

## OACI - 110.2.4 - 040

Tunja, 09 de Junio de 2017

Doctora

**LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ**

Gerente

**E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA**

Ciudad

**Ref. Informe de seguimiento a las acciones de mejora pendientes de cumplimiento suscritas en los planes de mejoramiento institucional y funcional por procesos en la ESE Hospital San Rafael Tunja.**

A continuación me permito presentar el informe de la referencia.

### OBJETIVO

- ✓ Evaluar el avance y nivel de cumplimiento en las acciones y metas suscritas en planes de mejoramiento institucional y funcional por procesos a 30/04/2017.

### ALCANCES DE LA AUDITORIA

- ✓ Verificación sobre cumplimiento de las acciones de mejora suscritas en planes de Mejoramiento.
- ✓ Revisión de series documentales, tablas de retención documental, procedimientos avalados por la oficina de calidad y demás evidencias.
- ✓ Exponer sugerencias y/o recomendaciones encaminadas al mejoramiento y cumplimiento de los planes suscritos evitando amonestaciones y/o sanciones por los entes de control.

### PROCESOS INVOLUCRADOS

Subgerencia de servicios de salud, Subgerencia administrativa y financiera, Desarrollo de servicios, calidad, procesos y procedimientos, SIAU, tesorería, talento humano, gestión jurídica, consulta externa, clínica de heridas, urgencias, farmacia, laboratorio clínico, contratación, gestión documental, financiera, contabilidad, presupuesto, costos, cartera, facturación, almacén, programa B24, sistemas, gestión académica, gestión ambiental, biomédica, mantenimiento, clínicas médicas, clínicas quirúrgicas, epidemiología, seguridad y salud en el trabajo.

### METODOLOGÍA

Preparar papeles de trabajo, recolectar información en las fuentes adecuadas, tabular información, analizar información y plantear recomendaciones.

## SOPORTES DE LA AUDITORIA

- ✓ Ley 87 de 1993
- ✓ Resolución Interna 300 de 2016
- ✓ Resolución Orgánica 6289 de 2011 - Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes – “SIRECI”
- ✓ Resolución 6439 de 2011 que aclara el artículo 44 de la Resolución Orgánica 6289 de 2011
- ✓ Resolución Orgánica 05544 de 2003 Contraloría General de la República – Rendición de cuentas
- ✓ Resolución 357 de 2008 de la Contaduría General de la Nación
- ✓ MECI 1000:2005
- ✓ Decreto 943 de 2014
- ✓ Plan de Desarrollo ESE
- ✓ Tablas de retención documental del proceso
- ✓ Procedimientos aprobados por la entidad

## RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO DE ACCIONES SUSCRITAS EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL Y FUNCIONAL POR PROCESOS.

De acuerdo a la consolidación de la información realizada en la matriz de seguimiento planes de mejoramiento institucional y funcional por procesos con acciones pendientes de cumplimiento, se consolidaron 2 planes de mejoramiento de la vigencia 2017, 21 planes de mejoramiento de la vigencia 2016, 15 planes de mejoramiento de la vigencia 2015, y 1 archivo adjunto en los que se encuentran acciones de planes de mejoramiento pendientes de cumplimiento anteriores a la vigencia 2015; lo anterior como resultado de informes de auditoría presentados por Revisoría Fiscal, Secretaria de Salud de Boyacá, Control Interno y Ronda Epidemiológica realizada en el servicio de urgencias, en donde se obtuvo los resultados que se detallan a continuación (*Se adjuntan Matriz de seguimiento planes de mejoramiento Institucional/Procesos con las observaciones realizadas*).

Este ente de control realizó seguimiento al cumplimiento de las acciones suscritas en los planes de mejoramiento de la vigencia 2015, con los siguientes resultados (*se adjunta Matriz de seguimiento planes de mejoramiento Institucional/Procesos con las observaciones realizadas*).

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA						
CÓDIGO: OACI-F-03 VERSIÓN: 00		MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)				
PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL - POR PROCESOS VIGENCIA 2015						
1	GESTION JURIDICA	CONTROL INTERNO	2015/09/30	3 acciones suscritas: 1 cumple, 2 cumplen parcialmente.	80%	SELECCIONAR
2	GESTION DOCUMENTAL	REVISORIA FISCAL	2015/12/31	10 acciones suscritas: 9 cumplen, 1 cumple parcialmente.	99%	SELECCIONAR
3	CONTABILIDAD	CONTROL INTERNO / REVISORIA FISCAL	2015/12/31	16 acciones suscritas: 7 cumplen y 8 cumple parcialmente y 1 N/A.	82%	SELECCIONAR
4	PRESUPUESTO Y COSTOS	CONTROL INTERNO	2015/12/31	6 acciones suscritas: 4 cumplen, 1 cumple parcialmente y 1 N/A.	92%	SELECCIONAR
5	CARTERA	CONTROL INTERNO	2015/12/31	2 acciones suscritas: Las 2 acciones cumplen parcialmente	70%	SELECCIONAR
6	FACTURACION	CONTROL INTERNO	2015/12/31	6 acciones suscritas: 5 cumplen, 1 cumple parcialmente (debe ser revisada oportunamente debido a la importancia de estos documentos)	95%	SELECCIONAR
7	ALMACEN	CONTROL INTERNO	2015/12/31	7 acciones suscritas: 5 cumplen, 2 cumplen parcialmente.	91%	SELECCIONAR

8	PAMEC	CONTROL INTERNO	2015/09/30	3 acciones suscritas: 2 cumplen, 1 no cumple.	80%	SELECCIONAR
9	TALENTO HUMANO	REVISORIA FISCAL	2015/12/31	6 acciones suscritas: 4 cumplen, 1 cumple parcialmente y 1 N/A.	94%	SELECCIONAR
10	COSTOS	REVISORIA FISCAL	2016/06/30	8 acciones suscritas: 1 cumple, 7 cumplen parcialmente.	73%	SELECCIONAR
11	GESTIÓN ACADÉMICA	CONTROL INTERNO	2015/12/31	19 acciones suscritas: 11 cumplen, 5 cumplen parcialmente, 1 no cumplen y 2 N/A.	85%	SELECCIONAR
12	FARMACIA	CONTROL INTERNO / REVISORIA FISCAL	2015/12/31	7 acciones suscritas: 5 cumplen, 2 no cumplen.	86%	SELECCIONAR
13	PROGRAMA B24	CONTROL INTERNO	30/11/2015	9 acciones suscritas: 7 cumplen, 1 cumple parcialmente, 1 no cumple.	92%	SELECCIONAR
14	CLINICAS MÉDICAS	CONTROL INTERNO	2015/12/31	16 acciones suscritas: 15 cumplen, 1 no cumple.	95%	SELECCIONAR
15	URGENCIAS	GESTION DE CALIDAD	27/05/2015	Se contemplan 30 acciones dentro del plan: 23 cumplen, 6 cumplen parcialmente, 1 no cumple.	92%	SELECCIONAR
<b>PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL - POR PROCESOS / ANTES DE LA VIGENCIA 2015</b>						
16	VER ARCHIVO ADJUNTO	CONTROL INTERNO / REVISORIA FISCAL	2014/12/31	4 acciones suscritas: 1 cumplen, 3 cumplen parcialmente.	70%	SELECCIONAR

## CONSOLIDADO PLANES DE MEJORA 2015

Como se puede apreciar en la siguiente tabla, de un total de 152 acciones, 100 se han cumplido equivalente al 65.8%, 40 cumplen parcialmente equivalente al 26.3%, 7 no cumplen equivalente al 4.6%, y 5 no aplican equivalente al 3.3% restante.

CONSOLIDACION SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS) 2015							
No.	P.M. PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO	ACCIONES	CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	PENDIENTE VERIFICACION - N/A
<b>TOTAL</b>			<b>152</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>7</b>	<b>5</b>
<b>PROMEDIO (%)</b>			<b>100.0%</b>	<b>65.8%</b>	<b>26.3%</b>	<b>4.6%</b>	<b>3.3%</b>

De acuerdo al seguimiento y monitoreo realizado para estos planes, se observa como resultado el siguiente promedio, así:

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL/POR PROCESOS)	
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL (REVISORIA FISCAL)(%)	89%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO FUNCIONAL POR PROCESO (CONTROL INTERNO)(%)	87%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO (suscrito con REVISORIA FISCAL/CONTROL INTERNO)(%)	79%
<b>PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO TOTAL PLANES DE MEJORAMIENTO A 30-04-2017 (%)</b>	<b>85%</b>

Para la consolidación de la información se tuvo en cuenta la implementación de acciones de los planes de mejoramiento: INSTITUCIONAL (suscritos con la Revisoría Fiscal) POR PROCESOS (auditorías internas), de conformidad con el manual MECI y demás normas legales vigentes.

Así mismo, se presenta el seguimiento realizado al cumplimiento de las acciones suscritas en los planes de mejoramiento de la vigencia 2016 y 2017 con los siguientes resultados (*se adjunta Matriz de seguimiento planes de mejoramiento Institucional/Procesos con las observaciones realizadas*).

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA						
CODIGO: OACI-F-03 VERSIÓN: 00		MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)				
PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL - POR PROCESOS VIGENCIA 2016						
1	TALENTO HUMANO - CAPACITACION	CONTROL INTERNO	2016/12/31	4 acciones suscritas: 4 cumplen.	100%	SELECCIONAR
2	TALENTO HUMANO - ENCUESTA MECI	CONTROL INTERNO	2016/11/30	3 acciones suscritas: 1 cumple y 2 no cumplen.	60%	SELECCIONAR
3	SIAU - FEB 2016	CONTROL INTERNO	2016/12/31	2 acciones suscritas: Las 2 cumplen.	100%	SELECCIONAR
4	SIAU - JUL 2016	CONTROL INTERNO	2016/12/31	4 acciones suscritas: Las 4 cumplen.	99%	SELECCIONAR
5	FACTURACION	CONTROL INTERNO	2016/12/15	3 acciones suscritas: 2 cumplen y 1 cumple parcialmente.	93%	SELECCIONAR
6	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CONTROL INTERNO	2016/06/30	4 acciones suscritas: Las 4 cumplen.	100%	SELECCIONAR
7	TESORERIA	CONTROL INTERNO	2016/08/31	6 acciones suscritas: 3 cumplen parcialmente y 3 no cumplen.	40%	SELECCIONAR
8	GESTION AMBIENTAL	CONTROL INTERNO	2016/07/31	5 acciones suscritas: 2 cumplen, 3 cumplen parcialmente.	86%	SELECCIONAR
9	INFORME MECI	CONTROL INTERNO	2016/12/31	9 acciones suscritas: 4 cumplen, 3 cumplen parcialmente y 2 (N/A).	91%	SELECCIONAR
10	SISTEMAS - GOBIERNO EN LINEA	CONTROL INTERNO	2016/12/31	17 acciones suscritas: 4 cumplen, 2 cumplen parcialmente y 11 no cumplen.	36%	SELECCIONAR
11	FARMACIA INV/	CONTROL INTERNO / REVISORIA FISCAL	2016/12/31	7 acciones suscritas: 3 cumplen, 3 cumplen parcialmente, y 1 (-).	83%	SELECCIONAR
12	GESTION DOCUMENTAL	CONTROL INTERNO	2016/12/15	7 acciones suscritas: 1 cumple, 4 cumplen parcialmente, 1 no cumple y 1 (-).	80%	SELECCIONAR
13	GESTION JURIDICA	CONTROL INTERNO	2016/08/30	7 acciones suscritas: 2 cumplen, 1 cumple parcialmente y 4 no cumplen.	40%	SELECCIONAR
14	CONTROL INTERNO CONTABLE	CONTROL INTERNO	2016/07/01	7 acciones suscritas: 1 cumple, 6 cumplen parcialmente.	75%	SELECCIONAR
15	PAMEC	CONTROL INTERNO	2016/12/31	6 acciones suscritas: 4 cumplen, 2 cumple parcialmente.	92%	SELECCIONAR
16	MANTENIMIENTO	SESALUB	2016/03/31	5 acciones suscritas: 2 cumplen, 3 cumplen parcialmente.	78%	SELECCIONAR
17	URGENCIAS	CONTROL INTERNO	2016/06/30	6 acciones suscritas: 2 cumplen, 1 cumple parcialmente, 3 no cumplen.	50%	SELECCIONAR
18	FARMACIA - BPE-CAPM	CONTROL INTERNO	2016/12/31	36 acciones suscritas: 24 cumplen, 12 no cumplen.	75%	SELECCIONAR
19	LABORATORIO CLINICO	CONTROL INTERNO	2016/11/30	12 acciones suscritas: 10 cumplen, 2 no cumplen.	88%	SELECCIONAR
20	COMITES INSTITUCIONALES	CONTROL INTERNO	2016/05/31	4 acciones suscritas: 1 cumple, 2 cumplen parcialmente, 1 no cumple.	68%	SELECCIONAR

21	CONSULTA EXTERNA	CONTROL INTERNO	2017/06/30	4 acciones suscritas: 2 no cumplen, 2 se encuentran en términos de cumplimiento.	40%	SELECCIONAR
<b>PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL - POR PROCESOS VIGENCIA 2017</b>						
1	PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	CONTROL INTERNO	2017/11/15	9 acciones suscritas: 2 cumplen, 1 cumple parcialmente, 1 no cumple, 4 se encuentran en términos de cumplimiento, y 1 (N/A).	81%	SELECCIONAR
2	CARTERA	CONTROL INTERNO	2017/12/31	6 acciones suscritas: 2 cumplen y 4 se encuentran en términos de cumplimiento.	100%	SELECCIONAR

## CONSOLIDADO PLANES DE MEJORA 2016 Y 2017

Como se puede apreciar en la siguiente tabla, de un total de 173 acciones, 81 se han cumplido equivalente al 46.8%, 35 cumplen parcialmente equivalente al 20.2%, 42 no cumplen equivalente al 24.3%, y 15 se encuentran pendientes por verificación y/o no aplican equivalente al 8.7% restante de acuerdo a la observación realizada.

CONSOLIDACION SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS) 2016							
No.	P.M. PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO	ACCIONES	CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	PENDIENTE VERIFICACION - N/A
<b>TOTAL</b>			<b>173</b>	<b>81</b>	<b>35</b>	<b>42</b>	<b>15</b>
<b>PROMEDIO (%)</b>			<b>100.0%</b>	<b>46.8%</b>	<b>20.2%</b>	<b>24.3%</b>	<b>8.7%</b>

Gráficamente se representa así:



De acuerdo al seguimiento y monitoreo realizado para estos planes, se observa como resultado el siguiente promedio, así:

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL/POR PROCESOS)	
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL (SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA)(%)	78%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO FUNCIONAL POR PROCESO (CONTROL INTERNO)(%)	76%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO (suscrito con REVISORIA FISCAL/CONTROL INTERNO)(%)	83%
<b>PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO TOTAL PLANES DE MEJORAMIENTO A 30-04-2017 (%)</b>	<b>79%</b>

Para la consolidación de la información se tuvo en cuenta la implementación de acciones de los planes de mejoramiento: INSTITUCIONAL (suscritos con la Revisoría Fiscal Y SESALUB), POR PROCESOS (auditorías internas), conforme a lo establecido en el Manual MECI y demás normas legales vigentes.

De acuerdo al seguimiento y monitoreo realizado a estos planes de mejoramiento Institucional y por Procesos de las vigencias 2015 a 2017, se observa que de un total de 325 acciones de mejora propuestas, 181 se han cumplido equivalente al 55.7%, 75 cumplen parcialmente equivalente al 23.0%, 49 no cumplen equivalente al 15.0%, y 20 se encuentran pendientes por verificación y/o no aplican equivalente al 6.2% restante; se observa como resultado el siguiente promedio consolidado, así:

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL/POR PROCESOS)	
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO (suscrito con REVISORIA FISCAL/CONTROL INTERNO)(%)	81%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL ( REVISORIA FISCAL) (%)	89%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO FUNCIONAL POR PROCESO (CONTROL INTERNO)(%)	82%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL (SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA)(%)	78%
<b>PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO TOTAL PLANES DE MEJORAMIENTO A 30-04-2017 (%)</b>	<b>83%</b>

Para la consolidación de la información se tuvo en cuenta la implementación de acciones de los planes de mejoramiento: INSTITUCIONAL (suscritos con la Revisoría Fiscal Y SESALUB), POR PROCESOS (auditorías internas), conforme a lo establecido en el Manual MECI y demás normas legales vigentes.

De acuerdo a la tabla anterior, se reflejan los resultados obtenidos del primer cuatrimestre a corte 30 de abril de 2017, correspondiendo a un cumplimiento del 83%.

- Teniendo en cuenta que como se observó en el seguimiento realizado existen acciones que a la fecha continúan pendientes situación que no es favorable para la entidad ante el incumplimiento reiterado. Se insiste nuevamente en la importancia de fortalecer la formación de una cultura de autocontrol y mejoramiento continuo en las áreas y procesos de la entidad, al tener éstas relación directa con la gestión institucional del Hospital. Es importante recomendar continuar con el seguimiento y revisión permanente de las acciones formuladas y dar aplicabilidad al **AUTOCONTROL** como principio rector de la actividad diaria de la gestión, el cual se define como: *“La capacidad de cada servidor, independientemente de su nivel jerárquico dentro de la entidad, para evaluar su trabajo, detectar desviaciones, efectuar correctivos, mejorar y solicitar ayuda cuando lo considere necesario, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y tareas bajo su responsabilidad garanticen el ejercicio de una función administrativa transparente y eficaz”*. Con el fin de lograr el cierre efectivo y definitivo de las mismas.

## RECOMENDACION GENERAL

- El manual MECI - 2014, señala que “El objetivo primordial del plan de mejoramiento es promover que los procesos internos de la entidad se desarrollen de forma eficiente y transparente a través de la adopción y cumplimiento de las acciones correctivas o de la implementación de metodologías orientadas al mejoramiento continuo...”, motivo por el cual se recomienda de forma general el cumplimiento a las acciones suscritas en los planes de mejoramiento Institucional – Procesos e Individuales, efectuando mayor control y seguimiento permanente de las acciones formuladas y/o autocontrol.
- Las acciones formuladas en los Planes de Mejoramiento, deben garantizar que las causas que originan el o los hallazgos, se eliminan y sirven como posteriores controles al proceso para garantizar la efectividad de la gestión y de los principios normativos.

Segura de la valiosa atención, agradezco el compromiso permanente y la mejora continúa con el sistema de control interno de la ESE Hospital San Rafael de Tunja.

Cordial Saludo,

**G. ESPERANZA ORTEGA PINILLA**

Asesora de Control Interno  
E.S.E. Hospital San Rafael Tunja

*Proyectó: JACM, DPRR. Revisó: GEOP*

Copia: Vía Outlook a los procesos involucrados y Subgerencias

***ANEXO: Matriz de seguimiento planes de mejoramiento (Institucional/Procesos) con las observaciones realizadas en medio magnético.***