

ACTA DE REUNIÓN DE TRABAJO ACTA 001

FECHA REUNIÓN	17, 18 y 19 DE JUNIO DE 2025		
LUGAR:	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – CUBARA BOYACA		
HORA INICIO:	8:30 AM	HORA Y DIA FINALIZACIÓN:	19 DE JUNIO DE 2025
RESPONSABLES:	- Secretaria de salud de Boyacá - Prestación de Servicios de salud – Sistema único Acreditación. - HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
ASISTENTES:	- Claudia Fanny Barajas Bautista – Secretaria de salud de Boyacá - Antonio José Mendoza Pérez – Profesional Calidad - Andrea Mejía Ulloa – Asesora de Habilitación HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.		
OBJETIVO:	Brindar acompañamiento, asesoría y asistencia técnica al HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, en lo relacionado con el cumplimiento del componente Ejes Trazadores del Sistema Único de Acreditación.		

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación por parte de la Secretaria de Salud de Boyacá de la actividad a realizar y apertura de la asistencia y asesoría técnica.
2. Trabajo conjunto con los Profesionales del HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO y Secretaria de salud de Boyacá, referente a Seguimiento de ejes trazadores planeados para la visita.
3. Recorrido por la institución para verificar adherencia a lo planteado dentro del proceso de Acreditación y protocolos establecidos por la institución.
4. Observaciones.

DESARROLLO

- Cuenta con Plan Operativo anual vigencia 2024 – 2027, planteando “Mejorar la imagen y/o percepción, fortaleciendo la calidad y humanización de la atención de los servicios institucionales”, se relaciona algunos de los ejes de acreditación a trabajar durante la vigencia 2024 - 2027
- Plan de Desarrollo vigencia 2024 – 2027:

Verificar y ajustar plan de desarrollo en vigencia del programa

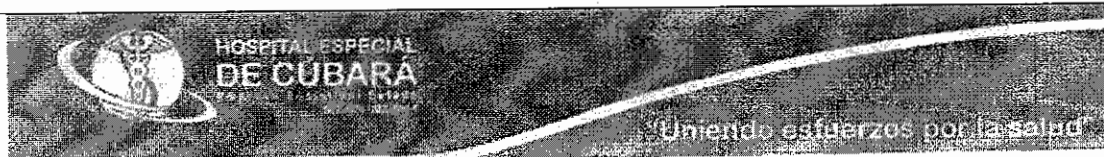
Objetivo General

Desarrollar y ejecutar un Plan de Desarrollo Institucional en la ESE Hospital Especial de Cubará para el período 2020-2023, que permita a la institución alcanzar las metas, objetivos y valores estratégicos establecidos en este documento, asegurando una mejora continua en la calidad, eficiencia y equidad del servicio que se presta a la comunidad.

- Ajustar portafolio de servicios al total de servicios Habilitados a la fecha.



- El plan de desarrollo y plan operativo anual se encuentran aprobado de 20 de mayo de 2024, en reunión ordinaria de Junta Directiva.
- Cuentan con POLITICA DE SEGURIDAD del paciente, bajo RESOLUCIÓN AD No. 012 del 2025 (Enero 24 de 2025) por medio del cual se adoptó e implementara la política de seguridad del paciente y se modifica el comité de seguridad del paciente del HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA ESE.



RESOLUCIÓN AD No. 012 DEL 2025

(Enero 24 de 2025)

POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTO E IMPLEMENTARA LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE Y SE MODIFICA EL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL ESPECIAL
DE CUBARA ESE

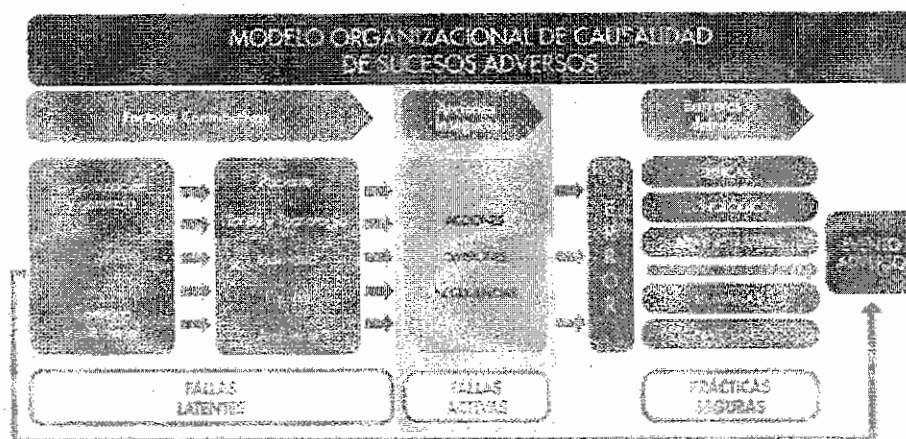
El Gerente del Hospital Especial de Cúbará Boyacá E.S.E. en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por el Decreto N° 317 del 27 de marzo de 2024, emanado por la Gobernación de Boyacá, y;

CONSIDERANDO:

Que la ESE HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARÁ es una entidad pública de orden departamental con autonomía e independencia administrativa de conformidad al Decreto No. 1135 del 05 de julio 2000 del departamento Boyacá

Que en virtud de los principios citados las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del estado.

- Se verifica dentro del plan de capacitaciones vigencia 2025; se cortejan las capacitaciones realizadas acorde a Acreditación a la fecha, evidenciando socialización de:
Humanización de servicios de salud: de fecha 21 de febrero de 2025
Ética y manejo de información del paciente:
- La política de seguridad al paciente está basada en el lema **“CUIDAMOS TU SALUD CON SEGURIDAD, CALIDAD Y COMPROMISO”**, con los siguientes principios orientadores de la política de seguridad del paciente:
Enfoque de atención centrado en el usuario
Cultura de Seguridad.
Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud
Multicausalidad
Validez
Alianza con el paciente y su familia
Alianza con el profesional de la salud



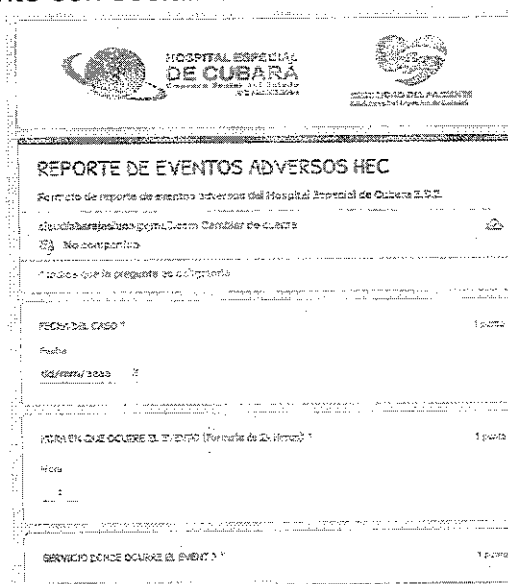
- Se verifica comités de Seguridad del Paciente vigencia 2025; según resolución con periodicidad mensual:
 Enero 23 de 2025
 Febrero 27 de 2025
 Marzo 24 de 2025
 Abril 24 de 2025
- Se verifica análisis y seguimiento de eventos adversos: (Formato).

ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS		CODIGO: PQ-F-001-00	
Uso exclusivo del Comité de Seguridad para el Paciente		VERSION: 001	
PROCESO		Jan-25	
GESTIÓN DE CALIDAD			
1. DATOS DEL ANÁLISIS		CASO: 2/18/2025	
Fecha: 25	Mar	Hora: 02	01
Servicio donde ocurrió el Evento		LAB CLIN	
Nombres de los responsables del análisis		Cargo	
KELLY VELAZCO		BACTERIOLOGA	
KARINA RAMIREZ		ENFERMERA	
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO			
Usuario en el servicio de observación, que se le solicitan tiempos de coagulación y el momento de ser reportados en el sistema por parte de laboratorio, los reportes en la historia clínica de este usuario.			
2. FACTORES CONTRIBUTIVOS			
Tarea y Tecnología	Equipo de Trabajo	Indicadores	Pasivos
Disponibilidad y confianza de los	Ninguna NA	Ninguna NA	Ninguna NA
Ambiente	Organización y Gerencia	Contexto Institucional	Acciones Inseguras
Mantenimiento equipos	Ninguna NA	Ninguna NA	FALTA DE CONFIRMACIÓN DEL PACIENTE CORRECTO

Ambiente	Organización y Recursos	Condiciones de trabajo	Acciones a tomar
Mantenimiento de equipos	Ninguna NA	Ninguna NA	FALTA DE CONFIRMACIÓN DEL PACIENTE CORRECTO
La sobrecarga de trabajo.			EQUIPOS (TECLADO) EN MALAS CONDICIONES

Gravedad	INCIDENTE	SÍ	NO	E.A. PREVENIBLE	E.A. NO PREVENIBLE
3. PRIORIZACION DE CAUSAS					
Principales Causas a Trabajar	Gravedad	Probabilidad Ocurrencia	Probabil. Deteccion	Total	
LOS CORRECTOS EN LABORATORIO					
PRIORIZAR SEGUN NECESIDAD					
CAMBIO DE TECLADO					
4. PLAN DE ACCION					
No.	QUE	COMO	QUIEN	CUANDO	DONDE
1	REVISAR LOS POSIBLES CORRECTOS EN LABORATORIO	VIRTUJIDAD	BACTERIOLOGIA	20/05	
2	CAMBIO DE TECLADO		SISTEMAS	20/05/25	

- No todos los planes de acción cuentan con soporte de actividad correctiva planteada dentro del plan de acción según evento adverso y análisis.
- Enlace de reporte de EVENTOS ADVERSOS:
[<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf7Rmtey0Fg7HK4YS8v->]
Se ingresa sin ninguna dificultad, se verifica que los profesionales ingresen de manera correcta y este proceso cuente con socialización.



HOSPITAL ESPECIAL DE CÚBARÁ
Comando en Jefe del Hospital
Cúbará - Boyacá

REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS HEC

Formulario de reporte de eventos adversos del Hospital Especial de Cúbará S.E.S.

Identificación del paciente: (Opcional: Cambiar de cliente)

☒ No contigioso

Indique qué le pregunta se le pregunta

FECHA DEL CASO: 1 punto

Fecha:

DIAGNÓSTICO:

INDICAR EN QUE OCURRE EL EVENTO (Formulario de Análisis) 1 punto

Hora:

SERVICIO DONDE OCURRE EL EVENTO: 1 punto

- Se solicita Rondas de Seguridad como soporte a la adherencia de los paquetes instruccionales para:

- ❖ Ronda de seguridad de Administración de Medicamentos
- ❖ Ronda de seguridad de Riesgo de caídas
- ❖ Ronda de seguridad de Lavado de manos
- ❖ Rondas de seguridad de correcta identificación del paciente

RONDAS DE SEGURIDAD						VERSION: 2
CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE						CÓDIGO: F-OMC-SP-19
						FECHA: 25/04/2025
CRITERIO	SI	NO	PALEZCOS	PLAN DE MEJORAMIENTO	FECHA	RESPONSABLE
Se verifica la identidad de los pacientes que ingresan los pacientes con la atención correcta						
Se verifican tres datos de identificación: Nombres completos, número de identificación y sexo de nacimiento						
Se hace el proceso de identificación de los pacientes que ingresan al hospital y se verifica la identidad de los pacientes que el médico atiende						
Participa el paciente en todas las etapas del proceso de atención						
Se corrobora con los datos del paciente por parte del profesional de la salud en la historia clínica						
Se verifica la identidad del paciente, antecedentes, y comprender los datos en el consentimiento informado antes de cualquier procedimiento						
Se realiza correcta identificación del paciente en el servicio hospitalario cabecera de cama con tres datos						
Se realiza correcta identificación del paciente con monitores en el servicio hospitalario						
TOTAL:						

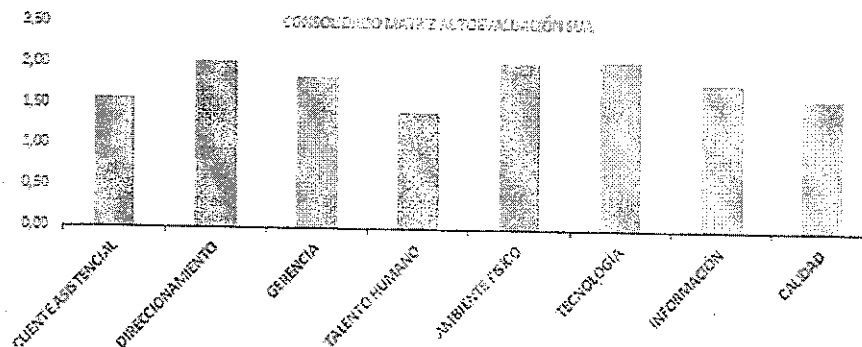
RONDAS DE SEGURIDAD						VERSION: 2
LAVADO DE MANOS						CÓDIGO: F-OMC-SP-17
						FECHA: 25/04/2025
CRITERIO	SI	NO	PALEZCOS	PLAN DE MEJORAMIENTO	FECHA	RESPONSABLE
7 MOMENTOS PARA LAVADO DE MANOS						
1. Antes de recibir turno						
2. Antes del contacto con el paciente						
3. Antes de realizar un procedimiento aséptico						
4. Después de contacto con los fluidos del paciente						
5. Después del contacto con el paciente						
6. Después de tener contacto con el entorno del paciente						
7. Después de recibir turno						
TÉCNICA PARA LAVADO DE MANOS						
1. Cuenta con los recursos necesarios para realizar un adecuado lavado de manos						
2. Utiliza cantidad suficiente de jabón para cubrir toda la superficie de las manos?						
3. Incluye fricción palma con palma, entre sí?						
4. Se frota la palma de la mano derecha con el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa?						
5. Se frota las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados?						
6. Se frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta apretando los dedos?						
7. Se frota las muñecas de ambas al mismo tiempo						

RONDAS DE SEGURIDAD					VERSION: 2	
ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE RIESGO DE CAIDAS					CODIGO: F-GMD-SF-16	
					FECHA: 28/04/2025	
CRITERIO	SI	NO	HALLAZGOS	PLAN DE MEJORAMIENTO	FECHA	RESPONSABLE
Verifica el riesgo de caídas en todo paciente que ingrese a la institución						
Aplica el método de riesgo como método de valoración del riesgo de caídas						
Registra en la historia clínica la valoración del riesgo de caídas del paciente						
El suero es regular y uniforme y se encuentra en buen estado.						
Las aberturas en suelo y pasos elevados están protegidas						
Los pasos de piso están delimitados						
Se evalúa constantemente en los ambientes de la institución.						
En los casos pertinentes solicita acompañante para el usuario (monitoreo de edad, usuario con limitaciones para la movilidad, desorientación, etc.)						
Cuenta al usuario la forma de llamado al personal de salud siempre que lo requiera.						
Realiza las concientizaciones y pasillos (riesgo de caídas) y recibes que puedan generar caídas						
Realiza acompañamiento al usuario(a) cada vez que se regulariza con el fin de prevenir el riesgo de caídas y atender en cuanto su condición de salud						
Se coloca aviso de piso húmedo cuando se realizan labores de aseo y limpieza o se presentan derrames que así lo ameritan						

RONDAS DE SEGURIDAD					VERSION: 2	
ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS - PTES					CODIGO: F-GMD-SF-12	
					FECHA: 28/04/2025	
CRITERIO	SI	NO	HALLAZGOS	PLAN DE MEJORAMIENTO	FECHA	RESPONSABLE
El medicamento se encuentra en las cajas correspondientes de la historia clínica.						
Se revisa la historia clínica todos los días y se registran adecuadamente las dosis y momentos de administración en las tarjetas de medicamentos de enfermería, así como la valoración de la evolución por parte del médico.						
Medicamentos almacenados en las respectivas vitrinas de cada unidad, en sus cajas correspondientes de acuerdo a nombre y presentación; Lote, fecha de vencimiento Registro INVIMA de cada medicamento.						
Los frascos de dosis en el botiquín debidamente marcados con el nombre de cada paciente y fecha de apertura.						
Registros diarios de temperatura y frecuencia en el formato establecido						
Realiza lavado de manos para la preparación de los medicamentos						
Se cumple con el uso de guantes						
Verifica los medicamentos de acuerdo a lo registrado en la tarjeta de medicamentos, en cada caja previamente marcada con el nombre y cama de cada paciente.						
Se administran los medicamentos a los pacientes uno por uno, frente al botiquín, durante el turno de día						

- Para vigencia 2024 se refiere que no se cuenta con soportes de rondas de seguridad
- En vigencia 2025 a la fecha solo se han realizado tres rondas de seguridad de la siguiente manera:
 22 de abril de 2025: correcta identificación del paciente
 22 de abril de 2025: lavado de manos en el servicio de odontología
 22 de abril de 2025: lavado de manos en el servicio de vacunación
- Dentro del programa de auditoria para el mejoramiento de calidad; se realizo AUTOEVALUACION en febrero de 2025 con puntaje de **1,79**, descrito de la siguiente manera:

ESTANDARES	% CUMPLIMIENTO
CLIENTE ASISTENCIAL	1.57
DIRECCIONAMIENTO	2.01
GERENCIA	1.84
TALENTO HUMANO	1.42
AMBIENTE FÍSICO	2.02
TECNOLOGÍA	2.06
INFORMACIÓN	1.79
CALIDAD	1.66
PROMEDIO INSTITUCIONAL	1,79



- Se evidencia ultima visita de PAMEC de fecha: 10 días del mes de MARZO del año 2022
- Ultimo concepto de PAMEC 04 de abril de 2024
- No se evidencia concepto de PAMEC vigencia 2025

COMITES DE CALIDAD:

- Aprobado bajo Resolución AD-009 (05 de enero de 2024) "POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA EL COMITÉ DE CALIDAD DEL HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARÁ ESE"
- Se verifica periodicidad del comité de manera mensual para los meses de vigencia 2025 de la siguiente manera:
Enero 23 de 2025
Febrero: No se realizó comité de calidad
Marzo 27 de 2025
Abril 28 de 2025

VERIFICACION DEL EJE TRAZADOR DE HUMANIZACION 19 DE JUNIO DE 2025

- Se verifica Política de Humanización, adoptada por la institución mediante RESOLUCION N.º AD-020 de febrero de 2025.

	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARÁ E.S.E. BOYACÁ Proceso Estratégico Comunicaciones Internas	VERIFICADO SUPERVISOR VERIFICADO POR: [Firma] FECHA: 19 DE JUNIO DE 2025
---	--	---

RESOLUCIÓN N° AD-020 DE 2025 (18 febrero 2025)

"POR LA CUAL SE ADOPTA, ADAPTA E IMPLEMENTA LA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD Y LA METODOLOGÍA PARA LA CULTURA COLABORATIVA DE LA HUMANIZACIÓN EN SALUD"

El Gerente del Hospital Especial de Cubará Boyacá E.S.E, en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por el Decreto N° 317 del 27 de marzo de 2024, emanado por la Gobernación de Boyacá, y;

CONSIDERANDO:

- Dentro de la política de Humanización cuenta con los siguientes principios adoptados por la E.S.E. Hospital Especial de Cúbará:
 - Actitud: Escuchar y mirar a quienes brindamos el servicio.
 - Esfuerzo: Hacer siempre nuestro mayor y mejor esfuerzo.
 - Paciencia: Practicar la paciencia en cada interacción.
- Se evidencia socialización de política de Humanización realizada el día 21 de febrero de 2025.

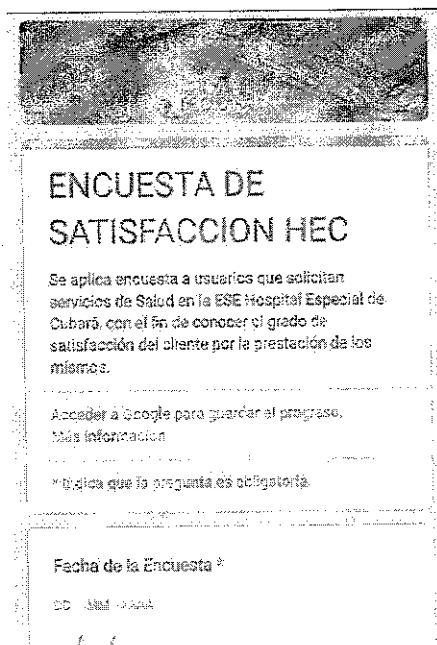


FECHA:	21-02-25	LUGAR:	H&C
TEMA:	Humanización Servicios de Salud		
HORA INICIO:	14:30	HORA FIN:	15:00

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	CELULAR	FIRMA
Isella Paola Frasco	Higienista Oral	3133813339	Isella Frasco
Olivera Acevedo	conductor	3173461496	Olivera
Maribel Jorano Herra	Aux. Enfermería	3112737834	Maribel Jorano
Lidy Arango Pacheco	Aux. Enfermería	3113055217	Lidy A. Pacheco
Cristina Acevedo	Procedimientos	3122492754	Cristina Acevedo
Alexandra Ortiz	Portera	7142465916	Alexandra Ortiz
Evelyn Joly Jarama	Odontóloga	3207364449	Evelyn Jarama
Marcelo Naranjo	T.S.P.	3112434577	Marcelo Naranjo
Ether Juliana Górriz	Orden de ingreso	3211140318	Ether Juliana Górriz
Patricia Bermejo Mora	Portera	3222787367	Patricia Bermejo Mora
Doris Cosmopolina	Aux. Enfermería	3132481297	Doris Cosmopolina
NOELYNAYER I RIVERA	Aux. Enfermería	3228552120	NOELYNAYER I RIVERA
A			
Cristian E. Aguilar T.	Coordinador	344848254	Cristian E. Aguilar T.
Maribel Quintero			Maribel Quintero
Diana Alejandra C.	Página 1 de 2		Diana Alejandra C.
Carlos Mauricio B.			Carlos Mauricio B.

- Dentro de la política de Humanización, contempla INDICADORES
 - ± Encuesta de Satisfacción Esperada de Usuarios 20/01/2025
 - ± Lista de Asistencia para Socialización de Derechos y Deberes Encuesta de Satisfacción de Deberes y Derechos.
- Se verifica método de encuesta de satisfacción al usuario: Cuenta de manera visible con código QR para encuesta de satisfacción al usuario y su fácil acceso para diligenciar.



ENCUESTA DE SATISFACCION HEC

Se aplica encuesta a usuarios que solicitan servicios de Salud en la ESE Hospital Especial de Cúbaro, con el fin de conocer el grado de satisfacción del cliente por la prestación de los mismos.

Acceder a Google para guardar el progreso.
Más información

* Indica que la pregunta es obligatoria.

Fecha de la Encuesta *

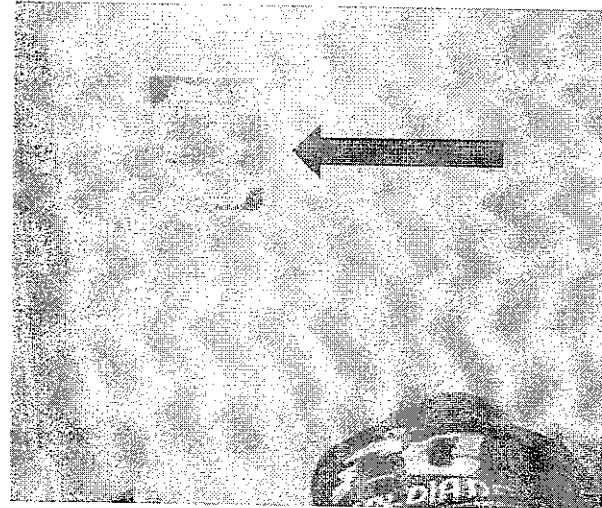
DD / MM / AAAA

- La divulgación de los derechos y deberes no se evidencia de manera continua, últimas socializaciones (2) dos; realizadas en 2024.
- Los derechos y deberes no se encuentran visibles a la comunidad en la institución.
- Como componente de procesos de Humanización, se encuentra el comité de ética donde se analiza la satisfacción del usuario; comité que **NO** sesiona dando cumplimiento a la periodicidad o sesiones/frecuencia de acuerdo a la Resolución vigente.
- Se evidencia en algunos comités la **NO** Asistencia de sus integrantes, dando cumplimiento a la Resolución vigente en su Artículo 2.
- Dentro de los compromisos de los comités contemplados en decisiones, **NO** se evidencia trazabilidad, seguimiento y cumplimiento de la mayoría de estos.
- Se verifica análisis de encuestas de satisfacción para el primer semestre de 2025;

OBSERVACIONES:

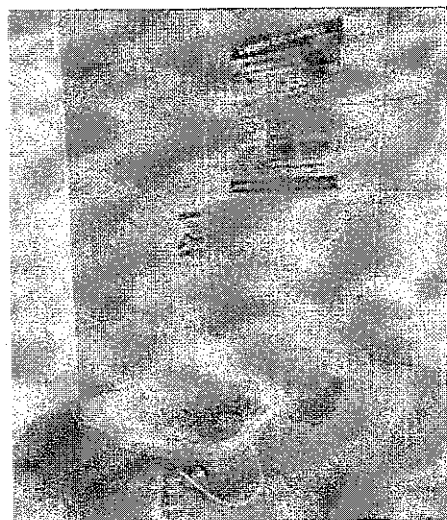
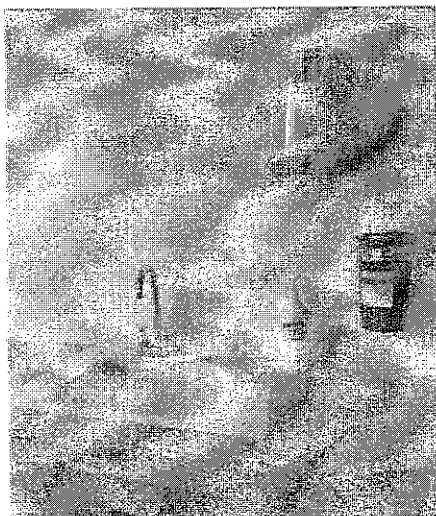
- **NO** se evidencia un proceso dinámico en la seguridad del paciente teniendo en cuenta que esta es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que busca minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud.
- El prestador de servicios de salud no realiza actividades encaminadas a gestionar la seguridad del paciente.
- El prestador de servicios de salud adopta y realiza las siguientes prácticas seguras, según aplique a su servicio de salud y cuenta con información documentada para:

- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. (que incluya como mínimo dos identificadores: nombre completo y número de identificación), en el caso de los servicios de hospitalización se evidencia la NO identificación de algunos de los pacientes que se encontraban en ese momento garantizando la correcta identificación del paciente en este servicio, evidenciando habladores en blanco: "habladores" se refiere a letreros o dispositivos de señalización que se utilizan para comunicar información importante de pacientes.

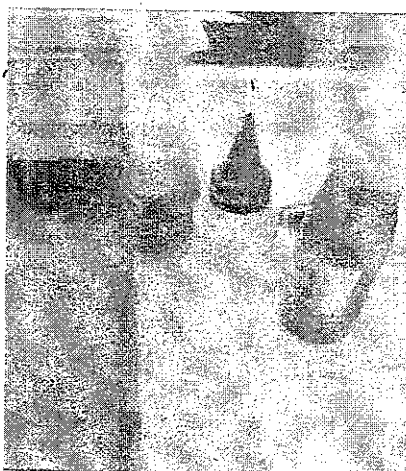
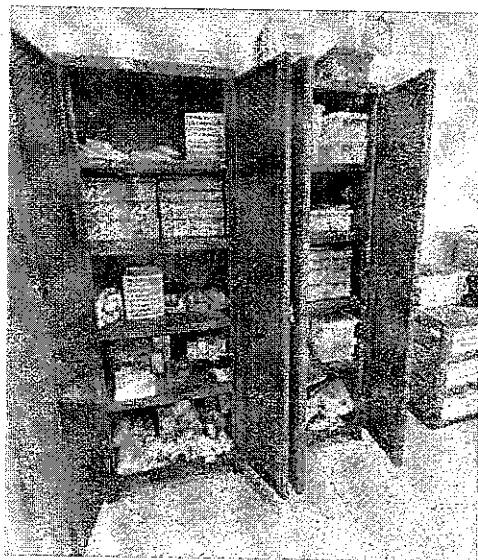


- Se verifica Gestión y desarrollo de una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes que incluya enfoques diferenciales, la institución cuenta con documento donde relaciona la comunidad U' Wa y su comunicación asertiva; se realiza sugerencia que el enfoque diferencial también hace referencia a personas con Discapacidad y limitaciones lo cual se debe contemplar en los procesos y atención.
- Dentro del criterio de Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud (que incluya protocolo de higiene de manos o higienización con soluciones a base de alcohol), no se evidencia adherencia al protocolo por los profesionales, no cuenta con los insumos de jabón, toallas de secado, habladores en algunas de las unidades sanitarias.





- No se Garantiza la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado, se verifico en terreno los consentimientos informados para el servicio de Terapia Respiratoria, sin evidencia no diligenciamiento de la historia clínica revisada; de igual manera se evidencian firmas de atenciones del paciente que aun NO se han realizado.
- No se evidencia seguridad en la utilización de medicamentos, en los servicios donde aplique; ya que no existe un proceso dinámico de Recepción, Almacenamiento, Conservación (ambiente de almacenamiento de medicamentos sin registros de temperatura y humedad y sin Instrumentos para medir la humedad relativa y la temperatura) en algunos servicios, Control de fechas de vencimiento, Distribución, Dispensación, Devolución y Disposición final.
- El prestador debe Determinar el o los servicios a habilitar la complejidad, la modalidad y la capacidad instalada de acuerdo con los servicios definidos en el REPS.



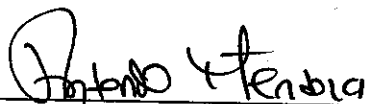
Productos sin marcar y reenvase.

- Verificar por parte del prestador las modalidades de prestación para los servicios de salud son: intramural, extramural y telemedicina para los servicios habilitados a la fecha y cumplir con los criterios de los estándares acordes a estas según autoevaluación de la Resolución 3100 de 2019.
- Se evidencia referente a la GESTION TECNOLOGICA que no se cuenta con un proceso de:
 - Política para la adquisición, incorporación y reposición de tecnología.
 - Planeación y gestión de tecnología acorde a lo evidenciado y relacionado al biomédico en algunos servicios.
 - Evaluación de tecnología (costo-beneficio, utilidad y costo-efectividad)
 - Entrenamiento en el uso de la tecnología a los profesionales

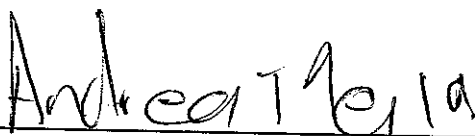
Mantenimiento y control según lo evidenciado en el recorrido.

- El prestador debe revisar de manera general todos los procesos ya que se reglamenta como la existencia obligatoria y de igual manera la socialización de los principales procesos asistenciales que condicionan directamente la prestación con el menor riesgo posible en los servicios de salud.

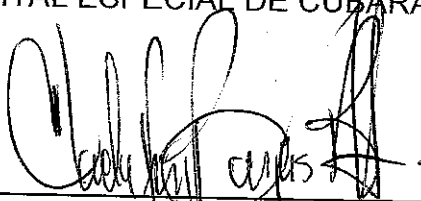
En constancia firman,



Antonio José Mendoza Pérez – Asesor de calidad
HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA ESE



Andrea Mejía Ulloa
Asesora de Habilitación
HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA ESE



CLAUDIA BARAJAS BAUTISTA
Sistema Único de Acreditación
SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACÁ