

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nit: 891900441-1	CÓDIGO: DE-PL-FO-01
		VERSIÓN: 01
	INFORME DE GESTIÓN	FECHA: 08/01/2021
		TRD: PÁGINA: 1 de 20

5 de julio de 2022, Zarzal Valle del Cauca

INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN ANUAL I TRIMESTRE

1. INTRODUCCIÓN

Durante la vigencia del año 2022, el Hospital Departamental San Rafael E.S.E. del municipio de Zarzal Valle, realizó el seguimiento correspondiente al cumplimiento del Plan de Acción Anual mediante el cual se programan las actividades para dar cumplimiento al Plan de Desarrollo Institucional.

El plan de desarrollo se compone de 6 programas y 6 líneas estratégicas que se desarrollarán a través de 60 acciones estratégicas. Así mismo el Plan de Desarrollo incluye un programa orientado al cumplimiento de los indicadores del Plan de Gestión Gerencial dados en la Resolución 408 de 2018.

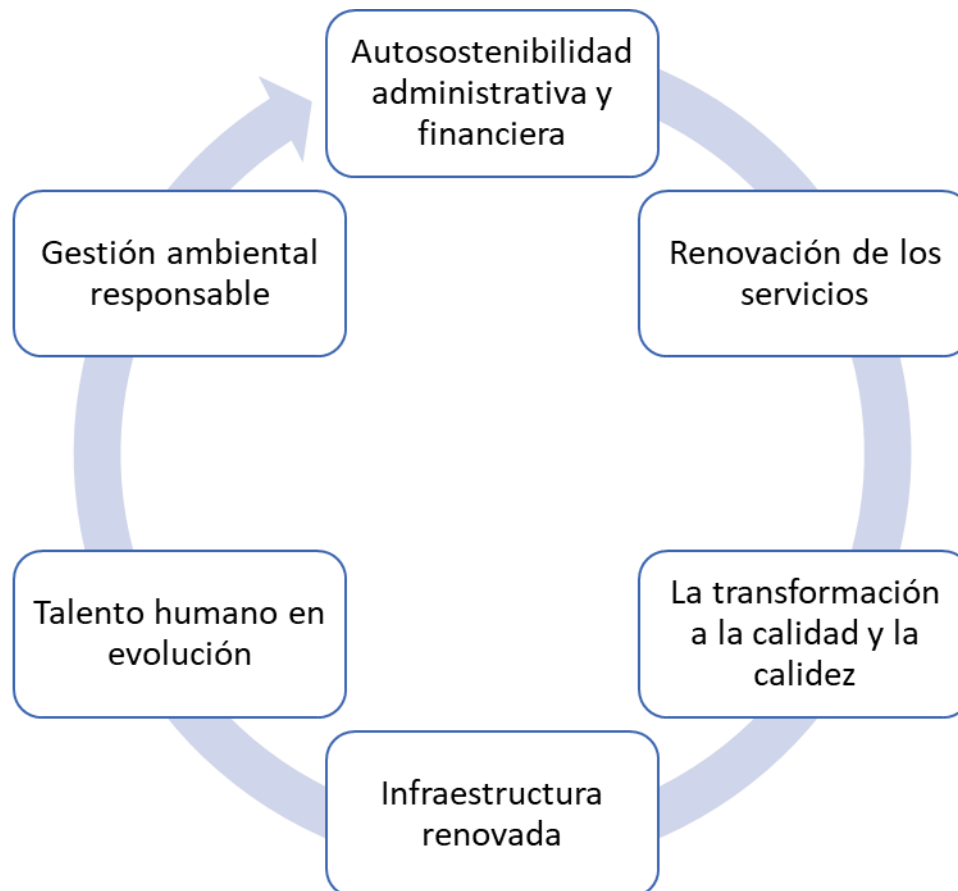


Figura 1. Líneas estratégicas del Plan de Desarrollo Institucional.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nít: 891900441-1	CÓDIGO: DE-PL-FO-01
		VERSIÓN: 01
	INFORME DE GESTIÓN	FECHA: 08/01/2021
		TRD:
		PÁGINA: 2 de 20

Con el fin de dar cumplimiento al Plan de Desarrollo en la vigencia 2022, el área de Planeación realizará un seguimiento trimestral al avance de los indicadores y se elaborarán planes de mejoramiento para aquellos indicadores que tengan desviaciones negativas con respecto a la meta planteada.

2. OBJETIVOS.

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Medir el avance en el cumplimiento del Plan de Desarrollo para el primer trimestre del año 2022.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el desempeño obtenido en el primer trimestre del año 2022, en la ejecución del Plan de desarrollo.
- Plantear oportunidades de mejora existentes, que permitan alcanzar las metas planteadas para cada una de las acciones estratégicas que componen el Plan de Desarrollo.

3. DESARROLLO

Se realizaron entrevistas personales a los diferentes responsables de cada indicador, con el objetivo inicial de socializar la composición de los indicadores bajo su responsabilidad, para posteriormente solicitar la información necesaria para realizar el cálculo de este para el primer trimestre del año 2022.

4. RESULTADOS

En las tablas que se muestran a continuación, se hace referencia a las 6 líneas estratégicas y 6 programas, acompañados de 59 acciones estratégicas. Se muestran los resultados obtenidos para cada uno de los indicadores, una descripción del indicador y cuál es la meta que se planea alcanzar en la vigencia.

PROGRAMA: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO							
LINEA ESTRATEGICA 1	No	ACCIÓN ESTRATÉGICA	EJECUTADO TRIMESTRE I	INDICADORES	META TRIMESTRE I	TIPO DE META	RESULTADO
	1	Ejecutar el 80% de las líneas estratégicas del plan de desarrollo Institucional.	80%	(Número de metas cumplidas en el plan de desarrollo / Número de metas planteadas en el plan de desarrollo) *100	80%	Incremento	CUMPLE
	2	Ejecución superior al 80% del recurso proyectado	33,4%	(Valor del recurso ejecutado / Valor del recurso proyectado)	20%	Mantenimiento	CUMPLE

AUTOSOSTENIBILIDAD ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	3	Garantizar el cumplimiento de los indicadores del plan de gestión	3,89	*100 Calificación obtenida en el plan de gestión gerencial	>3,5	Mantenimiento	CUMPLE
	4	Formular 4 proyectos de inversión para la gestión de recursos	2	Número de proyectos formulados	2	Incremento	CUMPLE
	5	Realizar el seguimiento al 80% de los planes de mejoramiento suscritos por la E.S.E.	40%	(Número de acciones de mejora implementadas / Número de acciones de mejoramiento planteadas por la E.S.E) *100	20%	Mantenimiento	CUMPLE
	6	Mantener al hospital clasificado en riesgo medio	Sin riesgo	Clasificación de riesgo del Hospital durante el periodo	Riesgo Medio	Mantenimiento	CUMPLE
	7	Disminuir la cartera de la Entidad en un 5% durante el periodo	-18%	(1-(Valor cartera año actual/Valor cartera año 2019)) *100	2%	Incremento	NO CUMPLE
	8	Gestionar dentro de los tiempos establecidos el 100% de las glosas	100%	(Número de glosas tramitadas / Total de glosas recibidas) *100	100%	Mantenimiento	CUMPLE

1. Ejecutar el 80% de las líneas estratégicas del plan de desarrollo Institucional: De 59 indicadores se cumple con 47 indicadores. **Fuente: Asesor de planeación.**
2. **Ejecución superior al 80% del recurso proyectado:** En el primer trimestre de 2022 se ejecutó un 33,4% del presupuesto de gastos (\$8.252.328.401,2/\$24.713.415.000). **Fuente: Asesor financiero.**
3. **Garantizar el cumplimiento de los indicadores del plan de gestión:** Según la evaluación de cumplimiento del plan de gestión vigencia 2021, el resultado es 3,89 puntos. **Fuente: Asesor de planeación.**
4. **Formular 4 proyectos de inversión para la gestión de recursos:** En vigencia anteriores se presentaron 2 proyectos. El 17 de marzo de 2021. se radicó ante la secretaria de salud departamental la formulación del proyecto para la gestión de ambulancia para Transporte Asistencial Básico. El 16 de junio de 2021, se radicó ante la secretaria de salud departamental la formulación del proyecto para la gestión de Ambulancia para Transporte Asistencial Medicalizado. La meta para este año es formular un proyecto adicional, el cual se contabilizará en el último trimestre. Actualmente se están formulando 3 proyectos: 2 de infraestructura y 1 referente a modernización de tecnologías de información y comunicación. **Fuente: Asesor de planeación.**

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nit: 891900441-1	CÓDIGO: DE-PL-FO-01
		VERSIÓN: 01
	INFORME DE GESTIÓN	FECHA: 08/01/2021
		TRD:
		PÁGINA: 4 de 20

5. **Realizar el seguimiento al 80% de los planes de mejoramiento suscritos por la E.S.E:** No. acciones implementadas/No. acciones mejoramiento planteadasx100 (2/5)*100=40.0%. **Fuente: Asesor de Control Interno.**
6. **Mantener al hospital clasificado en riesgo medio:** Según la última clasificación de riesgo del Hospital Departamental San Rafael de Zarzal, la entidad se categoriza sin riesgo. **Fuente: Asesor Financiero.**
7. **Disminuir la cartera de la Entidad en un 5% durante el periodo:** La cartera ha aumentado en un 18% en relación con el año 2019. **Fuente: Coordinador de cartera.**
8. **Gestionar dentro de los tiempos establecidos el 100% de las glosas:** Según último informe de gestión de glosas se dio respuesta al 100% de las glosas recibidas. **Fuente: Auditor de glosas.**

PROGRAMA: GESTIÓN DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL							
LÍNEA ESTRATEGICA 2	No	ACCIÓN ESTRATÉGICA	EJECUTADO Trimestre I	INDICADORES	META Trimestre I	TIPO DE META	RESULTADO
no	9	Realizar 2400 visitas domiciliarias a la población durante el periodo	768	Número de visitas domiciliarias realizadas durante el periodo	150	Anual	CUMPLE
	10	Ejecutar 24 sesiones del curso de preparación para la maternidad y paternidad	6	(Número de sesiones realizadas en el curso de preparación para la maternidad y la paternidad / Total de sesiones programadas para la ejecución del curso de preparación para la maternidad y la paternidad) *100	6	Anual	CUMPLE
	11	Implementar la estrategia IEC durante el periodo	1	Estrategia IEC implementada durante el periodo	1	Mantenimiento	CUMPLE
	12	Realizar 192 jornadas de salud durante el periodo	10	Numero de jornadas de salud realizadas	12	Anual	NO CUMPLE
	13	Lograr una proporción mayor o igual al 85% de gestantes captadas antes de la semana	68%	(Número de gestantes inscritas al programa de control prenatal antes de la semana 10 / Total de gestantes inscritas al programa de control prenatal de la ESE en el	>85%	Mantenimiento	NO CUMPLE

			año de evaluación) *100			
14	Mantener en 0 la incidencia de sífilis congénita en partos atendidos	1	Numero de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia	0	Mantenimiento	NO CUMPLE
15	Mantener coberturas útiles de vacunación del 95% en los trazadores en niños menores de 6 años	27%	(Número de niños de un año vacunados con SRP /Total de niños de un año inscritos en programa de vacunación de la ESE.) *100.	>24%	Mantenimiento	CUMPLE
			(Número de niños de un año vacunados con SRP /Total de niños de un año inscritos en programa de vacunación de la ESE.) *100			
			(Número de niños menores de un año vacunados con tercera dosis de pentavalente /Total de niños menores de un año inscritos en programa de vacunación de la ESE.) *100			
16	Mantener por encima del 90% la evaluación de aplicación de guía de manejo específica de atención de enfermedad hipertensiva	93%	(Número de niño recién nacido con vacunas BCG y HB/Total de recién nacido en el Hospital Departamental San Rafael) *100	90%	Mantenimiento	CUMPLE
			(Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por el Hospital Departamental			

				San Rafael en la vigencia objeto de evaluación/ Total de historias clínicas evaluadas que hacen parte de programa de manejo específica de Enfermedad Hipertensiva) *100			
17	Mejorar en un 5% la fluoración de la población	90%	(Número de pacientes atendidos año actual/Total de pacientes año 2019 con incremento del 5%) *100	50%	Incremento	CUMPLE	
18	Mantener por encima del 80% la evaluación de aplicación de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo.	100%	(Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación / Total Historias Clínicas evaluadas que hacen parte del programa de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años) *100	80%	Mantenimiento	CUMPLE	
19	Incrementar la captación de mujeres en un 5% para el programa de cáncer de cuello uterino	29%	(Número de pacientes atendidos año actual/Total de pacientes año 2019 más incremento del 5%) *100	38%	Incremento	NO CUMPLE	
20	Implementar el programa de servicios amigables	0	Programa de servicios amigables operando de forma efectiva	1	Mantenimiento	NO CUMPLE	
21	Implementar el programa en	1	Programa de salud mental	1	Mantenimiento	CUMPLE	

		salud mental durante el periodo		operando de forma efectiva			
	22	Incrementar en un 5% la cobertura del programa de planificación familiar para hombres y mujeres durante el periodo	30%	(Número de pacientes atendidos año actual/Total de pacientes año 2019) *100	38%	Incremento	NO CUMPLE
	23	Garantizar el 100% de condición de egreso curado para los pacientes con diagnóstico de TB	100%	(Número de pacientes con condición de egreso curado con diagnóstico de TB/ Total de pacientes con diagnóstico de TB) *100	100%	Mantenimiento	CUMPLE
	24	Garantizar el 100% de condición de egreso curado para los pacientes con diagnóstico de Hansen.	100%	(Número de pacientes con condición de egreso curado con diagnóstico de Hansen/ Total de pacientes con diagnóstico de Hansen) *101	100%	Mantenimiento	CUMPLE
	25	Realizar 2000 tamizajes de pacientes para riesgo cardiovascular durante el periodo.	7%	Numero de tamizajes de riesgo cardiovascular realizados/Meta tamizajes del periodo	20%	Incremento	NO CUMPLE
	26	Implementar y mantener en el tiempo la política IAMII a nivel institucional.	100%	(Número de pasos realizados para la implementación de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia/ Total de paso establecidos en la política IAMII para su correcta implementación) *100	>80%	Mantenimiento	CUMPLE
	27	Implementar la política AIEPI a nivel institucional	0%	Implementación de la política AIEPI	1	Mantenimiento	NO CUMPLE
	28	Ejecutar el 100% de los subprogramas de promoción y mantenimiento de la salud	100%	(Número de programas de promoción y mantenimiento ejecutados / Número de programas de promoción y mantenimiento	100%	Mantenimiento	CUMPLE

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nít: 891900441-1	CÓDIGO: DE-PL-FO-01
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 08/01/2021
INFORME DE GESTIÓN		TRD:
		PÁGINA: 8 de 20

				ofertados) *100			
	29	Ejecutar el 100% de las acciones que sean contratadas con la entidad del plan de intervenciones colectivas PIC	100%	(Número de acciones ejecutadas del Plan de Intervención Colectiva contratadas con la E.S.E / Número de acciones ejecutadas del Plan de Intervención Colectiva contratadas con la E.S.E) *100	100%	Mantenimiento	CUMPLE

9. **Realizar 2400 visitas domiciliarias a la población durante el periodo:** En el primer trimestre del 2022 se registran 768 por médico y enfermería. **Fuente: RIPS 2020-2021 CUPS: 890101 – 890105.**
10. **Ejecutar 24 sesiones del curso de preparación para la maternidad y paternidad:** En el primer trimestre del año 2022 se reactiva el curso de preparación para la paternidad y la maternidad y se realizaron un total de 6 sesiones. **Fuente: Jefe de enfermería.**
11. **Implementar la estrategia IEC durante el periodo:** En el primer trimestre del año 2022, se han implementado 12 de las 18 estrategias de comunicación y prensa planteadas. **Fuente: Coordinador área de sistemas y comunicaciones.**
12. **Realizar 192 jornadas de salud durante el periodo:** En el primer trimestre del año 2022 se realizaron un total de 10 jornadas de salud. La meta para el trimestre eran 12 jornadas, se espera crear estrategias de mejora que permitan al responsable de esta actividad, ajustar estos números para el siguiente trimestre cumplir con la meta establecida de 24 jornadas. **Fuente: Subdirección científica.**
13. **Lograr una proporción mayor o igual al 85% de gestantes captadas antes de la semana 12:** De 59 gestantes captadas, 40 fueron captadas antes de la semana 12 de gestación. En este momento no se cumple con el indicador, se recomienda con la Jefe de enfermería responsable, crear estrategias de mejora que se vean reflejadas en el siguiente semestre. **Fuente: Jefe de enfermería.**
14. **Mantener en 0 la incidencia de sífilis congénita en partos atendidos:** Para el primer trimestre del año 2022, se presentó un caso de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE. **Fuente: Subdirección científica.**
15. **Mantener coberturas útiles de vacunación del 95% en los trazadores en niños menores de 6 años:** Se cumplió con el 27% de coberturas útiles de vacunación en niños menores de 6 años, se supero la meta que se estableció en 24%. **Fuente: Jefe de enfermería.**
16. **Mantener por encima del 90% la evaluación de aplicación de guía de manejo específica de atención de enfermedad hipertensiva:** El promedio trimestral de la evaluación de aplicación de guía de manejo específica de atención de enfermedad hipertensiva es del 93% para el primer trimestre del año 2022. **Fuente: Informe de auditoría.**

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nít: 891900441-1	CÓDIGO: DE-PL-FO-01
		VERSIÓN: 01
	INFORME DE GESTIÓN	FECHA: 08/01/2021
		TRD:
		PÁGINA: 9 de 20

- 17. Mejorar en un 5% la fluoración de la población:** Se cumplió con un 90% del indicador cuya meta para el primer trimestre de 2022 es del 38% . **Fuente: RIPS 2020 - 2021 - CUPS 997106.**
- 18. Mantener por encima del 80% la evaluación de aplicación de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo:** El primer trimestre del año 2022. Tiene como resultado de la evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo del 100%. **Fuente: Informe de auditoría.**
- 19. Incrementar la captación de mujeres en un 5% para el programa de cáncer de cuello uterino:** Se cumplió con un 29% del indicador cuya meta para el primer trimestre de 2022 es del 38% (579/2028). **Fuente: RIPS 2020 - 2021 CUPS 892901.**
- 20. Implementar el programa de servicios amigables:** Se realiza las actividades sin embargo a la fecha no se ha realizado la documentación para el programa de servicios amigables. **Fuente: Subdirección científica.**
- 21. Implementar el programa en salud mental durante el periodo:** Se desarrolló e implementó el programa de salud mental. **Fuente: Subdirección científica.**
- 22. Incrementar en un 5% la cobertura del programa de planificación familiar para hombres y mujeres durante el periodo:** Se cumplió en un 30% del indicador cuya meta para el primer trimestre de 2022 es del 38% (369/1247). **Fuente: Informe de liquidación sistema de información.**
- 23. Garantizar el 100% de condición de egreso curado para los pacientes con diagnóstico de TB:** En el primer trimestre del año 2022 todos los casos de Tuberculosis que se han presentado han salido curados **Fuente: jefe de enfermería.**
- 24. Garantizar el 100% de condición de egreso curado para los pacientes con diagnóstico de Hansen:** En el primer trimestre del año 2022 no se han presentado casos de Hansen. **Fuente: Jefe de enfermería.**
- 25. Realizar 2000 tamizajes de pacientes para riesgo cardiovascular durante el periodo:** Se cumplió con el 7% del indicador cuya meta para el primer trimestre de 2022 es del 25% (149/2000).
- 26. Implementar y mantener en el tiempo la política IAMII a nivel institucional:** Actualmente, la estrategia IAMII se encuentra operando con eficiencia. **Fuente: Subdirección científica.**
- 27. Implementar la política AIEPI a nivel institucional:** No se ha establecido plan trabajo para la intervención de la estrategia AIEPI. **Fuente: Subdirección científica.**
- 28. Ejecutar el 100% de los subprogramas de promoción y mantenimiento de la salud:** En el 2021 se ejecutaron el 100% de los programas de promoción y mantenimiento de la salud, de acuerdo a los cursos de vida descritos en la Resolución 3280 de 2018: Primera infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Adulthood, Vejez, Atención en salud bucal, Ruta materno perinatal, Detección temprana de cáncer de cuello uterino, Detección temprana de cáncer de mama, Detección temprana de cáncer de próstata Detección temprana de cáncer de colon, Planificación familiar, Ruta cardiovascular. **Fuente: Subdirección científica.**
- 29. Ejecutar el 100% de las acciones que sean contratadas con la entidad del plan de intervenciones colectivas PIC:** A la fecha no se encuentra contratado, se contrata de septiembre en adelante para cada vigencia. **Fuente: Responsable ejecución PIC.**

PROGRAMA: GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO

LÍNEA ESTRATEGICA 3	No	ACCIÓN ESTRATÉGICA	EJECUTADO	INDICADORES	META	TIPO DE META	RESULTADO
LA TRANSFORMACIÓN A LA CALIDAD Y LA CÁLIDEZ	30	Mantener por encima del 90% las acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas cada año	91%	(Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC)*100	90%	Mantenimiento	CUMPLE
	31	Actualizar y mantener en 80% el cumplimiento de las acciones de la Política de Seguridad del Paciente	80%	(Número de acciones ejecutadas de la política de seguridad del paciente / Número de acciones programadas en la política de seguridad del paciente) *100	80%	Mantenimiento	CUMPLE
	32	Ejecutar en un 90% el programa de humanización de servicios de salud	40%	(Número de actividades ejecutadas en el programa de humanización / Número de actividades planeadas en el programa de humanización) *100	23%	Anual	CUMPLE
	33	Mantener la oportunidad de asignación en citas de medicina general en 3 días o menos.	0,84	(Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de la evaluación/Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación) *100	<3	Mantenimiento	CUMPLE
	34	Mantener por debajo de 3% la proporción de reingreso de	1.6%	(Número de pacientes que regresaron al servicio de	<3%	Mantenimiento	CUMPLE

INFORME DE GESTIÓN

		pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas		urgencias en menos de 72 hora, en el mes/ Número de pacientes que ingresaron al servicio de urgencias en el mes) *100			
35		Desarrollar un documento de evaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la ESE.	1	Numero de documentos de evaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la ESE.	1	Incremento	CUMPLE
36		Porcentaje de avance del MIPG durante el periodo	63,3%	Calificación FURAG en la implementación del MIPG	50%	Incremento	CUMPLE
37		Formular el plan de riesgos institucional	1	Plan de riesgos formulado	1	Mantenimiento	CUMPLE
38		Subsanar el 80% de los hallazgos derivados de las auditorías internas	Sin medición	(Número de actividades ejecutadas para subsanar los hallazgos de las auditorías internas /	80%	Mantenimiento	NO CUMPLE

			Número de actividades formuladas en los planes de mejoramiento) *100			
39	Implementar el Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC)	30%	(Número de actividades ejecutadas el plan anticorrupción y atención al ciudadano (PAAC) / Número de actividades programadas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano (PAAC)) *100	25%	Mantenimiento	CUMPLE
40	Actualizar el portafolio de servicios institucional	1	Número de actualizaciones del portafolio de servicios en el año	1	Mantenimiento	CUMPLE
41	Mantener operativo el comité conciliación	3	Actas de comité de conciliación elaboradas	3	Incremento	CUMPLE
42	Realizar un informe anual de rendición de cuentas a la comunidad de acuerdo a los lineamientos del MIPG	1	Número de rendiciones de cuentas ejecutadas en el periodo	1	Mantenimiento	CUMPLE

- 30. Mantener por encima del 90% las acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas cada año:** Actualmente se encuentra en construcción la matriz de consolidado de acciones de mejora pendientes derivadas de hallazgos de auditorías internas y externas. %. **Fuente: Asesor de calidad.**
- 31. Actualizar y mantener en 80% el cumplimiento de las acciones de la Política de Seguridad del Paciente:** Se presentaron 15 acciones de mejoramiento de los cuales se cumplieron 13 dando un resultado de 80% de cumplimiento: **Fuente: Asesor de calidad.**
- 32. Ejecutar en un 90% el programa de humanización de servicios de salud:** En el primer trimestre del año 2022, se cumplir con un 40% en la ejecución, frente a la meta establecida que era del 23%. **Fuente: Jefe de Talento Humano.**
- 33. Mantener la oportunidad de asignación en citas de medicina general en 3 días o menos:** Según el indicador de oportunidad de asignación de citas de medicina general en el primer trimestre de 2022, el tiempo de asignación es de 0,84 días por cita. (3204/3803). **Fuente: Información reportada decreto 2193, resolución 1552.**
- 34. Mantener por debajo de 3% la proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas:** Según el indicador cerca el 1,6% de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias reingresan al servicio en menos de 72 horas. Cumple con la meta que tiene como objetivo mantenerse por debajo del 3% **Fuente: Información reportada decreto 2193.**

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nit: 891900441-1	CÓDIGO: DE-PL-FO-01
		VERSIÓN: 01
	INFORME DE GESTIÓN	FECHA: 08/01/2021
		TRD:
		PÁGINA: 13 de 20

- 35. Desarrollar un documento de evaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la ESE:** Sera entregado al finalizar la vigencia 2022. **Fuente: Asesor de calidad**
- 36. Porcentaje de avance del MIPG durante el periodo:** El resultado obtenido en el FURAG en la vigencia 2021, fue de 63,3%. **Fuente: Asesor de planeación.**
- 37. Formular el plan de riesgos institucional:** Se está realizando la caracterización de procesos para la identificación y creación de la matriz de riesgos. **Fuente: Asesor de planeación.**
- 38. Subsanan el 80% de los hallazgos derivados de las auditorías internas:** Se realizaron 3 Auditorías Internas durante el último trimestre de la vigencia 2021, a Laboratorio Clínico, Cartera y al sistema de Seguridad y salud en el trabajo. El seguimiento se realizará a partir del segundo trimestre del 2022. **Fuente: Jefe de Control Interno.**
- 39. Implementar el Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC):** El asesor de control interno se encuentra realizando el seguimiento pertinente al primer trimestre del año 2022. **Fuente: Asesor de Control Interno.**
- 40. Actualizar el portafolio de servicios institucional:** En el 2021 se actualizó el portafolio de servicios institucional, se realizar otra actualización en el transcurso de esta vigencia. **Fuente: Asesor de planeación.**
- 41. Mantener operativo el comité conciliación:** En el primer trimestre del año 2022, se llevaron a cabo 3 reuniones del comité de conciliación soportados por sus respectivas actas. **Fuente: Comité de conciliación.**
- 42. Realizar un informe anual de rendición de cuentas a la comunidad de acuerdo con los lineamientos del MIPG:** En el año 2022 se realizó el informe de rendición de cuentas vigencia 2021. **Fuente: Asesor de planeación.**

PROGRAMA: AMBIENTE FÍSICO							
LINEA ESTRATEGICA 4	No	ACCIÓN ESTRATÉGICA	EJECUTADO	INDICADORES	META	TIPO META	DE RESULTADO
INFRAESTRUCTURA RENOVADA	43	Garantizar el Mantenimiento al 30% de los bienes de uso Hospitalario	29%	(Número de bienes muebles de uso hospitalario a los que se les ha realizado mantenimiento en el periodo / Número de bienes muebles de uso hospitalario que pertenecen a la E.S.E) *100	3%	Incremento	CUMPLE
	44	Garantizar el Mantenimiento al 90% de los equipos biomédicos y de apoyo diagnóstico	100%	(Equipos biomédicos y de apoyo diagnóstico en buen estado con mantenimiento / Total de Equipos)	90%	Trimestral	CUMPLE
	45	Adquirir 85 equipos y tecnología médica hospitalaria para la dotación de los servicios que presta la E.S.E.	15	Numero de equipos y tecnología médica hospitalaria para la dotación de los servicios que presta la E.S.E. Adquiridos	5	Incremento	CUMPLE

46	Adquisición de 20 equipos de cómputo en el periodo	21	Numero de equipos de cómputo Adquiridos	5	Incremento	CUMPLE
47	Adquisición de 40 mobiliarios para la dotación del área administrativa	17	Mobiliario adquirido	5	Incremento	CUMPLE
48	Dar cumplimiento al 100% al plan estratégico de tecnologías de la Información aprobado	44%	(Número de actividades ejecutadas en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información/ Total de actividades planteadas en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información)	40%	Incremento	CUMPLE
49	Garantizar la prestación del servicio de vigilancia en las instalaciones mediante contratación externa.	1	Contrato de vigilancia	1	Mantenimiento	CUMPLE

- 43. Garantizar el Mantenimiento al 30% de los bienes de uso Hospitalario:** Según informe de la subgerencia administrativa, En el primer trimestre de 2022 se realizó mantenimiento al 29% de los bienes de uso hospitalario, frente a la meta establecida del 10%. **Fuente: Subgerencia administrativa.**
- 44. Garantizar el Mantenimiento al 90% de los equipos biomédicos y de apoyo diagnóstico:** Según informe de mantenimiento de equipos biomédicos se realizó mantenimiento al 100% de los equipos programados para el primer trimestre del año 2022. **Fuente: Profesional Biomédico.**
- 45. Adquirir 85 equipos y tecnología médica hospitalaria para la dotación de los servicios que presta la E.S.E.:** Al primer trimestre de 2022 se han adquirido 15 equipos y tecnología médica cuya meta para el trimestre es de 10 adquisiciones. **Fuente: Informe de entradas de almacén.**
- 46. Adquisición de 20 equipos de cómputo en el periodo:** Al primer trimestre del año 2022, se adquirieron un total de 21 equipos de cómputo para una meta de 5. **Fuente: Informe de entradas de almacén.**
- 47. Adquisición de 40 mobiliarios para la dotación del área administrativa:** Hasta el primer trimestre del año 2022, se adquirieron un total de 17 mobiliarios para el área administrativa para una meta de 5. **Fuente: Informe de entradas de almacén.**
- 48. Dar cumplimiento al 100% al plan estratégico de tecnologías de la Información aprobado:** Actualmente se han ejecutado 4 de las 9 actividades programadas en el Plan para el año 2022. **Fuente: Jefe del área de sistemas de información.**
- 49. Garantizar la prestación del servicio de vigilancia en las instalaciones mediante contratación externa:** Contrato primer trimestre 2022 04-2022 al 31 de marzo **Fuente: Jefe de área de contratación.**

PROGRAMA: GERENCIA DEL TALENTO HUMANO

LÍNEA ESTRATÉGICA 5	No	ACCIÓN ESTRATÉGICA	EJECUTADO	INDICADORES	META	TIPO DE META	RESULTADO
TALENTO HUMANO EN EVOLUCIÓN	50	Desarrollar el 100% del plan de bienestar social e incentivos del Hospital Departamental San Rafael	90%	(Número de actividades ejecutadas del Plan de Bienestar Social e Incentivos del Hospital Departamental San Rafael / Total de actividades programadas en Plan de Bienestar Social e Incentivos del Hospital Departamental San Rafael) *100	90%	Mantenimiento	CUMPLE
	51	Desarrollar el 100% del plan de capacitación del Hospital Departamental San Rafael	90%	(Número de actividades ejecutadas del Plan De Capacitación del Hospital Departamental San Rafael / Total de actividades programadas en el Plan De Capacitación del Hospital Departamental San Rafael) *100	90%	Mantenimiento	CUMPLE
	52	Evaluación del 100% del talento humano del Hospital Departamental San Rafael	100%	(Número de empleados evaluados en el Hospital Departamental San Rafael / Total de empleados a los que se les debe aplicar la evaluación del Talento Humano del Hospital Departamental San Rafael) *100	100%	Mantenimiento	CUMPLE
	53	Responder las quejas de los usuarios dentro de los 15 días calendario	11	(Sumatoria del tiempo de los días transcurridos entre la recepción de la queja y la respuesta de la queja / Total de quejas recepcionadas) *100	15 días	Mantenimiento	CUMPLE
	54	Cumplimiento del 86% de los estándares en seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la resolución 0312 de 2019	81%	(Número de estándares del Sistema Seguridad Y Salud En El Trabajo satisfechos / Número de estándares en seguridad y salud en el trabajo establecidos en la resolución 0312 de 2019) *100	80%	Incremento	CUMPLE
	55	Dotar una brigada para reacción en emergencias	30%	Número de dotaciones brindadas a la brigada de emergencias	100%	Mantenimiento	NO CUMPLE
	56	Ejecutar el 90% de capacitaciones para la brigada de emergencias y desastres	100%	Numero de brigadistas capacitados	90%	Mantenimiento	CUMPLE

50.Desarrollar el 100% del plan de bienestar social e incentivos del Hospital Departamental San Rafael Primer trimestre: Se han realizado actividades establecidas como el día del hombre, día de la mujer, cumpleaños de los colaboradores del primer trimestre del año. **Fuente: Jefe de Talento Humano.**

51.Desarrollar el 100% del plan de capacitación del Hospital Departamental San Rafael: Primer trimestre: Inducción, humanización, socialización de rutas de acoso, violencia de genero. **Fuente: Jefe de Talento Humano.**

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nít: 891900441-1	CÓDIGO: DE-PL-FO-01
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 08/01/2021
	INFORME DE GESTIÓN	TRD:
		PÁGINA: 16 de 20

52. Evaluación del 100% del talento humano del Hospital Departamental San Rafael:

En el mes de Febrero se realizaron las evaluaciones al 100% (14) de los colaboradores programados. **Fuente: Jefe de Talento Humano.**

53. Responder las quejas de los usuarios dentro de los 15 días calendario:

Se obtuvieron un total de 15 quejas en el primer trimestre, que se distribuyen por mes así: Enero (7), Febrero (3), Marzo (5). Se obtuvo un promedio de tiempo de respuesta de 11 días, cumpliendo así con la meta establecida, sin embargo, se espera de ser posible seguir disminuyendo en el resultado de este indicador para los siguientes trimestres del año 2022. **Fuente: Coordinadora oficina SIAU.**

54. Cumplimiento del 86% de los estándares en seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la resolución 0312 de 2019: Esta evaluación se realiza a 31 de diciembre de cada vigencia, se le reporta al ministerio del trabajo y la ARL (colmena) En julio se le envía a la ARL el plan de mejoramiento.. **Fuente: Jefe de oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo.**

55. Dotar una brigada para reacción en emergencias: La dotación de los brigadistas se encuentra dentro del presupuesto anual, sin embargo, a la fecha no ha sido ejecutado. **Fuente: Jefe de oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo.**

56. Ejecutar el 90% de capacitaciones para la brigada de emergencias y desastres:

En la vigencia 2022, se ha realizado una capacitación a los brigadistas de la institución. Para la vigencia 2022, se realizó convocatoria para la brigada, y en el mes de abril de realizo una capacitación. Se cuenta con cronograma de capacitaciones anual actualizado.

PROGRAMA: AMBIENTE FÍSICO							
LINEA ESTRATEGICA 6	No	ACCIÓN ESTRATÉGICA	EJECUTADO	INDICADORES	META	TIPO DE META	RESULTADO
GESTION AMBIENTAL RESPONSABLE	57	Cumplir el Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención de Salud y Otras Actividades	100%	(Número de actividades realizadas del Plan de Gestión Ambiental / Numero de actividades programadas en el Plan de Gestión Ambiental) *100	100%	Mantenimiento	CUMPLE
	58	Implementar programa para uso eficiente y racional del agua y energía	0	(Número de actividades ejecutadas del programa de uso eficiente y racional del agua y energía / Número de actividades estipuladas en el programa para uso eficiente y racional del agua y energía) *100	1	Mantenimiento	NO CUMPLE
	59	Garantizar la prestación del servicio para la recolección y disposición de residuos hospitalarios	1	Contrato de empresa externa recolectora de residuos	1	Mantenimiento	CUMPLE

57. Cumplir el Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención de Salud y Otras Actividades: En el primer trimestre de 2022, se han ejecutado diferentes actividades de recolección, disposición de residuos, capacitaciones y

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nít: 891900441-1	CÓDIGO: DE-PL-FO-01
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 08/01/2021
	INFORME DE GESTIÓN	TRD:
		PÁGINA: 17 de 20

dotación de recipientes para clasificación de residuos, informes de los indicadores.
Fuente: Jefe de Gestión Ambiental.

GRUPO DE INDICADORES	INDICADORES PROGRAMADOS	INDICADORES CUMPLIDOS	% CUMPLIMIENTO
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	8	7	87%
RENOVACION DE LOS SERVICIOS	21	13	62%
LA TRANSFORMACIÓN A LA CALIDAD Y LA CÁLIDEZ	13	12	92%
INFRAESTRUCTURA RENOVADA	7	7	100%
TALENTO HUMANO EN EVOLUCIÓN	7	6	85%
GESTION AMBIENTAL RESPONSABLE	3	2	66%
TOTAL	59	47	80%

58.Implementar programa para uso eficiente y racional del agua y energía: No se cuenta con el programa para uso eficiente y racional del agua y energía. **Fuente: Jefe de Gestión Ambiental.**

59.Garantizar la prestación del servicio para la recolección y disposición de residuos hospitalarios: Contrato 26-2022, por 21 millones hasta agotar presupuesto **Fuente: Jefe de Gestión Ambiental.**

5. CONSOLIDADO DE RESULTADOS

En la tabla anterior, se presentan los resultados finales obtenidos para cada grupo de indicadores o líneas estratégicas que componen el plan de desarrollo. Se puede identificar que las líneas estratégicas que presentan un menor porcentaje de cumplimiento son las de Gestión ambiental responsable (66) y Renovación de los servicios (62%). Esto no es da una visión mas clara sobre cuales son aquellos componentes ante los cuales es importantes orientar esfuerzos y crear estrategias de mejora, pues en relación con las metas establecidas para la vigencia, no se están obteniendo los resultados esperados.

Así mismo, podemos observar que la línea estratégica de Infraestructura renovada para el primer trimestre del año 2022, presenta un cumplimiento total en cada uno de los indicadores que lo componen.

Por último, las líneas estratégicas de Autosostenibilidad financiera, Talento humano en evolución y La transformación de la calidad a la calidez, aunque no se encuentran cumpliendo en la totalidad de los indicadores, tienen un porcentaje de cumplimiento promedio mayor al 80%. A pesar de esto, es fundamental identificar en estos grupos de indicadores, cuales son aquellos que no están permitiendo llegar al 100% e implementar las acciones pertinentes para comenzar a ver reflejados mejores resultados en los seguimientos posteriores que se realizar a lo largo del año.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nít: 891900441-1	CÓDIGO: DE-PL-FO-01
		VERSIÓN: 01
	INFORME DE GESTIÓN	FECHA: 08/01/2021
		TRD:
		PÁGINA: 18 de 20

6. CONSOLIDADO DE INDICADORES QUE NO CUMPLEN CON LA META ESTABLECIDA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2022

No	ACCIÓN ESTRATÉGICA	EJECUTADO TRIMESTRE I	INDICADORES	META TRIMESTRE I	RESPONSABLE	RESULTADO
8	Disminuir la cartera de la Entidad en un 5% durante el periodo	-18%	(1-(Valor cartera año actual/Valor cartera año 2019)) *100	2%	Área Financiera	NO CUMPLE
13	Realizar 192 jornadas de salud durante el periodo	10	Numero de jornadas de salud realizadas	12	Subdirección Científica	NO CUMPLE
14	Lograr una proporción mayor o igual al 85% de gestantes captadas antes de la semana	68%	(Número de gestantes inscritas al programa de control prenatal antes de la semana 10 / Total de gestantes inscritas al programa de control prenatal de la ESE en el año de evaluación) *100	>85%	Jefe de Enfermería (Noreli)	NO CUMPLE
15	Mantener en 0 la incidencia de sífilis congénita en partos atendidos	1	Numero de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia	0	Subdirección Científica	NO CUMPLE
20	Incrementar la captación de mujeres en un 5% para el programa de cáncer de cuello uterino	29%	(Número de pacientes atendidos año actual/Total de pacientes año 2019 más incremento del 5%) *100	38%	Jefe de Enfermería (Liliana)	NO CUMPLE
21	Implementar el programa de servicios amigables	0	Programa de servicios amigables operando de forma efectiva	1	Subdirección Científica	NO CUMPLE
23	Incrementar en un 5% la cobertura del programa de planificación familiar para hombres y mujeres durante el periodo	30%	(Número de pacientes atendidos año actual/Total de pacientes año 2019) *100	38%	Jefe de Enfermería (Luz Karime)	NO CUMPLE
26	Realizar 2000 tamizajes de pacientes para riesgo cardiovascular durante el periodo.	7%	Numero de tamizajes de riesgo cardiovascular realizados/Meta tamizajes del periodo	20%	Jefe de Enfermería (Mayra)	NO CUMPLE
28	Implementar la política AIEPI a nivel institucional	0%	Implementación de la política AIEPI	1	Jefe de Enfermería (Luz Erenia)	NO CUMPLE
39	Subsanar el 80% de los hallazgos derivados de las auditorías internas	Sin medición	(Número de actividades ejecutadas para subsanar los hallazgos de las auditorías internas / Número de actividades formuladas en los	80%	Control Interno	NO CUMPLE

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nít: 891900441-1	CÓDIGO: DE-PL-FO-01
		VERSIÓN: 01
	INFORME DE GESTIÓN	FECHA: 08/01/2021
		TRD:
		PÁGINA: 19 de 20

			planes de mejoramiento) *100			
56	Dotar una brigada para reacción en emergencias	30%	Número de dotaciones brindadas a la brigada de emergencias	100%	Seguridad y Salud en el Trabajo	NO CUMPLE
59	Implementar programa para uso eficiente y racional del agua y energía	0	(Número de actividades ejecutadas del programa de uso eficiente y racional del agua y energía / Número de actividades estipuladas en el programa para uso eficiente y racional del agua y energía) *100	1	Subdirección Administrativa	NO CUMPLE

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El ejercicio de seguimiento al Plan de desarrollo permitió identificar, cuáles son los indicadores que necesitan implementar estrategias de mejora si quieren alcanzar los objetivos planteados por la institución al finalizar el año.

En el consolidado de indicadores que no cumplen con la meta establecida para el primer trimestre del año 2022, se muestra cada uno de estos, acompañado de los resultados obtenidos en este primer seguimiento del año, la meta establecida y finalmente, cual es el responsable directo de llevar a cabo los procesos y actividades que permiten alcanzar los objetivos planteados por este indicador. Es importante, reunirse con cada uno de los responsables de estos indicadores para definir junto a ellos estrategias de mejora sólidas, que se vean reflejadas en los resultados para el seguimiento al plan de desarrollo que se realizara al segundo trimestre del año.

Con los indicadores que se encuentran con un rendimiento óptimo, se debe establecer una estrategia de acción en la que se garantice que el funcionamiento seguirá operando a través de lo establecido hasta ahora, en caso de que algún responsable de estos indicadores tenga propuestas de mejora que permitan mejorar aun mas el rendimiento obtenido, se analizará como corresponde, se tendrá en cuenta y se establecerá para los siguientes trimestres, para así evaluar el rendimiento de la propuesta.

En el mes de Julio se dará inicio al seguimiento del segundo trimestre del año 2022. Se espera que el resultado obtenido de 45 indicadores cumpliendo, sobre los 60 planteados (75%), incremente y permita a la institución mejorar considerablemente en el funcionamiento y alcance de los objetivos planteados para la vigencia.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nit: 891900441-1	CÓDIGO: DE-PL-FO-01
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 08/01/2021
	INFORME DE GESTIÓN	TRD:
		PÁGINA: 20 de 20

PAULO CESAR CASTILLO FERREIRA
Profesional Apoyo de Planeación

ÁLVARO HERNAN LIBREROS
Coordinador de Planeación