumplimiento a la meta del indicador para la vigencia 2025.

PRODUCTOS SOMETIDOS A REVISTAS INDEXADAS

La referente del proceso aporta como evidencia la carpeta «INVESTIGACIÓN», dentro de la subcarpeta «EVIDENCIAS POA IV TRIMESTRE 2025», la cual contiene a su vez la carpeta «Productos sometidos a revistas indexadas». Al desplegar esta información se encuentra el documento «NFORME POA IV TRIMESTRE 2025».

En dicho documento se observa la descripción del indicador, señalando el cumplimiento de la meta en un 100% para el periodo evaluado. Sin embargo, no se anexó el «Correo de sometimiento a revista indexada», tal como lo exige la evidencia del indicador.

Por esta razón, no es posible evaluar objetivamente el indicador, lo que impide alcanzar la meta propuesta para este IV trimestre de 2025.

PRODUCTOS SOMETIDOS A REVISTAS NO INDEXADAS O BOLETINES DE DIVULGACIÓN

El proceso no presentó la evidencia requerida para este indicador, situación que genera el incumplimiento de la meta establecida para la vigencia 2025. La ausencia de documentación soporte impide verificar objetivamente el nivel de cumplimiento, afectando la valoración del indicador en el periodo evaluado. Se recomienda analizar la pertinencia o no del indicador y efectuar los ajustes necesarios, teniendo en cuenta que se cuenta con el indicador «PRODUCTOS SOMETIDOS A REVISTAS INDEXADAS» con cumplimiento del 100%

De acuerdo con la observación presentada por la referente del proceso respecto a la no presentación de evidencias para este indicador, se sugiere la reformulación del mismo.

NÚMERO DE ALIANZAS ESTABLECIDAS

La referente del proceso aporta como evidencia la carpeta «INVESTIGACIÓN», ubicada dentro de la subcarpeta «EVIDENCIAS POA IV TRIMESTRE 2025», la cual contiene a su vez la carpeta «Número de alianzas establecidas». Al revisar esta información se encuentra el documento «Acta_2025_010_Comité de Ética en Investigación».



En el acta se verifica que fueron aprobadas por unanimidad las siguientes alianzas:

- Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia – UPTC y la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja.
- Convenio de Colaboración Interinstitucional entre el Instituto Nacional de Cancerología y la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja.
- Convenio Marco de Cooperación Nacional – Proyección social y extensión, con el objeto de promover la cooperación entre la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS y la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

Con la información presentada se evidencia el cumplimiento de la meta del indicador para la vigencia 2025.

49

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN INTERNA

Para la evaluación correspondiente al IV trimestre de 2025, el proceso no presentó las evidencias necesarias que permitan verificar el cumplimiento del indicador. En consecuencia, no se da cumplimiento a la meta del indicador para la vigencia 2025

Se recomienda, para la vigencia 2026, revisar y ajustar su periodicidad, considerando la relevancia del indicador, con el fin de permitir un seguimiento más oportuno durante la vigencia actual

PLAN DE TRABAJO

Teniendo en cuenta que la periodicidad para la evaluación de este indicador fue formulada como «anual – primer trimestre», el proceso anexó como evidencia la carpeta «Investigación», que a su vez contiene el documento «Plan de trabajo buenas prácticas clínicas.pdf».

En dicho documento se describen las actividades programadas para la vigencia, el cual cuenta con la aprobación de la Gerencia. Con esta evidencia se da cumplimiento a la meta del indicador correspondiente al año 2025.

CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO

La referente del proceso aporta como evidencia la carpeta «INVESTIGACIÓN», ubicada dentro de la subcarpeta «EVIDENCIAS POA IV TRIMESTRE 2025», la cual contiene a su vez la carpeta «Cumplimiento plan de trabajo (Alineado Plan de Mejora 1198)». En esta carpeta se encuentran los siguientes documentos:

- Acta cita N° 32INVIMA (2) «Tema: Solicitud de orientación para la obtención del certificado de Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos»
- Acta de reunión con INVIMA BPC HUSRT Tunja. «El objetivo de la reunión es establecer los lineamientos y acciones relacionadas para la obtención de la certificación en Buenas Prácticas Clínicas, abordando aspectos regulatorios y operativos»
- EVALUACIÓN INSTITUCIONAL DE LAS CONDICIONES
- Informe a gerencia de 1ra reunión INVIMA marzo 2025
- Lista de asistencia auditorio 28 de noviembre
- Oficio a planeación estado de ejecución plan de trabajo bpc 02122025.



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



8-7405030



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



Se verifico la información registrada en la plataforma ALMERA respecto al Plan de Mejoramiento 1198 encontrando que:

- La actividad 1 se encuentra vencida y con avance del 50%%
- La actividad 2 se encuentra dentro de términos y con el 0% de avance.

Así mismo, y de acuerdo con lo establecido en el documento OADS-F-21 «IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO PLAN DE TRABAJO», se tenía previsto para el mes de diciembre ejecutar la acción N° 16 «CERTIFICACIÓN DE BUENAS PRCTICAS CLINICAS (INVIMA).

De acuerdo con la documentación presentada, se están realizando acciones que avanzan hacia la consecución de dicha certificación, sin embargo, no se logró la certificación para la vigencia 2025, por tanto, no se dio cumplimiento al plan de trabajo para el IV trimestre de 2025.

50

8.2.2 RECOMENDACIONES

- El proceso debe considerar que la mayoría de sus indicadores presentan una periodicidad anual o semestral; por ello, resulta necesario para la vigencia 2026 en lo posible realizar avances periódicos con el fin de evitar incumplimientos en los tiempos establecidos.
- Se recomienda a los responsables de procesos que no cumplieron con meta establecida o que presenten desviaciones frente al cumplimiento del periodo evaluado, realizar acta de compromiso en el formato Cód.: OADS-F-09, con el profesional de planeación para cumplir con la meta establecida en los planes operativos anuales
- Es fundamental que el proceso cargue las evidencias de manera ordenada, de modo que cualquier persona pueda identificar la acción ejecutada junto con sus respectivos soportes. En caso de que las evidencias no sean claras o comprensibles, la evaluación podría disminuir en su calificación

9. OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

9.1 GESTIÓN CALIDAD

Ubicado en el plan de desarrollo en el Eje 2 «Gestión Clínica Excelente y segura» y en el eje de «Mejoramiento continuo» cuenta con 9 actividades y once indicadores, datos que se enuncian en la siguiente tabla:

ACTIVIDAD	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE	ESTADO
Implementar plan de formación en GPC por procesos	Cobertura de Evaluación en GPC – Médicos Generales y Especialistas (proceso)	Número de médicos generales y especialistas que han completado al menos un módulo de GPC en Moodle/ Total de médicos generales y especialistas en la institución	40%	100%	CUMPLE
	Eficacia de la capacitación en Guías de Práctica Clínica – Médicos Generales y Especialistas (proceso)	Número de médicos generales y especialistas que alcanzaron una puntuación igual o superior al 85% en el post test de GPC/ Total de médicos generales y especialistas evaluados	85%	89%	CUMPLE
	Guías de práctica clínica con material audiovisual disponible en plataforma Moodle institucional	Total de GPC con material audiovisual disponible	13	N/A	N/A



Dar cumplimiento a Plan de trabajo de medición de adherencia a las guías de práctica clínica institucional	Porcentaje de cumplimiento a plan de trabajo de medición de adherencia a GPC	% cumplimiento al plan por trimestre	80%	100%	CUMPLE
Crear y/o actualizar protocolos y/o procedimientos para la prestación del servicio por modalidad de telemedicina	Documento Protocolos y/o procedimientos para atención por modalidad de telemedicina	"Producto Protocolos y/o procedimientos para atención por modalidad de telemedicina"	3	N/A	N/A
Habilitar la prestación del servicio por modalidad de telemedicina en los servicios que aplique según necesidades	Nueva modalidad de atención habilitada	Protocolos y/o procedimientos para atención por modalidad de telemedicina"	1	100%	CUMPLE
Implementar planes de mejora para el mantenimiento de la certificación ISO 9001	Cumplimiento de planes de mejora por auditorías: interna y de seguimiento por ICOMNTEC	"Producto	100%	100%	CUMPLE
		Protocolos y/o procedimientos para atención por modalidad de telemedicina			
Realizar gestión y seguimiento oportuno a actividades de los Planes Únicos de Mejoramiento por Procesos	Porcentaje de cumplimiento a la ejecución oportuna de las acciones planteadas en los planes de mejora según cronograma	Modalidad por telemedicina habilitada en REPS"	65%	90%	CUMPLE
Formalizar programa de mejora continua articulado con Manual de mejoramiento	Documento Programa de mejora continua	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas *100	1	100%	CUMPLE
Implementar plan de trabajo para el avance en el proyecto de acreditación	Cumplimiento Plan de trabajo	Número de acciones de mejora ejecutadas al 100% según cronograma durante el mes evaluado/ Total de acciones de mejora programadas en el cronograma para el mes evaluado	>90%	100%	CUMPLE
Realizar Autoevaluación de los grupos de estándares de acreditación	Matriz Autoevaluación por grupo de estándares	"Producto	1	100%	CUMPLE
		Matriz Autoevaluación			

51

9.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa cuenta con once indicadores, cinco con periodicidad anual, cinco trimestrales y uno semestral. A continuación, se presenta el análisis efectuado a cada uno de ellos.

COBERTURA DE EVALUACIÓN EN GPC – MÉDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS (PROCESO)

En el cuarto trimestre de 2025, la responsable de la acción presentó como evidencia el indicador 2408 «Cobertura de Evaluación en GPC – Médicos Generales y Especialistas». Al verificar esta información en la plataforma ALMERA, módulo de indicadores, se observó lo siguiente:

«El indicador evidencia una evolución favorable y consistente durante la vigencia evaluada.



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



8-7405030



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



Como resultado de dichas acciones, la segunda medición alcanzó un cumplimiento global del 53%. Sin embargo, no se logró cubrir la población prevista para la segunda medición.»

Asimismo, debido al incumplimiento de la meta en el primer semestre de 2025, se formuló un plan de mejora. No obstante, de acuerdo con los resultados del indicador en el segundo semestre de 2025, dicho plan no generó el efecto esperado. Además, no se evidencia la formulación de un nuevo plan de mejora para ese periodo, en el cual tampoco se alcanzó la meta establecida del indicador. En conclusión, el porcentaje de ejecución para el semestre fue de 53.11%, incumpliendo la meta del indicador, la cual está definida en 80%.

EFICACIA DE LA CAPACITACIÓN EN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA – MÉDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS (PROCESO)

52

Con corte al cuarto trimestre de 2025, la responsable de la acción presentó como evidencia el indicador 2406 «Eficacia de la capacitación en Guías de Práctica Clínica – Médicos Generales y Especialistas». Esta información fue verificada en la plataforma ALMERA, módulo de indicadores, observándose lo siguiente: «Para la segunda medición acumulada del indicador, se obtiene el resultado de 85,5 % evidencia un alto nivel de apropiación del conocimiento por parte del talento humano médico que participó en el proceso de formación en Guías de Práctica Clínica. Este desempeño indica que la mayoría de los profesionales alcanzaron los estándares de comprensión y aplicación esperados, cumpliendo con la meta institucional establecida ($\geq 85\%$).

Sin embargo, el 14,5 % restante de participantes que no logró la meta constituye una oportunidad de mejora.

En conjunto, el indicador demuestra un impacto positivo del Programa Institucional de Guías de Práctica Clínica, evidenciando la consolidación de una cultura orientada al conocimiento científico, la calidad asistencial y la seguridad del paciente.»

De acuerdo con los datos del indicador, para el IV trimestre de 2025 se obtuvo un 89.19%, de ejecución, es decir el proceso dio cumplimiento a la meta del indicador para este cuarto trimestre.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA CON MATERIAL AUDIOVISUAL DISPONIBLE EN PLATAFORMA MOODLE INSTITUCIONAL

Para el cuarto trimestre, la presentación de evidencia no aplica, debido a que el indicador tiene una periodicidad de evaluación anual/primer trimestre.

De acuerdo con lo anterior, en el primer trimestre de 2025 se aportó como evidencia lo siguiente:

- La carpeta «G.Calidad», que contiene el archivo «Informe POA I trimestre GPC total 2025», en el cual se describen las actividades realizadas para dar cumplimiento a la meta del indicador.
- El enlace de acceso a la plataforma Moodle Institucional, donde se encuentran 13 guías de prácticas clínicas acompañadas de material audiovisual.

Con la documentación presentada, se dio cumplimiento a la meta del indicador para la vigencia 2025.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A PLAN DE TRABAJO DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA A GPC

Para el cuarto trimestre, la responsable de la acción aportó en la carpeta «Calidad», subcarpeta «GPC», los siguientes documentos:

- «CA-F-37 – Plan de trabajo: medición de adherencia GPC 2025»
- «Informe POA_Cumplimiento del Plan de trabajo de Auditoría IV Trimestre»



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



8-7405030



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



En este último se indica que se logró un total de 44 Guías de Práctica Clínica (GPC), lo que corresponde al 100% de lo planeado. Además, se incorporó una (01) GPC adicional a los ciclos de medición:

- Urolitiasis y litiasis de la vejiga

Como evidencia de la ejecución de estas actividades, el proceso aportó mediante correo electrónico los siguientes documentos:

- Informe de adherencia a guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida – Vigencia 2025
- Indicador 13 «Atención de parto 2025»
- Indicador «Trastornos hipertensivos»
- Indicador «Hemorragias cuarto trimestre 2025»
- Indicador 16 «Oportunidad trombólisis año 2025»
- Informe GPC Atención Ambulatoria – IV trimestre 2025
- Informe GPC Atención Hospitalaria (UCI, Urgencias, quirúrgicos) – IV trimestre 2025
- Informe Historia Clínica – IV trimestre 2025

53

Con la evidencia presentada se da cumplimiento a la meta programada para el IV trimestre de 2025.

Para la evaluación del POA 2026, se sugiere que el proceso anexe evidencia específica correspondiente a cada una de las actividades definidas en el «Plan de trabajo medición de adherencia a las GPC Institucional» CA-F 37.

DOCUMENTO PROTOCOLOS Y/O PROCEDIMIENTOS PARA ATENCIÓN POR MODALIDAD DE TELEMEDICINA

Para el cuarto trimestre, la responsable de la acción aportó en la carpeta «Calidad», subcarpeta «GPC», los siguientes documentos:

- «CA-F-37 – Plan de trabajo: medición de adherencia GPC 2025»
- «Informe POA _Cumplimiento del Plan de trabajo de Auditoría IV Trimestre»

En este último se indica que se logró un total de 44 Guías de Práctica Clínica (GPC), lo que corresponde al 100% de lo planeado. Además, se incorporó una (01) GPC adicional a los ciclos de medición:

- Urolitiasis y litiasis de la vejiga

Como evidencia de la ejecución de estas actividades, el proceso aportó mediante correo electrónico los siguientes documentos:

- Informe de adherencia a guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida – Vigencia 2025
- Indicador 13 «Atención de parto 2025»
- Indicador «Trastornos hipertensivos»
- Indicador «Hemorragias cuarto trimestre 2025»
- Indicador 16 «Oportunidad trombólisis año 2025»
- Informe GPC Atención Ambulatoria – IV trimestre 2025
- Informe GPC Atención Hospitalaria (UCI, Urgencias, quirúrgicos) – IV trimestre 2025
- Informe Historia Clínica – IV trimestre 2025

Con la evidencia presentada se da cumplimiento a la meta programada para el IV trimestre de 2025.

NUEVA MODALIDAD DE ATENCIÓN HABILITADA



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



8-7405030



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



Para el cuarto trimestre, la presentación de evidencia no aplica, debido a que el indicador tiene una periodicidad de evaluación -anual/primer semestre. - . En concordancia con esta periodicidad, el proceso presento con corte al primer semestre de 2025, la carpeta «G.CALIDAD», subcarpeta «SUH», al desplegar esta subcarpeta se encuentran los siguientes tres documentos: CE-PR-02 «Asignación de Citas», NEU-PR-01 «Tele trombólisis Endovenosas del Accidente Cerebrovascular Isquémico Agudo» y el UI-PR-44 «Solicitud de Interconsultas». Se verifico esta información en la plataforma ALMERA observando que estos documentos se encuentran registrados, activos y actualizados. De acuerdo con la información aportada se da cumplimiento a la meta del indicador para la vigencia 2025

CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORA POR AUDITORÍAS: INTERNA Y DE SEGUIMIENTO POR ICONTEC

54

Con corte al cuarto trimestre de 2025, el proceso presenta como evidencia la carpeta «Calidad», subcarpeta «QHSE», la cual contiene los siguientes documentos:

- «Auditoría Externa ISO 9001:2015»
- «Auditoría Interna ISO 9001:2015»

Auditoría Externa – Plan de Mejoramiento

Se establecieron 17 acciones como parte del plan de mejoramiento derivado de la auditoría externa, todas las cuales fueron ejecutadas en su totalidad, alcanzando un cumplimiento del 100%.

Auditoría Interna – Plan de Mejoramiento

El plan de mejoramiento correspondiente a la auditoría interna contemplaba 13 acciones, de las cuales se ejecutaron en su totalidad.

Este avance representa una ejecución del 100% del plan de mejoramiento asociado a la auditoría interna. Con base en los documentos revisados, se determina que se cumple la meta del indicador correspondiente al cuarto trimestre de 2025.

Se recomienda a la responsable de la acción, que la evidencia aportada sea la más reciente, registrada en la plataforma ALMERA, con el propósito de evitar confusiones al momento de realizar la evaluación del indicador.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA EJECUCIÓN OPORTUNA DE LAS ACCIONES PLANTEADAS EN LOS PLANES DE MEJORA SEGÚN CRONOGRAMA

Con corte al cuarto trimestre de 2025, se realizó la verificación de los datos correspondientes al indicador 2202: «Porcentaje de cumplimiento en la ejecución oportuna de las acciones planteadas en los planes de mejora según cronograma», registrados en la plataforma ALMERA. A continuación, se presentan los datos mensuales relacionados con este indicador:

Octubre: 90.41%

Noviembre: 83.90%

Diciembre: 96.67%

Con base en estos resultados, se determina que el promedio de cumplimiento para el trimestre de 2025 fue del 90.66%, lo que indica que se alcanzó la meta del indicador para este tercer trimestre

Es necesario corregir el indicador en la herramienta POA, para que quede articulado con la plataforma

DOCUMENTO PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA



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



8-7405030



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



Para el cuarto trimestre, se verificó la información aportada por el proceso ingresando a la plataforma ALMERA, en donde se pudo observar que el documento CA-PG-02 «Programa de Mejoramiento Continuo» se encuentra debidamente registrado en dicha plataforma, constituyendo la documentación que respalda la ejecución de la acción. Por lo tanto, se da cumplimiento a la meta del indicador para la vigencia 2025.

CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO

Para el IV trimestre de 2025 El proceso presenta como evidencia la carpeta «Calidad», subcarpeta «SUA», la cual contiene las carpetas «SESIONES OCTUBRE», «SESIONES NOVIMBRE», «SESIONES DICIEMBRE» y el archivo «Herramienta POA 2025 (xlsx)». Dentro de estas subcarpetas se encuentran documentos soporte tales como: listas de asistencia, registros fotográficos de las reuniones, bitácoras de actividades y cronogramas correspondientes a cada mes del trimestre evaluado.

55

Analizada la información documental, se verifica que las acciones programadas fueron ejecutadas conforme a lo establecido en el plan operativo, evidenciando el cumplimiento de la meta del indicador correspondiente al cuarto trimestre de 2025

MATRIZ AUTOEVALUACIÓN POR GRUPO DE ESTÁNDARES

La referente del proceso aportó en la carpeta «Calidad», subcarpeta «SUV» y despliega otra carpeta «Autoevaluaciones 2025», en el cual se encuentran los archivos en formato Excel correspondientes a cada una de las autoevaluaciones, así como el consolidado de la vigencia. Con estos datos se evidencia el cumplimiento de la meta del indicador para el cuarto trimestre.

No obstante, si bien los archivos contienen la información requerida, no constituyen un informe en el sentido establecido por la evidencia del indicador. Por tanto, se recomienda que, además de los archivos Excel de autoevaluación, el proceso presente un informe técnico que incluya la interpretación de los datos y su respectivo análisis

9.1.2 RECOMENDACIONES

- ✓ Para la actividad «Realizar gestión y seguimiento oportuno a las actividades de los Planes Únicos de Mejoramiento por Proceso», la meta establecida para el indicador registrado con el numero: 2202, en la herramienta POA corresponde al 65%. Sin embargo, la meta planteada en ALMERA para cada mes es mayor o igual al 80%. Por lo tanto, es necesario que para la vigencia 2026, se efectuó la articulación entre el POA y la plataforma ALMERA, con el fin de evitar inconsistencias y asegurar la correcta interpretación de los resultados.
- ✓ Para la evaluación del POA 2026, se sugiere que el proceso anexe evidencia específica correspondiente a cada una de las actividades definidas en el «Plan de trabajo medición de adherencia a las GPC Institucional» CA-F 37.

9.2 GESTIÓN INFORMACIÓN

Ubicado en el plan de desarrollo en el Eje 5 «Gestión de la tecnología» y «Mejoramiento continuo» cuenta con 7 actividades, las cuales se enuncian a continuación:



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



8-7405030



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



ACTIVIDAD	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE	ESTADO
Priorizar y dar cumplimiento al Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - PETI para la vigencia 2025	Cumplimiento PETI	Número de proyectos ejecutadas en el periodo y que corresponden al periodo de medición según lo planeado / Número total de proyectos planeados a ejecutar en el periodo.	80%	100%	CUMPLE
Desarrollar software para gestión de la información de inventario de equipos y gestión de solicitudes y requerimientos de TI	Módulos de Software desarrollados	Producto Cuatro Módulos de Software	2	100%	CUMPLE
Realizar diagnóstico para identificar las necesidades de automatización y las barreras para consolidar automáticamente la información administrativa y asistencial	Diagnóstico de necesidades	Producto Diagnóstico de necesidades	1	N/A	N/A
Definir Plan de seguridad y privacidad de la información para la vigencia 2025 fortaleciendo la implementación de la política de seguridad de la información	Cumplimiento Plan de seguridad y privacidad de la información	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	90%	100%	CUMPLE
Elaborar diagnóstico de estado y pertinencia de documentación del proceso y priorizarlos	Diagnóstico	Producto Diagnóstico	1	N/A	N/A
Actualizar la documentación del proceso, priorizada según diagnóstico inicial	Avance en la actualización de documentos	Documentos actualizados / documentos priorizados en el diagnóstico	25%	N/A	N/A
Definir una estrategia esquemática simple que facilite la comprensión del Plan de Desarrollo y los planes operativos, que muestre cómo los procesos hacen parte de su implementación	Estrategia definida	Producto Estrategia	1	N/A	N/A

9.2.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

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

CUMPLIMIENTO PETI

Para el segundo semestre de 2025, se presentó la carpeta «Gestión de la Información», subcarpeta «Tecnología de la Información»/«PETI» en la que se encuentran los siguientes archivos:

- Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI).
- Acta de reunión PETI – diciembre de 2025 (firmada).

- Acta de reunión de seguimiento PETI – septiembre.
- Acta 2025-003.

En estos documentos se describen las reuniones de seguimiento realizadas y la ejecución de los compromisos establecidos dentro del «Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI OADS-F-20», correspondiente a la vigencia 2025. Asimismo, se efectuó seguimiento al comportamiento del indicador 1512 «Indicador de ejecución PETI», registrado en la plataforma ALMERA.

Como resultado de esta observación, se evidenció que, para la vigencia 2025, se ejecutaron los cinco (5) proyectos priorizados del PETI, así como los contratos asociados a los gastos de operación, garantizando la continuidad de los servicios tecnológicos.

Con la evidencia aportada, se da cumplimiento a la meta del indicador para el segundo semestre de 2025

57

MÓDULOS DE SOFTWARE DESARROLLADOS

El subproceso presentó en la carpeta «Gestión de la Información», subcarpeta «Tecnología de la Información», el documento «Informe Final Desarrollo 2025», en el cual se expone el estado actual del proyecto de desarrollo del nuevo aplicativo para la gestión del inventario y mantenimiento de equipos biomédicos del Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

Así mismo, el sub proceso presento informe en el cual se informa del estado actual y avances del «Módulo Mesa de Servicios» dando cumplimiento a la meta del indicador para el IV trimestre de 2025.

Se recomienda aportar la información completa y dentro de los términos defeinidos.

DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES

El indicador en referencia posee una periodicidad de evaluación anual. No obstante, durante el primer semestre del año se presentó evidencia documentada, que acredita el cumplimiento de la meta establecida para dicho indicador. En consecuencia, este no es aplicable para efectos de evaluación correspondiente al cuarto trimestre del año 2025

PORCENTAJE DE UPD CON TRD ACTUALIZADA

El subproceso presenta como evidencia la carpeta «Gestión de la Información», dentro de la subcarpeta «Tecnología de la Información». Al desplegarse, se encuentra la carpeta «MSPI», en la cual reposan los siguientes documentos:

- Autodiagnóstico MSPI 2026
- Declaración de aplicabilidad 2026
- Encuesta OADS-F-36: formato de seguimiento y autocontrol de gestión de riesgos – primera línea de defensa
- Informe de seguridad, corte diciembre 2025

No obstante, de acuerdo con lo establecido en el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información para la vigencia 2025, en el segundo semestre se habían programado siete actividades. Tras la verificación de la información aportada, no se hallaron evidencias de:

- Informe del Plan de Formación Continua Semestral
- Acta del Comité de Gestión y Desempeño Institucional (solo se presentó el acta correspondiente al mes de agosto)

Con base en lo anterior, se determina que para el cuarto trimestre de 2025, la ejecución de actividades alcanzó un 71%, cifra inferior a la meta establecida del 90%. En consecuencia, no se cumplió con el indicador previsto para dicho periodo.



CUMPLIMIENTO PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

El indicador tiene periodicidad de evaluación «anual/primer trimestre», y de acuerdo con esto, el sub proceso en el I trimestre aportó la carpeta «G Informática», subcarpeta «Comunicaciones», en la cual se encuentra el documento titulado «Diagnóstico Formato Comunicaciones 2025». En este documento, el subproceso realiza la identificación de documentos no utilizables, aquellos que requieren modificación y/o actualización, así como las acciones a implementar, con esta evidencia se dio cumplimiento a la meta del indicador para esta vigencia 2025.

DIAGNÓSTICO

El referente del subproceso aportó, en la carpeta «Comunicaciones» dentro de, el documento denominado «OFICIO». En dicho documento se informa que, para el IV trimestre, no se presentó evidencia, dado que la actualización de la documentación se realizó en un 100% durante el cuarto trimestre de 2025, cumpliendo de manera anticipada con lo establecido en el POA. Asimismo, se señala que toda la información y los soportes correspondientes quedaron debidamente documentados y registrados en la plataforma Almera.

De acuerdo con lo expuesto por el referente del subproceso y con la verificación realizada en la plataforma Almera, se concluye que se dio cumplimiento a la meta del indicador para el IV trimestre y la vigencia 2025

AVANCE EN LA ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS

El referente del subproceso aportó, en la carpeta «Comunicaciones» dentro de, el documento denominado «OFICIO». En dicho documento se informa que, para el IV trimestre, no se presentó evidencia, dado que la actualización de la documentación se realizó en un 100% durante el cuarto trimestre de 2025, cumpliendo de manera anticipada con lo establecido en el POA. Asimismo, se señala que toda la información y los soportes correspondientes quedaron debidamente documentados y registrados en la plataforma Almera.

De acuerdo con lo expuesto por el referente del subproceso y con la verificación realizada en la plataforma Almera, se concluye que se dio cumplimiento a la meta del indicador para el IV trimestre y la vigencia 2025

ESTRATEGIA DEFINIDA

Para este cuarto trimestre, el referente del subproceso presentó en la carpeta «Gestión de la Información», subcarpeta «Comunicaciones», el documento «Estrategia de Comunicación para la difusión del Plan de Desarrollo Institucional (PDI) y Plan Operativo Anual (POA)», en el cual se expone el esquema diseñado y el cronograma de ejecución.

Cabe señalar que esta información ya había sido presentada en el segundo trimestre de 2025, ocasión en la que se dio cumplimiento a la meta del indicador para la vigencia 2025.

9.2.2 RECOMENDACIONES

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



9.3 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

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

	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE IV TRIMESTRE	ESTADO
Actualizar e identificar los riesgos en los procesos institucionales	Procesos institucionales con identificación de riesgos en los mapas de riesgos	Procesos institucionales con identificación de riesgos en los mapas de riesgos / Total de procesos institucionales *100	80%	100%	CUMPLE
Realizar seguimiento a las matrices de riesgo institucionales	Informes de seguimiento a matrices de riesgos	Producto Informes de seguimiento a matrices de riesgos durante la vigencia	7	100%	CUMPLE
Optimizar el Modelo de Referenciación interna y externa que asegure un enfoque desde la estrategia	Procedimiento Actualizado	Producto Procedimiento actualizado	1	100%	CUMPLE

59

9.3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

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

PROCESOS INSTITUCIONALES CON IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN LOS MAPAS DE RIESGOS

Con corte al cuarto trimestre de 2025, el proceso aporta en la carpeta «Direccionamiento estratégico». 8 archivos en los cuales se encuentran los siguientes informes:

- Informe de seguimiento al mapa de riesgos de gestión y fiscales por parte de la segunda línea de defensa del segundo semestre del 2024.
- Informe de seguimiento al mapa de riesgos de gestión y fiscales por parte de la segunda línea de defensa del primer semestre del 2025
- Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno primer cuatrimestre 2025.
- Informe seguimiento segunda línea de defensa al mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno segundo cuatrimestre 2025.
- Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno tercer cuatrimestre 2024
- Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos lavado de activos financiamiento de terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva SARLAF/PADM segundo semestre de 2024
- Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos lavado de activos financiamiento de terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva SARLAF/PADM primer semestre de 2025



En cada uno de estos informes se presentan los mapas de riesgo y el monitoreo realizado a los mismos, así como el nivel de aplicación de los controles en cada uno de los 24 procesos institucionales. De acuerdo con la evidencia presentada, se cumple con el indicador establecido para la vigencia 2025.

IFORMES DE SEGUIMIENTO A MATRICES DE RIESGOS

Con corte al cuarto trimestre de 2025, el proceso aporta en la carpeta «Direccionamiento estratégico». 8 archivos en los cuales se encuentran los siguientes informes:

- Informe de seguimiento al mapa de riesgos de gestión y fiscales por parte de la segunda línea de defensa del segundo semestre del 2024.
- Informe de seguimiento al mapa de riesgos de gestión y fiscales por parte de la segunda línea de defensa del primer semestre del 2025
- Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno primer cuatrimestre 2025.
- Informe seguimiento segunda línea de defensa al mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno segundo cuatrimestre 2025.
- Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno cuatrimestre 2024.
- Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos lavado de activos financiamiento de terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva SARLAF/PADM segundo semestre de 2024
- Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos lavado de activos financiamiento de terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva SARLAF/PADM primer semestre de 2025

60

En cada uno de estos informes se presenta el monitoreo realizado a los mismos, así como el nivel de aplicación de los controles en cada uno de los 24 procesos institucionales. De acuerdo con la evidencia presentada, se cumple con el indicador establecido para la vigencia 2025.

PROCEDIMIENTOS ACTUALIZADOS

Con corte al cuarto trimestre de 2025 no se presentó evidencia. Dado que la periodicidad se estableció como «anual (segundo trimestre)», en dicho periodo el proceso entregó un enlace de acceso a la plataforma ALMERA, donde se verifica que el documento PLA-PG-01 «Programa de Referenciación» está registrado y actualizado. Esta evidencia permite dar cumplimiento a la meta del indicador correspondiente a la vigencia 2025

CONCLUSIONES:

Una vez realizada la evaluación por parte de la Oficina de Control Interno, se determinó que el porcentaje de cumplimiento del POA correspondiente al cuarto trimestre de 2025 asciende al 95%. No obstante, se identificó que los siguientes indicadores no alcanzaron la meta establecida:

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

RECURSOS FISICOS_BIOMEDICA

- ✓ Indicador 2658 «Porcentaje de energía eléctrica proveniente de fuentes limpias en la institución», se determinó un cumplimiento promedio del 17,69%. Esta cifra presenta una discrepancia con el 19% consignado en el informe y, a su vez, resulta insuficiente para alcanzar la meta del 20% establecida para la vigencia 2025.



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



8-7405030



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



GESTIÓN JURÍDICA

- ✓ En relación con la actividad **“Dar respuesta oportuna a los derechos de petición que llegan a la oficina jurídica”**, durante el cuarto trimestre la Oficina de Control Interno realizó una revisión del indicador 1482, verificando tanto las carpetas físicas como la información registrada en la matriz OAJ-F-07.

Se evidenció que en dicho periodo se recibieron **84 derechos de petición**, de los cuales **7 fueron contestados fuera de término** y **2 permanecían sin respuesta pese a que el plazo ya había vencido**. En consecuencia, el indicador, tal como está formulado actualmente, **no cumple con la meta establecida del 100%**.

61

Asimismo, el profesional de Control Interno considera necesario **reformular el indicador**, ya que en su estado actual únicamente mide la entrega de respuesta a las peticiones radicadas, sin evaluar la oportunidad en dicha respuesta. En este sentido, la fórmula debería definirse de la siguiente manera:

$$\begin{aligned} \text{Indicador} &= (\text{Respuestas oportunas a las peticiones}) \\ &= \frac{\text{Respuestas oportunas a las peticiones}}{\text{Derechos de petición radicados en la entidad}} \times 100 \end{aligned}$$

- ✓ Respecto a la actividad **“Dar respuesta oportuna a todas las acciones de tutela que llegan a la oficina jurídica”**, una vez revisada la matriz OAJ-F-08 -Registro de acciones de Tutela- correspondiente al cuarto trimestre, se evidenció que durante este periodo se radicaron 235 acciones constitucionales. La Oficina de Control Interno identificó cinco (5) acciones de tutela con respuesta extemporánea.

De igual manera, al revisar el indicador 1483 -Porcentaje de acciones de tutela atendidas-, se encontró que la medición realizada no coincide con lo verificado por la Oficina de Control Interno. Por tal razón, se concluye que no se cumple con la meta establecida, la cual corresponde al 100%.

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

ATENCIÓN DE URGENCIAS

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

- ✓ 2206 (Oportunidad en el Triage) no cumple con la meta definida
- ✓ Indicador 1733 (Adherencia a guías de práctica clínica médica, Urgencias), no cumple con la meta establecida

ATENCIÓN AMBULATORIA

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN



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



8-7405030



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



- ✓ No se evidencia indicador asociado al atributo Responsable salida "Seguimiento a paciente de consulta especializada".

HOSPITALIZACIÓN

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

UCI ADULTO: UCI ADULTO: Resultado modelo 40%, valor por debajo de la meta que es 65%

Los siguientes indicadores no realizaron medición

1738; Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos, 1707: Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de UCI adultos. Sin medición en noviembre y diciembre de 2025.

135: Promedio días de estancia cuidado intensivo adulto, Sin medición en noviembre y diciembre de 2025.

1739: Proporción de reingresos a UCI Adultos antes de 72 horas Sin medición en noviembre y diciembre de 2025.

Sin indicador asociado al atributo UNIVERSITARIO

UCI PEDIÁTRICA: Resultado modelo 77,7%, valor que cumple la meta que es 65%

Los siguientes indicadores no alcanzaron la meta:

1775: Accesibilidad a UCI Pediátrica

Adicionalmente, no se ha realizado la parametrización indicadores correspondientes al ATRIBUTO DE "Universitario"

UCI NEONATAL: Resultado modelo 70 %, valor que cumple la meta que es 65%

Los siguientes indicadores no cumplen con la meta establecida para este periodo.

1776: Accesibilidad a UCI Neonatal

2429: Satisfacción del personal en formación en el servicio de UCI Neonatal

1703: Tiempo promedio de atención de neonatos que ingresan a servicio de urgencias luego de ser valorados en el triage

62

QUIRÓFANOS:

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

- ✓ Indicador 1 Oportunidad en la realización de cirugía programada, arroja como resultado 46,63 incumpliendo con la meta establecida que es MENOR O IGUAL A 35
- ✓ Indicador 1731 (Adherencia a guías de práctica clínica médica, Gestión quirúrgica), arroja como resultado 55,73 incumpliendo con la meta establecida que es ≥ 85 REITERATIVO

OFICINA ASESORA DE DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN

DOCENCIA SERVICIO

- ✓ CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO

La documentación presentada evidencia avances significativos respecto a la consecución de la certificación. Sin embargo, la meta de la acción establece como evidencia la «Certificación de

Buenas Prácticas Clínicas»; por tanto, no se cumple la meta del indicador para el cuarto trimestre de 2025, en el cual se obtuvo un 50% de cumplimiento respecto a la meta planteada».

INVESTIGACIÓN

✓ CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO

Referente a la actividad "Elaborar y dar cumplimiento a plan de trabajo para obtener certificación por parte del INVIMA como centro de buenas prácticas clínicas".

De acuerdo con la documentación presentada, se están realizando acciones que avanzan hacia la consecución de dicha certificación, sin embargo no se logró la certificación para la vigencia 2025, por tanto no se dio cumplimiento al plan de trabajo para el IV trimestre de 2025.

✓ PRODUCTOS SOMETIDOS A REVISTAS NO INDEXADAS O BOLETINES DE DIVULGACIÓN.

El proceso no presentó la evidencia requerida para este indicador, situación que genera el incumplimiento de la meta establecida para la vigencia 2025. Teniendo en cuenta que se cuenta con el indicador «PRODUCTOS SOMETIDOS A REVISTAS INDEXADAS» con cumplimiento del 100%, además que la entidad se encuentra en proceso de acreditación, se sugiere la reformulación del mismo.

63

ALERTAS DE MEJORA

1. Se recomienda dar cumplimiento al Instructivo CA-INS-05 INSTRUCTIVO PARA LA GESTION Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES, Numerales 3.2 Reporte de indicadores y análisis, establece que los procesos y subprocesos tendrán 20 días calendario mes vencido para el reporte de los mismos, esto teniendo en cuenta que el proceso de UCI ADULTO, no realizo medición de los siguientes indicadores en el mes de noviembre y diciembre de 2025 (1738,135 y 1739)

Adicionalmente dar cumplimiento Numerales 3.4 Análisis de desviaciones frente a la meta y 3.5 Acciones de intervención frente al no cumplimiento de metas. Lo anterior teniendo en cuenta el incumplimiento REITERATIVO de las metas de los indicadores (1748, 1774, 1707,1775, 1776,1703) asociados a los procesos de Hospitalización, Uci adulto, pediátrico y neonatal

Se recomienda identificar indicador asociado al atributo UNIVERSITARIO en los procesos de UCI adulto y pediátrico REITERATIVO

Adicionalmente identificar indicador Atributo Responsable asociado en el ciclo de salida "Seguimiento a paciente de consulta especializada", En el proceso de ATENCIÓN AMBULATORIA. REITERATIVO

2. De igual manera dar cumplimiento a la actividad 12. Desarrollar plan de intervención a los indicadores con incumplimiento reiterativo frente a la meta. Lo anterior teniendo en cuenta el incumplimiento reiterativo de las metas de los indicadores (1748, 1775, 1776,1732) asociados a los procesos de procesos UCI Adultos, pediátrico, neonatal, hospitalización, Atención hospitalaria, quirófanos , específicamente los indicadores relacionados con Adherencia a guías de práctica clínica médica



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



8-7405030



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



3. Se recomienda a los procesos que presentaron diferencias en las metas de los indicadores relacionados en el POA y las metas en ALMERA, justificar estos cambios teniendo en cuenta que La presentación de un indicador de gestión con un valor que no refleja la realidad genera una desviación significativa en el análisis institucional. Esta situación afecta la confiabilidad de la información, la calidad del dato y compromete la toma de decisiones estratégicas. (INDICADOR 1981 Cancelaciones quirúrgicas por mala preparación del paciente en el mes de agosto amplían la meta a 50%)
4. Se recomienda tener en cuenta que en los indicadores relacionados con: "Proporción de vigilancia de eventos adversos" que no se presentaron sucesos de seguridad en el periodo, la medición del indicador y/o resultado es "No aplica medición", lo anterior teniendo en cuenta que están colocando 100%
5. Se recomienda ajustar en la herramienta de POA en la columna de Evidencias, actualizar el sistema de gestión DARUMA por ALMERA.
6. Se recomienda a los siguientes procesos: Atención a urgencias y Atención hospitalaria, establecer actividades relacionadas con la Eje humanización – **REITERATIVA**.
7. Se recomienda a los responsables de procesos que no cumplieron con meta establecida o que presenten desviaciones frente al cumplimiento del periodo evaluado, realizar acta de compromiso en el formato Cód.: OADS-F-09, con el profesional de planeación para cumplir con la meta establecida en los planes operativos anuales» específicamente para los procesos UCI Adultos, pediátrico, neonatal, hospitalización, Atención hospitalaria, quirófanos
8. Se sugiere a los subprocesos responsables de la gestión financiera asociar e incorporar como parte de los soportes, en cada actividad, el indicador correspondiente cuando este se encuentre definido en el Programa de Gestión Institucional de los Recursos Financieros. Esta acción facilitará el seguimiento y evaluación del POA, permitirá su alineación con los indicadores del plan financiero y contribuirá a una toma de decisiones más informada, orientada al equilibrio financiero de la entidad y el cumplimiento de la meta del 80%.
9. Es fundamental que todos los procesos cumplan con los plazos establecidos para entrega de información, para la evaluación de POA, es decir antes de la finalización de cada trimestre, con el propósito de garantizar la eficiencia y el buen funcionamiento de los procesos. La entrega de información fuera de los términos puede generar retrasos, afectar la toma de decisiones oportunas y comprometer la calidad de los resultados finales.
10. Se recomienda realizar un seguimiento adicional a los indicadores de resultado y de producto establecidos en el Plan de Desarrollo 2024–2027, con el objetivo de asegurar que los procesos estén alineados con el cumplimiento de dichas metas. Esta acción contribuirá a evitar inconvenientes durante la evaluación del plan y garantizará una gestión más efectiva y orientada a resultados.
11. Se recomienda a los procesos y subprocesos que cuentan con metas anuales para el caso de Docencia y servicios, Investigación y Recursos físicos avanzar de manera oportuna en su



ejecución, con el fin de asegurar el cumplimiento de dichas metas y evitar la generación de reprocesos que puedan afectar la eficiencia y los resultados esperados.

12. Es fundamental que el proceso cargue las evidencias de manera ordenada, de modo que cualquier persona pueda identificar la acción ejecutada junto con sus respectivos soportes. En caso de que las evidencias no sean claras o comprensibles, la evaluación podría disminuir en su calificación.

13. En relación con la actividad "*Actualizar el Manual para la Formulación e Implementación de la Política de Prevención del Daño Antijurídico*", la meta estaba programada para el segundo trimestre de 2025. Sin embargo, el proceso no se cumplió en el plazo previsto, pues la actualización se realizó en agosto de 2025 y su publicación en el sistema de gestión integral tuvo lugar el 17 de diciembre del mismo año. En consecuencia, el cumplimiento de la meta se concretó de manera **extemporánea**. Por ello, la Oficina de Control Interno reitera la importancia de ejecutar las actividades dentro de los plazos establecidos y en conformidad con la normativa vigente.

65

Cordialmente,

(Original Firmado)

WILMER LEONARDO PARADA MARQUEZ

Asesor de Control Interno

E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Anexo: Matriz Plan Operativo por Procesos y/o Servicios – OADS-F-03.

Proyectó: Claudia Sáenz, Gustavo Molano, Liliana Rodríguez, Carmen Cecilia Garzón y Lina María Montejo

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



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



8-7405030



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