

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

**18 de agosto de 2022, Zarzal Valle del Cauca**

## **INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN ANUAL TRIMESTRE II**

### **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.

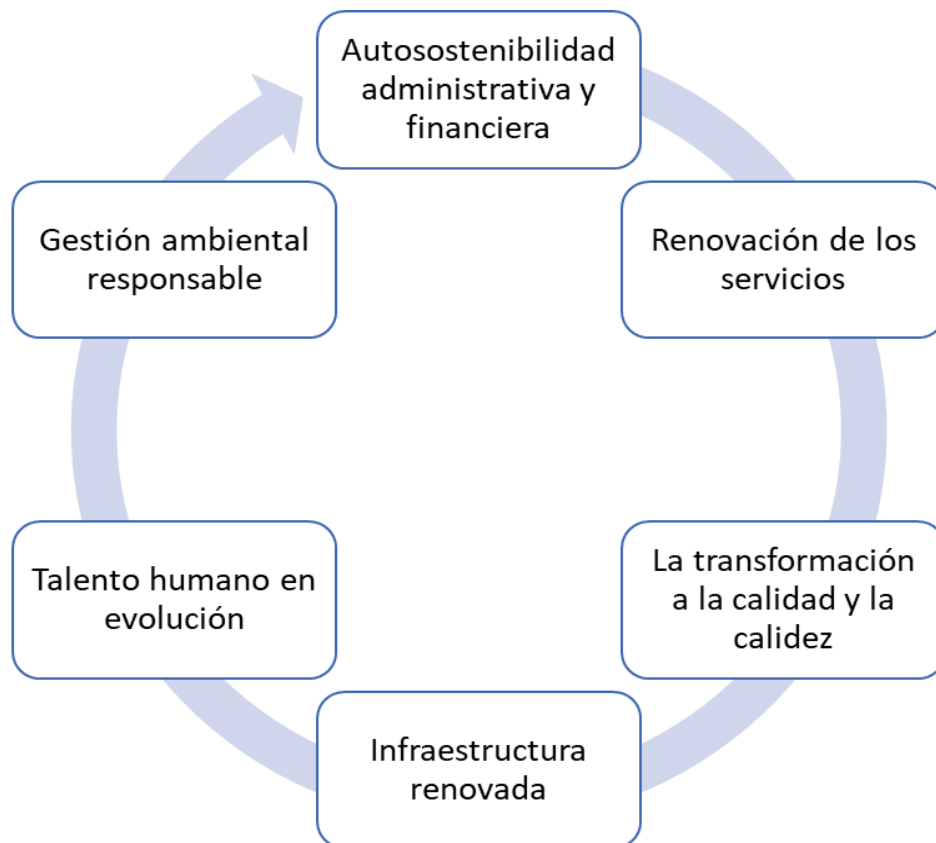


Figura 1. Líneas estratégicas del Plan de Desarrollo Institucional.

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.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nít: 891900441-1</b>	<b>CÓDIGO: DE-PL-FO-01</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>
	<b>INFORME DE GESTIÓN</b>	<b>FECHA: 08/01/2021</b>
		<b>TRD:</b>
		<b>PÁGINA: 2 de 19</b>

## 2. OBJETIVOS.

### 2.1. OBJETIVO GENERAL

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

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el desempeño obtenido en el segundo 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 segundo 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							
LÍNEA ESTRATÉGICA 1	No	ACCIÓN ESTRATÉGICA	EJECUTADO TRIMESTRE 2	INDICADORES	META TRIMESTRE II	TIPO DE META	RESULTADO
	1	Ejecutar el 80% de las líneas estratégicas del plan de desarrollo de Institucional.	80%	(Número de metas cumplidas en el plan de desarrollo / Número de metas planteadas en el plan de desarrollo)	80%	Incremento	CUMPLE
	2	Ejecución superior al 80% del recurso proyectado	57,4%	(Valor del recurso ejecutado / Valor del recurso proyectado) *100	40%	Mantenimiento	CUMPLE
	3	Garantizar el cumplimiento de los indicadores del plan de gestión	3,89	Calificación obtenida en el plan de gestión gerencial	>3,5	Mantenimiento	CUMPLE

<b>AUTOSOSTENIBILIDAD ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</b>	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.	50%	(Número de acciones de mejora implementadas / Número de acciones de mejoramiento planteadas por la E.S.E) *100	40%	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	-24,7%	(1-(Valor cartera año actual/Valor cartera año 2019)) *100	1,5%	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 segundo trimestre de 2022 se ejecutó un 57,4% del presupuesto de gastos (\$14.195.794.287,58/\$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.**
5. **Realizar el seguimiento al 80% de los planes de mejoramiento suscritos por la E.S.E:** No. acciones implementadas/No. acciones mejoramiento planteadasx100 (3/5) \*100=60.0%. **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 24,7% 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**

<b>LÍNEA ESTRATÉGICA 2</b>	<b>No</b>	<b>ACCIÓN ESTRATÉGICA</b>	<b>EJECUTADO Trimestre II</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>META Trimestre II</b>	<b>TIPO DE META</b>	<b>RESULTADO</b>
no	9	Realizar 2400 visitas domiciliarias a la población durante el periodo	594	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	28	Numero de jornadas de salud realizadas	24	Anual	CUMPLE
	13	Lograr una proporción mayor o igual al 85% de gestantes captadas antes de la semana	79%	(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%	Mantenimiento	NO CUMPLE
	14	Mantener en 0 la incidencia de sífilis congénita en partos atendidos	0	Nro de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la	0	Mantenimiento	NO CUMPLE

				vigencia			
	15	Mantener coberturas útiles de vacunación del 95% en los trazadores en niños menores de 6 años	75%	<p>(Número de niños de un año vacunados con SRP /Total de niños de un año inscritos en programa de vacunación de la ESE.) *100.</p> <p>(Número de niños de un año vacunados con SRP /Total de niños de un año inscritos en programa de vacunación de la ESE.) *100</p> <p>(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</p> <p>(Número de niño recién nacido con vacunas BCG y HB/Total de recién nacido en el Hospital Departamental San Rafael) *100</p>	>48%	Mantenimiento	CUMPLE
	16	Mantener por encima del 90% la evaluación de aplicación de guía de manejo específica de atención de enfermedad hipertensiva	91%	(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)	90%	Mantenimiento	CUMPLE

	17	Mejorar en un 5% la fluoración de la población	50%	(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.	93%	(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	51%	(Número de pacientes atendidos año actual/Total de pacientes año 2019 más incremento del 5%) *100	50%	Incremento	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 salud mental durante el periodo	1	Programa de salud mental operando de forma efectiva	1	Mantenimiento	CUMPLE
	22	Incrementar en un 5% la cobertura del programa de planificación familiar para hombres y mujeres durante el periodo	51%	(Número de pacientes atendidos año actual/Total de pacientes año 2019) *100	50%	Incremento	CUMPLE
	23	Garantizar el 100% de	100%	(Número de pacientes con	100%	Mantenimiento	CUMPLE

	condición de egreso curado para los pacientes con diagnóstico de TB		condición de egreso curado con diagnóstico de TB/ Total de pacientes con diagnóstico de TB) *100			
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.	72%	Nro de tamizajes de riesgo cardiovascular realizados/Meta tamizajes del periodo	50%	Incremento	CUMPLE
26	Implementar y mantener en el tiempo la política IAMII a nivel institucional.	100%	(Nro 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%	(Nro de programas de promoción y mantenimiento ejecutados / Nro de programas de promoción y mantenimiento ofertados) *100	100%	Mantenimiento	CUMPLE
29	Ejecutar el 100% de las acciones que sean contratadas con la entidad del plan de intervenciones colectivas PIC	100%	(Nro. acciones ejecutadas del Plan de Intervención Colectiva contratadas con la E.S.E./Nro. acciones ejecutadas del Plan de Intervención Colectiva contratadas con la E.S.E) *100	100%	Mantenimiento	CUMPLE

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nít: 891900441-1</b>	<b>CÓDIGO: DE-PL-FO-01</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>
		<b>FECHA: 08/01/2021</b>
	<b>INFORME DE GESTIÓN</b>	<b>TRD:</b>
		<b>PÁGINA: 8 de 19</b>

9. **Realizar 2400 visitas domiciliarias a la población durante el periodo:** En el segundo trimestre del 2022 se registran 594 (abril 204, mayo 183, junio 204) 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 segundo 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 segundo trimestre del año 2022, se han implementado 13 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 segundo trimestre del año 2022 se realizaron un total de 28 jornadas de salud. La meta para el trimestre eran 24 jornadas, se mejoró con respecto al desempeño identificado en el seguimiento del semestre anterior. **Fuente: Subdirección científica.**
13. **Lograr una proporción mayor o igual al 85% de gestantes captadas antes de la semana 12:** De 61 gestantes captadas, 48 fueron captadas antes de la semana 12 de gestación, cumpliendo de esta manera con el 79%, el cual no llega a la meta establecida del 85%. 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 segundo trimestre del año 2022, no se presentaron casos 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 75% de coberturas útiles de vacunación en niños menores de 6 años, se superó la meta que se estableció en 48%. **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 91% para el segundo trimestre del año 2022. **Fuente: Informe de auditoría.**
17. **Mejorar en un 5% la fluoración de la población:** En los meses de abril, mayo y junio, se atendieron 983 pacientes de fluoración, Se cumplió con un 50% del indicador cuya meta para el segundo trimestre de 2022 es del 50%. **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 segundo trimestre del año 2022. Tiene como resultado de la evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo del 93%. **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 51% del indicador cuya meta para el segundo trimestre de 2022 es del 50% ((579+461) /2028). **Fuente: RIPS 2020 - 2021 CUPS 892901.**



	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nít: 891900441-1</b>	<b>CÓDIGO: DE-PL-FO-01</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>
		<b>FECHA: 08/01/2021</b>
	<b>INFORME DE GESTIÓN</b>	<b>TRD:</b>
		<b>PÁGINA: 9 de 19</b>

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 51% del indicador cuya meta para el segundo trimestre de 2022 es del 50%. **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 segundo 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 segundo 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 72% del indicador cuya meta para el segundo trimestre de 2022 es del 50% ((149+213) /2000).
26. **Implementar y mantener en el tiempo la política IAMII a nivel institucional:** Actualmente, la estrategia IAMII se encuentra operando con eficiencia. Se implementan continuamente los 10 pasos que contiene la estrategia, la responsable cuenta con la documentación y la evidencia correspondiente. **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							
LINEA ESTRATEGICA 3	No	ACCIÓN ESTRATÉGICA	EJECUTADO	INDICADORES	META	TIPO DE META	RESULTADO
	30	Mantener por encima del 90% las acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas cada año	45%	(Nro. de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Nro. de acciones de mejoramiento programadas para	40%	Mantenimiento	CUMPLE

**INFORME DE GESTIÓN**

<b>LA TRANSFORMACIÓN A LA CALIDAD Y LA CÁLIDEZ</b>				la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC)*100			
	31	Actualizar y mantener en 80% el cumplimiento de las acciones de la Política de Seguridad del Paciente	60%	(Número de acciones ejecutadas de la política de seguridad del paciente / Número de acciones programadas en la política de seguridad del paciente) *100	40%	Mantenimiento	CUMPLE
	32	Ejecutar en un 90% el programa de humanización de servicios de salud	65%	(Número de actividades ejecutadas en el programa de humanización / Número de actividades planeadas en el programa de humanización) *100	40%	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 pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas	1.6%	(Número de pacientes que regresaron al servicio de urgencias en menos de 72 hora, en el mes/ Número de pacientes que ingresaron al servicio de urgencias en el mes) *100	<3%	Mantenimiento	CUMPLE

**INFORME DE GESTIÓN**

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	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 / Número de actividades formuladas en los planes de mejoramiento) *100	80%	Mantenimiento	CUMPLE
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	6	Actas de comité de conciliación elaboradas	6	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.**

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nít: 891900441-1</b>	<b>CÓDIGO: DE-PL-FO-01</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>
		<b>FECHA: 08/01/2021</b>
	<b>INFORME DE GESTIÓN</b>	<b>TRD:</b>
		<b>PÁGINA: 12 de 19</b>

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 segundo trimestre del año 2022, se cumplir con un 65% en la ejecución, frente a la meta establecida que era del 50%. **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 segundo trimestre de 2022, el tiempo de asignación es de 1,2 días por cita. (5606/4575). **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 1,21% 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.**
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. **Subsanar 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 tercer 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 semestre del año 2022. **Fuente: Asesor de Control Interno.**
40. **Actualizar el portafolio de servicios institucional:** En el 2022 se actualizó el portafolio de servicios institucional. **Fuente: Asesor de planeación.**
41. **Mantener operativo el comité conciliación:** En el segundo trimestre del año 2022, se llevaron a cabo 6 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 DE META	RESULTADO
	43	Garantizar el Mantenimiento al	20%	(Número de bienes muebles de uso	7%	Incremento	CUMPLE

INFRAESTRUCTURA RENOVADA		30% de los bienes de uso Hospitalario		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			
	44	Garantizar el Mantenimiento al 90% de los equipos biomédicos y de apoyo diagnóstico	93%	(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	Número de equipos y tecnología médica hospitalaria para la dotación de los servicios que presta la E.S.E. Adquiridos	10	Incremento	CUMPLE
	46	Adquisición de 20 equipos de cómputo en el periodo	36	Número de equipos de cómputo Adquiridos	10	Incremento	CUMPLE
	47	Adquisición de 40 mobiliarios para la dotación del área administrativa	37	Mobiliario adquirido	20	Incremento	CUMPLE
	48	Dar cumplimiento al 100% al plan estratégico de tecnologías de la Información aprobado	55%	(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)	50%	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 segundo trimestre de 2022 se realizó mantenimiento al 20% de los bienes de uso hospitalario, frente a la meta establecida del 8%. **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 93% (174/186) de los equipos programados para el segundo 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 segundo 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 segundo trimestre del año 2022, se adquirieron un total de 36 equipos de cómputo para una meta de 10. **Fuente: Informe de entradas de almacén.**

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nít: 891900441-1</b>	<b>CÓDIGO: DE-PL-FO-01</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>
	<b>INFORME DE GESTIÓN</b>	<b>FECHA: 08/01/2021</b>
		<b>TRD:</b>
		<b>PÁGINA: 14 de 19</b>

- 47. Adquisición de 40 mobiliarios para la dotación del área administrativa:** Hasta el segundo trimestre del año 2022, se adquirieron un total de 37 mobiliarios para el área administrativa para una meta de 20. **Fuente: Informe de entradas de almacén.**
- 48. Dar cumplimiento al 100% al plan estratégico de tecnologías de la Información aprobado:** Actualmente se han ejecutado 5 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 segundo trimestre al 30 junio de 2022

PROGRAMA: GERENCIA DEL TALENTO HUMANO							
LÍNEA ESTRATÉGICA 5	No	ACCIÓN ESTRATÉGICA	EJECUTADO	INDICADORES	META	TIPO META	DE 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	20	(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%	(Nro de estándares del Sistema Seguridad Y Salud En El Trabajo satisfechos / Nro de estándares en seguridad y salud en el trabajo establecidos en la resolución 0312 de 2019)	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

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nít: 891900441-1</b>	<b>CÓDIGO: DE-PL-FO-01</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>
		<b>FECHA: 08/01/2021</b>
	<b>INFORME DE GESTIÓN</b>	<b>TRD:</b>
		<b>PÁGINA: 15 de 19</b>

- 50. Desarrollar el 100% del plan de bienestar social e incentivos del Hospital Departamental San Rafael segundo trimestre:** Se han realizado actividades establecidas como el día del hombre, día de la mujer, cumpleaños de los colaboradores del segundo trimestre del año. **Fuente: Jefe de Talento Humano.**
- 51. Desarrollar el 100% del plan de capacitación del Hospital Departamental San Rafael:** segundo trimestre: Inducción, humanización, socialización de rutas de acoso, violencia de genero. **Fuente: Jefe de Talento Humano.**
- 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 7 quejas en el segundo trimestre, que se distribuyen por mes así: Abril (3), Mayo (3), Junio (1). Se obtuvo un promedio de tiempo de respuesta de 20 días, incumpliendo así con la meta establecida, (15), se espera disminuir el resultado de este indicador para los siguientes trimestres teniendo en cuenta que el resultado del primer trimestre (11) cumplió con el objetivo (15). **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 META	DE 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

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E.</b> <b>VALLE DEL CAUCA</b> <b>Nit: 891900441-1</b>		<b>CÓDIGO: DE-PL-FO-01</b>	
			<b>VERSIÓN: 01</b>	
	<b>INFORME DE GESTIÓN</b>		<b>FECHA: 08/01/2021</b>	
			<b>TRD:</b> <b>PÁGINA: 16 de 19</b>	

	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 segundo trimestre de 2022, se han ejecutado diferentes actividades de recolección, disposición de residuos, capacitaciones y dotación de recipientes para clasificación de residuos, informes de los indicadores.

GRUPO DE INDICADORES	INDICADORES PROGRAMADOS	INDICADORES CUMPLIDOS	% CUMPLIMIENTO
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	8	7	87%
RENOVACION DE LOS SERVICIOS	21	17	80%
LA TRANSFORMACIÓN A LA CALIDAD Y LA CÁLIDEZ	13	13	100%
INFRAESTRUCTURA RENOVADA	7	7	100%
TALENTO HUMANO EN EVOLUCIÓN	7	6	85%
88585GESTION AMBIENTAL RESPONSABLE	3	2	66%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>52</b>	<b>88%</b>

**Fuente: Jefe de Gestión Ambiental.**

**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 que se presentada anteriormente, se muestran los resultados obtenidos para cada en cada línea estratégica que compone el Plan de desarrollo Institucional. Se puede identificar que, al segundo trimestre del año, la única línea estratégica que presentan un porcentaje menor del 80% es la de **Gestión ambiental responsable** con un **66%** de cumplimiento. 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 las líneas estratégicas de **Infraestructura renovada y Transformación de la calidad a la calidez**, para el primer semestre del año 2022, presenta un cumplimiento total (**100%**) en cada uno de los indicadores que lo componen.



	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nít: 891900441-1</b>	<b>CÓDIGO: DE-PL-FO-01</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>
	<b>INFORME DE GESTIÓN</b>	<b>FECHA: 08/01/2021</b>
		<b>TRD:</b>
		<b>PÁGINA: 17 de 19</b>

Por último, las líneas estratégicas de **Auto sostenibilidad administrativa y financiera (87%)**, **Talento humano en evolución (85%)**, y **Renovación de los servicios (80%)**, 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.

## 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	-24,7%	(1-(Valor cartera año actual/Valor cartera año 2019)) *100	1,5%	Área Financiera	NO CUMPLE
14	Lograr una proporción mayor o igual al 85% de gestantes captadas antes de la semana	79%	(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
21	Implementar el programa de servicios amigables	0	Programa de servicios amigables operando de forma efectiva	1	Subdirección Científica	NO CUMPLE
28	Implementar la política AIEPI a nivel institucional	0%	Implementación de la política AIEPI	1	Jefe de Enfermería (Luz Erenia)	NO CUMPLE
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

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nít: 891900441-1</b>	<b>CÓDIGO: DE-PL-FO-01</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>
	<b>INFORME DE GESTIÓN</b>	<b>FECHA: 08/01/2021</b>
		<b>TRD:</b>
		<b>PÁGINA: 18 de 19</b>

## 7. CONSOLIDADO DE INDICADORES QUE PRESENTARON MEJORA EN SU RENDIMIENTO

No	ACCIÓN ESTRATÉGICA	EJECUTADO TRIMESTRE I	EJECUTADO TRIMESTRE II	META TRIMESTRE I	META TRIMESTRE II	RESPONSABLE
13	Realizar 192 jornadas de salud durante el periodo	10	28	12	24	Subdirección Científica
20	Incrementar la captación de mujeres en un 5% para el programa de cáncer de cuello uterino	29%	55%	30%	50%	Jefe de Enfermería (Liliana)
23	Incrementar en un 5% la cobertura del programa de planificación familiar para hombres y mujeres durante el periodo	16%	51%	25%	50%	Jefe de Enfermería (Luz Karime)
26	Realizar 2000 tamizajes de pacientes para riesgo cardiovascular durante el periodo.	20%	72%	25%	50%	Jefe de Enfermería (Mayra)
39	Subsanar el 80% de los hallazgos derivados de las auditorías internas	Sin medición	60%	25%	50%	Control Interno

## 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El ejercicio de seguimiento al Plan de desarrollo permitió identificar cuales es el rendimiento de los indicadores en los primeros seis meses de la vigencia, y de esta manera identificar un margen de rendimiento acorde a nuestro rendimiento actual. Es importante centrarse en aquellos indicadores que a esta etapa del año que aún no están cumpliendo con los objetivos planteados y plasmar para ellos estrategias que permitan subsanar todos aquellos limitantes y demás situaciones, que no ayudando a que se cumplan objetivos que involucran estos indicadores.

En el consolidado de indicadores que no cumplen con la meta establecida para el primer semestre 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.

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

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 octubre se dará inicio al seguimiento del tercer trimestre del año 2022. Se espera que el resultado obtenido de **52** indicadores cumpliendo, sobre los **59** planteados (**88%**), incremente y permita a la institución alcanzar la meta planteada del cumplimiento de por lo menos un **90%** en los indicadores que componen el plan de desarrollo institucional para la vigencia 2022.