

Al contestar cite 20231100003651



Tunja, Enero del 2023

Doctor
GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZALEZ
Gerente

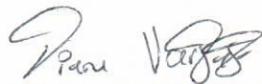
Ref. Informe seguimiento Planes de Mejoramiento con corte a 30 de diciembre 2022.

Cordial saludo Dr.

En cumplimiento a la Ley 87/1993, al Decreto 648 de 2017, y de conformidad con las funciones legales y de planeación de esta oficina, adjunto informe de seguimiento a Planes de Mejoramiento de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja con corte a 30 de Diciembre de 2022, según lo contemplado en la resolución interna No. 124 de 2019 y su modificatorio y demás procedimientos internos de la entidad.

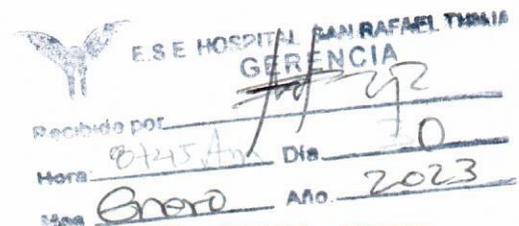
Atentamente,

ATENTAMENTE



DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ
Asesora Control Interno
E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Anexo Informe 14 folios
C.C Oficina Asesora Desarrollo de servicios, Subgerencias y procesos intervinientes.



INFORME DE SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO
IV TRIMESTRE DE 2022

1

Elaborado por:
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, Enero 2023



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



8-7405030



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



INFORME DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA SUSCRITAS EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL Y POR PROCESOS CON CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2022

OBJETIVO

Evaluar y realizar seguimiento al avance y nivel de cumplimiento en las acciones y metas suscritas en planes de mejoramiento suscritos vigentes con corte a 31/12/2022.

2

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✓ Verificar y realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora suscritas en planes de mejoramiento en la plataforma DARUMA y/o Evidencias presentadas a la Oficina Asesora de Control Interno.
- ✓ Verificar y realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora suscritas en planes de mejoramiento con entes externos.
- ✓ Realizar sugerencias y/o recomendaciones encaminadas al mejoramiento y cumplimiento de los planes suscritos y evitar incumplimientos por parte de los procesos

PROCESOS Y/O ÁREAS INVOLUCRADAS

- ✓ SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Presupuesto, Tesorería, Contabilidad, Gestión suministros y Activos fijos, Gestión de Contratación, Gestión Administrativa (Facturación, Cartera y Cuentas médicas).

- ✓ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Farmacia, SIAU, Urgencias, Hemodinámica, Apoyo servicios de salud- Imagenología, laboratorio, especialidades médicas, Gestión Quirúrgica/sala de partos y ginecología.

- ✓ OFICINA ASESORA DESARROLLO DE SERVICIOS

INCONTEC ISO 14001,45001, Gestión documental, Sistemas, Gestión Académica e investigativa y Gestión Ambiental, Ingeniería Biomédica, Comunicaciones y medios

METODOLOGÍA

El monitoreo a los planes de mejoramiento institucional y por procesos con corte a 31 de diciembre de 2022, se encuentra establecida en la Resolución interna 124 de 2019 y su modificadorio Resolución 327 del 2022 , en el manual OACI-M-02 Manual de Planes de mejoramiento y Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento del plan de mejoramiento por procesos.

La oficina de control interno a través de correo electrónico de fecha 6 de Enero del 2023, realizó comunicado a los procesos, solicitando las evidencias y avances de cada uno de los planes de mejoramiento, así como



el cargue de estos y avances en el módulo de planes de acción del Software Daruma, la información fue validada teniendo en cuenta el indicador, producto, fechas y evidencias con lo cual se estableció un porcentaje de avance y cumplimiento de las acciones implementadas.

Cabe resaltar que la medición de la eficiencia, eficacia y efectividad de los planes de mejoramiento se tienen establecidas a través del Software Daruma según las siguientes referencias:



3

• EFICIENCIA

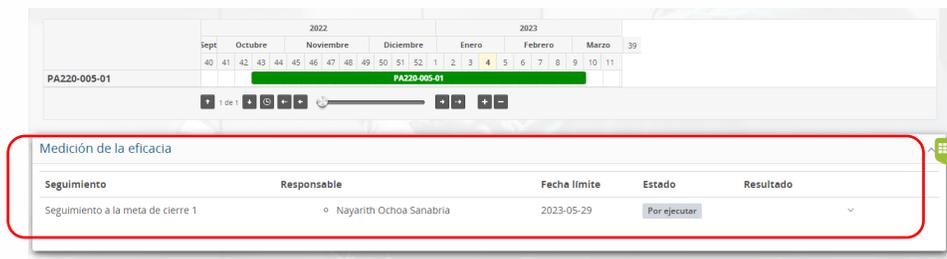
El monitor del software Daruma visualiza la eficiencia de las acciones y los planes de acción, teniendo en cuenta tres variables las cuales son: La fecha de inicio del plan de Acción, la fecha final del plan de Acción y la fecha en la que se consulta el plan de Acción tomada como un hoy una vez contenidas esas tres variables se cita el siguiente ejemplo:

- **Fecha de inicio:** 22 Noviembre de 2017 = 22/11/2017
- **Fecha final:** 30 Noviembre de 2017 = 30/11/2017
- **Fecha de consulta (Hoy):** 24 De Noviembre de 2017 = 24/11/2017 Una vez se tienen definidas las variables se procesa a generar los cálculos matemáticos
- $HOY - FECHA FINAL = -6$ = Lo llamaremos resultado 1 (R1)
- $FECHA FINAL - FECHA DE INICIO = 8$ = Lo llamaremos resultado 2 (R2) Finalmente calculamos la siguiente fórmula
- $R1 / (R2+1) = 0.66 = 66\%$ Resultado monitor de tiempo



Fuente: Figura 2: Monitores – Instructivo IN-IN-0016 –V-Vr.3.302 Modulo Planes MJD – Software Daruma

• EFICACIA



Seguimiento	Responsable	Fecha límite	Estado	Resultado
Seguimiento a la meta de cierre 1	Nayarith Ochoa Sanabria	2023-05-29	Por ejecutar	

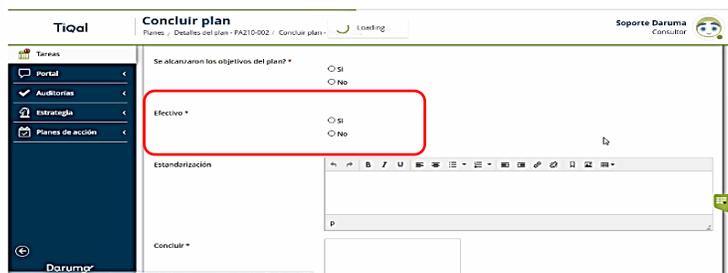
Fuente: Instructivo IN-IN-0016 –V-Vr.3.302 Modulo Planes MJD – Software Daruma

• EFECTIVIDAD

La efectividad de los planes se establece a través de seguimiento en el módulo Planes de acción del Software Daruma una vez se han cerrado todas las acciones del plan y se han ejecutado los seguimientos del plan, este o estos usuarios, podrán concluir el plan determinando si fue efectivo o no.

4.4.2 Conclusión del Plan de Acción

Realizados todos los seguimientos programados, el plan de acción quedará en estado "Pendiente por cerrar" se realiza la conclusión final del plan de acción. Para esto el responsable encontrará la tarea para realizar el cierre en el panel de tareas o lo podrá hacer desde la ficha detallada del plan. Ver Figura 58. Ejecución de la conclusión del plan de acción.



Concluir plan

Se alcanzaron los objetivos del plan? *

Si
 No

Efectivo *

Si
 No

Estandarización

Concluir *

El formulario del plan de cierre del plan de acción está compuesto por los siguientes campos:

- **Se alcanzaron los objetivos del plan:** Se selecciona si el plan acción alcanzo los objetivos o no
- **Cierre efectivo:** Se define si el plan tuvo un cierre efectivo o no
- **Estandarización:** Que se logró estandarizar con el plan, procedimientos, actividades, recursos físicos, etc.
- **Concluir:** Se registran las opciones de conclusión del plan de acción. Una vez se diligencian todos los campos del formulario y se da clic sobre el botón de guardar el plan va a quedar con el estado final del plan "Cerrado"

Fuente: Instructivo IN-IN-0016 –V-Vr.3.302 Modulo Planes MJD – Software Daruma

SOPORTES

- Resolución Interna 124 de 2019 y su modificatorio 327 del 2022
- Manual de planes de mejoramiento OACI-M-02
- Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento del plan de mejoramiento por proceso
- Decreto 648 de 2017 « Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública »
- Software Daruma
- Documentación presentada por los procesos.

INTRODUCCIÓN

La oficina de control interno en su rol de evaluación y seguimiento, establecida en el decreto 648 de 2017, realizó seguimiento y monitoreo a los planes de mejoramiento institucional y por procesos con el fin de revisar el estado de avance de las acciones establecidas.

De acuerdo a la información cargada en el Módulo de planes de acción del Software Daruma y en la matriz de seguimiento de planes de mejoramiento Institucional por procesos con acciones pendientes de cumplimiento derivadas de auditorías Interna y Externas, como Icontec, Revisoría Fiscal, Control Interno, calidad, Secretaria de Salud de Boyacá, Contraloría, se consolidaron a 31 de diciembre de 2022.

5

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

En desarrollo del programa anual de auditoría, se realizó el monitoreo a los planes de mejoramiento institucional y por procesos vigencias 2019-2022, que se estructuraron para corregir desviaciones encontradas como resultado de auditorías internas y externas realizadas a la entidad, con el propósito de fortalecer la ejecución de los procesos y minimizar el riesgo en el desarrollo de la gestión institucional.

En la siguiente tabla se relaciona las Subgerencias y los procesos responsables de los planes de mejoramiento identificando los planes de mejoramiento formulados, Abiertos, cerrados, vencidos, en término y reformulados.

SUBGERENCIA	PROCESO	TOTAL PM	PLANES CERRADOS	PLANES ABIERTOS		REFORMULACIÓN DEL PLAN
				VENCIDOS	EN TERMINOS	
SAF	CARTERA	1	1	0	0	0
	CONTRATACION	1	0	1	0	0
	TESORERIA	2	1	1	0	0
	PRESUPUESTO	2	1	0	1	0
	CONTABILIDAD	1	0	1	0	0
	AUDITORIA CUENTAS MEDICAS	1	0	0	1	0
	TALENTO HUMANO	1	0	0	1	0
	GESTION DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	1	1	0	0	0
SSS	SERVICIOS DE APOYO- IMAGENOLOGÍA	1	0	1	0	0
	URGENCIAS	2	2	0	0	0
	ESPECIALIDADES CLÍNICAS	1	0	1	0	0
	HEMODINAMIA	1	0	1	0	0
	FARMACIA	1	0	1	0	0
	FARMACIA (BPM)	1	0	1	0	0
	GESTIÓN QUIRURGICA/SALA DE PARTOS Y GINECOLOGIA	1	0	1	0	0
	SIAU	1	1	0	0	0
	UCI-ADULTO	1	0	0	1	0
	GESTION DOCUMENTAL	1	0	0	1	0
OADS	SISTEMAS	0	0	0	0	0
	GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA	1	0	1	0	0
	COMUNICACIONES Y MEDIOS	0	0	0	0	0
	INGENIERIA BIOMEDICA	1	1	0	0	0
	INCONTEC ISO 14001,45001	2	1	0	1	0
TOTAL	25	9	10	6	0	

Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

Se hace claridad que los planes de mejoramiento de Gestión documental e Icontec ISO 14001.450001 está en términos y el color rojo corresponde al avance del plan y no al cumplimiento.



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



8-7405030



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



La oficina de control interno realizó seguimiento y evaluación a los 25 planes de mejoramiento vigentes suscritos con corte a 30 de diciembre de 2022, donde se cerraron 9 planes de mejoramiento, 10 se encuentran vencidos y 6 en términos de cumplimiento.

1.1 SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

La oficina de control interno realizó seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la subgerencia Financiera con corte a 31 de diciembre del 2022, consolidando sus resultados a través de la matriz de seguimiento planes de mejoramiento (Institucional y por proceso) con código OACI-F-03, teniendo en cuenta : Vigencia, consecutivo, proceso responsable, fuente de Hallazgo, fecha de Cierre, Avances, Cierre de plan y Observaciones, A continuación se presentan forma resumida el resultado de este seguimiento:

6

CODIGO: OACI-F-03		ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA										HOSPITAL SAN RAFAEL
VERSIÓN: 03		MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)										FECHA: 14/09/2022
VIGENCIA	SUBGERENCIA	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	LIK PLAN	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO TRIMESTRE	% AVANCE IV TRIMESTRE	% AVANCE TOTAL	CIERRE PLAN DE MEJORA MIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alcance)
2019	SAF	INT-23	INT-23	TESORERIA	REVISORIA FISCAL		5 acciones 4 acciones cumplen 1 acción vencida	VENCIDO	94%	NO	Con base en los soportes allegada por el proceso, la oficina de Control Interno evidenció la ejecución del total de las acciones propuestas, sin embargo teniendo en cuenta que el hallazgo fue producto de auditoría de Revisoría Fiscal se solicitó revisión de las evidencias, y a través de oficio del 19 de enero de 2023, esta área emitió concepto el cual refiere: «...el área de revisoría fiscal considera que el plan de mejora para este hallazgo deberá cerrarse cuando todas las cajas del hospital manejen la misma parametrización en el aplicativo SERVINTE, y considerando el tiempo que ha transcurrido desde la fecha de la emisión del hallazgo se implemente esta configuración en las cajas que presentan esta inconsistencia en el menor tiempo posible.». En razón a esto y con el fin de realizar seguimiento a la efectividad del mismo no se cierra la acción hasta que se realicen los ajustes recomendados por la revisoría. Alertas Generadas por control Interno. Es importante tener en cuenta que el no cumplimiento de la acción mantiene la probabilidad de ocurrencia de riesgos de jineteo que dio origen al hallazgo incidiendo directamente en los recursos de la entidad, situación que obliga al proceso a adelantar las acciones necesarias para implementar eficazmente el arqueo ciego fortaleciendo controles.	NO
2022	SAF	PA2212-008	https://hsrt.darumasoftware.com/fapp.php/staff/accionplan/82	PRESUPUESTO	CONTROL INTERNO	31/12/2022	1 acción suscrita cerrada	100%	100%	SI	El proceso a través del Software Daruma evidenció el envío oportuno de los actos administrativos de traslados presupuestales al	NO

										Departamento y a Planeación en los términos establecidos en el Artículo 23 de Decreto 115 de 1996, cumpliendo con el reporte de las resoluciones generadas durante el periodo del seguimiento. Se evidenció que para el periodo en seguimiento se emitieron 5 resoluciones de modificación al presupuesto de la entidad las cuales fueron oportunamente remitidas al Departamento vía correo electrónico. En virtud de esto se logró dar cumplimiento a la acción suscrita en el tiempo establecido, por esto se da cierre ya que su ejecución fue efectiva.		
2022	SAF	PA 2212-010	https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/acionplan/86	SUMINISTRO S Y ACTIVOS FIJOS	CONTROL INTERNO	30/09/2022	2 acciones suscritas cerradas	100%	100%	SI	Teniendo en cuenta que en el seguimiento anterior las acciones suscritas en el plan de mejoramiento se encontraban cumplidas por parte del proceso responsable, una vez analizados los soportes cargados en el módulo Daruma, se evidenció por parte del proceso responsable que los informes generados desde el módulo de Servinte presentan inconsistencias frente a la información cargada, razón por la cual se presentó requerimiento a sistemas para que se revisara y se realizaran los ajustes pertinentes, en virtud de esto el área de sistemas respondió requerimiento sustentando "Cuando ingresan los Pc, impresora y Escáner se asigna primero a sistemas ya que es el encargado de la revisión, configuración y posterior distribución a las diferentes áreas del hospital dependiendo de la necesidad de cada área, por parte de sistemas se envía correo al almacén informando la ubicación, serial y placa.", razón por la cual al realizar la consulta en el módulo Servinte por ubicación los equipos reportan Sistemas sin embargo el responsable si refleja el líder del área a la cual fue asignada, lo anterior se evidencio a través de hoja de vida de equipos tomados como muestra e informe allegado por sistemas generado de Servinte. En virtud de esto se da cierre al plan.	NO
2022	SAF	PA 2212-011	https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/acionplan/87	CARTERA	CONTROL INTERNO	31/07/2022	8 acciones suscritas cerradas	100%	100%	SI	ACCIONES CERRADAS: El proceso cargo evidencias soportando las acciones suscritas #2, #3, #4,#5,#6, #7 y #8, razón por la cual se da cierre, sin embargo es necesario continuar ejecutándolas como control permanente y fortalecimiento del proceso de tal	NO



										manera que no se reiteren no conformidades. Frente a la acción #1 El proceso responsable en cumplimiento de la acción suscrita referente a Cartera acumulada por edades, tenía acción conjunta con el área de facturación a través del cual se debía presentar un informe mensual de cargue de facturación de lo que se encuentra pendiente por legalizar, en razón a esto se verifico evidencia allegada por el proceso mediante Actas de facturación pendiente por radicar de los meses de julio a diciembre de 2022 en las cuales se relacionan los valores pendientes por vigencias, adicionalmente se adjuntaron pantallazos del seguimiento de cuentas por radicar de julio a Diciembre de 2022 del módulo Servinte, lo anterior soporta la ejecución de la acción por tanto se da cierre. Teniendo en cuenta lo anterior se recuerda al proceso la importancia del seguimiento a la efectividad y que es necesario evidenciar la continuidad de la acción, por tanto deben revisar las fechas de seguimiento para cargar los soportes requeridos.		
2022	SAF	PA-2212-012	https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/actuonplan/88	CONTABILIDAD	CONTROL INTERNO	31/12/2022	13 acciones suscritas; 11 Acciones cerradas 2 acciones con avance parcial, vencidas	100%	93%	NO	ACCIONES CERRADAS: El proceso responsable dio cumplimiento a 11 de las acciones suscritas, una vez revisadas las evidencias cargadas en el link del plan de acción del Software Daruma, las cuales dan cumplimiento a lo establecido en el plan de mejoramiento por tal motivo se da cierre a estas acciones quedando en seguimiento de efectividad. ACCIONES VENCIDAS CON AVANCE PARCIAL: El proceso responsable allego soportes de 2 actividades que se encuentran vencidas pero que no dan soporte a lo proyectado en el plan de mejoramiento teniendo en cuenta esto se generan las siguientes alertas: * Es necesario que los procesos responsables adelanten las acciones que permitan migrar la totalidad de los deudores al Sistema Servinte, disminuyendo los riesgos de errores por manejo de la información manualmente o posibles pérdidas de esta que incidan que el flujo de recursos.	NO
2022	SAF	PA2212-015	https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/actuonplan/92	TESORERIA	CONTROL INTERNO	31/12/2022	18 acciones suscritas cerradas en seguimiento a la efectividad	100%	100%	NO	El proceso responsable adjunto evidencia de cumplimiento de las 18 acciones suscritas, con soportes que sustentan el producto proyectado, evidenciando la eficiencia de las acciones y teniendo en cuenta la importancia de medir la efectividad del plan se realizara seguimiento según cronograma cargado en el módulo Daruma. En virtud de lo anterior se da cierre a las acciones.	NO



2022	SAF	PA 220-001	https://hsrt.darumaosoftware.com/fapp.php/staff/actcionplan/97	CONTRATACION	CONTROL INTERNO	31/12/2022	7 acciones suscritas (6 en Daruma y una sin cargue en Daruma 5 acciones cerradas (#1-#3-#4-#5 y #7) 2 acciones con avance parcial vencidas (#2 - #6)	100%	92%	NO	<p>ACCIONES CERRADAS:</p> <p>* ACCIÓN 1: Se adoptó y documento procedimiento A-PR-13 PLAN ANUL DE ADQUISICIONES, a través del cual se dan lineamientos para el proceso de construcción, actualización y publicación del plan anual de adquisiciones. Dando cumplimiento a la acción suscrita.</p> <p>ACCION 3. Una vez verificados los soportes allegados por el proceso se realizó actualización del formato correspondiente a informe de supervisión, así como verificación de los documentos propios del área, por tal razón se da cierre a la acción de mejora</p> <p>ACCION 4. El proceso da cumplimiento a la modificación del indicador 1477 y a la actualización de la política de operación del proceso de Contratación.</p> <p>*ACCION 5. Se establecieron controles con el fin de dar cumplimiento como la documentación de las listas por tipo de contratación en el software Daruma, y muestra de verificación de diligenciamiento de las mismas y teniendo en cuenta que se encuentra en términos de cumplimiento se anexaron evidencias de la adherencia a los formatos implementados. ACCION 7. Se realizó actualización de los documentos que conforman el sistema de Gestión documental.</p> <p>ACCIONES VENCIDAS CON AVANCE:</p> <p>*ACCIONES 2 - 6, Según los plazos establecidos las acciones se encuentran vencidas con avance parcial, quedando pendiente la aprobación del Estatuto y actualización del Manual de contratación, situación sujeta a trámites administrativos ante la Junta Directiva de la entidad, razón por la cual se recomienda adelantar las actuaciones necesarias que garantizan el cabal cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito, y se formalicen estos documentos que son las directrices para manejo de la contratación de la entidad.</p>	NO
2022	SAF	PA220-005	https://hsrt.darumaosoftware.com/fapp.php/staff/actcionplan/101	PRESUPUESTO	CONTROL INTERNO	28/02/2023	1 acción suscrita en términos de cumplimiento	100%	50%	NO	<p>Teniendo en cuenta el plazo de ejecución suscrito para la acción, el proceso responsable allego evidencia de avance de ejecución a través de documento de conciliación entre la información cargada en la categoría CUIPO del Schip y la Información consolidada en ejecuciones presupuestales, mediante el cual se evidencio la verificación realizada por el proceso con el fin de revisar y conciliar la información cargada como verificación de la coherencia de esta para el corte 30 de septiembre de 2022, sin embargo teniendo en cuenta que el cargue del informe correspondiente al corte 31 de</p>	NO

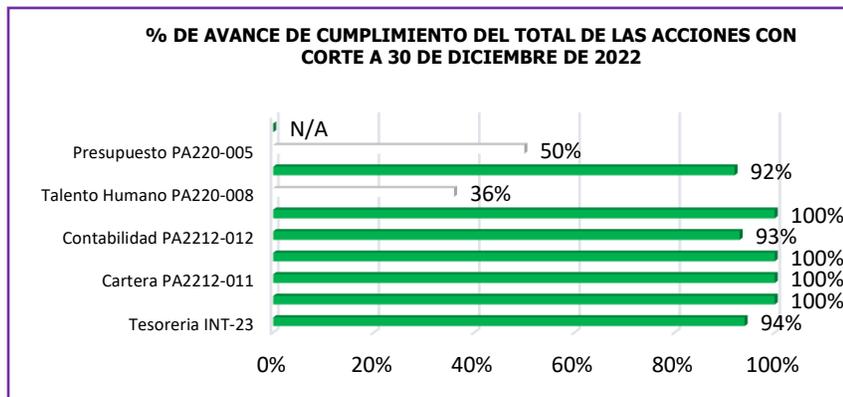


											diciembre de 2022 tiene como el mes de febrero, esta acción continua en seguimiento con el fin de verificar su cumplimiento y efectividad.	
2022	SAF	PA220-009	https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/accionplan/120	AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	CONTROL INTERNO	31/03/2023	3 acciones suscritas en términos de cumplimiento	N/A	N/A	NO	El plan de mejoramiento se encuentra en términos de ejecución y cumplimiento, sin avance parcial	NO
2022	SAF	PA220-008	https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/accionplan/119	TALENTO HUMANO	CONTROL INTERNO	15/08/2022	13 Acciones suscritas, 5 cerradas y 8 dentro de términos de ejecución	100%	36%	NO	Cuarto trimestre de 2022, 13 acciones suscritas. Acciones cerradas: 5 ACCIÓN #01 El proceso anexa formatos TH-F-16; TH-F-43 y TH-F-15. Debidamente diligenciados y en los cuales se comprueba la ejecución de la reinducción tal como lo requiere la acción #05 Mediante formato GD-F-05 el proceso de gestión documental certifica el correcto proceso de transferencia documental primaria al archivo central, realizado por el proceso de talento humano. ACCIÓN #09 se aporta documento TH-F-15, con los datos y firma de los asistentes a la capacitación " acoso laboral" y la socialización del código de integridad. dando así cumplimiento a la acción ACCIÓN #10 Y 13 anexan evidencias que permiten dar cierre a las acciones. El plan de encuentra en ejecución	NO

10

Se debe tener en cuenta que aunque en la matriz de Seguimiento se **reflejan los planes de mejoramiento de Presupuesto con avance del 50% y Talento humano con avance total del 36% en rojo, esto se debe al porcentaje total del plan y al manejo de intervalos para asignar la escala cromática, sin embargo estos planes se encuentran en términos de cumplimiento y presentaron avances a las acciones suscritas para el trimestre en seguimiento.**

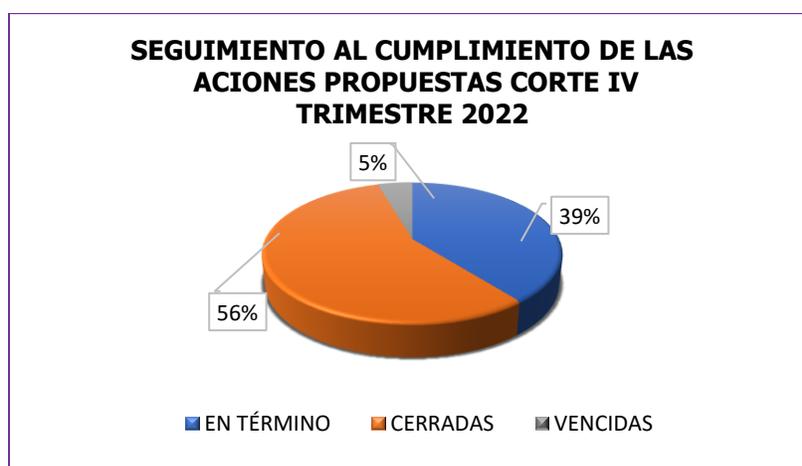
En la gráfica siguiente se muestra el avance de cumplimiento de las acciones suscritas en los planes de mejoramiento para la Subgerencia Administrativa y Financiera por procesos correspondientes al cuarto trimestre de 2022, donde se evidencia que se presentaron avances a las acciones suscritas.



Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

- ✓ 3 planes de mejoramiento en términos de cumplimiento que corresponden a Auditoría de cuentas médicas, Presupuesto, y Talento humano.
- ✓ 3 Planes de mejoramiento con 1 acción vencida cada uno correspondiente a Tesorería, Contratación y Contabilidad.
- ✓ 4 Planes de mejoramiento cerrados correspondiente a Presupuesto, Gestión de suministros y activos fijos, Tesorería y Cartera.

A continuación se muestran las acciones de mejora formuladas en los 10 planes de mejoramiento vigentes de la Subgerencia Administrativa y Financiera con corte a 31 de diciembre del 2022, producto de las fuentes de hallazgo (Revisoría Fiscal y Oficina de control Interno):



Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE DICIEMBRE DE 2022 SUBGERENCIA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA									
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento)		EFECTIVIDAD DEL PLAN
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS	SI	NO	
				EN TÉRMINO	VENCIDAS				
Tesorería	2019	INT-23	5	0	1	4	4	1	En Seguimiento a la Efectividad
Presupuesto	2021	PA2212-008	1	0	0	1	1	0	Efectivo
Cartera	2021	PA2212-011	8	0	0	8	7	1	Efectivo
Almacén	2022	PA2212-010	2	0	0	2	0	2	Efectivo
Contabilidad	2022	PA2212-012	13	0	1	12	12	1	N.A.
Tesorería	2022	PA2212-015	18	0	0	18	18	0	En Seguimiento a la Efectividad
Talento Humano	2022	PA220-008	13	8	0	5	5	0	N.A.
Contratación	2022	PA220-001	7	0	2	5	5	2	En Seguimiento a la Efectividad
Presupuesto	2022	PA220-005	1	1	0	0	NA	NA	N.A.
Cuentas medicas	2022	PA220-009	3	3	0	0	NA	NA	N.A.
TOTAL			71	12	4	55	52	7	

Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

1.2 SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD

La oficina de control interno realizo seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la subgerencia Servicios de Salud con corte a 30 de diciembre del 2022, consolidando sus resultados a través de la matriz de seguimiento planes de mejoramiento (Institucional y por proceso) con código OACI-F-03, teniendo en cuenta: Vigencia, consecutivo, proceso responsable, fuente de Hallazgo, fecha de Cierre, Avances, Cierre de plan y Observaciones. A continuación, se presentan forma resumida del resultado de este seguimiento.

12

CODIGO: OACI-F-03		ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA								FECHA: 14/09/2022	
VERSIÓN: 03		MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)								NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alcance)	
VIGENCIA	SUBGERENCIA	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO III TRIMESTRE	% AVANCE IV TRIMESTRE	% AVANCE TOTAL	CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alcance)
2020	SSS	INT-03	SERVICIOS DE APOYO-IMAGENOLOGÍA	CONTROL INTERNO	30/06/2020	9 acciones suscritas: Cumple (8), Pendiente y vencida (1)	VENCIDO	93%	NO	ACCION VENCIDA: El líder del proceso aporta evidencia, en la cual el proceso de Sistemas certifica que en el mes de noviembre de 2022, integraron los sistemas, pero aún se siguen haciendo mejoras de inconvenientes que se han presentado en el desarrollo del mismo, adjuntando documento de comprobación. Adicionalmente cita la certificación lo siguiente. " Con la Solución actual no se tiene un módulo estadístico lo cual se requiere para poder sacar estadísticas para el servicio de Imagenología, y con la adquisición del módulo se podrían obtener información completa de la atención del paciente, se sugiere adquirir el módulo de inteligencia de negocios Looker". Teniendo en cuenta lo anterior la acción de mejora propuesta continua abierta , se recomienda al líder del proceso realizar la gestión necesaria para dar cierre al plan de Mejoramiento el cual se encuentra vencido y fue propuesto en el año 2020	NO
2021	SSS	PA214-001	URGENCIAS	SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ- EXTERNO	14/02/2022	8 acciones suscritas: Cumplen (8)	N/A	100%	SI	ACCIONES CUMPLE Y SE DA CIERRE Adjuntan evidencias de la actualización del curso virtual Institucional "víctimas de violencia" en la plataforma virtual del HUSRT y certificación de talento humano del cumplimiento del 100% personal de urgencias del curso virtual Institucional. Se da cierre a la actividad 6 y 7.	NO
2022	SSS	PA2212-006	URGENCIAS	CONTROL INTERNO	31/03/2022	12 Acciones suscritas Cumplen (12)	N/A	100%	SI	ACCION CUMPLE Y SE DA CIERRE La acción No 6 El líder del servicio realizó un análisis del último trimestre del 2022, en donde evidencia que los tiempos de atención por médico general no superan las 3,5 horas, encontrándose dentro de la meta establecida, verificación realizada a una muestra	NO
2022	SSS	PA2212-007	ESPECIALIDADES CLÍNICAS	CONTROL INTERNO	1/04/2022	12 acciones, Cumple (10), vencidas(2)	N/A	83%	NO	El proceso cargo evidencias de 10 de las 13 acciones suscritas , las cuales se verifican y se les da cierre, . ACCION VENCIDA: ACCION 7: Realizar trimestralmente el monitoreo del cumplimiento de los cursos generando por parte de la oficina de talento humano la certificación en el cumplimiento de los mismos ACCION 9: Verificar la implementación de paquetes instruccionales para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos según la definición de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.	NO



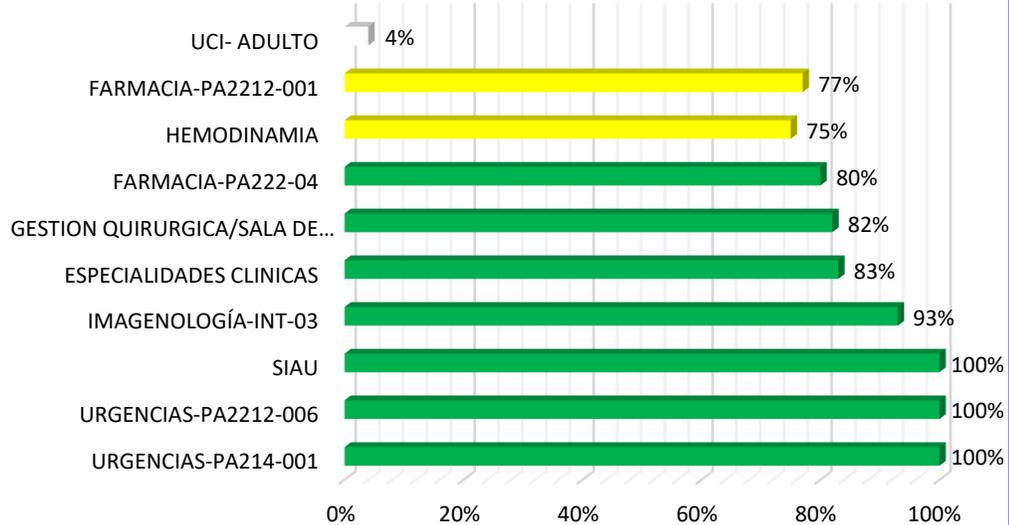
2022	SSS	PA222-003	HEMODINAMIA	AUDITORIA INTERNA	31/12/2022	4 Acciones: Cumple (3), dentro de término (1)	VENCIDO	75%	NO	<p>ACCION VENCIDA: Acción 4. Para el pago de los servicios públicos y de acuerdo a reunión sostenida entre las partes, se realizará la medición con los contadores instalados para establecer el valor promedio y acuerdo de pago, acción que se verificará en el próximo seguimiento</p>	NO
2022	SSS	PA2212-001	FARMACIA	CONTROL INTERNO	31/02/2022	13 Acciones: Cumple: (10) Acción vencidas y sin avance: (3)	VENCIDO	77%	NO	<p>El proceso cargo evidencias de 10 de las 13 acciones suscritas, las cuales se verifican y se les da cierre, ACCION VENCIDAS Y SIN AVANCE:</p> <p>ACCION 10: Socializar al personal la importancia del diligenciamiento de todos los campos del formato SF-F-58 "control inventario de lotes y de fechas de vencimiento" e incluir en el cuadro de personal el turno de control de fechas de vencimiento. Implementar registro de realización de actividades de revisión de lotes y fechas de vencimiento.</p> <p>ACCION 11: Incluir en la matriz de riesgo de los programas de tecnovigilancia y farmacovigilancia los controles estableciendo responsables, periodicidad y evidencia del seguimiento.</p> <p>ACCION 13: Realizar inclusión de los criterios en el procedimiento SF-PR-31 Distribución de medicamentos y dispositivos médicos</p>	NO
2022	SSS	PA222-004	FARMACIA (BPM)	AUDITORIA INTERNA MESSER	31/09/2022	15 Acciones: Cumple(12), Acciones vencidas y sin avance (3)	VENCIDO	80%	NO	<p>ACCION CUMPLE: (12)</p> <p>ACCIONES VENCIDAS Y SIN AVANCE:</p> <p>ACCION 2: Ajustar SF-SAM-M-01 manual de garantía de calidad direccionando la divulgación de los documentos.</p> <p>ACCION 10: Realizar validaciones, incluir dentro de la lista de auto inspecciones la frecuencia de la aplicación del plan maestro de validación.</p> <p>ACCION 14: Ajuste SF-SAM-PR-16 procedimiento de auto inspecciones incluyendo la calificación del hallazgo</p>	NO
2022	SSS	PA2218-001	GESTION QUIRURGICA/SALA DEPARTOS Y GINECOLOGIA	CONTROL INTERNO	15/07/2022	22 Acciones, cumplen (18), Vencidas (4),	VENCIDO	82%	NO	<p>ACCIONES CUMPLEN (14)) ACCIONES CUMPLEN (14), VENCIDAS</p> <p>ACCION 9: Evaluación de adherencia a la aplicación del protocolo ATENCION PRIORITARIA DE LA GESTANTE GO-PT-04</p> <p>ACCION 12: SOCIALIZACION PROTOCOLO ATENCION Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA GO-PT-14</p> <p>ACCION 13: Socializar con los anestesiólogos los resultados de esta auditoria para generar acciones de mejora frente al proceso de analgesia obstétrica</p> <p>ACCION 14; Implementar el plan de contingencia documentado con el fin de Garantizar la disponibilidad de los insumos de farmacia requeridos para la analgesia obstétrica</p>	NO
2022	SSS	PA220-007	UCI-ADULTO	CONTROL INTERNO	21/10/2022	25 Acciones, cumplen (1), Vencidas (4), Dentro de términos (20)	20%	4%	NO	<p>Con corte al cuarto trimestre se plantean 5 acciones de las cuales se dio cumplimiento a 1, avance del trimestre del 20%</p> <p>ACCION CUMPLE: 1</p> <p>ACCIONES DENTRO DE LOS TERMINOS: 20</p> <p>ACCIONES VENCIDAS:</p> <p>ACCION 15: Revisar y actualizar del protocolo de prevención de descondicionamiento físico en el paciente crítico</p> <p>ACCION 20: Articulación con talento humano con el fin de llevar un seguimiento periódico de los requisitos de información de talento humano e informar al personal para que continúe con los requerimientos.</p> <p>ACCION 21: Revisión periódica de infraestructura y notificación inmediata a mantenimiento para que realice los respectivos ajustes.</p>	NO

									ACCION 22: Garantizar la disponibilidad de los 17 ventiladores en cada una de las unidades de la UCI del 5to piso.	
2022	OADS	PA220-004	SIAU	CONTROL INTERNO	2/03/2023	4 Acciones suscritas, Cumplen (4)	100%	100%	SI	NO

En la gráfica siguiente se muestra el avance total de los planes de mejoramiento para la Subgerencia de Salud por procesos con corte a 30 de diciembre del 2022, evidenciando:

- 2 Planes de mejoramiento con un cumplimiento del 100% correspondiente al Servicio de urgencias (PA214-001 Y PA2212-006)
- 1 Plan de mejoramiento con un cumplimiento del 100% , correspondiente al proceso SIAU
- 1 Planes de mejoramiento del 2020, con avance 93% correspondientes a Servicio de apoyo de salud-Imagenología, con una acción vencida
- 1 Planes de mejoramiento con avance 83% correspondientes a Servicio Especialidades clínicas, con dos acciones vencidas
- 1 Planes de mejoramiento con avance 82% correspondientes a correspondiente al proceso de Gestión Quirúrgica sala de parto/ginecología, con cuatro acciones vencidas
- 1 Plan de mejoramiento con avance del 75 % correspondiente a Hemodinámica, con una acción vencida
- 2 Planes de mejoramiento con avance del 77 % (PA2212-001) y 80% (PA222-004) correspondientes a Farmacia, cada uno con tres acciones vencidas
- 1 Plan de mejoramiento con un avance total 4% correspondiente al proceso UCI Adulto, y un avance del trimestre del 20% teniendo en cuenta que de cinco acciones propuestas, cuatro se encuentran vencidas

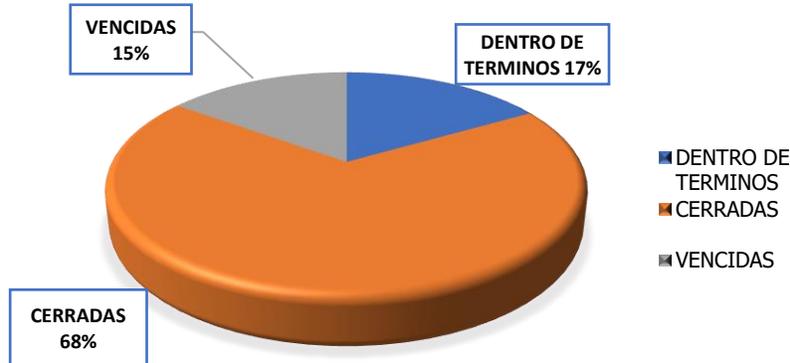
% DE AVANCE DE CUMPLIMIENTO DEL TOTAL DE LAS ACCIONES CON CORTE A 30 DE DICIEMBRE DE 2022



Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidado de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software DARUMA

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas, con corte 30 de diciembre del 2022 de la Subgerencia de Servicios de Salud, producto de las fuentes de hallazgo (Oficina de Control Interno, secretaria de salud de Boyacá) Cuenta con 124 Acciones formuladas de las cuales 86 acciones de mejora se cerraron que corresponden al (68%), 38 acciones de mejora quedan abiertas que corresponden al (32%), de las cuales 18 se encuentran vencidas (15%) y 20 dentro de los términos (17%), como se muestra en la gráfica siguiente:

SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES PROPUESTAS CORTE CUARTO TRIMESTRE 2022



Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software DARUMA

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE DICIEMBRE DE 2022 SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD									
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES Cumplimiento		EFECTIVIDAD DEL PLAN
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA A PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS	SI	NO	
				EN TÉRMINO	VENCIDAS				
SERVICIOS DE APOYO- IMAGENOLOGÍA	2020	INT-03	9		1	8	8	1	N.A.
URGENCIAS	2021	PA214-001	8			8	8	0	En Seguimiento a la Efectividad
URGENCIAS	2022	PA2212-006	12			12	12	0	En Seguimiento a la Efectividad
ESPECIALIDADES CLÍNICAS	2022	PA2212-007	12		2	10	10	2	N.A.
HEMODINAMIA	2022	PA222-003	4		1	3	3	1	N.A.
FARMACIA	2022	PA2212-001	13		3	10	10	3	N.A.
FARMACIA (BPM)	2022	PA222-004	15		3	12	12	3	N.A.
GESTION QUIRURGICA/SALA DE PARTOS Y GINECOLOGIA	2022	PA2218-001	22		4	18	18	4	0
UCI-ADULTO	2022	PA220-007	25	20	4	1	1	4	0
SIAU	2022	PA220-004	4			4	4		
TOTAL			124	20	18	86	86	18	

Al verificar el avance en el cumplimiento de las acciones suscritas por proceso de la Subdirección de Servicios de Salud, se observa que del 124 acciones, el 14,5% (18) se encuentran vencidas, se recomienda a los líderes de los siguientes procesos: Especialidades clínicas, Hemodinamia, Farmacia, Gestión Quirúrgica, Uci adulto, el cumpliendo con los plazos establecidos en el plan de mejoramiento y el cargue oportuno de los soportes.

Es de aclarar que la gestión de los planes de mejoramiento es responsabilidad de los líderes del proceso. Las actividades para tener en cuenta en la gestión de un plan de mejora están consignadas en el procedimiento interno denominado «Realización de Auditorías Internas» código OACI-PR-02

Se evidencia Plan de mejoramiento INT 003 DE 2020, correspondiente al servicio de Imagenología, con una acción abierta y vencida (Realizar trazabilidad de los pacientes agendados desde el momento en el que se solicita el estudio y la fecha en que es realizado a través de la plataforma de integración de Plan con fecha proyectada de cierre del abril del 2020), sin avance en el 2020, 2021 y 2022.

Con corte a este seguimiento el líder del servicio aporta evidencia , en la cual el proceso de Sistemas certifica que en el mes de noviembre de 2022, integraron los sistemas, pero aún se siguen haciendo mejoras de inconvenientes que se han presentado en el desarrollo del mismo, adjuntando documento de comprobación, el cual en uno de sus apartes indica los siguiente: " Con la Solución actual no se tiene un módulo estadístico lo cual se requiere para poder sacar estadísticas para el servicio de Imagenología, y con



la adquisición del módulo se podrían obtener información completa de la atención del paciente, se sugiere adquirir el módulo de inteligencia de negocios Looker".

Teniendo en cuenta lo anterior la acción de mejora propuesta continúa abierta, evidenciado incumplimiento al **Artículo décimo segundo de la Resolución 327 de 2022 INCUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO**, se sugiere tomar las medidas correctivas necesarias según lo establecido en la resolución anterior, ya que a la fecha el líder del servicio no ha presentado ningún informe en donde presente las dificultades presentadas para dar cumplimiento a dicha acción.

En cumplimiento al Plan anual de auditoria, el **Proceso Gestión Farmacéutico**, fue auditado en el último trimestre del 2022, producto de esta auditoria se genero Informa Final de fecha 25 de noviembre de 2022 y teniendo en cuenta lo establecido en la actividad 1 procedimiento OACI-PR-06 DEFICION Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO, El líder del proceso dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción del informe final debe formular plan de mejoramiento, teniendo en cuenta lo anterior se evidencia Incumplimiento a lo establecido en el procedimiento en mención , ya que a la fecha el proceso no ha radicado Plan de mejoramiento respectivo.

ACCIONES VENCIDAS A 30 DE DICIEMBRE DEL 2022

Al corte de 30 de diciembre de 2022, diez y ocho (18) acciones de mejora se encuentran en estado vencidas, las cuales se detallan a continuación:

ACCIONES VENCIDAS SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD CORTE 30/12/2022			
AÑO	No CONSECUTIVO PLAN	PROCESO/SERVICIO	ACCIONES VENCIDAS
2020	SERVICIOS DE APOYO- IMAGENOLÓGIA	INT-03	1
2022	HEMODINAMIA	PA222-003	1
2022	ESPECIALIDADES CLINICAS	PA2212-007	2
2022	UCI ADULTO	PA220-007	4
2022	GESTION QUIRURGICA/SALA DE PARTOS-GINECOLOGIA	PA2218-001	4
2022	FARMACIA	PA2212-00	3
		PA222-004	3
TOTAL			18

1.3 OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

La oficina de control interno, realizo seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la Oficina Asesora Desarrollo y servicios, con corte a 30 de diciembre del 2022, consolidando sus resultados a través de la matriz de seguimiento planes de mejoramiento (Institucional y por proceso) con código OACI-F-03, teniendo en cuenta: Vigencia, consecutivo, proceso responsable, fuente de Hallazgo, fecha de Cierre, Avances, Cierre de plan y Observaciones. A continuación, se presentan en forma resumida el resultado de este seguimiento.



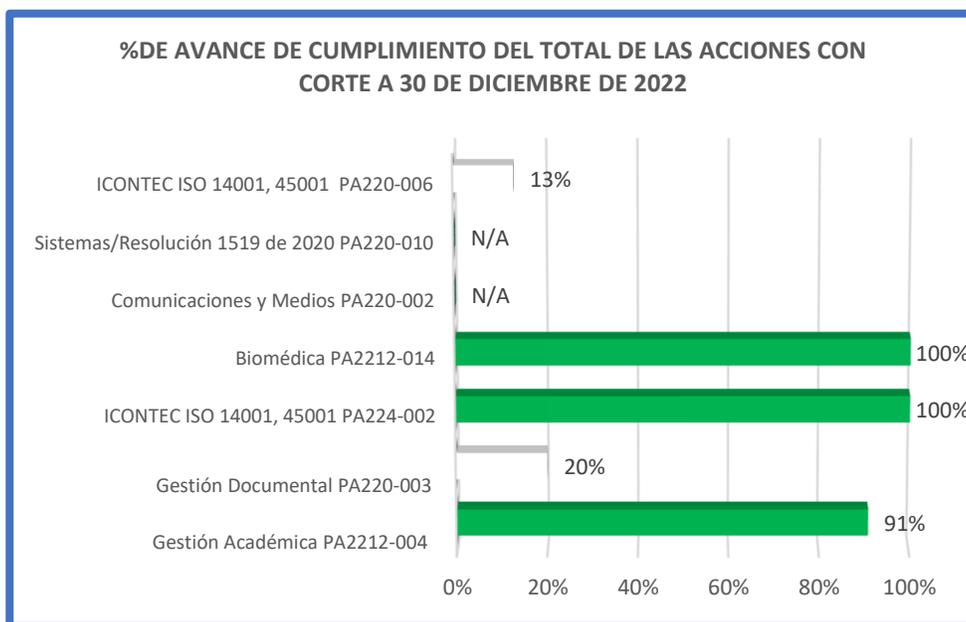
ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA												HOSPITAL SAN RAFAEL
MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)												FECHA: 14/09/2022
CODIGO: OACI-F-03												NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alcance)
VERSIÓN: 03												
VIGENCIA	SUBGERENCIA	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	LIK PLAN	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO TRIMESTRE	% AVANCE IV TRIMESTRE	% AVANCE TOTAL	CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES	
2021	OADS	PA2212-004	https://hsrt.damasoftware.com/app.php/staff/actionplan/7 2	GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA	CONTROL INTERNO	30/03/2022	24 Acciones suscritas, 21 acciones cerradas, 3 abiertas y vendidas:	75%	91%	NO	<p>Primer trimestre 2022, 24 Acciones suscritas: 3 Cumplen corresponde a las acciones con los siguientes numerales: 5,16, 22 13 acciones cumplen parcialmente. 8 acciones se encuentran en ejecución</p> <p>Segundo Trimestre 2022 Para este trimestre se da cierre a 14 acciones, La acción No 04, 18 presenta avance parcia y la acción No 13 no se aportaron evidencias, quedando pendiente de ejecutar y dentro de términos 7 acciones.</p> <p>Tercer trimestre. Se cierran 3 acciones en este trimestre, quedando el consolidado con 17 acciones que cumplen, 2 con avances parciales y vendidas, 1 vendida y sin evidencias, y 4 en términos de ejecución</p> <p>Cuarto Trimestre de 2022, se cierran 4 acciones, 3 quedan abiertas con avance parcial y vendidas.</p>	NO
2022	OADS	PA220-003	https://hsrt.damasoftware.com/app.php/staff/actionplan/9 9	GESTIÓN DOCUMENTAL	CONTROL INTERNO	30/11/2023	5 Acciones suscritas, 1 acción cerrada y 4 en términos de ejecución	100%	20%	NO	<p>Cuarto Trimestre de 2022 5 acciones suscritas, en este cuatrimestre se dio cierre a la acción No 01, considerando que la evidencia cargada cumple, en cuanto a que se socializa el cronograma de actividades de verificación y transferencia documental de cada uno de los procesos de la institución. Las restantes 4 acciones se encuentran dentro de los términos para su ejecución. Se recomienda realizar verificación constante al cumplimiento del cronograma de TDR, para poder dar cierre oportuno al plan.</p>	NO
2022	OADS	PA224-002	https://hsrt.damasoftware.com/app.php/staff/actionplan/7 4	ICONTEC ISO 14001, 45001	AUDITORIA EXTERNA	31/12/2022	65 acciones con cumplimiento	100%	100%	SI	<p>Tercer trimestre de 2022: De las 65 acciones suscritas, se da cierre a 3 en este trimestre, que sumadas a las del primer y segundo trimestre da un total de 57 acciones cerradas. 6 acciones se encuentran en ejecución con fecha de cierre vencida, aun cuando se presentaron evidencias, estas no cumplieron con lo solicitado en la acción de mejoramiento. Quedando pendientes (2) Acciones que se encuentran en términos para su ejecución.</p> <p>Cuarto trimestre de 2022: 65 acciones suscritas, de las cuales 57 se cerraron en los seguimientos anteriores, para este trimestre se cerraron 6 acciones que se encontraban vendidas, y 2 en términos de ejecución para un total de acciones cerradas para este trimestre 8 dando cierre al plan</p>	NO

2022	OADS	PA2212-014	https://hsrt.daruma.com/app.php/staff/actionplan/9	BIOMÉDICA	CONTROL INTERNO	2/02/2023	Acciones suscritas 3 Cumplen	100%	100%	SI	<p>Tercer trimestre de 2022 3 acciones suscritas, de las cuales 2 cumplen; 1 tiene avance parcial y se encuentra en términos de ejecución.</p> <p>Cuarto Trimestre de 2022. Tres (3) acciones suscritas, de las cuales para el tercer trimestre cumple 2, y pendiente de ejecución 1.</p> <p>En este trimestre se cumplió con la ejecución de esta acción, dando cumplimiento a la totalidad de acciones y al cierre al plan. De otra parte, se consideran eficaces las acciones ejecutadas ya que se realizaron dentro del tiempo definido y cada una de ellas dio solución respecto a: Cumplimiento al correcto uso de los documentos asociados al proceso, además se observa la adherencia a las TRD. Se recomienda dar continuidad a los controles establecidos por el procesos.</p> <p>Se recomienda a la alta dirección tener en cuenta este informe presentado por el área de biomédica que sirva de insumo en la toma de decisiones</p>	NO
2022	OADS	PA220-002	https://hsrt.daruma.com/app.php/staff/actionplan/9	COMUNICACIONES Y MEDIOS	CONTROL INTERNO	30/03/2023	6 Acciones suscritas, las cuales se encuentran dentro de términos de ejecución	N/A	N/A	NO	<p>Cuarto trimestre de 2022, 6 Actividades suscritas y se encuentran en términos de ejecución y de las cuales no se presentan avances parciales.</p> <p>Es importante que el proceso cargue evidencias PARCIALES en el software DARUMA y de esta manera evitar incumpliendo a la implementación de las acciones afectando el sistema de control interno este plan vence marzo 30 del 2023</p>	NO
2022	OADS	PA220-010	https://hsrt.daruma.com/app.php/staff/actionplan/1	SISTEMAS - RESOLUCIÓN 1519 DE 2020	CONTROL INTERNO	30/01/2024	7 Acciones suscritas, las cuales se encuentran dentro de términos de ejecución	N/A	N/A	NO	<p>Cuarto trimestre de 2022, 6 Actividades suscritas y se encuentran en términos de ejecución y de las cuales no se presentan avances parciales.</p>	NO
2022	OADS	PA220-006		ICONTEC ISO 14001, 45001	AUDITORIA INTERNA	30/01/2024	69 Acciones suscritas, de las cuales se dio cierre 10, y 5 Vencidas y 54 pendientes y en términos de ejecución	64%	13%	NO	<p>Cuarto trimestre de 2022 54 acciones se encuentran dentro de tiempos para su ejecución, se cierran 10 acciones, 3 acciones abiertas vencidas con un avance parcial y 2 acciones vencidas sin evidencias.</p>	NO

En la gráfica siguiente se muestra el avance de los planes de mejoramiento para la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios por procesos con corte a 30 de diciembre del 2022, evidenciando:

- ✓ 1 plan de mejoramiento PA220-003, que corresponde a Gestión Documental con avance total del 20%.
- ✓ 1 Plan de mejoramiento PA220-010 que corresponde a Sistemas sin avance y se encuentra en términos de cumplimiento
- ✓ 1 Plan de mejoramiento PA2212-004 con avance total del 91 % que corresponde a Gestión Académica y se encuentra vencido

- ✓ 1 Plan de mejoramiento PA2212-014 con avance total del 100% con todas las acciones cerradas que corresponde a Icontec ISO 14001 y 45001.
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA2212-014 con avance de 100%, con todas las acciones cerradas dentro de términos de cumplimiento que corresponde al Proceso de Biomédica
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA220-002 sin avance y en términos de cumplimiento, que corresponde a Comunicaciones y Medios **próximo a vencer**
- ✓ Plan de mejoramiento PA220-006 con avance total del 13% que corresponde a Icontec ISO 14001 y 45001.



Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas en los planes de mejoramiento con corte 30 de diciembre del 2022 de la Oficina Asesora de Desarrollo de servicios, producto de las fuentes de hallazgo (Oficina de Control Interno y CERTIFICACIÓN ISO 14001,450001). Cuenta con 178 (100%) Acciones formuladas, de las cuales 99 acciones de mejora se cerraron que corresponden al 56%, 71 acciones de mejora quedan abiertas en términos que corresponden al 39 %, de estas 8 se encuentran vencidas (5 %) como se muestra en la gráfica siguiente

SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES PROPUESTAS CORTE CUARTO TRIMESTRE 2022



Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE DICIEMBRE DE 2022 OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS									
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento)		EFECTIVIDAD DEL PLAN
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS	SI	NO	
				EN TÉRMINO	VENCIDAS				
Gestión Académica e investigativa	2021	PA212-004	24	0	3	21	5	19	N.A.
Gestión documenta	2022	PA220-003	5	4	0	1	0	1	N.A.
ICONTEC ISO 14001, 45001	2022	PA224-002	65	0	0	65	13	52	N.A.
Ingeniería Biomédica	2022	PA2212-014	3	0	0	3	3	0	En Seguimiento a la Efectividad
Comunicaciones y Medios	2022	PA220-002	6	6	0	0	N.A.	N.A.	N.A.
Sistemas/ Resolución 1519 de 2020	2022	PA220-010	6	6	0	0	N.A.	N.A.	N.A.
ICONTEC ISO 14001, 45001	2022	PA220-006	69	55	5	9	4	10	N.A.
TOTAL			178	71	8	99	25	82	

Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

Al corte de 30 de diciembre de 2022, se presentan ocho (8) acciones de mejora vencidas, las cuales se detallan a continuación:

ACCIONES VENCIDAS Y EN PROCESO DE REFORMULACIÓN OFICINA ASESORA DE DESARROLLO Y SERVICIOS 31/12/2022			
AÑO	No CONSECUTIVO PLAN	PROCESO/SERVICIO	ACCIONES VENCIDAS
2021	Gestión Académica e investigativa	PA212-004	3
2022	ICONTEC ISO 14001, 45001	PA220-006	5
TOTAL			8

Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma



1.4 PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS

La E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja a corte 30 de septiembre de 2022 tiene suscritos planes de mejoramiento con entes externos, los cuales se relacionan a continuación:

PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS	TOTAL PM	%AVANCE GENERAL
CONTRALORÍA GENERAL DE BOYACÁ	1	85,6%
AUDITORIA SUPERSALUD (revisión)	1	50%
SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA- EXTERNO (URGENCIAS)	1	100%
AUDITORIA EXTERNA ICONTEC ISO 14001, 45001-2022	1	13%
AUDITORIA EXTERNA ICONTEC ISO 14001, 45001-2021	1	100%

22

CONTRALORÍA GENERAL DE BOYACÁ

En cuanto al plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de Boyacá, el cual cuenta con un total de 77 hallazgos, consolidado en 45 ítems para el seguimiento con corte al 31 de diciembre de 2022 cincuenta y cinco (55) hallazgos se encuentran cerrados, trece (13) que ya cumplieron tiempo de ejecución no se cerraron pero presentaron avance parcial, nueve (9) que se encuentran en términos de cumplimiento no presentaron avance teniendo en cuenta que su ejecución depende del cierre financiero de la entidad el cual a la realización del presente informe de encuentra en curso , en virtud de lo anterior el **avance total del plan es de 85,6%**, y a continuación se detalla el estado de los hallazgos:

ITEM	HALLAZGO	CRONOGRAMA PROPUESTO	RESPONSABLE	% FRENTE AL PLAN	ESTADO A 30/06/2022	ESTADO A 30/09/2022	ESTADO A 31/12/2022	% AVANCE
1	1-2021 38-2020	1/07/2022 31/12/2022	Financiera	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	CERRADO	2,6%
2	2-2021	1/07/2022 31/12/2022	Cartera	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	1,3%
3	3-2021 4-2020	1/07/2022 31/12/2021	Auditoría de Cuentas - Cartera	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	CERRADO	2,6%
4	4-2021 5-2020	1/07/2022 31/12/2022	Cartera	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	2,6%
5	5-2021 7-2020	1/07/2022 31/12/2022	Auditoría de Cuentas	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	CERRADO	2,6%
6	6-2021	1/07/2022 31/12/2022	Cartera, Auditoria Médica y Contabilidad	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	1,0%
7	7-2021	1/07/2022 31/12/2022	Cartera, Presupuesto y Contabilidad	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	NO CERRADO	0,0%
8	8-2021	1/07/2022 31/12/2022	Facturación, Cartera Contabilidad y Presupuesto	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	NO CERRADO	0,0%
9	9-2021 33-2020	1/07/2022 31/12/2022	Facturación	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	CERRADO	2,6%
10	10-2021 03-2020	1/07/2022 31/12/2022	Cartera	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	2,6%
11	11-2021 12-2020	1/07/2022 31/12/2022	Cartera	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	2,6%



12	12-2021 15-2020	1/07/2022 31/12/2022	Almacén	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	2,6%
13	13-2021 22-2020	1/07/2022 31/12/2022	Of. de Contratación / Of. asesora de Desarrollo de Servicios/ Subgerencia Activa y Financiera/ Subgerencia de Servicios de Salud y apoyos a la supervisión	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	2,6%
14	14-2021 17-2020 24-2020 25-2020 27-2020 28-2020 29-2020 31-2020	1/07/2022 31/12/2022	Of. de Contratación / Of. asesora de Desarrollo de Servicios/ Subgerencia Activa y Financiera/ Subgerencia de Servicios de Salud y apoyos a la supervisión	10,4%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	10,4%
15	15-2021 20-2020	1/07/2022 31/07/2022	Oficina de Contratación	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	CERRADO	2,6%
16	16-2021 21-2020 23-2020 26-2020	1/07/2022 31/12/2022	Of. de Contratación / Of. asesora de Desarrollo de Servicios/ Subgerencia Activa y Financiera/ Subgerencia de Servicios de Salud y apoyos a la supervisión	5,2%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	4,9%
17	17-2021 18-2020	1/07/2022 31/12/2022	Oficina de Contratación	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	2,6%
18	18-2021 13-2020 14-2020 19-2020	1/07/2022 31/12/2022	Oficina de Contratación	5,2%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	4,9%
19	19-2021	1/07/2022 31/12/2022	Cartera, Presupuesto y Contabilidad	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	NO CERRADO	0,0%
20	20-2021 35-2020	1/07/2022 31/12/2022	Contabilidad y Cartera	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	NO CERRADO	0,0%
21	21-2021	1/07/2022 31/08/2022	Gerencia Contabilidad	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	NO CERRADO	CERRADO	1,3%
22	22-2021 41-2020	1/07/2022 31/12/2022	Cartera, Presupuesto y Contabilidad	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	NO CERRADO	0,0%
23	23-2021	1/07/2022 31/12/2022	Tesorería	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	1,0%
24	24 -2021 42-2020	1/07/2022 31/12/2022	Contabilidad y Presupuesto	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	NO CERRADO	0,0%
25	25-2021	1/07/2022 31/12/2022	Oficina de Contratación/ Presupuesto	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	0,5%
26	26-2021	1/07/2022 31/12/2022	Tesorería	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	1,0%



27	27-2021 46-2020	1/07/2022 31/12/2022	Oficina Asesora Control Interno	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	2,6%
28	28-2021	1/07/2022 31/12/2022	Control Interno / Oficina asesora de Desarrollo de Servicios	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	1,3%
29	29-2021	1/07/2022 31/12/2022	Oficina Asesora de Control Interno	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	1,3%
30	30-2021 31-2021 47-2020 48-2020	1/07/2022 31/12/2022	Control Interno / Oficina asesora de Desarrollo de Servicios/ Gestión financiera y Administrativa	5,2%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	5,2%
31	1-2020	30/04/2022 30/06/2022	Facturación, Auditoría Médica, Contabilidad y Presupuesto	1,3%	CERRADO	CERRADO	CERRADO	1,3%
32	2-2020	28/02/2022 31/07/2022	Cartera/Presupuesto	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	AVANCE PARCIAL	0,8%
33	6-2020	28/02/2022 31/07/2022	Auditoría de Cuentas - Cartera	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	CERRADO	1,3%
34	8-2020	28/02/2022 31/07/2022	Auditoría de Cuentas	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	CERRADO	1,3%
35	9-2020	30/04/2022 31/07/2022	Facturación, Cartera Contabilidad y Presupuesto	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	CERRADO	1,3%
36	10-2020	30/04/2022 31/07/2022	Contabilidad	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	CERRADO	1,3%
37	11-2020	28/02/2022 31/07/2022	Cartera	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	CERRADO	1,3%
38	16-2020	28/02/2022 31/07/2022	Contratación	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	CERRADO	1,3%
39	30-2020	1/03/2022 31/07/2022	Desarrollo de servicios - Ingeniería Biomédica	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	NO CERRADO	CERRADO	1,3%
40	32-2020	30/04/2022 30/06/2022	Contabilidad	1,3%	CERRADO	CERRADO	CERRADO	1,3%
41	34-2020	30/04/2022 31/07/2022	Contabilidad y Cartera	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	CERRADO	1,3%
42	36-2020 43-2020	30/04/2022 30/06/2022	Contabilidad y Presupuesto	2,6%	CERRADO	CERRADO	CERRADO	2,6%
43	37-2020	30/04/2022 30/06/2022	Contabilidad	1,3%	CERRADO	CERRADO	CERRADO	1,3%
44	40-2020	01/07/2022 31/12/2022	Facturación, Auditoría Médica, Contabilidad y Presupuesto	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	CERRADO	1,3%
45	49-2020	01/07/2022 31/12/2022	Control Interno / Oficina asesora de Desarrollo de Servicios	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	CERRADO	1,3%
TOTAL				100%				85,6%

Fuente: Propia basada en plan de mejoramiento suscrito y Evidencias de los procesos

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Con relación al seguimiento realizado al plan de mejoramiento de la Superintendencia Nacional de Salud es importante aclarar que este ente de control aprobó dicho plan el 22 de marzo del 2022. Se establecieron 24 hallazgos con 44 acciones de mejora con un avance con corte al 30 de diciembre del 2022 del (100%), acciones que se encuentran en revisión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud



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



8-7405030



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



HALLAZGO N°	N° Acciones	FECHA TERMINACION	SEGUIMIENTO A 30 DE JUNIO	SEGUIMIENTO A 30 DE SEPTIEMBRE	SEGUIMIENTO 30 DE DICIEMBRE
1	9	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución	Para Revisión
2	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución	Para Revisión
3	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución	Para Revisión
4	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución	Para Revisión
5	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución	Para Revisión
6	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución	Para Revisión
7	2	30/06/2022	En ejecución	Para Revisión	Para Revisión
8	1	30/07/2022	En término de ejecución	Para Revisión	Para Revisión
9	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución	Para Revisión
10	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución	Para Revisión
11	3	31/01/2022	Cerrada 1 acción y 2 en término de ejecución	Cerrada 1 acción y 2 en ejecución	Cerrada 1 acción y 2 en revisión
		31/01/2023			
		31/01/2023			
12	2	30/06/2022	Cerrada 1 acción y 1 en término de ejecución	Cerrada 1 acción y 1 en ejecución	Cerrada 1 acción y 1 en revisión
		20/02/2023			
13	1	30/07/2022	En término de ejecución	Para Revisión	Para Revisión
14	3	31/01/2022	En ejecución	Para Revisión	Para Revisión
		30/03/2022			Para Revisión
		31/12/2022			Para Revisión
15	1	30/06/2022	Cerrada	Cerrada	Cerrada
16	1	30/06/2022	Cerrada	Cerrada	Cerrada
17	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución	Para Revisión
18	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución	Para Revisión
19	3	31/03/2022	En ejecución	Para Revisión	Para Revisión
		31/03/2022			Para Revisión
		31/12/2022			Para Revisión
20	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución	Para Revisión
21	1	30/01/2022	Cerrada	Cerrada	Cerrada
22	2	31/03/2022	Cerrada	Cerrada	Cerrada
		31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución	Para Revisión
23	3	15/02/2022	Cerrada	Cerrada	Cerrada
		15/02/2022			
		28/02/2022			
24	2	31/12/2022	En ejecución	Para Revisión	Para Revisión
		14/05/2022			

Fuente: propia evidencias procesos

Es importante aclarar que el porcentaje asignado a este plan puede variar teniendo en cuenta la revisión realizada por la Superintendencia Nacional de Salud.

Teniendo en cuenta el cuadro anterior es preciso que los procesos responsables de los planes de mejoramiento con incumplimiento de acciones o inoportunidad tengan en cuenta los lineamientos de la resolución 124 de 2019 y su modificadorio 327 del 2022 en los siguientes artículos:

- **ARTÍCULO NOVENO. Solicitud de ajuste al plan de mejoramiento.**



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



8-7405030



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



El responsable de presentar el plan de mejoramiento, podrá solicitar modificación de la acción o acciones propuestas mediante escrito debidamente justificado, radicado como mínimo treinta (30) días hábiles antes de la fecha programada de terminación de la acción a modificar, siempre y cuando se cuente con un avance mínimo del 70% del total del plan.

Una vez aprobada la solicitud del ajuste al plan de mejoramiento el proceso contará con los tiempos y procedimientos establecidos en el Artículo 6 de esta resolución para elaboración y presentación del mismo.

PARÁGRAFO 1: Cuando se presenten cambios en la Gerencia, Subgerencias, Oficina Asesora o líderes de procesos, se podrá solicitar ajustes a su plan de mejoramiento, dentro de los primeros cuatro (4) meses de su gestión, por una sola vez.

- **ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO.** Incumplimiento a la ejecución de Planes de Mejoramiento.

Cuando se presente incumplimiento a las acciones suscritas en los Planes de mejoramiento, el responsable deberá presentar informe a la subgerencia u oficina asesora correspondiente, sustentado las razones o dificultades presentadas para el desarrollo de la actividad, y si es el caso replantear la acción o el tiempo establecido debidamente justificado y que ayude directamente a la eliminación del hallazgo identificado en los términos del Artículo 9.

PARÁGRAFO 2. Cuando exista incumplimiento a Planes de Mejora suscritos o no se envíe el informe correspondiente por parte del responsable o el informe no justifique en debida forma el incumplimiento, las Subgerencias y/u Oficina Asesora tomaran las medidas correctivas.

OBSERVACIONES

- La ejecución de las acciones se deberá realizar de acuerdo con el cronograma planteado en el plan de mejoramiento (CA-F-12) y cargado en software Daruma, en esta etapa es importante hacer énfasis en el autocontrol realizado por los procesos frente a cada acción, el cual debe ser permanente con el propósito de garantizar el cumplimiento de la eficiencia del plan. Teniendo en cuenta que el cargue de la evidencia se esta realizando posterior a la fecha establecida en el cronograma una vez se emite por parte de la oficina de control el oficio con los lineamientos para el seguimiento, situación que ocasiona que la ejecución de las acciones no esté siendo eficiente.
- Teniendo en cuenta que durante el presente seguimiento se evidenciaron debilidades a la ejecución de acciones suscritas en los planes de mejoramiento es necesario que se de cumplimiento al artículo 5 de la Resolución 327 del 2022 con el fin de establecer las razones por las cuales se dio tal situación y realizar los ajustes pertinentes.

RECOMENDACIONES

- Teniendo en cuenta que el servicio de Imagenología tiene suscrito un Plan de mejoramiento con una acción abierta y vencida desde el año 2020, se recomienda a la Subgerencia de Servicio de Salud, dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo Décimo segundo de la Resolución 327 de 2022, replanteando la acción, el tiempo, actualizando responsables e incluyendo el área de Sistemas teniendo en cuenta que la acción involucra a este proceso.
Para dar cumplimiento a esta actividad se debe radicar a esta oficina un informe debidamente justificado el cual permita eliminar el hallazgo y elaborar un nuevo plan de mejoramiento.
- La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, tiene suscrito un plan de mejoramiento con la Superintendencia Nacional de Salud, se realizó seguimiento con corte a 30 de diciembre, resultados que fueron radicados en este ente de control el día 6 de Enero del 2023, del cual estamos en espera de su evaluación
- La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, tiene suscrito un plan de mejoramiento con la Contraloría General de Boyacá el cual al presente seguimiento tiene un avance total del 85,6%, por lo anteriormente descrito se recomienda a las subgerencias y a los líderes de proceso responsables, las acciones correspondientes para garantizar la ejecución del plan y dar cumplimiento a este evitando el incumplimiento de las órdenes impartidas por la contraloría, una vez culmine el cierre financiero, adicionalmente teniendo en cuenta que cada proceso a quien la Contraloría formuló hallazgo fue el encargado de suscribir la acción de mejora y proyectar el tiempo de ejecución se recomienda revisar el plan suscrito con el fin de tener las evidencias completas y las justificaciones pertinentes de tal manera que la Oficina de Control Interno pueda realizar el seguimiento, con base en ellas.
- Los procesos con planes de mejoramiento suscritos, deben verificar continuamente las acciones contenidas, su avance, términos de cumplimiento y el cargue de los soportes en Daruma, especialmente de los planes, en donde persisten acciones que no han alcanzado su cierre efectivo, contribuyendo en la formación de una cultura de autocontrol como principio rector de la actividad diaria de los procesos para el mejoramiento continuo en la entidad, al tener relación directa con la gestión Institucional.
- Dar cumplimiento a la resolución 124 de 2019 y su modificatorio la Resolución 327 de 2022, Manual de planes de mejoramiento OACI-M-02 y al Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento de los planes de mejoramiento institucional, en lo relacionado al incumplimiento de acciones y solicitud de ajustes de acuerdo a los resultados encontrados en el seguimiento, para dar cierre efectivo a los planes.
- Los jefes de procesos y responsables de planes de mejoramiento vencidos, deberán culminar lo más pronto posible las acciones de mejora incumplidas, con el fin primordial de lograr el objetivo perseguido de subsanar las observaciones identificadas y tomar las medidas correspondientes para prevenir de nuevo este tipo de situaciones.
- Realizar avances y seguimiento oportuno a las acciones de mejora suscritas dentro de los plazos establecidos en los planes de mejoramiento por los entes de Control y evitar posibles sanciones por incumplimiento.

Agradecemos la atención prestada y esperamos contar con su disposición y la de los líderes de los procesos para adelantar las acciones de mejora a que haya lugar para corregir las situaciones presentadas en el informe y prevenir posibles desviaciones y materialización de riesgos, en pro del compromiso permanente y la mejora continua con el Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

Cordialmente,



DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ
Asesora de Control Interno
ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Proyecto:
Nayarith Ochoa,
Claudia Sáenz Jiménez
Gustavo Molano