

**INFORME DE GESTIÓN
PERIODO: VIGENCIA 2025**

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

**GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZÁLEZ
GERENTE**

Marzo de 2026



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



8-7405030



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



ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

INTRODUCCIÓN

El Decreto 357 de 2008, reglamentó la evaluación y reelección de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, lo cual generó la presentación ante la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja del Plan de Gestión del Gerente para el periodo 2020-2024, aprobado mediante Acuerdo No. 07 de julio 8 de 2020, ajustado por el Acuerdo No. 018 de 02 de octubre de 2021.

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

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

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

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

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

De acuerdo a lo anterior se realiza el Informe de Gestión para la vigencia específica año 2025 del Gerente de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, quien fue nombrado mediante Decreto 326 del 27 de marzo de 2024 y posesionado mediante Acta a partir del 1 de abril del 2024.

De acuerdo a las directrices dadas para cada indicador se verifica su cumplimiento así:



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



8-7405030



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



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



6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos1. Compras Conjuntas2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado3. Compras a través de mecanismos electrónicos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	0,057142857	≥ 0.70	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a, b y c. 2. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada 4. Aplicación de la fórmula del indicador.
7	Nivel I, II y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación./ [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación)- (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)]	0,057142857	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.
8	Nivel I, II y III	Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación.	0,057142857	4	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.
9	Nivel I, II y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CC. de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores.)	0,057142857	≥1.00	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
10	Nivel I, II y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	0,057142857	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud



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



8-7405030



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



11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2 Capítulo 8, Título 3, parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	0,057142857	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social
12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación.	0,07	≥0.80	Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.
13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥0.80	Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.
14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de Apendicetomía.	Número de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la Apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥0.90	Informe de Subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces que contenga como mínimo: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del Diagnóstico de Apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.



15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	0,05	Cero (0), o variación negativa	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador.
16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥ 0.90	Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía y aplicación de la fórmula del indicador.
17	Nivel II y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	0,05	≥ 0.90	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.
18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,03	≤ 5	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,03	≤ 8	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,02	≤ 15	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social



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



8-7405030



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



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar las metas de gestión y resultados de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja durante la vigencia 2025, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 408 de 2018; estableciendo su nivel de desempeño de acuerdo con la normatividad vigente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar y analizar las estrategias que contribuyan a la misión y cumplimiento de la visión, objetivos y metas institucionales, con un equipo humano calificado bajo principios y valores enfocados en la prestación de servicios de salud con calidad.
- Analizar el uso eficiente de los recursos financieros, a través de las estrategias, el seguimiento, acompañamiento y verificación permanente del cumplimiento de directrices, procesos y procedimientos para una adecuada prestación de los servicios de salud, manteniendo la rentabilidad económica y social basada en el equilibrio presupuestal y financiero de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

PLATAFORMA ESTRATEGICA

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



Misión

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



Visión

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



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



8-7405030



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



Objetivos Institucionales

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

EJES TRAZADORES

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

1. ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO
2. GESTIÓN CLINICA EXCELENTE Y SEGURA
3. HUMANIZACION EN LA ANTENCIÓN EN SALUD
4. GESTIÓN DEL RIESGO
5. GESTIÓN DE TECNOLOGIA
6. TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE.
7. RESPONSABILIDAD SOCIAL



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



8-7405030



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



8. MEJORAMIENTO CONTINUO

COMPONENTES DEL INFORME DE GESTIÓN

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

1. DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%).
2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%).
3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%).

1. DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%).

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

No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.	0,05	$\geq 1,20$	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior	2,49	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS- LIDER ACREDITACION	1,33	5	0,25

Para la vigencia 2025, este indicador reporto un resultado de 3.29 respecto al valor obtenido para la vigencia 2024 de 2.496; se encuentra una relación de 1.3 tal como lo demuestra el indicador a continuación:

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



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



8-7405030



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



 AUTOEVALUACIÓN ACREDITACION RESOLUCIÓN 5095 DE 2018			RESULTADOS AUTOEVALUACIONES	
VIGENCIA			2024	2025
GRUPO DE ESTANDARES	LIDER ESTÁNDAR	NUMERO DE ESTANDARES	TOTAL Promedio	TOTAL Promedio
Cliente asistencial	Subgerente de Servicios de Salud	0-75	2,13	3,41
Direccionamiento	Gerente	76-88	2,53	3,33
Gerencia	Gerente	89-103	2,55	3,33
Gerencia del talento humano	Líder talento Humano	104-120	2,77	3,48
Gerencia del ambiente físico	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo	121-131	2,06	2,94
Gestión de la tecnología	Líder Ing. Biomedica	132-141	2,80	3,17
Gerencia de la Información	Líder sistemas	142-155	2,44	3,38
Mejoramiento de la calidad	Líder Calidad	156-160	2,70	3,29
RESULTADO AUTOEVALUACION			2,496	3,29

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

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{3.29}{2.496} = 1,3$$

Fuente Información: Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior

Soporte: Carpeta Indicador 1

- Anexo autoevaluación 2024.
- Anexo autoevaluación 2025.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el incremento en la calificación de 2025 respecto al periodo 2024 se obtiene un resultado de 1,3, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se obtiene una **calificación de 5**.

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



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



8-7405030



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



No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC	0,05	≥ 0.90	Superintendencia Nacional de Salud	91%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS- LIDER ACREDITACION	95%	5	0,25

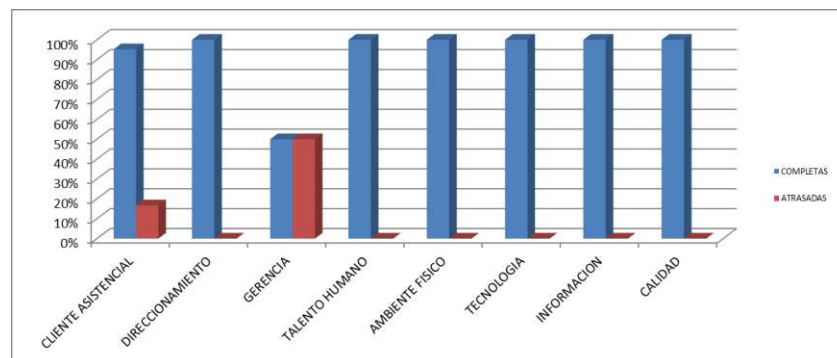
EJECUCIÓN PAMEC DICIEMBRE 2025

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA					
INDICADOR	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria.	% EJECUCIÓN PAMEC 2025			
		Grupo Estándares	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES EJECUTADAS	CUMPLIMIENTO
		Cliente asistencial	21	20	95%
		Direccionamiento	7	7	100%
		Gerencia	4	2	50%
		Gerencia del talento humano	5	5	100%
		Gerencia del ambiente físico	1	1	100%
		Gestión de la tecnología	2	2	100%
		Gerencia de la información	12	12	100%
		Mejoramiento continuo	3	3	100%
TOTAL		55	52	95%	

Fuente: Seguimiento a Diciembre PAMEC 2025

De las 55 acciones programadas, se ejecutaron 52 dando cumplimiento al 95% de lo comprometido desde el comienzo de la vigencia y de lo cual se hace descripción a continuación.

CUMPLIMIENTO PAMEC E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA 2025



Fuente: Oficina Calidad PAMEC 2025



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



8-7405030



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



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

Este seguimiento se realizó con base en la verificación de las actividades planteadas en el PAMEC 2025 radicado mediante correo electrónico en secretaria de Salud de Boyacá, este se lleva a cabo por cada equipo de acreditación de acuerdo al cronograma planteado y este es verificado por auditor líder de acreditación para evidenciar el cumplimiento de las metas planteadas.

Evidencia del correo electrónico enviado para el informe Final PAMEC 2025:



INFORME FINAL EJECUCIÓN PAMEC 2025

Desde Maria Fernanda Medina <acreditacion@hospitalsanrafaeltunja.gov.co>

Fecha Jue 15/01/2026 10:09

Para PROGRAMA DE VIGILANCIA <pamec.boyaca@boyaca.gov.co>

CC Diana Uribe <coordinadoracalidad@hospitalsanrafaeltunja.gov.co>; Gloria Yaneth Manrique Abril <dservicios@hospitalsanrafaeltunja.gov.co>

2 archivos adjuntos (219 KB)

INFORME PAMEC - HUSRT INFORME 2025.xlsx; INFORME PAMEC EJECUCIÓN HUSRT 2025.xls;

Señores:
Grupo PAMEC

Cordial saludo

Dando cumplimiento a lo solicitado, me permito enviar la ejecución del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) correspondiente a la vigencia 2025. Este documento detalla las actividades realizadas, los hitos alcanzados en el marco de nuestro compromiso con la mejora continua de la calidad.

Adjunto a este correo encontrará 2 documentos detallados con toda la información correspondiente a la vigencia 2025,

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

Agradezco de antemano su atención y colaboración.

Atentamente,

Maria Fernanda Medina B
Profesional PAMEC - Acreditación
BX. (57) 7405030 Ext. 2226
Carrera 11 No. 27-27 Tunja- Boyacá Colombia

<https://outlook.office.com/mail/sentitems/id/AAQKADcyZDc3ODhjLTExMjNDY1OS1zToyLT4Y2Y2M2ZkNTBmMAAQAH3%2FJRUX%2BZErxKVLrElg%3D?ui=es-ES&rs=CL>

Nit	Clasificación 2025	Fecha de Clasificación 2025	Clasificación 2024	INDICADOR 2	INDICADOR 10
-----	--------------------	-----------------------------	--------------------	-------------	--------------



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



8-7405030



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



891501104	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,97	NO CUMPLE
891501676	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,96	CUMPLE
891580002	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,86	NO CUMPLE
891600061	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	NO REPORTÓ AT	NO CUMPLE
891680064	Grupo D1	Julio de 2025	Grupo D2	NO REPORTÓ AT	NO CUMPLE
891680065	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	NO REPORTÓ AT	NO CUMPLE
891780008	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	0,73	NO CUMPLE
891780185	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	1,00	NO CUMPLE
891800231	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,95	NO CUMPLE
891800335	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,94	NO CUMPLE
891800395	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,65	CUMPLE
891800570	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	1,00	NO CUMPLE

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

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{52}{55} = 95\%$$

Fuente de Información: Superintendencia Nacional de Salud

Soporte: Carpeta Indicador 2

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2025 se obtiene un resultado del 95%, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra por encima del 90%, se da una **calificación de 5**.

1.3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
Dirección y Gerencia 20%	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	0,1	≥ 0,90	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del Indicador.	97%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS	91%	5	0,5



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



8-7405030



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



La ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja aprobó su Plan de Desarrollo para el periodo 2024-2027, mediante Acuerdo No. 12 de junio de 2024, el cual tiene un promedio general de cumplimiento para la vigencia 2025 de 91.2% según el informe presentado por la Oficina Asesora de Control Interno de la Entidad.

Para la vigencia 2025 se definieron 126 metas a través del plan operativo anual, de las cuales una no aplica para la medición y de ellas 114 cumplieron la meta establecida.

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

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{114}{125} = 91.2\%$$

Cumplimiento Total 91.2%

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

Soporte: Carpeta Indicador 3

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2025 se obtiene un resultado del 91.2%, lo cual aplicando la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango de **calificación de 5**.

2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%).

2.1. Riesgo Fiscal y financiero.

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

Respecto a este indicador para el Hospital NO APLICA su calificación, de acuerdo a lo establecido por la Resolución del Ministerio de Salud N° 1122 de 2025, por medio de la cual se efectúa la categorización del

riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2025, La ESE Hospital San Rafael Tunja se encuentra en la calificación SIN RIESGO.

- Resolución del Ministerio de Salud N° 1122 de 2025.

REPUBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 00001122 DE 2025

(30 MAY 2025)

Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2025 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 y,

CONSIDERANDO

ENTIDAD	MUNICIPIO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	RIESGO
BOYACÁ	TOCA	ESE CENTRO DE SALUD TOCA	SIN RIESGO
BOYACÁ	TOGUI	ESE CENTRO DE SALUD DE TOGUI	SIN RIESGO
BOYACÁ	TOTA	ESE CENTRO DE SALUD DE TOTA	SIN RIESGO
BOYACÁ	TUNJA	ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACÁ	SIN RIESGO
BOYACÁ	TUNJA	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	SIN RIESGO
BOYACÁ	TUTA	ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA	SIN RIESGO
BOYACÁ	UMBITA	ESE CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL	SIN RIESGO

Soporte: Carpeta Indicador 4

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



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



8-7405030



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



Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
Financiera y Administrativa 40%	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	[[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia]]/[[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año del objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior.]]	0,05714286	< 0,90	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	1,14	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA- SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - LIDER FINANCIERA- ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS	1,14	0	0

Este indicador mide la proporción entre el Gasto comprometido y la producción de UVR, dando como resultado el costo de producir una UVR en un año determinado. Este resultado debe ser inferior al 90% del costo del año anterior e indica la eficiencia en el gasto.

A efectos de realizar la medición de este indicador se parte del total de gastos comprometidos en la vigencia fiscal 2025, en los cuales no se incluye la suma correspondiente a los rubros de inversión y cuentas por pagar de la vigencia 2024, y su relación con la productividad registrada en el mismo periodo medida en Unidades de Valor Relativo comparándolo con la vigencia 2024; con los cual se tendrían los siguientes resultados:

Concepto	2024	2025
Gasto de funcionamiento excluye CxP	\$ 181.485.695.900	\$ 207.832.258.395
Gasto de Operación y prestación de servicios excluye CxP	\$ 113.774.967.680	\$ 134.374.266.928
Total Gasto de funcionamiento, operación y prestación de servicios excluye CxP	\$295.260.663.580	\$342.206.525.323
Producción equivalente UVR	28.862.008,83	29.305.591,12
Total gastos de funcionamiento, operación y prestación de servicios / UVR producida	10.230,08	11.677,18
Resultado indicador		1,14

La entidad para la vigencia 2025 presenta un aumento del 15.9% en el gasto comprometido en funcionamiento más operación y prestación de servicios pasando de \$295.260.663.580 en 2024 a \$342.206.525.323 en 2025.

INDICADOR:

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

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



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



8-7405030



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



CALCULO DE INDICADOR (con corte 30 noviembre de2025)

Numerador: 342.206.525.323 / 29.305.591,12

Denominador: 295.260.663.580 / 28.862.008,83

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{11.677,18}{10.230,08} = 1.14$$

Esto muestra que la entidad para el año 2025, para producir una UVR comprometió gasto por valor de \$11.677 y para el año 2024 para producir una UVR gastó \$10.230 situación que muestra un aumento en el gasto por UVR producida del 14% frente al resultado de 2024.

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

Soporte: Carpeta Indicador 5

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

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

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Linea de Base 2024	Responsable	Escala de calificación				Resultado	Calificación	Ponderación 2025
									0	1	3	5			
Financiera y Administrativa 40%	6	Elaboración de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras Conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	0,05714286	≥ 0,70	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá:	60,00%	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA- IDER CONTRATACION	< 0,3	0,30-0,50	0,51-0,69	≥ 0,70	99%	5	0,2857143

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

INDICADOR	META	LINEA BASE	FORMULA DE CALCULO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO
Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos	≥ 0.70	60%	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los	\$ 60.523.759.168	\$ 60.603.891.228	99%

mediante los siguientes mecanismos 1. Compras Conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos			siguientes mecanismos: a. compras conjuntas b. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c. compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico -quirúrgico en la vigencia evaluada			
---	--	--	---	--	--	--

Para determinar el valor total de las adquisiciones que la entidad realizó en la vigencia 2025 mediante los mecanismos establecidos en el indicador, se toma como fuente de información la distribución de las modalidades de contratación definidas por el área de contratación, la cual permite determinar el valor total de las compras realizadas a la Cooperativa de Hospitales de Boyacá y las compras realizadas como resultados de las publicaciones en plataforma electrónica entre los que se encuentran los contratos surgidos de los procesos de convocatoria pública.

MECANISMO	TOTAL
a) Compras conjuntas	0
b) Compras a través de Cooperativas de ESE	\$ 4.279.798.312
c) Compras a través de mecanismos electrónicos	\$ 56.243.960.856
TOTAL	\$ 60.523.759.168

Para la determinación del denominador del indicador se toma el total del gasto comprometido en la vigencia 2025 para los gastos de compra de medicamentos y material médico quirúrgico, los cuales incluyen el 100% del gasto independientemente de su modalidad de contratación y se constituye en denominador del indicador.

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

CONCEPTO	TOTAL	INDICADOR
TOTAL ADQUISICIONES EVALUADAS	\$ 60.523.759.168	99%
TOTAL COMPROMETIDO	\$ 60.603.891.228	

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

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } \$ 60.523.759.168}{\text{Denominador } \$ 60.603.891.228} = 99\%$$



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



8-7405030



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



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

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

Soporte: Carpeta Indicador 6

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2025, da como resultado un 99%, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018, se obtiene una **calificación de 5**.

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

No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y concepto de contratación de servicios de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación - Valor de la deuda superior a treinta días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de prestación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior	0,05714286	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0)	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador	0	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - LIDER FINANCIERA	Deuda 0	5	0,2857143

El hospital ha mantenido una política de pago a personal y contratistas en el momento en que se presenta la cuenta, certificación o factura. Por lo tanto, no tiene deudas superiores a 30 días, por concepto de salarios de personal de planta o externalización de servicios con corte a 30 de noviembre de 2025.

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

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



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



8-7405030



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



Soporte: Carpeta Indicador 7

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación a corte noviembre de 2025 se obtiene deuda 0, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018, se da una **calificación de 5**.

2.5 Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS

Área de Gestión	Nº	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
Financiera y Administrativa 40%	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación	0,05714286	4	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.	4	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS - LIDER EPIDEMIOLÓGICO A-CAIDAD	4	5	0,2857143

El Hospital ha dado cumplimiento estricto a la presentación de los informes trimestrales de RIPS establecidos en la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018. Este informe junto con el análisis se presenta a la Junta Directiva. En éste se encuentra el análisis de tendencia de las actividades realizadas en los servicios de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización; la distribución de atenciones por régimen de afiliación, pagador, sexo y grupo etario, zona de procedencia, especialidades y 10 primeros diagnósticos en cada servicio.

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

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

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

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

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

Soporte: Carpeta Indicador 8



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



8-7405030



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



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

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2025 se obtiene que se presentaron cuatro (4) informes del análisis de la prestación de servicios a la Junta Directiva, para lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en la escala de **calificación de 5**.

2.6 Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.

Área de Gestión	Nº	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
Financiera y Administrativa 40%	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores.)	0,05714286	≥ 1	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.	90%	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA-LIDER FINANCIERA	0,83	1	0,0571429

En 2025 los ingresos totales recaudados cubren hasta un 90% del total de gastos comprometidos

Concepto	2024	2025	Variación
Ingreso total recaudado (excluye CxC)	\$ 220.346.865.810	\$ 261.593.516.458	19%
Cuentas por cobrar otras vigencias	\$ 102.776.196.750	\$ 101.070.935.203	-2%
Total Ingreso Recaudado	\$ 323.123.062.560	\$ 362.664.451.661	12%
Gastos totales con cuentas por pagar	\$ 360.265.116.250	\$ 435.253.877.778	27%
Total Ingreso Recaudado / Gastos con cuentas por pagar	0,90	0,83	-7%

Para el cálculo de este indicador se incluye el total de ingresos recaudados por la entidad durante la vigencia 2025 y el total de gastos comprometidos, es decir se incluyen tanto las cuentas por pagar de vigencia anterior como el recaudo de cartera de vigencias anteriores.

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

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } \$ 362.664.451.661}{\text{Denominador } \$ 435.253.877.778} = 0.83$$

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

Soporte: Carpeta Indicador 9

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2025 se obtiene un resultado de 0.83, lo cual aplicando la escala de calificación de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango 0.91-0.99, lo que arroja una **calificación de 1**.

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

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
Financiera y Administrativa 40%	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	0,05714286	Presentación oportuna de la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Supersalud	Superintendencia Nacional de Salud	Presentación Oportuna de la información en cumplimiento Circular Única Expedida Por la SUPERSALUD	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS- LIDER REPORTE CIRCULAR UNICA	No oportunidad de la información en cumplimiento Circular Única Expedida Por la SUPERSALUD	0	0

El Hospital no presentó los informes en su totalidad oportunamente, establecidos en la circular única en la vigencia 2025, teniendo en cuenta que, dentro de los formatos establecidos, se cargó extemporáneamente el formato FT018 (mayo).

Nit	Clasificación 2025	Fecha de Clasificación 2025	Clasificación 2024	INDICADOR 2	INDICADOR 10
-----	--------------------	-----------------------------	--------------------	-------------	--------------



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



8-7405030



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



891501104	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,97	NO CUMPLE
891501676	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,96	CUMPLE
891580002	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,86	NO CUMPLE
891600061	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	NO REPORTÓ AT	NO CUMPLE
891680064	Grupo D1	Julio de 2025	Grupo D2	NO REPORTÓ AT	NO CUMPLE
891680065	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	NO REPORTÓ AT	NO CUMPLE
891780008	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	0,73	NO CUMPLE
891780185	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	1,00	NO CUMPLE
891800231	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,95	NO CUMPLE
891800335	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,94	NO CUMPLE
891800395	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,65	CUMPLE
891800570	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	1,00	NO CUMPLE

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

Fuente de Información: Superintendencia Nacional de Salud

Soporte: Carpeta Indicador 10

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2025 se obtiene resultado No Cumple, y conforme a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango "No oportunidad de la información en cumplimiento Circular Única Expedida Por la SUPERSALUD" para una **calificación de 0**.

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

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
Financiera y Administrativa 40%	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 complado en la Sección 2, Capítulo 8, título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	0,05714286	Presentación oportuna de información Decreto 2193 de 2004 complado en la Sección 2, Capítulo 8, título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del sector Salud.	Ministerio de Salud y Protección Social	Presentación oportuna de información Decreto 2193 de 2004 complado en la Sección 2, Capítulo 8, título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016- Decreto Único	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA- LIDER FINANCIERA	Presentación oportuna de información Decreto 2193 de 2004 complado en la Sección 2, Capítulo 8, título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del sector Salud.	5	0,2857143

Para 2025, el Hospital dio cumplimiento estricto a la presentación de los informes establecidos en el Decreto 2193 de 2004, el cuarto trimestre se reporta en el primer trimestre de la siguiente vigencia, aun así, el reporte de cumplimiento que emite el ministerio de salud y protección social es emitido en marzo de a siguiente vigencia

Este indicador es obtenido por consulta a la página del ministerio de salud y protección social.



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



8-7405030



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



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

Fuente de información: Ministerio de Salud y Protección Social

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

Primer Trimestre - enero a Marzo: 04 de junio de 2025

Segundo Trimestre - abril a Junio: 28 de agosto de 2025

Tercer Trimestre - Julio a Septiembre: 12 de noviembre de 2025

Cuarto Trimestre: Octubre a diciembre: 06 de marzo de 2026

DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA



Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2025 de que trata el Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

Nota: Se considera que una ESE presentó oportunamente la información, si los cuatro informes trimestrales de 2025 de que trata la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, fueron entregados oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

Departamento	Municipio	Nombre Institución	Nivel	Primer Trimestre 2025		Segundo Trimestre 2025		Tercer trimestre 2025		Cuarto trimestre 2025		Resultado Final de Cumplimiento
				Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	
Bolívar	ZAMBRANO	ESE HOSPITAL LOCAL SAN SEBASTIAN	1	05/06/2025	Oportuno	01/09/2025	Oportuno	01/12/2025	Oportuno	02/03/2026	Oportuno	Cumple
Boyacá	TUNJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACA	2	05/06/2025	Oportuno	02/09/2025	Oportuno	04/12/2025	Oportuno	06/03/2026	Oportuno	Cumple
Boyacá	TUNJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	1	04/06/2025	Oportuno	28/08/2025	Oportuno	12/11/2025	Oportuno	04/03/2026	Oportuno	Cumple
Boyacá	TUNJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA	2	03/06/2025	Oportuno	01/09/2025	Oportuno	02/12/2025	Oportuno	06/03/2026	Oportuno	Cumple
Boyacá	AQUITANIA	ESE SALUD AQUITANIA	1	05/06/2025	Oportuno	28/08/2025	Oportuno	11/11/2025	Oportuno	05/03/2026	Oportuno	Cumple
Boyacá	ARCABUCO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE ARCABUCO	1	29/05/2025	Oportuno	28/08/2025	Oportuno	11/11/2025	Oportuno	06/03/2026	Oportuno	Cumple
Boyacá	BELÉN	ESE CENTRO DE SALUD "NUESTRA SEÑORA DE BELEN"	1	04/06/2025	Oportuno	28/08/2025	Oportuno	04/12/2025	Oportuno	03/03/2026	Oportuno	Cumple
Boyacá	BERBEO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD JUAN FRANCISCO BERBEO	1	03/06/2025	Oportuno	28/08/2025	Oportuno	26/11/2025	Oportuno	03/03/2026	Oportuno	Cumple
Boyacá	BETÉITIVA	ESE CENTRO DE SALUD BETEITIVA	1	03/06/2025	Oportuno	29/08/2025	Oportuno	26/11/2025	Oportuno	03/03/2026	Oportuno	Cumple
Boyacá	BOYACÁ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN JOSE	1	05/06/2025	Oportuno	29/08/2025	Oportuno	11/11/2025	Oportuno	03/03/2026	Oportuno	Cumple
Boyacá	BRICEÑO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD BRICEÑO	1	03/06/2025	Oportuno	28/08/2025	Oportuno	11/11/2025	Oportuno	04/03/2026	Oportuno	Cumple

Soporte: Carpeta Indicador 11

Calificación: De acuerdo con la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2025 se obtiene resultado cumple, para lo cual se encuentra en el rango "Presentación oportuna de información Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único", se obtiene una **calificación de 5**.

3 GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%).



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



8-7405030



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



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

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
Gestión Clínica o asistencia 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Número de historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total de historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación.	0,07	≥0,80	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.	92,0%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS- AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS- SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- COORDINACIÓN DE GINECOOBSTETRICIA-	84%	5	0,35

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

El resultado de la adherencia a la guía de manejo específico para hemorragia del III trimestre de gestación al finalizar el año 2025 es de 84% evidenciando que el cumplimiento.

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

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{53}{63} = 84\%$$

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



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



8-7405030



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



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

- Informe de evaluación de guía de manejo específica hemorragias del tercer trimestre de gestación en 2025, generado por calidad.

Soporte: Carpeta Indicador 12

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación para el año 2025 se obtiene resultado 84%, y según la Resolución del Ministerio de Salud No. 408 de 2018 se encuentra en el rango mayor o igual al 80%, se da una **calificación de 5**.

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

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
Gestión Clínica o asistencial 40%	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Número de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación/ Total de historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥0.80	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.	100,0%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS- AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS- SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- COORDINACIÓN DE GINECOOBSTETRICIA- COORDINACIÓN DE NEONATOLOGÍA	91%	5	0,25

La primera causa de egreso de 2025 fue la atención del parto normal, con un total de atenciones de 2752. La verificación del indicador y la calificación de las historias clínicas de la muestra se realizaron por auditoría médica de la oficina de calidad.

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. La aplicación estricta de la Guía de manejo garantiza una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto y el puerperio inmediato.

El resultado al finalizar la vigencia de 2025 es de 91% de cumplimiento de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la muestra estadísticamente significativa

A continuación, se expone la tendencia del indicador desde el año 2019 sobre las atenciones por primera causa de egreso hospitalario: Atención de parto 2019 – 2025

AÑO	ATENCIÓNES POR PRIMERA CAUSA DE EGRESO
2019	3621



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



8-7405030



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



2020	2904
2021	3123
2022	3192
2023	2765
2024	2555
2025	2752

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

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 42}{\text{Denominador } 46} = 91\%$$

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

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

Soporte: Carpeta Indicador 13

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación para el año 2025 se obtiene resultado 91%, y según la Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentra en el rango mayor o igual al 80%, se obtiene una **calificación de 5**.

3.3 Oportunidad en la realización de Apendicectomía.

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
Gestión Clínica o asistencial 40%	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía.	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la Apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥0,90	Informe de Subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces que contenga como mínimo: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del Diagnóstico de Apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.	95,9%	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD-ASESOR PRESTACION DE SERVICIOS	95,6%	5	0,25

En el año 2025 en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja el 95.6 % de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda al egreso se operaron en un tiempo menor o igual a 6 horas posterior a



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



8-7405030



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



la confirmación de su diagnóstico, resultado que cumple el estándar de mayor al 90% de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018.

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

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{500}{523} = 95.49\%$$

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

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

Soporte: Carpeta Indicador 14

Calificación: En la calificación de la vigencia 2025 se obtiene resultado de 95.6% y aplicando la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango mayor o igual al 90%, obteniendo una **calificación de 5**.

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

No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
15	Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	0,05	NO registró eventos de neumonías bronco aspirativa de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador.	NO registro eventos de neumonías bronco aspirativa de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS-EPIDEMIOLOGIA- SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	NO registro eventos de neumonías bronco aspirativa de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos	5	0,25

En el año 2025 en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja se mantiene en No registro eventos de neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario, resultado que cumple el estándar de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018.



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



8-7405030



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



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

Valor 1: Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja en el periodo de enero a diciembre de 2025.

Valor 2: Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja en el año 2024.

Calculo del indicador

Variación Interanual = Valor 1 – Valor 2

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

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

Soporte: Carpeta Indicador 15

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2025 se obtiene resultado que NO se registraron eventos de neumonías broncoaspirativa de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 da una **calificación de 5**.

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

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estandar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
Gestión Clínica o asistencial 40%	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnostico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnostico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inicio la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo del miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnostico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnostico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥0,90	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía y aplicación de la fórmula del indicador.	100,0%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS-AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS-SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	100%	5	0,25

Para la vigencia 2025, el área de Urgencias reporta un total de 22 atenciones correspondientes con los códigos CIE 10 relacionados con infarto agudo de miocardio supradesnivel de ST y a los cuales se les administró tratamiento trombolítico para el periodo evaluado, la calificación de las historias clínicas de la muestra se realizó por auditoría médica de la oficina de calidad y con el apoyo del especialista de urgencias.

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



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



8-7405030



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



CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{22}{22} = 100\%$$

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

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

Soporte: Carpeta Indicador 16

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2025 se obtiene resultado de 100%, y conforme a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango mayor al 90%, se da una **calificación de 5**.

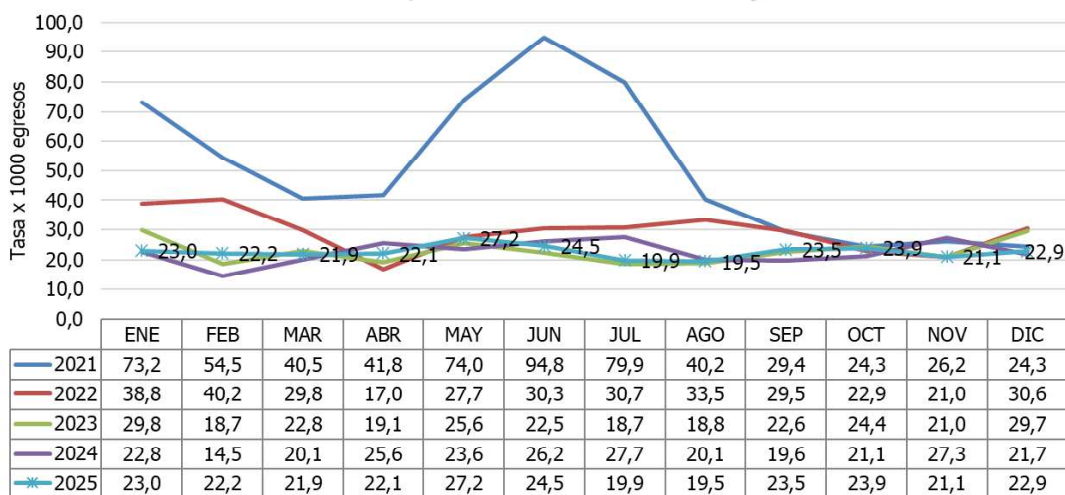
3.6 Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
Gestión Clínica o asistencial 40%	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	0,05	≥0.90	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la formula del indicador.	98,76%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS- EPIDEMIOLOGIA - SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	98,80%	5	0,25

En el año 2025 se encuentra la tasa de mortalidad institucional global en 22.7 por 1000 egresos, cifra en aumento en 0.6 puntos respecto al año inmediatamente anterior, en el que se encontraba un acumulado para el 2024 de 22.1 defunciones por 1000 egresos. Para el año 2025 en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja las enfermedades no transmisibles encabezan como primeras causas de defunción acumulada, lideran las enfermedades del sistema circulatorio, seguido de tumores (neoplasias) y en tercer lugar las enfermedades del sistema respiratorio aportado un 32% y 13% respectivamente del total de defunciones registradas; el porcentaje de defunciones por estas causas tiene un comportamiento paralelo con las primeras causas de defunción a nivel nacional y departamental, representado por enfermedades crónicas no transmisibles ligado a estilos de vida no saludables y factores de riesgo relacionados.

En el año 2025 se registraron 585 casos con estancia superior a 48 horas. La meta institucional para la tasa de mortalidad con estancia superior a 48 horas es de 46 por mil pacientes egresados. La tasa de mortalidad específica institucional por mes se muestra a continuación. Evidenciando la tasa de mortalidad más alta para el mes de mayo con 27.2 y la menor cifra presentada en el mes de agosto con 19.5 por 1000 egresos, se encuentra una tasa de 22.7 en el acumulado para el 2025, cumpliendo meta institucional.

Tasa de mortalidad intrahospitalaria con estancia mayor a 48 horas de 2021 A
2025 - ESE Hospital Universitario San Rafael Tunja



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

Con el objeto de realizar el análisis de más del 90% de la mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas según la normatividad vigente (Resolución 408 de 2018), en el año 2024, la mortalidad con estancia mayor a 48 horas se concentró en los servicios de UCI Adulto 47%, seguido de Clínicas Médicas 32%, Clínicas Quirúrgicas 14%, UCI Pediátrica 3%, UCI Neonatal 2%. Urgencias 2%. Esta distribución hace referencia a la mortalidad que se registra en los servicios en relación al nivel de complejidad de atención que brinda la institución, siendo la unidad de cuidado crítico de adultos, el servicio donde más se registran los casos de defunción asociado a causas como enfermedades del sistema circulatorio, Tumores y neoplasias y como tercera gran causa las defunciones de causa externa.

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

CALCULO DE INDICADOR (corte III Trimestre 2025)

Numerador	579	98.9%
Denominador	585	

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

Soporte: Carpeta Indicador 17



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



8-7405030



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



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

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2025, se obtiene resultado de 98.9% de análisis, y conforme a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018, se encuentra en el rango de mayor o igual al 90%, se da una **calificación de 5**.

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

No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,03	<= 5 días	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	3,30	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD-COORDINADOR CONSULTA EXTERNA	2,97	5	0,15

El indicador de oportunidad de consulta de pediatría se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión, por debajo de 5 días, para la vigencia 2025 el promedio día espera es de **2.97 días**. Este se reportó de manera semestral en cumplimiento de la Resolución 256 de ministerio de salud y protección social y el SIHO.

Indicador	Numerador	Denominador	2025		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia	Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	N	D	R
			2709	913	2,97

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

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 2709}{\text{Denominador } 913} = 2.97$$

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

Soporte: Carpeta Indicador 18

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

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2025 se obtiene resultado **2.97** días, y conforme a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018, se encuentra en el rango de menor o igual a 5 días, da una **calificación de 5**.

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

No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,03	<= 8 días	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	5,20	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- COORDINADOR CONSULTA EXTERNA	5,45	5	0,15

El indicador de oportunidad de consulta de Obstetricia se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión por debajo de 8 días, para 2025 el promedio día espera es de **5.5 días**. Este se reportó de manera semestral en cumplimiento de la Resolución 256 de ministerio de salud y protección social y el SIHO.

Indicador	Numerador	Denominador	2025		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la	Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	N	D	R
			9605	1760	5,5
Fuente: SIHO		Total	9605	1760	5,5

Este se reportó de manera semestral en cumplimiento de la Resolución 256 de ministerio de salud y protección social y el SIHO.

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

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 9.605}{\text{Denominador } 1.760} = 5.5$$



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



8-7405030



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



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

Soporte: Carpeta Indicador 19

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

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2025 se obtiene resultado **5.5 días**, y conforme a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018, se encuentra en el rango menor o igual a 8 días, se da una **calificación de 5**.

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

Nº	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Resultado	Calificación	Ponderación 2025
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,02	<= 15 días	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	5,90	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD-COORDINADOR CONSULTA EXTERNA	5,8	5	0,1

El indicador de oportunidad de consulta de Medicina Interna se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión por debajo de 15 días, para el 2025 el promedio día espera es de **5.8 días**. Este se reportó de manera semestral en cumplimiento de la Resolución 256 de ministerio de salud y protección social y el SIHO.

Indicador	Numerador	Denominador	2025		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación	Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	N	D	R
			7398	1275	5,80
Fuente: SIHO		Total	7398	1275	5,802

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

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 7.398}{\text{Denominador } 1.275} = 5.8$$



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



8-7405030



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



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

Soporte: Carpeta Indicador 20

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

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2025 se obtiene resultado **5.8 días**, y conforme a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018, se encuentra en el rango menor o igual a 15 días, se da una **calificación de 5**.

De esta manera y de acuerdo a la aplicación de la metodología de evaluación delineada por la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018, se realiza el cálculo de lo evidenciado por los indicadores multiplicado por la ponderación asignada a los tres componentes del informe de gestión a saber:

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

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2024	Responsable	Escala de calificación				Resultado	Calificación	Ponderación 2025
										0	1	3	5		
CALIFICACIÓN TOTAL															4,20
ESCALA DE RESULTADOS															
RANGO CALIFICACION (0,0- 5,0)			CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN											
PUNTAJE TOTAL ENTRE 0,0 Y 3,49			INSATISFACTORIA	MENOR AL 70%											
PUNTAJE TOTAL ENTRE 3,50 Y 5,0			SATISFACTORIA	IGUAL O SUPERIOR AL 70%											

Se obtiene como resultado entonces una calificación de la gestión de mi Gerencia para el periodo evaluado vigencia 2025 de CUATRO PUNTO DOS (4.2). Dentro de la escala de resultados este valor se encuentra superior al 70 % lo que clasifica la gestión como satisfactoria.

Presentado por:


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

Marzo 31 de 2026

Elaboró: María Pilar Patiño Bello
Coordinador de Planeación



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



8-7405030



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

