

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

II TRIMESTRE DE 2026

1

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

Tunja agosto 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 segundo 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 Rafael, 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*



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 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Tunja». En su artículo 5 se establece la evaluación de los planes operativos por parte de la Oficina de 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 SEGUNDO 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

Como resultado de la verificación y evaluación realizada durante el segundo trimestre de la vigencia 2026 a los planes operativos, se obtuvieron los siguientes resultados:

PLAN OPERATIVO ANUAL 2026			
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 100%		SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD 97%	
Gestión Talento Humano	100%	Atención Urgencias	86%
Gestión Financiera	100%	Atención Hospitalaria	99%
Gestión Jurídica	98%	Atención Ambulatoria	98%
Gestión Servicios de Apoyo	100%	Quirófanos	98%
Gestión Recursos Físicos	100%	Seguridad del Paciente	100%
Gestión Contratación	100%	Apoyo Diagnóstico	92%
		Apoyo Terapéutico	100%
		Gestión Farmacéutica	100%
		Gestión Preventiva y Predictiva	100%
		Sistema de Información y Atención	97%
		Enfermería	100%
		OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS 100%	
		Gestión Calidad	100%
		Gestión Información	100%
		Direccionamiento Es	100%
		OFICINA ASESORA DOCENCIA INVESTIGACIÓN 55%	
		Docencia Servicio	85%
		Investigación	25%
		2do Trimestre	
		94%	

Fuente: Herramienta POA – Segundo trimestre 2026

A continuación, se describen las observaciones más representativas derivadas de la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno. Así mismo, se adjunta la Herramienta de Seguimiento al POA correspondiente al segundo trimestre de la vigencia 2026, con el fin de que cada responsable consulte y verifique las demás observaciones registradas en la herramienta respecto de cada una de las actividades

establecidas, como parte del conocimiento y seguimiento de los resultados de la evaluación, y en procura del mejoramiento continuo del seguimiento y cumplimiento del Plan Operativo Anual (POA).

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».

ANÁLISIS DE INDICADORES

Para su medición, se dispone de seis indicadores con periodicidad trimestral, en el segundo 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.

Respecto al indicador 2233 “Porcentaje de cumplimiento en la planeación del talento humano”, se recomienda continuar fortaleciendo las estrategias de atracción y retención del talento humano mediante convocatorias permanentes, articulación con instituciones de educación superior, ampliación de las fuentes de reclutamiento y seguimiento continuo a las vacantes críticas, con el propósito de disminuir la brecha existente y alcanzar la meta establecida, teniendo en cuenta que en el último trimestre presento un cumplimiento de 89.56% y persiste una brecha de 201 vacantes que impide alcanzar el objetivo establecido.

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 segundo 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.

No obstante, se observa que la evidencia correspondiente a la Actividad No. 1 fue remitida mediante correo electrónico de fecha 21 de agosto de 2026, dirigido a la Gerencia y a la Subgerencia Administrativa y Financiera, es decir, con posterioridad al plazo establecido para la presentación de las evidencias.

Adicionalmente, se encuentra pendiente la socialización del informe ante el Comité Directivo, actividad contemplada como parte del cumplimiento de la acción programada en el POA, por lo que, a la fecha de corte de la evaluación, no se cuenta con evidencia que permita acreditar su ejecución.

Por otra parte, se evidencia una falta de concordancia entre la actividad programada y el soporte definido como evidencia en la herramienta de seguimiento. En efecto, la actividad establece: “Socializar a nivel directivo el comportamiento de las glosas y devoluciones”; mientras que la evidencia registrada corresponde a “Informe con radicado”.

En este sentido, el soporte definido en la herramienta acredita la elaboración y radicación del informe, pero no permite demostrar por sí mismo la socialización a nivel directivo requerida en la actividad. Por lo anterior, se considera necesario fortalecer la definición de la evidencia asociadas a las actividades, de manera que estas sean coherentes y suficientes para demostrar el cumplimiento efectivo de las acciones programadas.

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

5

6.3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

INDICADOR 1482 -GESTIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN

Una vez revisada la información correspondiente del segundo 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 segundo trimestre con la elaboración del informe PQRS, así como la auditoría adelantada al proceso, se evidenciaron 40 respuestas fuera de término, mostrando un aumento significativo en las respuestas extemporáneas frente al segundo trimestre de la presente vigencia. Por lo anterior, y al tener respuesta fuera de término se considera que el porcentaje de avance para el segundo trimestre es del **75%**. **Se reitera la necesidad de incluir el factor tiempo en la fórmula de medición**, de la siguiente forma:

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

Quedando acorde a lo establecido en el Plan Operativo Anual – POA.

Finalmente, de forma respetuosa se solicita realizar el ajuste de los resultados reportados en POA, aplicando la fórmula establecida y tomando como fuente la información registrada en Almera.

INDICADOR 1483 - PORCENTAJE DE ACCIONES DE TUTELA ATENDIDAS

Una vez revisada la matriz OAJ-F-08 -Registro de acciones de Tutela- correspondiente al segundo trimestre se evidenció que durante este periodo se radicaron 285 acciones constitucionales, **encontrando 24 acciones de tutela con respuesta extemporánea.** Por tal se considera que se presenta un avance del **92%**, incumpliendo la meta establecida, que esta corresponde al 100%.

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».



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

6.4.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para su medición cuenta con dos indicadores que tienen periodicidad trimestral, en el segundo 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.

Se recomienda realizar el cargue oportuno de los indicadores del proceso y sus respectivos soportes de evidencia, con el fin de garantizar un seguimiento y trazabilidad eficientes de su cumplimiento.

6.5 GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS

6

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.

Indicador 2761 «Satisfacción del cliente externo-relacionada con el ambiente físico» El resultado para el trimestre evaluado fue del **98.34 %**, con lo cual superó la meta establecida para el segundo trimestre de 2026. Sin embargo, no se encontró el análisis correspondiente ni la información que detalle los insumos con los que se alimenta dicho indicador.

Respecto al indicador 2608, «Satisfacción del cliente interno relacionada con el ambiente físico». Tras su verificación, se reportó que durante este periodo el comportamiento del indicador fue inferior a la meta planeada, obteniendo un 62.21% y sin alcanzar el objetivo propuesto para el segundo trimestre de la presente vigencia.

Se recomienda de manera reiterativa, la necesidad de unificar criterio respecto a la meta planteada en el indicador POA ($\geq 65\%$) y el indicador registrado en el sistema de gestión integral (80 %).

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:

Indicador 2307 - Cumplimiento Plan anual de adquisiciones: Se establece medición anual, por lo que no aplica para segundo semestre.

Indicador 2306 -Rendición oportuna en la plataforma Sia Observa: Con corte al segundo trimestre de 2026, se revisa se observan un total de 64 de contratos celebrados por la entidad, los cuales fueron rendidos oportunamente en la plataforma SIA Observa.

Indicador 2305 - Publicación oportuna en la plataforma SECOP: La referente del proceso registró como evidencia en el Sistema de Gestión Integral los documentos «2026 MATRIZ PROCESOS CONTRACTUALES.xlsx», «Sistema de Gestión Integral - Almera2 SOPORTE SECOP.pdf» y «Sistema de



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

Gestión Integral - Almera SOPORTE SECOP.pdf». Mediante estos archivos se comprobó la publicación oportuna de los 64 contratos celebrados durante el periodo evaluado, presentando un cumplimiento del 100%.

Indicador 2868 - Reporte oportuno de la contratación celebrada por el HUSRT a la Procuraduría Regional de Boyacá: Cumpliendo con la actividad propuesta se creó este indicador, con medición trimestral, sin embargo, su medición no aplica para el periodo objeto de seguimiento.

7. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

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

7

- 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

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 segundo trimestre de 2026:

7.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

Con corte al segundo trimestre de 2026, el porcentaje de cumplimiento del Modelo de atención fue del 90%, resultado supera la meta establecida, Aportan evidencia de la medición de acuerdo a la fuente establecida, sin embargo, se identifica que el indicador 2206 (Oportunidad en el Triage), de periodicidad mensual no cumple la meta establecida en los meses de abril, mayo y junio de 2026, se recomienda establecer plan de mejoramiento según lo establecido en el numeral 3,5,2 del Instructivo CA-INS-05 INSTRUCTIVO PARA LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES

REUNIONES DE SEGUIMIENTO AL DESEMPEÑO - SEGUNDO NIVEL

Con corte al segundo trimestre de 2026, adjuntan un pantallazo de cuadro de turno del mes de julio, lo cual no corresponde a la establecida en la herramienta que es (Acta de reunión y plan de mejora (si aplica)), soportes que no permitan "Evaluar indicadores financieros del proceso", y soportar las "Reuniones de seguimiento al desempeño - Segundo nivel".

DILIGENCIAMIENTO EN HISTORIA CLÍNICA DE INTERVENCIONES PARA EL MANEJO DEL DOLOR SEGUN ESCALA, URGENCIAS

Con corte al segundo trimestre de 2026, Se evidencia en Almera Indicador 2267 (Diligenciamiento en historia clínica de intervenciones para el manejo de dolor según escala, Urgencias), con un resultado promedio del **94%**, dato que cumple con la meta establecida que es del **>=85%**.

Sin embargo, se evidencia que, desde el mes de diciembre de 2025, **no se realiza análisis del indicador**.



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

7.2 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 segundo trimestre de 2026:

7.2.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

8

Con corte al segundo trimestre de 2026, el porcentaje de cumplimiento del Modelo de Atención fue del **78,61%**, resultado supera la meta establecida del **70%**.

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

El indicador 1730, correspondiente al "Adherencia a guías de práctica clínica médica, Hospitalización total", **no cumple** con la meta establecida para este periodo, indicador que en la medición del trimestre anterior tampoco cumple meta.

UCI ADULTO: Resultado modelo 55,6 valores que **no cumple** con la meta que es 70%

Los siguientes indicadores no alcanzaron la meta:

1774: Accesibilidad a UCI Adultos.

1738: Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos.

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

No cuenta con indicador asociado al atributo UNIVERSITARIO.

UCI PEDIATRICA: Resultado modelo 88,9%, valor que cumple la meta que es 70%

No cuenta con indicador asociado al atributo UNIVERSITARIO

UCI NEONATAL: Resultado modelo 80%, valor que cumple con la meta que es 70%

Los siguientes indicadores no alcanzaron la meta:

1776: Accesibilidad a UCI Neonatal

1732: Adherencia a guías de práctica clínica médica, UCI Neonatal

CUMPLIMIENTO DE META FINANCIERA POR CENTRO DE COSTOS

Con corte al segundo trimestre de 2026, se evidencia en ALMERA Indicadores 2447, 2448, 2449 relacionados con el cumplimiento de meta financiera por centro de costos, para el caso del indicador 2447 se observa cumplimiento de la meta establecida en los meses de abril ,mayo y junio de 2026, en cuanto al indicador 2448 , se observa cumplimiento de la meta establecida en los meses de abril ,mayo y junio de 2026 y en cuanto al indicador 2449 incumplen metas en los meses de abril, mayo y junio., situación presentada en el trimestre anterior.

El promedio de los tres indicadores arroja un resultado del **98,83%**, incumpliendo con la meta establecida que es **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

Se recomienda realizar el análisis de los indicadores y establecer los respectivos planes de mejoramiento según lo establecido en el instructivo CA-INS-05 INSTRUCTIVO PARA LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES.

Adicional a lo anterior, se aclara que se incluyó en el promedio del indicador el mes de junio de 2026, a pesar de que fueron medidos inoportunamente, ya que fueron reportados en el sistema de información el día 20 de agosto de 2026.

PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS GESTION CLINICA

Con corte al segundo trimestre de 2026, se evidencia en ALMERA indicador 1705 (Proporción de vigilancia de eventos adversos gestión clínica) con mediciones y análisis trimestrales arroja resultado de **85,39%**, incumpliendo con la meta establecida que es **92%**.

9

Teniendo en cuenta que el indicador ha presentado desviación durante tres periodos consecutivos, se requiere de la formulación plan de mejoramiento específico, orientado a intervenir las causas que han afectado el desempeño del indicador.

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 segundo trimestre de 2026:

7.3.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

Con corte al segundo trimestre de 2026, el porcentaje de cumplimiento del Modelo de atención fue del **77,8%**, resultado que cumple con la meta establecida del **70%**. No obstante, se presentan las siguientes observaciones:

Indicador 1744 (Adherencia a guías de práctica clínica médica, Consulta Externa, arroja como resultado **76,72%** incumpliendo con la meta establecida que es **>=85**.

No cuenta con indicador de los atributos de RESPONSABLE.

Se recomienda para el caso del indicador 1745, en el resultado de la medición no colocar 100%, ya que en este periodo no se presentaron eventos, por tal razón No aplica medición.

CUMPLIMIENTO DE META FINANCIERA POR CENTRO DE COSTOS

Con corte al segundo trimestre de 2026, 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 abril, mayo y junio de 2026, en cuanto al indicador 2444, se observa incumplimiento de la meta establecida en los meses de abril, mayo de 2026 y el indicador 2445 con incumplimiento de la meta en mayo y de junio de 2026. Con un promedio de cumplimiento del trimestre de **85,95%**.



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 el análisis de los indicadores y establecer los respectivos planes de mejoramiento según lo establecido en el instructivo CA-INS-05 INSTRUCTIVO PARA LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES.

Adicional a lo anterior, se aclara que se incluyó en el promedio del indicador el mes de junio de 2026, a pesar de que fueron medidos inoportunamente, ya que fueron reportados en el sistema de información el día 20 de agosto de 2026.

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

10

Con corte al segundo trimestre de 2026, 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 por que no se presentaron eventos adversos.

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

REITERATIVO.

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 segundo trimestre de 2026:

7.4.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

Con corte al segundo trimestre de 2026, el porcentaje de cumplimiento del Modelo de atención fue del **90%**, resultado que cumple con la meta establecida del **70%**, No obstante, se presentan las siguientes observaciones:

Incumplimiento a la meta establecida del indicador 1731 (Adherencia a guías de práctica clínica médica, Gestión quirúrgica), incumplimiento reiterativo durante el año 2024 ,2025 y los dos trimestres del 2026.

REITERATIVO.

CUMPLIMIENTO DE META FINANCIERA POR CENTRO DE COSTOS

Con corte al segundo trimestre de 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 abril, mayo y junio de 2026

El promedio de los tres indicadores arroja un resultado del 85,50%, incumpliendo con la meta establecida que es 100%.

Se recomienda realizar el análisis de los indicadores y establecer los respectivos planes de mejoramiento según lo establecido en el instructivo CA-INS-05 INSTRUCTIVO PARA LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO 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

Adicional a lo anterior, se aclara que se incluyó en el promedio del indicador el mes de junio de 2026, a pesar de que fueron medidos inoportunamente, ya que fueron reportados en el sistema de información el día 20 de agosto de 2026.

7.5 GESTIÓN PREVENTIVA Y PREDICTIVA

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

7.5.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

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

ADHERENCIA AL BUEN TRATO EN EL PROGRAMA MADRE CANGURO AMBULATORIO

Con corte al segundo trimestre de 2026, se evidencia en ALMERA indicador 1773 Adherencia al buen trato en el programa madre canguro Ambulatorio) con mediciones y análisis mensuales, en promedio arroja resultado del trimestre de **100%**, cumpliendo con la meta establecida que es **≥ 90** .

La meta establecida en la herramienta POA **≥ 80** , no coincide con la ficha técnica del indicador, se observa que el responsable del indicador en el mes de mayo (27/05/2026) ajusta esta meta.

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 segundo trimestre de 2026:

7.6.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

MEJORAR RENTABILIDAD ANUAL DE LOS SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO

Con corte al segundo trimestre de 2026, El proceso establece la acción "Mejorar rentabilidad anual de los servicios de apoyo diagnóstico",

De manera mensual se presenta en el comité directivo cuadro con la rentabilidad de cada uno de los procesos asistenciales, aportan soportes de comparativos de rentabilidad de abril y mayo de 2026, de los servicios de Hemodinamia, Resonador, patología y radiología. No se observa información del mes de junio de 2026. Sin embargo, se observa incremento de la rentabilidad de un periodo a otro a corte de mayo de 2026. El resultado del trimestre se mide en términos periodos evaluados teniendo en cuenta que falta junio.

Debido a que no existe una meta establecida en la herramienta se califica de acuerdo al incremento de la rentabilidad de un periodo a otro.

PERTINENCIA EN LA TRANSFUSIÓN

Con corte al segundo trimestre de 2026, se evidencia en ALMERA indicador 1492 (Pertinencia en la transfusión) con mediciones y análisis del trimestre del **95%** resultado que, incumple con la meta establecida que es **$\geq 90\%$** .

La meta no coincide en POA **$\geq 95\%$** y ALMERA **90%** y con la evaluación realizada el anterior trimestre.

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».

12

En lo relacionado con la actividad "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, ginecoobstetricia, programa por tu piel)", programada para el primer trimestre, presentando incumplimiento, por lo tanto, no se evalúa en este periodo.

Se recomienda realizar el cargue oportuno de los soportes de evidencia, con el fin de garantizar un seguimiento y trazabilidad eficientes de su cumplimiento.

7.9.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Para su medición cuenta con dos indicadores que tienen periodicidad trimestral, en el segundo trimestre de la vigencia 2026, se alcanzó un nivel de cumplimiento del **97%**, 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 segundo trimestre de 2026, el proceso responsable anexa programa de humanización actualizado TH-PG-02 "programa de humanización el san rafa le pone el corazón" aprobado y socializado el 23 de junio 2026, de igual manera anexo 2 donde se relaciona los nuevos indicadores ajustados de AMAR SENTIR, información verificada en ALMERA.

Actividad programada originalmente para el segundo trimestre. Debido a su incumplimiento en la fecha prevista, la evaluación se realiza en el presente periodo, con cumplimiento del 100%.

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



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 este seguimiento el indicador «Porcentaje de cumplimiento de capacidad instalada para prácticas formativas» es necesario revisar la meta institucional del 90 % y la metodología del indicador, para no incumplir con la meta de indicador POA.

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

En cuanto al indicador «Índice de productos derivados de protocolos de investigación sometidos a divulgación de conocimiento».

Para el periodo evaluado no se da cumplimiento a la meta del indicador. Se sugiere armonizar el indicador en cuanto a su periodicidad, en la herramienta POA y en el SIG, con el propósito de realizar un seguimiento y evaluación real del comportamiento del indicador

13

9. OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

9.1 GESTIÓN CALIDAD

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

9.1.1 ANÁLISIS DE INDICADORES

Respecto al indicador «Cobertura de Evaluación en GPC – Médicos Generales y Especialistas», Se recomienda armonizar los datos presentados en el SGI y en la herramienta POA, en cuanto al porcentaje de cumplimiento, con el fin de tener claridad de la información presentada.

Indicador «Cumplimiento de planes de mejora por auditorías: interna y de seguimiento por ICONTEC», durante el mes de julio de 2026 se llevó a cabo la auditoría interna de gestión. No obstante, a la fecha nos encontramos a la espera de la emisión del informe final, documento indispensable para analizar los hallazgos, observaciones y oportunidades de mejoras identificadas y, posteriormente, elaborar y cargar en el sistema de información ALMERA el plan de mejoramiento correspondiente. Por esta razón no aplica para la evaluación del segundo trimestre de 2026

Indicador «Cumplimiento plan de trabajo» La responsable del seguimiento a la actividad, radicó oficio en la oficina de Planeación cuyo asunto fue: Solicitud de ajuste y justificación de actividades del POA relacionadas con la norma ISO 9001:2015 – vigencia 2026 segundo trimestre. Dentro de la solicitud también se indica que: «[...]a la fecha, no ha sido publicada oficialmente la actualización de dicha norma. Por esta razón, no se cuenta con los requisitos técnicos ni con los lineamientos definitivos que permitan establecer las brechas, acciones, responsables y plazos necesarios para formular un plan de transición o un plan de mejoramiento asociado» .

Razón por la cual la evaluación de la actividad no aplica para este segundo 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



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Respecto al indicador «Porcentaje de interacción con las piezas comunicativa».

Se recomienda unificar criterio respecto a la meta de cumplimiento, ya que en ella herramienta POA es de **30%** y en el indicador del sistema de gestión integral esta como **«Mayor o igual a 25%»**.

Así mismo en el indicador «Efectividad en divulgación de información sobre direccionamiento estratégico», Es necesario en el análisis tener en cuenta, que la participación fue muy baja en comparación con el segundo trimestre, donde se obtuvieron 690 registros. Las 93 respuestas actuales no constituyen una muestra representativa, sobre todo porque el personal de la entidad supera los 2.200 trabajadores. Además, se omitió la recomendación de incluir la ficha técnica y los datos completos del sondeo dentro de las evidencias.

En cuanto al indicador «Cobertura de la historia clínica electrónica en registros»

Es necesario que se defina meta del indicador, con el propósito de tener claridad respecto al nivel de cumplimiento.

14

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.

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 segundo trimestre de 2026 asciende al **94%.**
- En el segundo trimestre del año 2026 se logra cumplimiento de la meta establecida según plan de desarrollo para el modelo de atención del 84.03%, observando tendencia positiva en la mayoría de procesos , resultados que se observan a continuación:

EVALUACIÓN POR PROCESO	SEGUNDO TRIMESTRE
URGENCIAS	90
QUIRÓFANOS	90
ATENCIÓN HOSPITALARIA	78,61
HOSPITALIZACIÓN	90
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	55,56
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	88,89
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	80
ATENCIÓN AMBULATORIA	77,78
GESTIÓN PREVENTIVA Y PREDICTIVA	100
CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MODELO POR TRIMESTRE 2026	84,03

ALERTAS DE MEJORA

- Se recomienda dar cumplimiento estricto a los siguientes numerales del instructivo CA-INS-05 INSTRUCTIVO PARA LA GESTION Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES_

Numeral 3.2 REPORTE DE INDICADORES Y ANALISIS: EN ESTE APARTADO se explica la forma correcta de alimentar los indicadores y se dan instrucciones.



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



8-7405030



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



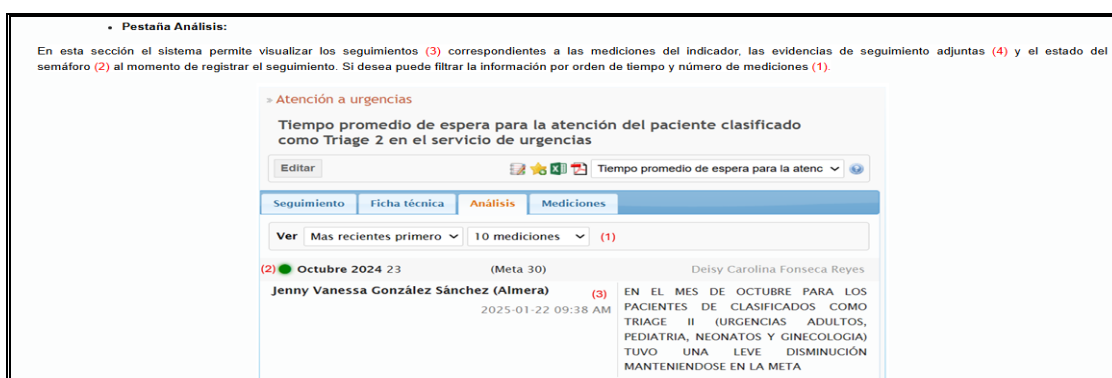
ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Para hacer un análisis adecuado. El análisis correcto de los indicadores es de gran relevancia para poder impactar de forma positiva en la toma de decisiones, de ahí la importancia de que los líderes que son los conocedores de sus procesos realicen una descripción clara que sustente la tendencia de su indicador

Así mismos se recomienda el cargue oportuno del indicador de acuerdo al tiempo establecido de 20 días calendario mes vencido, y 40 días calendario periodo vencido para los siguientes procesos (Seguridad del paciente, guías, gestión financiera, gestión ambiental, modelo de atención, unidad transfusional.

Adicionalmente, se recomienda adjuntar las evidencias que soportan el seguimiento y medición de los indicadores, de conformidad con lo establecido en el numeral 3.2.2, teniendo en cuenta que se observó que la mayoría de los indicadores tienen asociados formatos y/o listas de chequeo como instrumentos para su medición; sin embargo, dichos soportes no fueron adjuntados. Esta situación limita la posibilidad de verificar y corroborar la trazabilidad, consistencia y veracidad de la información reportada y analizada.

15



Fuente: Pantallazo INSTRUCTIVO PARA LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES

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.

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.