

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

I TRIMESTRE DE 2026

1

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

Tunja junio de 2026



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



8-7405030



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



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



ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

1. OBJETIVO

Verificar el nivel de cumplimiento en las metas planteadas por cada uno de los planes operativos vigentes, derivados del Plan de Desarrollo «SAN RAFA ALMA VIDA Y CORAZÓN». Para el primer trimestre del 2026.

2. ÁREAS / PROCESOS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

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

2

OFICINA ASESORA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Docencia Servicio, Investigación

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

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

OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

Gestión Calidad, Gestión Información, Direccionamiento Estratégico

3. METODOLOGÍA

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

4. INTRODUCCIÓN

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

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



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



8-7405030



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



www.hospitalesporlasaludambiental.net



ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

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

5. RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO PRIMER TRIMESTRE DEL 2026 DEL PLAN OPERATIVO ANUAL:

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

3

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	
Rangos de Evaluación. Los rangos establecidos de medición de acuerdo con la Resolución Interna No. 107 de 2018 es la siguiente escala cromática:	
- Entre 80% y 100% código cromático verde. - Entre 60% y menos de 79.9% código cromático amarillo. - Menor del 60% código cromático rojo.	
Valoración de las franjas cromáticas:	
Rojo: Con rango entre 1% y 59.9% es un cumplimiento crítico en las metas evaluadas con deficiencias que deben ser atendidas en un plan de acciones correctivas para una mejora inmediata de la gestión.	
Amarillo: Con rango entre 60% y 79.9% representa una manifestación que los aspectos evaluados están desarrollando un proceso de aplicación con tendencia al fortalecimiento, aunque con algunas debilidades si el porcentaje se ubica en un valor debajo del 70%. Si los resultados se ubican en el límite inferior de 60% se recomienda trabajar con énfasis en un plan de acción correctivo para su mejoramiento.	
Verde: Si el rango se encuentra entre el 80% y el 100%, indica una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y se cumple con la meta propuesta.	

Fuente: Resolución 559 de 2024

A continuación, se presentan los resultados de la verificación y evaluación del primer Trimestre del 2026 de los planes operativos, obteniendo como resultado lo siguiente:

PLAN OPERATIVO ANUAL - I TRIMESTRE 2026			
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 98%		SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD 93%	
Gestión Talento Humano 99% Gestión Financiera 92% Gestión Jurídica 99% Gestión Servicios de Apoyo 100% Gestión Recursos Físicos 100% Gestión Contratación 100%		Atención Urgencias 86% Atención Hospitalaria 99% Atención Ambulatoria 92% Quirófanos 83% Seguridad del Paciente 85% Apoyo Diagnóstico 99% Apoyo Terapéutico 100% Gestión Farmacéutica 100% Gestión Preventiva y Predictiva 95% Sistema de Información y Atención Enfermería 85% Enfermería 100%	
		Oficina Asesora de Desarrollo y Servicio 100% Gestión Calidad 100% Gestión Información 100% Direccionamiento Estratégico 100%	
		Oficina Asesora Docencia Investigación 95% Docencia Servicio 91% Investigación 100%	
1er Trimestre		95%	

Fuente: Herramienta POA – Primer trimestre 2026

6. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

6.1 GESTIÓN TALENTO HUMANO

El plan operativo del proceso de gestión de Talento Humano para el año 2026; señala las directrices de seguimiento y medición para el cumplimiento del Eje 3 «Humanización en la atención en salud», Eje 6 «Transformación Cultural permanente» y Eje 7 «Responsabilidad Social».

6.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para su medición, se dispone de seis indicadores con periodicidad trimestral, en el primer trimestre de la vigencia 2026, se alcanzó un nivel de cumplimiento del 99%, de acuerdo con la información registrada y verificada en el sistema de gestión integral.

4

6.2 PROGRAMA DE GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

El plan operativo del proceso de gestión financiera para el año 2026; señala las directrices de seguimiento y medición para el cumplimiento del Eje 4 Plan de Desarrollo denominado "Gestión del riesgo", por medio de la estrategia de Fortalecimiento de la política institucional del uso eficiente de los recursos con el fin de incrementar la productividad a través de la optimización de la capacidad instalada, que contribuya al equilibrio financiero en la entidad.

6.2.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para su medición cuenta con 4 indicadores que tienen periodicidad trimestral, en el primer trimestre de la vigencia 2026, se alcanzó un nivel de cumplimiento del **92%**, de acuerdo con la información registrada y verificada en el sistema de gestión integral.

6.3 GESTIÓN JURÍDICA

El proceso gestión jurídica, se ubica en el eje 4 «Gestión del Riesgo» con dos actividades y el mismo número de indicadores, los cuales se miden de forma trimestral.

- Dar respuesta oportuna a los derechos de petición que llegan a la oficina jurídica
- Dar respuesta oportuna a todas las acciones de tutela que llegan a la oficina jurídica

6.3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

INDICADOR 1482 -GESTIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN

Una vez revisada la información correspondiente del primer trimestre de 2026, **se considera que al eliminar la variable tiempo, el indicador se torna inoperante y resulta desarticulado frente a las actividades definidas en el POA y al objetivo establecido en la ficha técnica.** En consecuencia, se requiere incorporar dicha variable en la fórmula de medición, a fin de obtener un resultado que refleje de manera objetiva el nivel de cumplimiento de la actividad, especialmente considerando que durante el primer trimestre se evidenciaron respuestas extemporáneas. Por lo anterior, y al tener respuesta fuera de termino se considera que el porcentaje de avance para el primer trimestre es del 98%. Se sugiere implementar la siguiente formula:



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



8-7405030



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



www.hospitalesporlasaludambiental.net



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

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

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

INDICADOR 1483 - PORCENTAJE DE ACCIONES DE TUTELA ATENDIDAS

Una vez revisada la matriz OAJ-F-08 -Registro de acciones de Tutela- correspondiente al primer trimestre se evidenció que durante este periodo se radicaron 202 acciones constitucionales, encontrando acciones de tutela con respuesta extemporánea. **Por tal razón no se da cumplimiento a la meta establecida ya que esta corresponde al 100%**

5

6.4 GESTIÓN SERVICIOS DE APOYO

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

6.4.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para su medición cuenta con dos indicadores que tienen periodicidad trimestral, en el primer trimestre de la vigencia 2026, se alcanzó un nivel de cumplimiento del 100%, de acuerdo con la información registrada y verificada en el sistema de gestión integral.

6.5 GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS

El plan operativo del proceso de gestión de recursos físicos se articula con los ejes: 3 «Humanización en la atención en salud»; 4 «Gestión del Riesgo»; 5 «Gestión de la Tecnología» y 7 «Responsabilidad Social».

6.5.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa cuenta con diecinueve indicadores, (once con periodicidad anual, de estos (3) se evalúan el segundo trimestre y (4) en el cuarto trimestre); así mismo (7) con periodicidad trimestral y (1) semestral.

El indicador «Satisfacción del cliente externo relacionada con el ambiente físico», se indica por parte del subproceso, que para su medición se creó en el sistema de gestión integral el indicador 2761 «Satisfacción del cliente externo relacionado con ambiente físico», sin embargo, no se pudo alimentar ya que se generó un error en la encuesta SIAU-F-25 «Encuesta de satisfacción con la atención prestada, que es la fuente de información para cargar de este. Es decir, para este primer trimestre de 2026 no se tiene reporte de datos respecto al indicador.

6.6 GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN.

El plan operativo del proceso de gestión de la Contratación se articula con el eje: 4 «Gestión del Riesgo»

6.6.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para su medición cuenta con cuatro (4) indicadores, dos (2) con periodicidad trimestral y dos (2) anual; para el primer trimestre de la vigencia 2026, se alcanzó un nivel de cumplimiento del 100%.



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

7. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

El plan operativo de la subgerencia de servicios de salud hace parte de los siguientes ejes:

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

6

7.1 ATENCIÓN URGENCIAS

Para verificar el cumplimiento de las actividades propuestas se definieron indicadores los cuales fueron analizados en la herramienta POA y a continuación se describe los que presentaron desviaciones y/o alguna inconsistencia con corte al primer trimestre de 2026:

7.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

Con corte al primer trimestre del 2026, el porcentaje de cumplimiento del Modelo de atención fue del 89%, resultado supera la meta establecida.

En cuanto al indicador 1733 (Adherencia a guías de práctica clínica médica, Urgencias) no cumple la meta establecida.

CUMPLIMIENTO A PLAN DE MEJORA

Con corte al primer trimestre del 2026, el responsable indica que la evidencia **ES AVANCE PLAN DE MEJORA**, para este caso se observa plan asociado con el ID1328 con 3 acciones propuestas con fecha de cierre del 05 de febrero de 2026, al verificar cumplimiento se observa que dos acciones se encuentran cerradas por parte del responsable de seguimiento y una con evidencias cargadas inoportunamente y con seguimiento pendiente para cierre.

En el momento del seguimiento por parte de la OCI se observa un **AVANCE PLAN** del 70%, y posterior la respuesta del informe preliminar esta calificación cambia al 100%.

REUNIONES DE SEGUIMIENTO AL DESEMPEÑO - SEGUNDO NIVEL

Con corte al primer trimestre del 2026, la actividad Evaluar indicadores financieros del proceso y generar plan de acción según la necesidad (1 por trimestre), acción que establece como evidencia (Acta de reunión y plan de mejora (si aplica)), el proceso adjunta correo enviado por coordinador de financiera indicando las metas para la vigencia 2026, no se observa acta de reunión que permitan verificar las Reuniones de seguimiento al desempeño - Segundo nivel, es decir no se da cumplimiento a la actividad.



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



8-7405030



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



www.hospitalesporlasaludambiental.net



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

7.2 ATENCIÓN HOSPITALARIA

Para verificar el cumplimiento de las actividades propuestas se definieron indicadores los cuales fueron analizados en la herramienta POA y a continuación se describe los que presentaron desviaciones y/o alguna inconsistencia con corte al primer trimestre de 2026:

7.2.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

Con corte al primer trimestre del 2026, el porcentaje de cumplimiento del Modelo de Atención fue del 84,16%, resultado supera la meta establecida del 70%.

7

Durante el periodo evaluado, el servicio de Hospitalización alcanzó un 77,78% de cumplimiento respecto a la meta establecida en el modelo. No obstante, se presentan las siguientes observaciones:

El indicador 1730, correspondiente al "Adherencia a guías de práctica clínica médica, Hospitalización total", no cumple con la meta establecida para este periodo.

Se evidencia que la meta del indicador 1799 (Porcentaje de adherencia al procedimiento identificación del paciente en hospitalización) en ALMERA establecen como meta (Igual o mayor a 90%), dato que **no coincide** con las referida en el modelo que es 85, de igual forma con el indicador 2381 "Porcentaje de cumplimiento a la ejecución oportuna de las acciones planteadas en los planes de mejora según cronograma, hospitalización" en ALMERA establecen meta (Mayor o igual a 85%) y en modelo 80.

UCI ADULTO: Resultado modelo 70%, valor que cumple con la meta que es 70%
Los siguientes indicadores no alcanzaron la meta:

1774: Accesibilidad a UCI Adultos

1728; Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos.

No cuenta con indicador asociado al atributo UNIVERSITARIO.

Se evidencia que la meta del indicador 2382 en ALMERA establece como meta (**Mayor o igual al 85%**), dato que **no coincide con la referida en el modelo que es 80%**.

UCI PEDIÁTRICA: Resultado modelo 88,89%, valor que cumple la meta que es 70%

No cuenta con indicador asociado al atributo UNIVERSITARIO.

Se evidencia que la meta del indicador 2384 en ALMERA establece como meta (**Mayor o igual al 85%**), dato que **no coincide con la referida en el modelo que es 80%**.

UCI NEONATAL: Resultado modelo 100%, valor que cumple con la meta que es 70%.

Se evidencia que la meta del indicador 2383 en ALMERA establece como meta (**Mayor o igual al 85%**), dato que **no coincide con la referida en el modelo que es 80%**.

No adjuntan evidencias del cumplimiento del indicador en ALMERA.



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



8-7405030



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



www.hospitalesporlasaludambiental.net



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

7.3 ATENCIÓN AMBULATORIA

Para verificar el cumplimiento de las actividades propuestas se definieron indicadores los cuales fueron analizados en la herramienta POA y a continuación se describe los que presentaron desviaciones y/o alguna inconsistencia con corte al primer trimestre de 2026:

7.3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

Con corte al primer trimestre del 2026, el porcentaje de cumplimiento del Modelo de atención fue del 75%, resultado que cumple con la meta establecida del 70%. No obstante, se presentan las siguientes observaciones:

8

El indicador 1743 "Oportunidad en la asignación de citas en consulta externa - consolidado", Se observa que la meta establecida en modelo (15%) no coincide con la de ALMERA (10%).

Para el caso del **indicador 1745** Proporción de vigilancia de eventos adversos en Atención Ambulatoria cuya meta establecida es **(Mayor o igual a 92%)**, al consultar en ALMERA resultado indican que fue del 100%, se recomienda verificar esta información ya que en este periodo no se presentaron eventos, por tal razón **No aplica medición**.

Indicador 1744 (Adherencia a guías de práctica clínica médica, Consulta Externa, arroja como resultado 66,20% incumpliendo con la meta establecida que es ≥ 85 .

No cuenta con indicador de los atributos de RESPONSABLE

DILIGENCIAMIENTO ESCALA DE DOLOR EN HISTORIA CLÍNICA

Se evidencia creación de indicador 2775 " Diligenciamiento escala de dolor en historia clínica", el día 30 de abril de 2026, con responsabilidad operativa del líder de humanización. El cual fue alimentado en el módulo de indicadores el día 19/05/2026.

CREACIÓN INDICADOR 2775

IND-ACT-01	2026-04-30 03:03:55 PM	dfonseca	Deisy Carolina Fonseca Reyes	Modificar un indicador	Diligenciamiento escala de dolor en historia clínica Atención Ambulatoria	
IND-ADI-01	2026-04-30 03:03:37 PM	dfonseca	Deisy Carolina Fonseca Reyes	Adicionar un indicador	Diligenciamiento escala de dolor en historia clínica Atención Ambulatoria	
IND-ADV-01	2026-04-30 03:02:17 PM	dfonseca	Deisy Carolina Fonseca Reyes	Se creó variable en un indicador	/ Número de historias clínicas de consulta externa auditadas en el mismo periodo	
IND-ADV-01	2026-04-30 03:01:47 PM	dfonseca	Deisy Carolina Fonseca Reyes	Se creó variable en un indicador	/ Número de historias clínicas de consulta externa con adecuado diligenciamiento de la escala de dolor en el periodo	

ALIMENTAN INDICADOR EN ALMERA

IND-ALI-01	2026-05-19 03:47:04 PM	lfonseca	Laura Mercedes Fonseca Landínez	Alimentó el indicador	Diligenciamiento escala de dolor en historia clínica Atención Ambulatoria [2026-01-01] = 95.6989247311828	
------------	------------------------	----------	---------------------------------	-----------------------	---	--



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



8-7405030



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



Se califica con el 50%, teniendo en cuenta que la responsabilidad de la actividad estaba en cabeza de otro proceso y fue creado y medido extemporáneamente

CUMPLIMIENTO DE META FINANCIERA POR CENTRO DE COSTOS

Se evidencia en Almera Indicadores 2443, 2444, 2445, relacionados con el cumplimiento de meta financiera por centro de costos, para el caso del indicador 2443 se observa incumplimiento de la meta establecida en los meses de enero, febrero y marzo de 2026, adicionalmente se observa que no se realiza análisis de los indicadores. Incumpliendo lo establecido en el Numeral 3,2 del Instructivo Reporte de indicadores y análisis.

9

El promedio de los tres indicadores arroja un resultado del 88%, información que no permite evaluar la meta del indicador que es 1, porque no es coherente con la unidad de medida establecida.

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

Se evidencia en Almera Indicador 1745 (Proporción de vigilancia de eventos adversos en Consulta Externa y Servicios de Apoyo), indicador que para la fecha no aplica medición porque no se presentaron eventos adversos.

Se recomienda verificar la formula en ALMERA porque el resultado no es 100%, si no aplica medición.

7.4 QUIRÓFANOS

Para verificar el cumplimiento de las actividades propuestas se definieron indicadores los cuales fueron analizados en la herramienta POA y a continuación se describe los que presentaron desviaciones y/o alguna inconsistencia con corte al primer trimestre de 2026:

7.4.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

Con corte al primer trimestre del 2026, el porcentaje de cumplimiento del Modelo de atención fue del 77,78%, resultado que cumple con la meta establecida del 70%.

En cuanto al indicador 1 (Oportunidad en la realización de cirugía programada) no cumple la meta establecida y se observa cambio de meta en el primer trimestre 2026 pasan de ≤ 35 a ≤ 60

A su vez se observa incumplimiento a la meta establecida del indicador 1731 (Adherencia a guías de práctica clínica médica, Gestión quirúrgica), no se evidencia indicador para los atributos de Universitario

Se observa que la meta del indicador 2021 -Menor o igual a 0.5% (Porcentaje de Reintervenciones quirúrgicas, no coincide con las referida en el modelo 10%.

CUMPLIMIENTO A PLAN DE MEJORA (CUANDO APLIQUE)

Con corte al primer trimestre del 2026, el responsable indica que la actividad establecida es " Construir e implementar plan de mejora específico para el proceso de quirófanos según resultados de último informe



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



8-7405030



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



www.hospitalsporlasaludambiental.net



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

de adherencia a GPC entregado por calidad", para este caso se observa plan asociado con el ID 1327 con 11 acciones propuestas, 10 cerradas y una vencida y un avance ponderado del 90,91%.

ADHERENCIA AL BUEN TRATO EN QUIRÓFANOS

Con corte al primer trimestre del 2026, No se cumple con la actividad propuesta "Implementar el programa de humanización en el proceso de quirófanos mediante estrategias de las líneas amar y sentir", mediante el establecimiento del indicador "Adherencia al buen trato en quirófanos".

RESPUESTA DEL LIDER DE PROCESO

10

1. **Indicadores de humanización:** Los indicadores correspondientes ya fueron creados por el Programa de Humanización y cuentan con medición para el primer trimestre de 2026, así:
 - **Indicador 2774:** Diligenciamiento en historia clínica de intervenciones para el manejo del dolor según escala, con un cumplimiento del **100%**.
 - **Indicador 2776:** Adherencia al buen trato en Quirófanos, con un cumplimiento del **95,24%**.

Es importante mencionar que estos indicadores fueron creados de manera posterior al inicio del periodo de evaluación, situación ajena al proceso de Quirófanos. No obstante, el equipo realizó el seguimiento y cumplimiento correspondiente una vez fueron habilitados.

OBSERVACIÓN CONTROL INTERNO

Se evidencia creación de indicador 2776 "Diligenciamiento en historia clínica de intervenciones para el manejo del dolor según escala", el día 30 de abril de 2026, con responsabilidad operativa del líder de humanización. El cual fue alimentado en el módulo de indicadores el día 12/05/2026.

Adicionalmente se observa la creación de indicador 2774 "Adherencia al buen trato en quirófanos", el día 30 de abril de 2026, con responsabilidad operativa del líder de humanización. El cual fue alimentado en el módulo de indicadores el día 12/05/2026, como se observa en los siguientes pantallazos.

ALIMENTO INDICADOR 2776

IND-ALI-01	2026-05-12 08:42:44 PM	Ifonseca	Laura Mercedes Fonseca Landinez	Alimentó el indicador	Percepción del paciente y/o familiar sobre la oportunidad del manejo del dolor en salas de cirugía [2026-01-01] = 95.2380952380952
------------	------------------------	----------	---------------------------------	-----------------------	--

ALIMENTO INDICADOR 2774

IND-ALI-01	2026-05-12 08:33:53 PM	Ifonseca	Laura Mercedes Fonseca Landinez	Alimentó el indicador	Adherencia al buen trato en Quirófanos [2026-01-01] = 100
------------	------------------------	----------	---------------------------------	-----------------------	---



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



8-7405030



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



Se califica con el 50%, teniendo en cuenta que la responsabilidad de la actividad estaba en cabeza de otro proceso y fue creado y medido extemporáneamente.

CUMPLIMIENTO DE META FINANCIERA POR CENTRO DE COSTOS

Con corte al primer trimestre del 2026, se evidencia en ALMERA Indicadores 2471, 2472, y 2473 relacionados con el Cumplimiento de meta por centro de costos para quirófanos, para el caso de los indicadores 2471 y 2473 se observa incumplimiento de la meta establecida en los meses de enero, febrero y marzo de 2026

El promedio de los tres indicadores arroja un resultado del 71,5%, incumpliendo con la meta establecida que es 100%.

11

7.5 GESTIÓN PREVENTIVA Y PREDICTIVA

Para verificar el cumplimiento de las actividades propuestas se definieron indicadores los cuales fueron analizados en la herramienta POA y a continuación se describe los que presentaron desviaciones y/o alguna inconsistencia con corte al primer trimestre de 2026:

7.5.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

Con corte al primer trimestre del 2026, el porcentaje de cumplimiento del Modelo de atención fue del 100%.

Sin embargo, se evidencia que la meta del indicador 1773 (Adherencia al buen trato en el PMC ambulatorio) en ALMERA establece como meta (Mayor o igual a 90%), dato que no coincide con las referida en el modelo que es 80.

Se evidencia que la meta del indicador 2387 (Porcentaje de cumplimiento a la ejecución oportuna de las acciones planteadas en los planes de mejora según cronograma, Gestión preventiva y predictiva) en ALMERA establecen como meta (Mayor o igual a 90%), dato que no coincide con las referida en el modelo que es 80

Se evidencia que la meta del indicador 2014 (Porcentaje de egresos a los que se les realizó direccionamiento según la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud) en ALMERA establece como meta (Mayor o igual a 75%), dato que coincide con las referida en el modelo que es 70%.

Para el caso del indicador 1773 (Adherencia al buen trato en el PMC ambulatorio), se evidencia que modificaron los datos en el mes de marzo de 135 a 100.

CUMPLIMIENTO A CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Con corte al primer trimestre del 2026, El proceso establece como acción "Implementar a través de la estrategia de medios de comunicación actividades de difusión a la comunidad a partir de los eventos de salud pública prevalentes en la institución", para dar cumplimiento a cronograma de actividades, adjuntan informe ACTIVIDADES BAJO ESTRATEGIAS COMUNICATIVAS SALUD PÚBLICA 2026, en donde se evidencia cumplimiento a lo programado.



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



8-7405030



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



Se recomienda ajustar la evidencia, teniendo en cuenta que indican que es un Póster invitación y aportan informe.

DILIGENCIAMIENTO EN HISTORIA CLÍNICA DE INTERVENCIONES PARA EL MANEJO DE DOLOR SEGÚN ESCALA

Con corte al primer trimestre del 2026, El proceso establece como acción "Manejo de dolor en programa por tu piel", se establece como evidencia Indicador parametrizado y medido. El cual a la fecha del seguimiento no se encuentra en ALMERA

RESPUESTA DEL PROCESO

Esta medición no aplicaría, ya que el programa de humanización mediante oficio solicito el inicio de medición desde el segundo trimestre de 2026, oficio que fue cargado como soporte.

OBSERVACIÓN CONTROL INTERNO

Con corte al primer trimestre del 2026, El proceso establece como acción "Manejo de dolor en programa "por tu piel", se establece como evidencia Indicador parametrizado y medido. El proceso aporta oficio proyectado por la líder de humanización de fecha 27 de abril de 2026, en el cual solicitan el aplazamiento del inicio de los reportes para el segundo trimestre del 2026.

Es importante precisar que la solicitud ante la Oficina de Planeación se presentó un mes después del cierre del primer trimestre de 2026, período objeto del presente seguimiento.

La Oficina de Control Interno evalúa las actividades del POA de acuerdo con los tiempos fijados por el proceso. En esta ocasión, la actividad no se pudo evaluar porque no se encontró indicador parametrizado y medido para el primer trimestre, como se observa en la herramienta.

Se califica con el 50%, teniendo en cuenta que la responsabilidad de la actividad estaba en cabeza de otro proceso y el oficio fue aportado de manera extemporánea.

7.6 APOYO DIAGNÓSTICO

Para verificar el cumplimiento de las actividades propuestas se definieron indicadores los cuales fueron analizados en la herramienta POA y a continuación se describe los que presentaron desviaciones y/o alguna inconsistencia con corte al primer trimestre de 2026:

7.6.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

PERTINENCIA EN LA TRANSFUSIÓN

Con corte al primer trimestre de 2026, se evidencia en ALMERA indicador 1492 (Pertinencia en la transfusión) con mediciones y análisis del trimestre del 88,43% resultado que incumple con la meta establecida que es $\geq 95\%$.

7.7 SEGURIDAD DEL PACIENTE

Para verificar el cumplimiento de las actividades propuestas se definieron indicadores los cuales fueron analizados en la herramienta POA y a continuación se describe los que presentaron desviaciones y/o alguna inconsistencia con corte al primer trimestre de 2026:

7.7.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS

Con corte al primer trimestre de 2026, se evidencia en ALMERA indicador 2 (Proporción de vigilancia de eventos adversos) con mediciones y análisis mensuales, se observa que en los meses de enero, febrero y marzo no cumplen con la meta establecida y en promedio arroja resultado del trimestre de 70,63%, incumpliendo con la meta establecida que es $\geq 92\%$.

13

TASA DE SUCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REPORTADOS X 1000 PACIENTES

Con corte al primer trimestre de 2026, se evidencia en ALMERA indicador 1401 (Tasa de sucesos de seguridad del paciente reportados x 1000 pacientes) con medición y análisis del trimestre de 24,47%, resultado que incumple con la meta establecida $\leq 15\%$.

Adicionalmente, la bitácora del indicador registra variaciones constantes: el 20 de abril muestra valores de 49.07% y 24.52%, el 15 de mayo baja a 19.43% y el 21 de mayo cierra en 24.47%. Estas continuas modificaciones evidencian una clara inconsistencia entre el análisis inicial (49.07%) y el último registro reportado en ALMERA (24.47%).

RESPUESTA DEL PROCESO

Al revisar el indicador, efectivamente se evidencian tres variaciones o ajustes en los datos registrados. Sin embargo, al realizar la trazabilidad correspondiente, se identificó que los dos últimos ajustes fueron efectuados por el área de Sistemas de Información para la Calidad y no por el Programa de Seguridad del Paciente.

Lo anterior podría estar relacionado con modificaciones realizadas en el denominador del indicador, correspondiente al **número de pacientes atendidos en el período (Ingresos por Urgencias + Consulta Externa + Cirugía Ambulatoria)**, información cuya administración y actualización es responsabilidad de dicha área.

Por su parte, el Programa de Seguridad del Paciente es responsable únicamente del reporte del numerador del indicador, dato que fue registrado oportunamente y que **no ha sido objeto de modificaciones posteriores al reporte efectuado el 20 de abril de 2026**. En consecuencia, las variaciones identificadas no obedecen a cambios realizados por este programa, sino a ajustes efectuados en los datos que conforman el denominador del indicador.

OBSERVACIÓN DE CONTROL INTERNO

Se observa que el indicador tiene asignado un único responsable para su medición, adicional se evidencian inconsistencias entre la información registrada en el análisis y la reportada en la medición del indicador, tal como se muestra en los siguientes pantallazos:



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Enero - Marzo 2026 24,47 (Meta 15,00) Deisy Carolina Fonseca Reyes

Ingrid Erika Suarez Suarez

Referente de seguridad del paciente (Seguridad del paciente)

2026-04-20 03:50 PM

Para el primer trimestre de 2026, el indicador registró un valor de **49,07** sucesos por cada 1.000 pacientes atendidos (1.147 sucesos reportados en 23.377 pacientes), superando ampliamente la meta institucional establecida (15). Este resultado refleja un incumplimiento frente al estándar definido; sin embargo, debe analizarse en el contexto del fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente.

Periodo	Número de sucesos de seguridad reportados en el periodo (eventos adversos, incidentes, complicaciones)	Número de pacientes atendidos en el periodo (Ingresos Urgencias + Consulta Externa + Cirugía Ambulatoria)	Valor	Meta	Acumulado	Usuario	Fecha
A	B						
Ene-Mar (2026)	1.444,00	59.022,00	24,47	15,00	24,47	Deisy Carolina Fonseca Reyes	2026-05-21

14

Al consultar con el área de calidad, informan que esto sucedió por errores en la medición del mismo y que el dato real es 24.47, el cual fue ajustado en la herramienta del POA

7.8 GESTIÓN FARMACÉUTICA

Para verificar el cumplimiento de las actividades propuestas se definieron indicadores los cuales fueron analizados en la herramienta POA y a continuación se describe los que presentaron desviaciones y/o alguna inconsistencia con corte al primer trimestre de 2026

7.8.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Reportes recibidos analizados y gestionados por la institución de medicamentos:
No adjuntan evidencias en ALMERA de la ejecución de la actividad propuesta por el proceso

Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de farmacovigilancia:
No adjuntan evidencias en ALMERA de la ejecución de la actividad propuesta por el proceso

Eventos e incidentes adversos relacionados con dispositivos médicos y equipos biomédicos analizados y gestionados:
No adjuntan evidencias en ALMERA de la ejecución de la actividad propuesta por el proceso

Porcentaje de alertas gestionadas por el programa de tecnovigilancia:
No adjuntan evidencias en ALMERA de la ejecución de la actividad propuesta por el proceso

7.9 SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

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

7.9.1 ANÁLISIS DE INDICADORES



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Para su medición cuenta con dos indicadores que tienen periodicidad trimestral, en el primer trimestre de la vigencia 2026, se alcanzó un nivel de cumplimiento del 85%, de acuerdo con la información registrada y verificada en el sistema de gestión integral.

ACTUALIZAR PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN TH-PG-02 PARA LA INCLUSIÓN DE META AL 2026 Y PARAMETRIZACIÓN DE INDICADORES QUE PERMITA LA EVALUACIÓN DE OTROS PROCESOS (QUIRÓFANOS, DOCENCIA SERVICIO, ATENCIÓN AMBULATORIA, GINECO OBSTETRICIA, PROGRAMA POR TU PIEL)

Para el primer trimestre de 2026, el proceso cuenta con el ANEXO 10 – Programa de Humanización, en revisión (documento en proceso de actualización por parte de Talento Humano y Humanización) y el ANEXO 1 – CA-F-16 Ficha Técnica de Humanización, donde se encuentran con los nuevos indicadores en revisión.

15

En este sentido, la Oficina de Control Interno recomienda revisar y/o ajustar la unidad de medida, dado que la meta está definida como 1, mientras que actualmente se está evaluando en porcentaje (%).

8. OFICINA ASESORA DE DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN

8.1 DOCENCIA SERVICIO

Hace parte del eje 2 «Gestión Clínica Excelente y segura» y el eje 3 «Humanización en la atención en salud».

8.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa cuenta con seis indicadores, cuatro con periodicidad trimestral uno semestral y uno anual.

Teniendo en cuenta que la evidencia definida en la herramienta POA por el proceso, está registrada como: «Indicador parametrizado y medido», y si bien se presenta evidencia destinada avanzar en la construcción del indicador y su medición, no se cumple con el requerimiento planteado como evidencia, ni la meta establecida como mayor o igual a 80%. Se debe tener presente que tanto los indicadores, metas y periodicidad son generadas por los procesos, posterior a una planeación y análisis de las capacidades propias para su cumplimiento

Por estas razones no se da cumplimiento a la meta establecida para el primer trimestre de 2026.

8.2 INVESTIGACIÓN

Se encuentra en el plan de desarrollo en el Eje 2 «Gestión Clínica Excelente y segura»

8.2.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa cuenta con cinco indicadores, cuatro con periodicidad anual y uno trimestral.

9. OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

9.1 GESTIÓN CALIDAD

Ubicado en el plan de desarrollo en el Eje 2 «Gestión Clínica Excelente y segura» y en el eje de «Mejoramiento continuo»

9.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa cuenta con once indicadores, cinco con periodicidad trimestral, tres semestral y tres anual.

Indicador «Satisfacción del cliente externo relacionada con el ambiente físico»: El referente del subproceso, indica que por dificultad en la encuesta de SIU, la cual se evidencia mediante pantallazo de solicitud en la mesa de ayuda, por esta razón no se pudo alimentar el indicador, para este primer trimestre de 2026. Es decir, por razones ajenas al subproceso no se dio cumplimiento a la meta del indicador para el periodo evaluado

16

Indicador «Cumplimiento de planes de mejora por auditorías: interna y de seguimiento por Icontec»
Teniendo en cuenta que este indicador se evalúa de manera trimestral y al no contar con insumos para el cargue del indicador, debido a externalidades, es necesario aclarar que:

La responsable del seguimiento a la actividad informa que, en la auditoría interna y en la auditoría de seguimiento realizada por el ente certificador no se evidenciaron hallazgos para el periodo evaluado, En consecuencia, no se generaron planes de mejora asociados a esta actividad y tampoco se efectúa medición del indicador durante el primer trimestre de 2026.

Indicador «Cumplimiento plan de trabajo»

Teniendo en cuenta que este indicador se evalúa de manera trimestral y al no contar con insumos para el cargue del indicador, por razones externas al proceso se aclara lo siguiente:

La responsable del seguimiento a la actividad, indica que no se adelantaron acciones, teniendo en cuenta que a la fecha no ha sido publicada la versión oficial de la actualización de la norma correspondiente al año 2026, lo cual limita la planificación de dicha transición. Por tal razón no se presenta medición del indicador para el primer trimestre de 2026.

9.2 GESTIÓN INFORMACIÓN

Ubicado en el plan de desarrollo en el Eje 5 «Gestión de la tecnología» y «Mejoramiento continuo»

9.2.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa cuenta con nueve indicadores, cuatro con periodicidad trimestral, tres semestral y dos anual.

9.3 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Ubicado en el plan de desarrollo en el Eje 4 «Gestión del riesgo» y «Mejoramiento continuo»

9.3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

El programa cuenta con seis indicadores; cinco con periodicidad anual y uno trimestral



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



8-7405030



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



www.hospitalesporlasaludambiental.net



ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

CONCLUSIONES:

- Una vez realizada la evaluación por parte de la Oficina de Control Interno, se determinó que el porcentaje de cumplimiento del POA correspondiente al primer trimestre de 2026 asciende al **95%**.
- En el primer trimestre del año 2026 se logra cumplimiento de la meta establecida según plan de desarrollo para el modelo de atención (70% en el 2026), observando tendencia positiva en la mayoría de procesos:

Cumplimiento general en la evaluación del modelo de atención según oficina de control interno 84.79%:

- Atención urgencias 88,89%
- Quirófanos 77,78%
- Atención hospitalaria: 84.17%
- Hospitalización 77,78%
- UCI Adultos: 70%
- UCI Pediátricos 88,89%
- UCI Neonatal 100%
- Atención ambulatoria 75%
- Gestión preventiva y predictiva 100%

17

ALERTAS DE MEJORA:

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

GESTIÓN TALENTO HUMANO

- En lo referente a la evaluación y seguimiento del cumplimiento de los indicadores, se recomienda aportar las evidencias necesarias que permitan verificar las fuentes de información y constatar su grado de cumplimiento.
- La Oficina de Control Interno recomienda realizar el cargue de la evidencia conforme a lo establecido en el plan de trabajo vigente.

PROGRAMA DE GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

- Se enfatiza la necesidad de revisar los porcentajes de las metas trimestrales y anuales en la formulación, considerando el periodo evaluado y la meta anual. Esta revisión resulta relevante en el indicador de facturación correspondiente a los informes mensuales del proceso.
- Continuar cumpliendo con las socializaciones relacionadas con el comportamiento de las glosas, las devoluciones y la gestión financiera; así mismo, mantener la participación activa en las mesas de trabajo de la Circular 030 convocadas por la Supersalud.
- En lo referente a la evaluación y seguimiento del cumplimiento de los indicadores, se recomienda aportar las evidencias necesarias que permitan verificar las fuentes de información y constatar su grado de cumplimiento.

GESTIÓN JURÍDICA

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



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

- Se recomienda realizar controles más estrictos, que permitan garantizar la oportunidad en la respuesta tanto de acciones de tutela como de derechos de petición.

GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS

- Es necesario unificar los criterios de evaluación, dado que existe una discrepancia entre la meta de la ficha técnica en el sistema de gestión integral ($\geq 95\%$) y la definida en la herramienta POA (90%), como es el caso del indicador 2608 e Indicador 1048.
- Es necesario que el subproceso Gestión ambiental, aporte las evidencias necesarias que permitan validar los resultados de cada una de las actividades reportadas, frente al indicador establecido.
- Se recomienda efectuar el seguimiento a los indicadores con periodicidad anual, dado que este proceso cuenta con 19 indicadores, de los cuales 11 tienen dicha periodicidad. Esta medida busca garantizar el cumplimiento del POA y evitar que los indicadores incidan negativamente en la calificación.
- En cuanto al indicador «Eficacia de capacitaciones» es necesario que los servicios Tercero Sur, UCI Pediátrica, Salas de Cirugía, Urgencias Remisiones, Urgencias Sala ERA y Sexto Sur. Subsanan los hallazgos producto del plan de mejoramiento derivado de la desviación del indicador. Teniendo presente las principales falencias detectadas las cuales se mencionan a continuación: Omisión en la anulación de etiquetas de frascos de medicamentos y la falta de adherencia al protocolo de segregación de residuos en garrafones.

18

GESTIÓN SERVICIOS DE APOYO

- Para la evaluación y el seguimiento del cumplimiento de indicadores, se recomienda presentar las evidencias requeridas que permitan validar las fuentes de información y constatar su cumplimiento

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

- Se recomienda dar cumplimiento al Numerales 3.2 Reporte de indicadores y análisis del Instructivo CA-INS-05 INSTRUCTIVO PARA LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES, el cual establece que los procesos y subprocesos tendrán 20 días calendario mes vencido para el reporte de los mismos, esto teniendo en cuenta que los siguientes procesos:

ATENCIÓN AMBULATORIA: no aportan medición de marzo de 2026

1747 Adherencia al buen trato en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (Humanización) (proceso)		Número de ítems de la lista de chequeo que tienen un resultado positivo o satisfactorio en Consulta Externa		Número de ítems de la lista de chequeo evaluados en Consulta Externa		Valor	Meta	Acumulado	Usuario	Fecha
A		A		B						
Periodo										
Febrero 2026		19,00		19,00		100,00%	80,00%	98,84%	Laura Mercedes Fonseca Landínez	2026-03-13
Enero 2026		42,00		43,00		97,67%	80,00%	97,67%	Laura Mercedes Fonseca Landínez	2026-02-20

Fuente: Pantallazo modulo indicadores ALMERA

Adicionalmente dar cumplimiento Numerales 3.4 Análisis de desviaciones frente a la meta y 3.5 Acciones de intervención frente al no cumplimiento de metas. Lo anterior teniendo en cuenta el Incumplimiento de las metas de los siguientes indicadores:



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

- URGENCIAS: Indicador (1733)
 - HOSPITALIZACION: (1730,2268, 2447, 2448, 2449 Y 1705)
 - UCI ADULTO: (1774, 1728)
 - QUIROFANOS: (1, 1731,2471 y 2473)
 - APOYO DIAGNOSTICO: (1492)
 - SEGURIDAD DEL PACIENTE: (1401)
- Se recomienda a los procesos que presentaron diferencias en las metas de los indicadores relacionados en el POA y las metas establecidas en el Sistema de gestión integral ALMERA, justificar estos cambios teniendo en cuenta que la presentación de un indicador de gestión con un valor que no refleja la realidad genera una desviación significativa en el análisis institucional. Esta situación afecta la confiabilidad de la información, la calidad del dato y compromete la toma de decisiones estratégicas.

PROCESO	INDICADOR	POA/modelo de atención	MODULO INDICADORES ALMERA
Hospitalización	1799	85%	Igual o mayor a 90%
Hospitalización	2381	80%	Mayor o igual a 85%
Uci Adulto	2382	80%	Mayor o igual al 85%
Uci pediátrico	2384	80%	Mayor o igual al 85%
Uci Neonatal	2383	80%	Mayor o igual al 85%
Ambulatorio	1743	15%	Menor o igual a 10 días
Quirófanos	2021	10%	Menor o igual a 0.5%
Gestión preventiva y predictiva	1773	80%	Mayor o igual a 90%
Gestión preventiva y predictiva	2387	80%	Mayor o igual a 90%
Gestión preventiva y predictiva	2014	70%	Mayor o igual a 75%
Gestión preventiva y predictiva	1773		Ajustan datos en el módulo de indicadores en el mes de marzo de 135 a 100
Quirófanos	1		Se observa cambio de meta en el primer trimestre 2026 a 60. Meta del 2025 <= 35, sin concepto del Equipo eje de gestión clínica excelente y segura. Se sugiere mantener meta en 35 y realizar solicitud formal de ajuste,



			al tratarse de un indicador de modelo de atención.
Seguridad del paciente	1401		La bitácora del indicador registra variaciones constantes: el 20 de abril muestra valores de 49.07%, el 15 de mayo baja a 19.43%, 20 de mayo 24,52% y el 21 de mayo cierra en 24.47%. Estas continuas modificaciones evidencian una clara inconsistencia entre el análisis inicial (49.07%) y el último registro reportado en ALMERA (24.47%).

20

Fuente: Propia

- Se recomienda dar cumplimiento al Numerales 3.2.2 Análisis de información del Instructivo CA-INS-05 INSTRUCTIVO PARA LA GESTION Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES, el cual permite en la pestaña de análisis visualizar los seguimientos correspondientes a la medición del indicador, las evidencias de seguimiento adjuntas y el estado del semáforo, lo anterior teniendo en cuenta que para el caso de los Indicadores 2447, 2448, 2449, relacionados con el cumplimiento de meta financiera por centro de costos, no realizan el respectivo análisis. Adicionalmente se recomienda adjuntar las evidencias que soportan los seguimientos a los indicadores como lo establece este numeral, teniendo en cuenta que se observó que la mayoría de los indicadores asocian formatos o listas de chequeo para su medición; sin embargo, estos soportes no fueron adjuntados, impidiendo corroborar la veracidad de la información analizada

• Pestaña Análisis:

En esta sección el sistema permite visualizar los seguimientos (3) correspondientes a las mediciones del indicador, las evidencias de seguimiento adjuntas (4) y el estado del semáforo (2) al momento de registrar el seguimiento. Si desea puede filtrar la información por orden de tiempo y número de mediciones (1).

» Atención a urgencias

Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias

Editar  Tiempo promedio de espera para la atenc 

Seguimiento Ficha técnica Análisis Mediciones

Ver Mas recientes primero 10 mediciones (1)

(2) ● Octubre 2024 23 (Meta 30) Deisy Carolina Fonseca Reyes

Jenny Vanessa González Sánchez (Almera) (3) EN EL MES DE OCTUBRE PARA LOS PACIENTES DE CLASIFICADOS COMO TRIAGE II (URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRIA, NEONATOS Y GINECOLOGIA) TUVO UNA LEVE DISMINUCIÓN MANTENIENDOSE EN LA META

2025-01-22 09:38 AM

Fuente: Pantallazo INSTRUCTIVO PARA LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES

- Se recomienda a los responsables del Eje 3 Humanización en la atención en salud, dar cumplimiento a la actividad propuesta "Implementar el programa de humanización en el proceso de quirófanos mediante estrategias de las líneas amar y sentir", mediante el establecimiento de los indicadores "Adherencia al buen trato en quirófanos" y "Diligenciamiento en historia clínica de intervenciones para el manejo del dolor según escala", de igual manera en el proceso GESTION PREVENTIVA Y PREDICTIVA, teniendo en cuenta que este incumplimiento afecto el resultado de los procesos que tenían asociados estos indicadores.



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

- Se recomienda al proceso de gestión ambulatoria, ajustar la unidad de medida establecida en el indicador "Dar cumplimiento a la meta financiera por centro de costos Atención Ambulatoria" ya que en la herramienta POA establecen 1 y no es coherente con la medición del indicador.
- Se recomienda al proceso Gestión farmacéutica, adherirse a las directrices establecidas por la Oficina de planeación, relacionadas con el cargue de evidencias de plan operativo en el sistema de gestión integral ALMERA.
- Se recomienda identificar indicador asociado al atributo UNIVERSITARIO en los procesos de UCI ADULTO Y PEDIÁTRICO, adicionalmente identificar indicador Atributo RESPONSABLE asociado al proceso de ATENCIÓN AMBULATORIA.
- Se recomienda tener en cuenta que en los indicadores relacionados con: "Proporción de vigilancia de eventos adversos" que no se presentaron sucesos de seguridad en el periodo, la medición del indicador y/o resultado es "No aplica medición", lo anterior teniendo en cuenta que están colocando 100% (Indicador 1745 – ATENCIÓN AMBULATORIA).

SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

- En lo referente a la evaluación y seguimiento del cumplimiento de los indicadores, se recomienda aportar las evidencias necesarias que permitan verificar las fuentes de información y constatar su grado de cumplimiento.

OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

GESTIÓN CALIDAD

- Para la actividad «Realizar gestión y seguimiento oportuno a las actividades de los Planes Únicos de Mejoramiento por Proceso», la meta establecida para el indicador registrado con el numero: 2202, en la herramienta POA corresponde al 80%. Sin embargo, la meta planteada en el sistema de gestión integral para cada mes es mayor o igual al 85%. Por lo tanto, es necesario que, se efectué la articulación entre el POA y el SIG, con el fin de evitar inconsistencias y asegurar la correcta interpretación de los resultados.
- Para la evaluación del POA 2026, se sugiere que el proceso avance frente a la posibilidad de encontrar una herramienta informática que permita el cargue, la evidencia específica correspondiente a cada una de las actividades definidas en el «Plan de trabajo medición de adherencia a las GPC Institucional» CA-F 37.

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Se recomienda el cargue de soportes (ficha técnica de encuestas, registros documentales, etc) de las actividades de cada uno de los indicadores registrados en el sistema de gestión integral cuyos resultados se presentan como evidencia para evaluación del POA.
- Se recomienda el planteamiento de metas en cada uno de los indicadores con el fin de lograr una medición del desempeño real de los procesos.



OFICINA ASESORA DE DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN

INVESTIGACIÓN

- Se recomienda al proceso implementar un control de validación documental para asegurar que todo informe emitido utilice la plantilla institucional vigente, previniendo así el uso de membretes desactualizados.

Se recomienda a los responsables de cada Plan Operativo Anual (POA) realizar una revisión detallada de la herramienta POA 2026 (Excel adjunto), con el fin de verificar la calificación asignada y analizar las observaciones formuladas por la Oficina de Control Interno en el proceso de evaluación. Lo anterior permitirá identificar oportunidades de mejora, fortalecer el seguimiento y control de las actividades programadas, y contribuir al cumplimiento efectivo de las metas y compromisos establecidos en cada plan, en el marco del mejoramiento continuo institucional.

22

Cordialmente,

(Original Firmado)

WILMER LEONARDO PARADA MARQUEZ

Asesor de Control Interno

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

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

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

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



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO