

Al contestar cite
20221100015041



Tunja, Abril del 2022

Doctor
YAMIT NOE HURTADO NEIRA
Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad



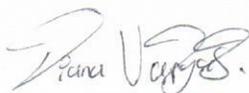
**E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
GERENCIA**
Recibido por: Humberto Gereno
Hora: 15:20 Día: 11
Mes: 05 Año: 22

Ref. Informe seguimiento Planes de Mejoramiento con corte a 31 de Marzo 2022.

Cordial saludo Dr. Yamit

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 31 de marzo de 2022, según lo contemplado en la resolución interna No. 124 de 2019 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 11 folios
C.C Oficina Asesora Desarrollo de servicios, Subgerencias y procesos intervinientes.



Tunja, Abril del 2022

Doctor
YAMIT NOÉ HURTADO NEIRA
Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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 con corte a 31/03/2022

A continuación, me permito presentar el informe de la referencia.

OBJETIVO

Evaluar y realizar seguimiento al avance y nivel de cumplimiento en las acciones y metas suscritas en planes de mejoramiento institucional y **funcional por procesos con corte a 31/03/2022**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✓ Verificar y realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora suscritas en planes de mejoramiento.
- ✓ Efectuar mesas de trabajo con los procesos con el fin de retroalimentar y verificar los avances realizados y las dificultades presentados por los líderes de procesos.
- ✓ Realizar sugerencias y/o recomendaciones encaminadas al mejoramiento y cumplimiento de los planes suscritos, evitando amonestaciones y/o sanciones por los entes de control.

PROCESOS Y/O ÁREAS INVOLUCRADAS

-SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Presupuesto, Autorizaciones, Cartera, Tesorería, Contabilidad, Gestión y suministros y Activos fijos, Contratación, Jurídica-Facturación, Cuentas médicas, Talento Humano

-SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Farmacia, certificación programa madre canguro ISO 9001:2015, SIAU, Urgencias, Hemodinamia, Apoyo servicios de salud- imagenología, Hospitalización, Apoyo Servicios de Salud-Patología, laboratorio, certificación ISO 9001:2015, especialidades médicas, consulta externa.

-OFICINA ASESORA DESARROLLO DE SERVICIOS



INCONTEC ISO 14001,45001, Gestión documental, Sistemas, Calidad-Pamec, Gestión Académica e investigativa y Gestión Ambiental

METODOLOGÍA

La metodología para realizar el monitoreo a los planes de mejoramiento institucional y por procesos con corte a 31 de marzo de 2022, se encuentra establecida en la resolución interna 124 de 2019, en el manual OACI-M-07 Definición y seguimiento de los planes de mejoramiento y Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento de los planes de mejoramiento institucional.

La oficina de control interno a través de correo electrónico 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 modulo 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.

SOPORTES

- ✦ Resolución Interna 124 de 2019
- ✦ Manual de planes de mejoramiento OACI-M-07
- ✦ Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento de los planes de mejoramiento institucional
- ✦ Decreto 648 de 2017
- ✦ Tablas de retención documental
- ✦ Procedimientos aprobados por la entidad
- ✦ 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 Modulo de planes de acción del Software Daruma y en la matriz de seguimiento de planes de mejoramiento **Institucional y funcional** por procesos con acciones pendientes de cumplimiento derivadas de auditorías Internas y Externas, como Icontec, Revisoría Fiscal, Control Interno, calidad, Secretaria de Salud de Boyacá, Contraloría, se consolidaron a 31 de Marzo de 2022

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.

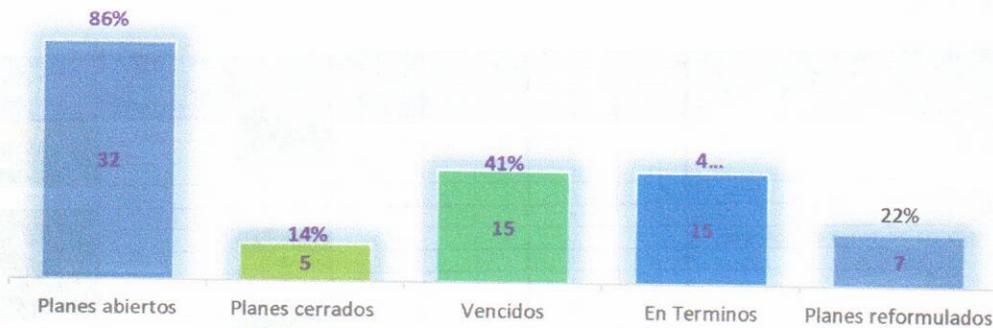
SUBGERENCIA	PROCESO	TOTAL PM	PLANES CERRADOS	PLANES ABIERTOS	VENCIDOS	EN TERMINOS	REFORMULACIÓN DEL PLAN	%PROMEDIO
SAF	CARTERA	1	0	1	0	1	1	75%
	CONTRATACION	3	0	3	2	1	0	93%
	TESORERIA	1	0	1	1	0	0	85%
	PRESUPUESTO	1	0	1	0	1	0	20%
	CONTABILIDAD	1	0	1	0	0	1	85%
	GESTION DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	1	0	1	0	1	1	85%
	JURIDICA	1	1	0	0	0	0	100%
	FACTURACION	1	1	0	0	0	0	100%
	CUENTAS MEDICAS	1	1	0	0	0	0	100%
	AUTORIZACIONES	1	0	1	0	1	0	69%
	TALENTO HUMANO	1	1	0	0	0	0	100%
	SSS	FARMACIA	3	1	2	0	2	1
HOSPITALIZACIÓN		1	0	1	1	0	0	85%
LABORATORIO		2	0	2	2	0	0	92%
SIAU		2	0	2	1	1	0	57%
URGENCIAS		2	0	2	2	0	1	59%
APOYO SERVICIOS DE SALUD-PATOLOGIA		1	0	1	1	0	0	90%
APOYO SERVICIOS DE SALUD- IMAGENOLOGIA		2	0	2	2	0	0	88%
HEMODINAMIA		1	0	1	0	1	0	70%
ESPECIALIDADES MEDICAS		1	0	1	0	1	0	N/A
CONSULTA EXTERNA		1	0	1	0	1	1	N/A
CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015		1	0	1	1	0	0	95%
CERTIFICACIÓN PROGRAMA MADRE CANGURO ISO 9001:2015		1	0	1	0	1	0	75%
OADS		GESTION DOCUMENTAL	1	0	1	1	0	0
	SISTEMAS	1	0	1	0	0	1	67%
	CALIDAD - PAMEC	1	0	1	1	0	0	71%
	GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA	1	0	1	0	1	0	75%
	GESTION AMBIENTAL	1	0	1	0	1	0	N/A
	INCONTEC ISO 14001,45001	1	0	1	0	1	0	40%
TOTAL		37	5	32	15	15	7	

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

De los 37 planes de mejoramiento suscritos la oficina de control interno, realizó seguimiento y evaluación con corte a 31 de marzo de 2022, donde se cerraron 5 planes de mejoramiento, 15 se encuentran vencidos, 15 en términos de cumplimiento y de acuerdo con la Resolución 124 de 2019, los procesos de Consulta externa, Farmacia, urgencias, cartera, Gestión de suministros y activos, Contabilidad y Sistemas solicitaron ajustes a los planes de mejoramiento tanto de acciones como al tiempo de ejecución.

El estado del plan de mejoramiento derivado de auditorías internas de gestión a corte 31 de Marzo de 2022, se conforma de 37 planes de mejoramiento en ejecución de los cuales el (86%) corresponde a 32 planes de mejoramiento se encuentran abiertos, de acuerdo al seguimiento y evaluación realizada, evidenciándose que el (14%) 5 planes de mejoramiento se encuentran en estado cerrado, el (46%) 17 planes de mejoramiento se encuentran en estado vencido y el (17%) 15 planes de mejoramiento están dentro de los términos de cumplimiento.

ESTADO PLAN DE MEJORAMIENTO 31/03/2022



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

1.1 Subgerencia administrativa y financiera

La oficina de control interno realizo seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la subgerencia Financiera con corte a 31 de marzo 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

CÓDIGO: OACI-F-03		E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA									
VERSIÓN: 01		MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)									
VIGENCIA	SUBGERENCIA	Nº CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	LINK PLAN	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO I TRIMESTRE 2022	% AVANCE 31/03/2022	CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o Cambio de Avance
2019	SAF	INT-23	INT-23	TESORERÍA	REVISORÍA FISCAL	31/03/2020	Se encuentran 5 acciones suscritas de las cuales: -4 cumplen 1 vencida	85%	NO	1 acciones no cumplen en relación con la implementación del procedimiento de entrega de caja ciego. El proceso allegó evidencia del avance mediante soporte con 4 actas donde se registró socialización de entrega de caja con arqueo ciego aplicada al área de farmacia, caja general, facturación, tics y tesorería, donde se evidencia instructivo de arqueo ciego en Daruma con el paso a paso del proceso y las falencias	NO
2020	SAF	INT-15	INT-15	CONTRATACIÓN	CONTROL INTERNO	31/12/2021	11 acciones suscritas: 10 cumplen 1 vencidas con avance.	90%	NO	11 acciones suscritas: - 10 cumplen y fueron cerradas según los soportes anexados por el proceso. La acción de mejora número 8 se mantiene en seguimiento ya que se planteó realizar un PLAN DE CONTINGENCIA PARA VERIFICAR FECHAS Y FIRMAS DE LAS POLIZAS Y	NO



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



8-7405030



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

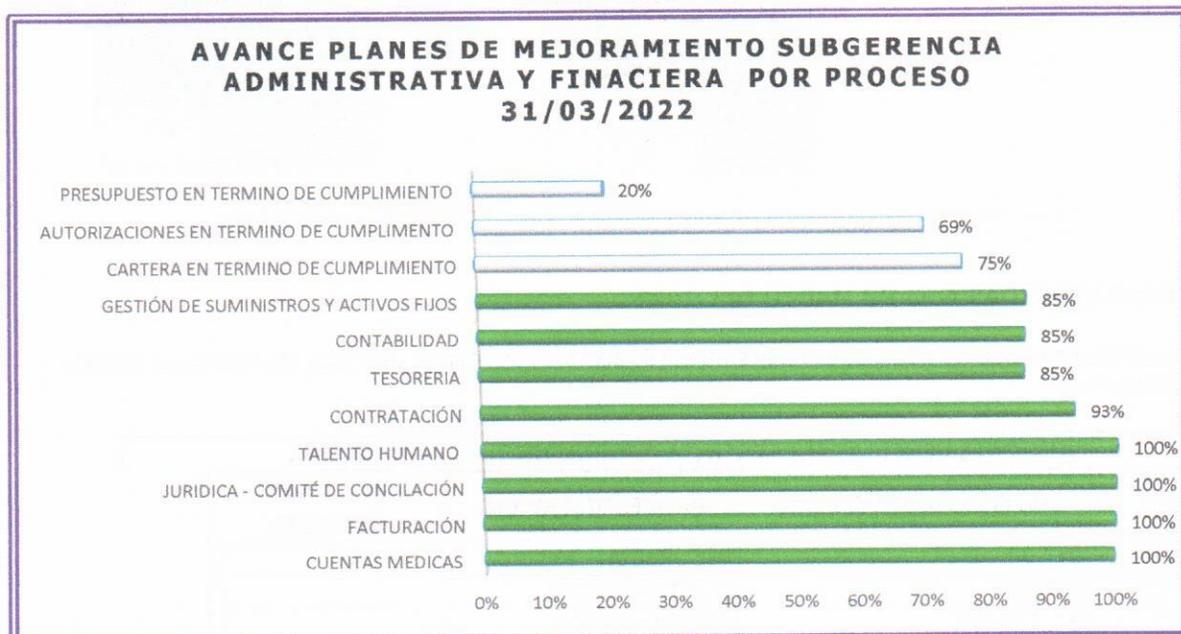


2021	SAF	PA-210-018	http://192.168.10.110/7a_pp.php/staff/action/plan/49	CARTERA	CONTROL INTERNO	30/11/2021	14 acciones Suscritas vencidas	75%	SI	Teniendo en cuenta que el proceso auditado, llevo a cabo mesa de trabajo evidenciada con acta de reunión allegada con formato CA-F-18 con el fin de exponer las situaciones que llevaron al incumplimiento del plan de mejoramiento, se concluyó realizar depuración de las acciones para lograr mitigar los hallazgos, vinculando a las áreas de auditoria de cuentas médicas y facturación, es por esto que en articulación con ellos se reformuló el plan bajo los términos de la resolución 124 DE 2019, el cual ya fue suscrito, aprobado y radicado, quedando pendiente el cargue en el módulo de planes de acción de Daruma.	SI
2021	SAF	PA-2112-002	http://192.168.10.110/7a_pp.php/staff/action/plan/67	TALENTO HUMANO	CONTROL INTERNO	31/12/2021	3 ACCIONES Suscritas: 3 cumplen	100%	SI	En lo relacionado en la acción de Asignación de primer turno se presentó las siguientes evidencias por medio del correo Institucion de la oficina de control interno: - Seguimiento Curso virtual de Inducción -Solicitud de requerimiento al personal -Llamados de Atención Adicionalmente se realizó un muestreo aleatorio para verificar, la asignación del primer turno de inducción lo cual se dio cumplimiento, por lo anterior mencionado se cierra la acción de mejora Se deja como recomendación realizar un seguimiento al cumplimiento de los cursos de inducción en las fechas estipuladas por el área de talento Humano.	NO
2021	SAF	PA-210-025	http://192.168.10.110/7a_pp.php/staff/action/plan/56	FACTURACIÓN	CONTROL INTERNO	20/04/2022	4 acciones Suscritas: 4 cumplen	100%	SI	Se presento avance en el plan de mejoramiento, sin embargo, se solicitó al proceso ampliar la evidencia de la acción 2, con el fin de que sea suficiente, en cuanto a los egresos de meses anteriores que no han sido liberados, motivo por el cual el área de facturación sustento la trazabilidad del seguimiento y se demostró al analizar las evidencias que eventualmente se reabren egresos para subsanar falencias detectadas en pre auditoria con el fin de evitar posibles glosos o devoluciones. Debido a esto se cierra la acción y el plan y teniendo en cuenta que el control establecido debe ser permanente y continuo se recomienda que el proceso mantenga un constante seguimiento como autocontrol y así evitar que el hallazgo se vuelva recurrente.	NO
2021	SAF	PA-2212-003	http://192.168.10.110/7a_pp.php/staff/action/plan/71	AUTORIZACIONES	CONTROL INTERNO	30/06/2022	3 ACCIONES SUSCRITAS en términos de cumplimiento.	69%	NO	3 ACCIONES SUSCRITAS en términos de cumplimiento, con avances de evidencia significativos en el cumplimiento de las acciones propuestas.	NO
2022	SAF	PA-2212-008	http://192.168.10.110/7a_pp.php/staff/action/plan/82	PRESUPUESTO	CONTROL INTERNO	31/12/2022	1 ACCION SUSCRITA, en términos de cumplimiento	20%	NO	Se presentó avance frente a la acción de mejora planteada, continua en seguimiento ya que se encuentra en términos de cumplimiento.	NO
2022	SAF	PA-2212-005	http://192.168.10.110/7a_pp.php/staff/action/plan/77	CONTRATACIÓN	CONTROL INTERNO	30/06/2022	1 ACCION SUSCRITA, en términos de cumplimiento	N. A	NO	Acción en términos de cumplimiento.	NO



En la gráfica siguiente se muestra el avance de los planes de mejoramiento para la Subgerencia Administrativa y Financiera por procesos con avance a 31 de marzo del 2022, evidenciando:

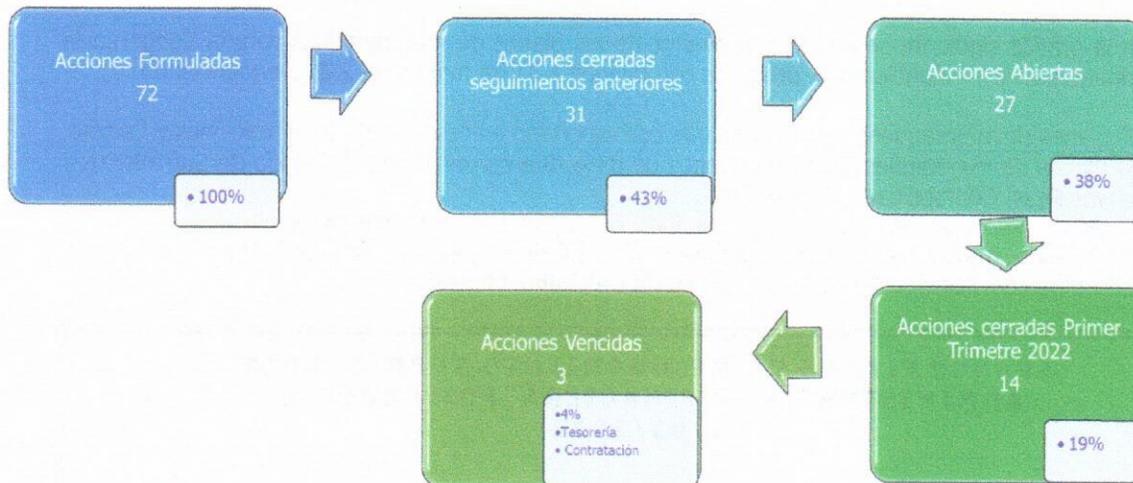
- (3) planes de mejoramiento en término que corresponden a Presupuesto, Autorizaciones y Cartera.
- (3) Planes de mejoramiento con un avance de 85% que corresponde a: Gestión de Suministros y Activos Fijos, Contabilidad y Tesorería
- (1) Plan de mejoramiento con Avance del 93% que corresponde a Contratación
- (4) Planes de mejoramiento con cumplimiento del (100%) corresponde a Talento Humano, Jurídica-Comité de conciliación, Facturación y Auditoria de Cuentas Médicas.



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 31 de marzo del 2022, producto de las fuentes de hallazgo (Revisoría Fiscal y Oficina de control Interno) se comprende de 72 acciones formuladas (100%), de las cuales 31 acciones de mejora se cerraron en seguimientos anteriores que corresponden al (43%), 27 acciones de mejora quedan abiertas que corresponden al (38%) en el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno para este periodo se cerraron 14 acciones que corresponde al (19%) y se encuentran vencidas 4 Acciones que corresponden al (6%).





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

ACCIONES VENCIDAS A 31 DE MARZO DEL 2022

Al corte de 31 de marzo de 2022, se presentan tres (3) acciones de mejora vencidas, las cuales se detallan a continuación:

ACCIONES VENCIDAS SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA			
AÑO	No CONSECUTIVO PLAN	PROCESO/SERVICIO	ACCIONES VENCIDAS
2019	INT-23	TESORERIA	1
2020	INT-15	CONTRATACIÓN	1
2021	PA-210-021	CONTRATACIÓN	1
TOTAL			3

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 31 de marzo 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.

La oficina de control interno realizo seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la subgerencia Servicios de Salud con corte a 31 de marzo 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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA											
MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)											
VERSION: 01											
VIGENCIA	SUBGERENCIA	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	LINK PLAN	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO / NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO I TRIMESTRE 2022	% AVANCE 31/03/2022	CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alcance)
2020	SSS	INT-02	INT-02 2019	FARMACIA	CONTROL INTERNO	31/12/2021	03 acciones suscritas:	0%	SI	PLAN DE ACCION CERRADO Dando cumplimiento al artículo 9 de la Res. 124 de 2019, el líder del proceso mediante oficio de fecha 12 de abril de 2022, solicita analizar el cierre del plan de mejoramiento 2020-02, documento que cuenta con visto bueno de Subgerencia de Servicios de salud; previo a esta solicitud se realizó mesa de trabajo en conjunto con la oficina de control interno para verificar la eficacia de las acciones de mejora propuestas. (ACTA DE REUNION FECHA 06/04/2022)	NO
2020	SSS	INT-03	INT-03 2020	SERVICIOS DE APOYO-IMAGENOLÓGIA	CONTROL INTERNO	30/06/2020	11 acciones suscritas: 2 se cierran para hacerles seguimiento en plan INT-13-2020, 8 cumplen, 1 NO CUMPLE.	92%	NO	ACCION SIN AVANCE Y/O CUMPLIMIENTO La acción 1 " Realizar trazabilidad de los pacientes agendados desde el momento en el que se 2020, solicita el estudio y la fecha en que es realizado a través de la plataforma de integración de Plan" No cumple, fecha de cierre vencida (abril 2020), se recomienda revisar acción para darle cumplimiento a la resolución interna 124 de 2019	NO
2020	SSS	INT-10	INT-10 2020	HOSPITALIZACIÓN	CONTROL INTERNO	30/04/2021	16 acciones suscritas: 2 acciones repetidas ,7 cumplen, 7 cumplen parcialmente	89%	NO	ACCIONES CUMPLEN PARCIALMENTE (7) Acción 5, 8,9 ,10,11,15 y 16 presentan anexos de avance, pero requiere de seguimiento en el siguiente trimestre.	NO



2020	SSS	INT-12	INT-12/2019 202020202021--16-1701	SERVICIOS DE APOYO-PATOLOGÍA	CONTROL INTERNO	2/05/2021	5 acciones de mejora: 4 cumplen, 1 cumplimiento parcial	90%	NO	ACCIONES CUMPLEN PARCIALMENTE (1) Acción 5: En relación con actualización y aprobación de Matriz de riesgos del servicio de Patología La Matriz del servicio de patología fue revisada y actualizada por el proceso, el coordinador calidad de patología anexa correo de envió a Seguridad del paciente, pendiente por parte de ellos de actualizar esta matriz.	NO
2020	SSS	INT-13	INT-13/2019 202020202021--16-1701	SERVICIOS DE APOYO-IMAGENOLÓGIA	CONTROL INTERNO	28/02/2021	18 acciones suscritas: 11 cumplen, 1 acciones sin evidencias de avance y/o cumplimiento., 1 acción subsanada previo al informe definitivo, 5 cumplimiento parcial	83%	NO	ACCIONES CUMPLEN PARCIALMENTE (5) las acciones 5,10,11,16 y 18 adjuntan evidencias de avances, pero requieren de un próximo seguimiento para su respectivo cierre ACCION CUMPLEN Acción 15 Se evidencia eficacia de la acción por tal razón se da cierre ACCION SIN EVIDENCIAS DE AVANCE La acción 14 sin evidencias de avance y/o cumplimiento en cuanto a "Actualizar El programa de capacitación RX-PG-02" no presenta avance desde la creación del plan	NO
2021	SSS	PA210-008	http://45.65.233.102:1725/app.php/creación/35	LABORATORIO	CONTROL INTERNO	30/04/2021	9 acciones suscritas, 8 cumplen, 1 cumple parcialmente.	95%	NO	ACCIONES CUMPLEN PARCIALMENTE (1) Acción 9: "Mejoramiento en los controles establecidos en la matriz de riesgo" No se evidencia avance en el cumplimiento de la acción, sin embargo, en el módulo DARUMA el proceso coloca un avance 50%	NO
2021	SSS	PA210-026	http://192.168.10.110/embargo./seaff/actionplan/57	LABORATORIO	SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ-EXTERNO	31/10/2021	9 acciones suscritas, 8 cumplen, 1 en ejecución	89%	NO	ACCION SIN AVANCE Y/O CUMPLIMIENTO Se realiza seguimiento a las siguientes actividades: Actividad 3 no cumple en relación a la "Documentación del procedimiento para el manejo de errores en el diligenciamiento de formatos y registros", sin embargo, en el módulo de DARUMA, el proceso indica un avance del 81%, pero no adjunta ninguna evidencia de este avance. Actividad 4 se evidencia cumplimiento actualización del Manual técnico de laboratorio LB-M0-09, y documentar el procedimiento para el manejo de errores.	NO
2021	SSS	PA210006 PA210-023	https://hsrt.darumasoftware.com/embargo./staff/actonplan/78	URGENCIAS	CONTROL INTERNO	28/02/2022	16 acciones suscritas	N/A	NO	Teniendo en cuenta la Res. 124 de 2019, el área de Urgencias mediante oficio del 25/01/2022 solicita ajuste al plan de mejoramiento SE DEJA EN ESTADO ANULADO Y SE CARGA NUEVAMENTE	NO
2021	SSS	PA2212-007	https://hsrt.darumasoftware.com/embargo./staff/actonplan/80	ESPECIALIDADES CLÍNICAS	CONTROL INTERNO	31/12/2021	12 acciones, dentro de los términos de cumplimiento	N/A	NO	El proceso solicito mediante oficio radicado de fecha 18/01/2022 ajuste al plan de mejoramiento, en cuanto a cambio de fechas finales de las acciones 8,9 y 12. Dando cumplimiento al artículo 9 de la Res. 124 de 2019.	NO

2021	SSS	PA2212-001	http://192.168.10.110/embargo/_seaff/creación/68	FARMACIA	CONTROL INTERNO	31/07/2022	13 acciones, 8 (SEGUIMIENTO II TRIM SEGÚN FECHA ESTABLECIDAS), 1 cumplido 3 cumple parcialmente	38%	NO	Dando cumplimiento al artículo 9 de la Res. 124 de 2019, el líder del proceso mediante oficio de fecha 12 de abril de 2022 y con visto bueno de Subgerencia de Servicios de Salud, solicita ajuste del plan de mejora PA 2212-001; en los siguientes aspectos: Replanteamiento actividad y ajustes fechas finales de las actividades 6,8,9,10,11 y 12. (31/07/2022) Previo a esta solicitud se realizó mesa de trabajo en conjunto con la oficina de control interno para verificar la eficacia de las acciones de mejora propuestas. (ACTA DE REUNION FECHA 06/04/2022). Se aclara que las acciones (5) programadas para el primer trimestre de 2022 cumplen en el 100%	NO
2021	SSS	PA2112-001	http://192.168.10.110/embargo/_seaff/creación/66	CONSULTA EXTERNA	CONTROL INTERNO	30/06/2022	12 acciones formuladas	N/A	NO	El proceso mediante oficio con fecha de radicado 06/04/2022 y visto bueno de la Sub gerencia de servicios de salud, solicitan ajuste a las acciones planteadas (4 y 9) y a los tiempos establecidos, cambiado la fecha final de las acciones a 30/06/2022.	NO
2021	SSS	PA214-001	http://192.168.10.110/embargo/_seaff/accionplan/58-EXTERNO	URGENCIAS	SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ EXTERNO	14/02/2022	8 acciones de 2 en 4 términos cumplimiento, cumplen parcialmente.	87%	NO	ACCION CUMPLE ACCION 5: El proceso adjuntan evidencias de la solicitud y adquisición del medicamento faltante. Dar cierre a esta acción. ACCION 8: Elaboran y socializan Protocolo de Atención Integral de urgencias a víctimas de agresiones con agentes químicos. Dar cierre a esta acción. ACCIONES CUMPLEN PARCIALMENTE ACCION 1: Pendiente aprobación protocolo atención a víctimas violencia sexual ACCION 3: Se crea formato CONSENTIMIENTO INFORMADO PERSONAS CON DISCAPACIDAD, pendiente evidencias de socialización e implementación ACCION 6: Pendiente actualización del curso virtual Institucional "víctimas de violencia" ACCION 7: Acción que requiere seguimiento en el próximo trimestre	NO

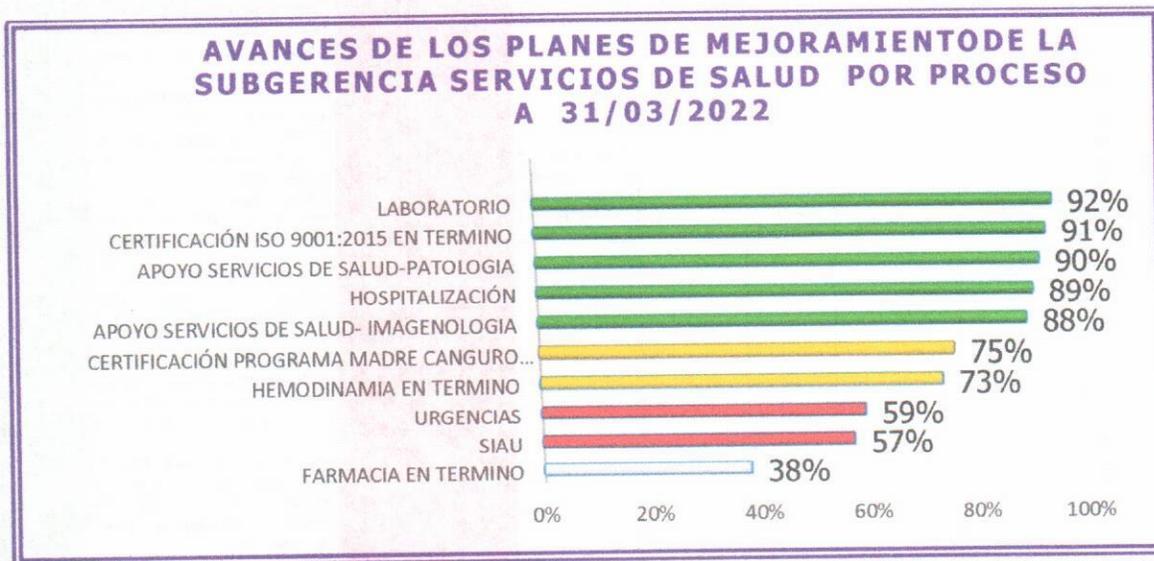
Handwritten signature

2022	SSS	PA222-004	https://hsrt.darumaoftware.com/ambargo/staff/actionplan/85	FARMACIA (BPM)	AUDITORIA INTERNA MESSER	31/09/2022	23 acciones	N/A	NO	Se carga plan en DARUMA, el 21/04/2022, acciones en términos de tiempo. Seguimiento II Trim de 2022	NO
2022	SSS	PA2212-006	https://hsrt.darumaoftware.com/app.php/staff/actionplan/78	URGENCIAS	CONTROL INTERNO	31/03/2022	12 Acciones, 2 cumplen se cierre en este seguimiento, 2 acciones sin avances, 8 cumplen parcialmente	58%	NO	<p>ACCION CUMPLE</p> <p>ACCION 1: Se da cumplimiento acción. Dar cierre acción</p> <p>ACCION 11: Adjuntan las evidencias necesarias. Dar cierre acción</p> <p>ACCIONES CUMPLEN PARCIALMENTE</p> <p>ACCION 2: Se socialización el protocolo de Triare a la totalidad de médicos que se encuentran prestando el servicio actualmente, pendiente verificar los que ingresaron posteriormente durante su proceso de inducción.</p> <p>ACCION 3: Adjuntan solicitud de ajuste de la ficha técnica del tiempo promedio triare II, pendiente ajuste en DARUMA</p> <p>ACCION 4: Adjuntan cuadro turnos SIAU febrero 2022, requiere seguimiento en el II Trim, para verificar la eficacia de la misma.</p> <p>ACCION 5: Adjuntan correo direccionado a protección social de mes enero y febrero de los triare V, pendiente correo mes marzo 2022</p> <p>ACCION 7: Adjuntan evidencias mes de marzo, requiere seguimiento en el II Trim, para verificar la eficacia de la misma.</p> <p>ACCION 8: Se evidencia la oportunidad de entrega de resultados de examen del laboratorio, pendiente las demás especialidades.</p> <p>ACCION 9: Adjuntan cuadro turnos SIAU febrero 2022, requiere seguimiento en el II Trim, para verificar la eficacia de la misma.</p>	NO
2021	SSS	PA210-016	http://45.65.233.102:1725/app.php/actionplan/47	SIAU-JURIDICA	CONTROL INTERNO	31/12/2021	8 acciones suscritas: 4 cumplen, 4 se encuentran vencidas	57%	NO	8 acciones suscritas, Plan de mejoramiento aparece cargado en Daruma. Las acciones de encuentran vencidas	NO
2021	SSS	PA2212-002	http://192.168.1.0.110/app.php/staff/actionplan/69	SIAU	AUDITORIA INTERNA	30/06/2022	3 acciones,	N/A			NO
2021	SSS	PA212-001	http://192.168.1.0.110/app.php/staff/actionplan/59	CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015	AUDITORIA INTERNA	31/12/2021	18 acciones: 15 acciones cerradas, 3 vencidas	91%	NO	3 acción en ejecución en relación con: " Revisar como se planificará la gestión del cambio frente al Traslado de PMC a UMI" y semaforización en Farmacia vencidos cuarentena y Encuesta en articulación con Comercial	NO

En la gráfica siguiente se muestra el Avance de los planes de mejoramiento para la Subgerencia de Salud por procesos con corte a 31 de marzo del 2022, evidenciando:

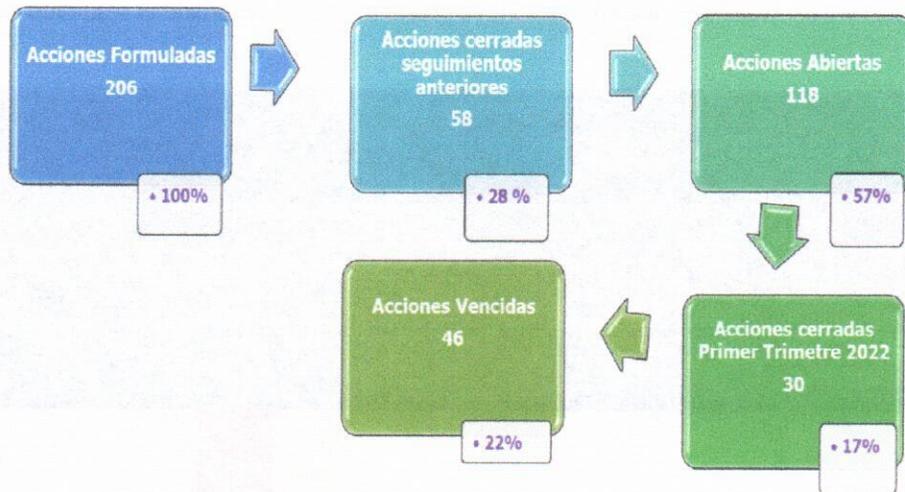
- (1) Plan de mejoramiento con avance (91%) que corresponde a certificación ISO 9001:2015
- (1) Plan de Mejoramiento con avance (92%) que corresponde a laboratorio
- (1) Plan de mejoramiento con avance (90%) que corresponde Apoyo y servicios de salud -Patología
- (1) Plan de mejoramiento con avance (89%) que corresponde a hospitalización

- (1) Plan de mejoramiento con avance (88%) que corresponde a Servicio de apoyo de salud-Imagenología
- (1) Plan de mejoramiento con avance (73%) que corresponde a Hemodinamia
- (1) Plan de mejoramiento Vencido con un (59%) corresponde a Urgencias
- (1) Plan de mejoramiento Vencido con un (57%) corresponde a SIAU
- (1) Plan en termino y con Avance (75%) corresponde a Certificación en programa madre canguro
- (1) Plan en termino y con avance (38%) corresponde a farmacia



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 31 de marzo del 2022 de la subgerencia de servicios de salud, producto de las fuentes de hallazgo (Oficina de Control Interno, secretaria de salud de Boyacá, Auditoría Externa Icontec, Auditoría Interna de CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015). Cuenta con 206 Acciones formuladas (100%), de las cuales 58 acciones de mejora se cerraron en seguimientos anteriores que corresponden al (28%), 118 acciones de mejora quedan abiertas que corresponden al (57%), en el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno para este periodo se cerraron 30 acciones que corresponde al (17%) y se encuentran vencidas 46 Acciones que corresponden al (22%), como se muestra en la gráfica siguiente:



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

ACCIONES VENCIDAS A 31 DE MARZO DEL 2022

Al corte de 31 de marzo de 2022, se presentan cuarenta y seis (46) acciones de mejora vencidas, las cuales se detallan a continuación:

ACCIONES VENCIDAS SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD CORTE 31/03/ 2022			
AÑO	No CONSECUTIVO PLAN	PROCESO/SERVICIO	ACCIONES VENCIDAS
2020	HOSPITALIZACION	INT-10	7
2020	SERVICIOS DE APOYO- IMAGENOLÓGÍA	INT-03	3
		INT-13	7
2020	SERVICIOS DE APOYO- PATOLOGÍA	INT-12	1
2021	URGENCIAS	PA214-001	6
2021	URGENCIAS	PA2212-006	10
2021	LABORATORIO	PA210-008	1
			1
2022	CERTIFICACIÓN PROGRAMA MADRE CANGURO ISO 9001:2015	PA224-001	3
2021	CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015	PA212-001	3
2021	SIAU	PA210-016	4
TOTAL			46

1.3 Oficina Asesora 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 31 de marzo 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,



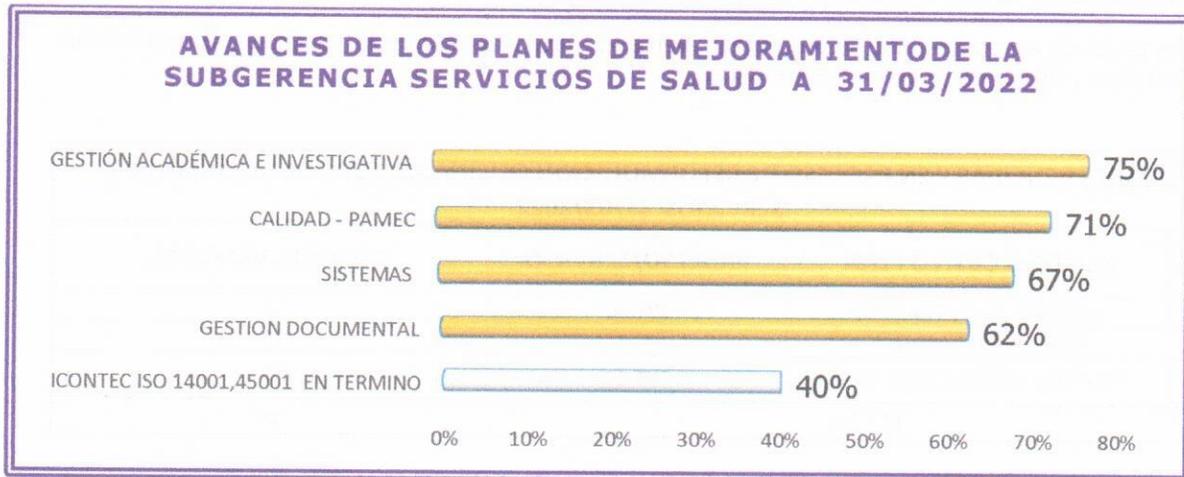
Avances, Cierre de plan y Observaciones. A continuación, se presentan forma resumida el resultado de este seguimiento.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA											
CÓDIGO: OACT-F-03											
MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)											
VERSIÓN: 01											
26/07/2019											
VIGENCIA	SUBGERENCIA	No. PLAN DE MEJORA	CONSECUTIVO	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO I TRIMESTRE 2022	% AVANCE 31/03/2022	CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alcance)
2020	OADS	INT-08		GESTION DOCUMENTAL	REVISORIA FISCAL	31/12/2021	1 acción suscrita y se encuentra vencida	62%	NO	1 acción suscrita, se encuentra en desarrollo en relación con MIGRACION Y/O COPIA DE SEGURIDAD DOCUMENTO ELECTRONICO DE ARCHIVO TRD 2021/2022, sin embargo, de acuerdo con lo evidenciado, en cuanto a incumplimiento de los plazos fijados en el plan de acción, es importante que se cumpla con lo estipulado en la resolución 124 de 2019	NO
2020	OADS	INT-11		SISTEMAS - GOBIERNO EN LINEA	CONTROL INTERNO	30/03/2021	9 acciones suscritas: -3 cumplen -3 cumplen parcial y se encuentran vencidas. - 3 no cumplen se encuentran vencidas	67%	SI	9 acciones suscritas: 3 cumplen, 3 cumplen parcial y 3 no cumplen, se reformó acuerdo con la resolución 124 de 2019. El plan se encuentra en proceso de reformulación	SI
2020	OADS	INT-17		CALIDAD - PAMEC/DARUMA	CONTROL INTERNO	31/12/2021	24 acciones suscritas: -17 cumplen - 7 no cumplen encuentran vencidas	71%	NO	24 acciones suscritas: 17 cumplen y 7 no cumplen. El proceso presenta informe técnico que evidencia las acciones desarrolladas frente a la parametrización y avances frente a la puesta en marcha para los módulos de RIESGOS Y AUDITORIAS COMPLEMENTARIAS, para luego una vez se tengan los insumos necesarios por parte del proveedor se podrá determinar el alcance de este plan y de esta manera cerrar los hallazgos	NO
2021	OADS	PA222-002		GESTION AMBIENTAL	CONTROL INTERNO	1/10/2022	9 acciones Suscritas:	NA	NO	Las nueve acciones suscritas tienen plazo de ejecución a fecha 01/10/2022	No

2021	OADS	PA2212-004	GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA	CONTROL INTERNO	30/03/2022	24 acciones suscritas: -3 cumplen - 13 cumplen Parcialmente -8 En ejecución	75%	NO	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	NO
2022	OADS	PA224-002	ICONTEC ISO 14001, 45001	AUDITORIA EXTERNA	31/12/2022	65 acciones suscritas -14 Cumplen - 19 Se encuentran con avances parciales y vencidas. -32 Pendientes de Ejecución	40%	NO	65 acciones suscritas, de las cuales a 14 se les dio cierre, 19 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. Las restantes 32 se encuentran pendientes de ejecución ya que están dentro los tiempos previstos para su realización.	NO

En la gráfica siguiente se muestra el Avance de los planes de mejoramiento para la Subgerencia de Salud por procesos con corte a 31 de marzo del 2022, evidenciando:

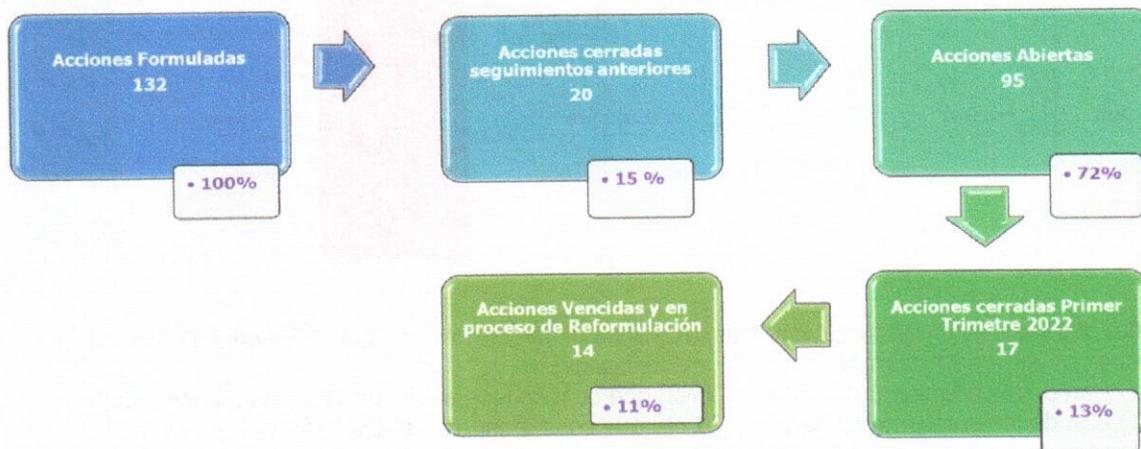
- (1) Plan de mejoramiento con avance (75%) que corresponde a Gestión Académica e investigativa
- (1) Plan de Mejoramiento con avance (71 %) que corresponde a Calidad PAMEC
- (1) Plan de mejoramiento con avance (67%) que corresponde A Sistemas
- (1) Plan de mejoramiento con avance (62%) que corresponde a Gestión Documental
- (1) Plan de mejoramiento con en termino y con avances (40%) que corresponde a Icontec ISO 1400145001



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 31 de marzo 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 132 Acciones formuladas

(100%), de las cuales 20 acciones de mejora se cerraron en seguimientos anteriores que corresponden al (15%), 95 acciones de mejora quedan abiertas que corresponden al (72%), en el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno para este periodo se cerraron 17 acciones que corresponde al (13%) y se encuentran vencidas y en proceso de formulación 14 Acciones que corresponden al (11%), como se muestra en la gráfica siguiente:



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

ACCIONES VENCIDAS A 31 DE MARZO DEL 2022

Al corte de 31 de marzo de 2022, se presentan catorce (14) acciones de mejora vencidas y en proceso de reformulación, las cuales se detallan a continuación:

ACCIONES VENCIDAS Y EN PROCESO DE REFORMULACIÓN OFICINA ASESORA DE DESARROLLO Y SERVICIOS 31/03/2022			
AÑO	No CONSECUTIVO PLAN	PROCESO/SERVICIO	ACCIONES VENCIDAS
2020	CALIDAD - PAMEC/DARUMA	INT-08	7
2020	GESTIÓN DOCUMENTAL	INT-17	1
2020	SISTEMAS -GOBIERNO EN LINEA	INT-11	6
TOTAL			14

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

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 en los siguientes artículos:

- **ARTÍCULO NOVENO. Solicitud de ajuste al plan de mejoramiento.** El líder de proceso dueño de Plan de mejoramiento podrá solicitar por escrito, ajuste a las acciones planteadas y a los tiempos establecidos, debidamente motivada y con visto bueno por parte de la Subgerencia u oficina asesora y de Gerencia.
- **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.

PARÁGRAFO 1. Cuando se requiera ajuste al Plan de Mejoramiento se deberá solicitar por escrito a la oficina de control interno debidamente justificado y aprobado por la Subgerencia y/o Oficina Asesora y Gerencia.

- De acuerdo al procedimiento institucional se carguen oportunamente los planes de mejoramiento en la herramienta establecida "módulo de Planes de acción del Software Daruma" y se realice el seguimiento de acuerdo a lo programado por el líder responsable y de esta forma poder revisar aprobar y realizar cierre efectivo de los planes de mejoramiento.

1.4 PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS

La E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja a corte 31 de marzo 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 (TERMINO)	1	8%
AUDITORIA SUPERSALUD	1	20%
SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ-EXTERNO (LABORATORIO)	1	89%
SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ- EXTERNO (URGENCIAS)	1	87%
AUDITORIA EXTERNA ICONTEC ISO 9001:2015	1	53%
AUDITORIA EXTERNA ICONTEC ISO 14001, 45001	1	40%



En cuanto el plan de mejoramiento suscrito por la contraloría General de Boyacá el 01 de Febrero de la actual vigencia cuenta con un total de 50 Hallazgos y 6 meses de ejecución. Para el seguimiento realizado con corte al 31 de marzo del 2022 reporto avances en 16 hallazgos de los cuales 4 presentaban plazo máximo de ejecución el 31 de marzo , cumpliendo el 100% de las acciones suscritas, los restantes (12) se encuentran en términos de cumplimiento con avances significativo.

Con relación al seguimiento realizado al plan de mejoramiento de la Supersalud, es importante aclarar que este ente de control aprobó dicho plan el 22 de marzo del 2022. Se establecieron 24 hallazgos con 34 acciones de mejora con un avance con corte al 30 de marzo del 2022 del (15.8%) al total de las acciones, que corresponde a 7 acciones de las 9 proyectadas para este corte.

OBSERVACIONES

- ✦ Se evidencia incumplimiento en la elaboración, radicación de planes de mejoramiento y cargue de evidencias en Modulo "Planes de acción del Software Daruma", afectando la mejora continua en los procesos institucionales y el cierre de ciclos de las auditorías, por lo que se hace necesario tomar medidas correctivas necesarias para continuar fortaleciendo el sistema.
- ✦ Se evidencia poca participación por parte de los líderes de procesos en las capacitación y manejo del Módulo de planes de acción del Software, evidenciado un desconocimiento en el cargue de planes de acción, seguimiento, monitoreo y formas de adjuntar evidencias, ocasionando cierre prematuro de acciones que dificultan el seguimiento a la efectividad por la oficina de control interno.
- ✦ Se evidencia dificultades en la verificación de soportes, así como el seguimiento a la efectividad realizado por la oficina de control interno, ya que se encontró varios planes de mejoramiento, cuyas acciones de mejora no se les realizo análisis de causa, de igual forma la descripción no es coherente con los hallazgos, por lo cual se debe recordar que las acciones deben ser cotejables, viables y comprensibles.
- ✦ En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno se evidencio 15 planes de mejoramiento vencidos de , incumpliendo con la Resolución 124 del 2019.

RECOMENDACIONES

- ✦ Es necesario fortalecer la elaboración y seguimiento de radicación a los planes de mejoramiento, tanto por la primera como por la segunda línea de defensa del sistema de control interno, teniendo en cuenta que a la fecha no se han radicado por parte de algunas áreas planes de mejoramiento



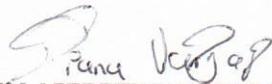
de las auditorías realizadas, afectando el sistema de control interno en el cierre de ciclos.

- ✦ 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, manual de planes de mejoramiento OACI-M-07 y procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento de los planes de mejoramiento institucional en relación 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.

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.

Segura de su valiosa atención, agradezco el 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 San Rafael de Tunja

Proyecto: Nayarith Ochoa, Claudia Sáenz, Gustavo Molano
Copia: Vía Outlook a los procesos involucrados



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



8-7405030



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

