

Al contestar cite 202311100008081
202311100008081

Tunja, 28 abril del 2023

Doctor
GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZALEZ
Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA



**E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
GERENCIA**
Recibido por Nancy R.
Hora: 9:50 am Día: 02
Mes: Mayo Año: 2023

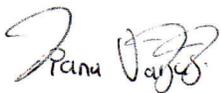
Ref: Informe seguimiento Planes de Mejoramiento con corte a 31 de Marzo 2023.

Cordial Saludo Doctor,

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 2023, según lo contemplado en la resolución interna No. 124 de 2019 y su modificatorio 327 del 2022 y demás procedimientos internos de la entidad.

Anexo Informe de la referencia.

ATENTAMENTE



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

Anexo Informe 15 folios
C.C Subgerencia financiera y Administrativa, Oficina Asesora Desarrollo de servicios, Subgerencias y procesos intervinientes.

INFORME DE SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO
I TRIMESTRE DE 2023

1

Elaborado por:
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, abril 2023



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



8-7405030



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



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527



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 MARZO DE 2023

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 31/04/2023.

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 alertas de mejora encaminadas al cumplimiento de los planes suscritos por parte de los procesos

PROCESOS Y/O ÁREAS INVOLUCRADAS

- ✓ SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Presupuesto, Tesorería, Contabilidad, Contratación, Gestión Administrativa (Cartera y Cuentas médicas) y Talento Humano.

- ✓ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Farmacia, Hemodinamia, Apoyo servicios de salud- Imagenología, Especialidades clínicas, Gestión Quirúrgica/sala de partos y ginecología, Uci Adulto, Consulta externa

- ✓ OFICINA ASESORA DESARROLLO DE SERVICIOS

ICONTEC ISO 9001, 14001, 45001(interna), Gestión documental, Sistemas resolución 1519 de 2020, Gestión Académica e investigativa, Sistemas /ITA, ISO 14001 e ISO 45001, ICONTEC 9001 madre canguro, Comunicaciones y medios

METODOLOGÍA

El monitoreo a los planes de mejoramiento por procesos con corte a 31 de marzo de 2023, 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.



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



8-7405030



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

La oficina de control interno a través de correo electrónico de fecha 27 de marzo 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 procese 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 formula
- $R1 / (R2+1) = 0.66 = 66%$ 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 limite	Estado	Resultado
Seguimiento a la meta de cierre 1	Nayarith Ochoa Sanabria	2023-05-29	Por ejecutar	

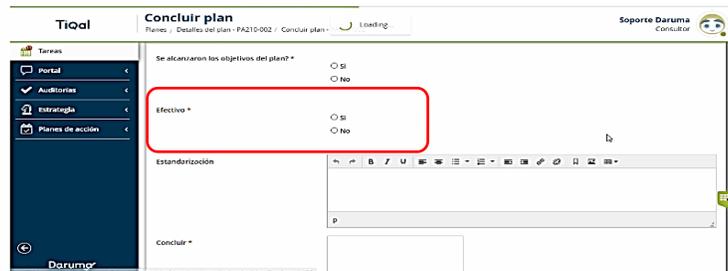
Fuente: Instructivo IN-IN-0016 –V-Vr.3.302 Modulo Planes MJD – Software Daruma

• 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.



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 alcanzó 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 enfoque hacia la prevención 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: Control Interno, calidad, Icontec, Revisoría Fiscal, Secretaria de Salud de Boyacá, Contraloría General de Boyacá, se consolidaron a 31 de Marzo de 2023.

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 aquellos que están: Abiertos, cerrados, vencidos, en término y reformulados.

SUBGERENCIA	PROCESO	TOTAL PM	PLANES CERRADOS	PLANES ABIERTOS		REFORMULACIÓN DEL PLAN	%PROMEDIO
				VENCIDOS	EN TERMINOS		
SAF	TESORERIA	1	0	1	0	0	94%
	PRESUPUESTO	1	1	0	0	0	100%
	CONTABILIDAD	1	0	1	0	0	92%
	CONTRATACION	1	0	1	0	0	86%
	CUENTAS MEDICAS	1	1	0	0	0	100%
	CARTERA	1	0	0	1	0	60%
	TALENTO HUMANO	1	0	0	1	0	54%
SSS	SERVICIOS DE APOYO-IMAGENOLOGIA	1	0	0	0	1	93%
	ESPECIALIDADES CLÍNICAS	1	0	1	0	0	83%
	HEMODINAMIA	1	0	1	0	0	75%
	FARMACIA	1	1	0	0	0	100%
	FARMACIA (BPM)	1	1	0	0	0	100%
	GESTION QUIRURGICA/SALA DE PARTOS Y GINECOLOGIA	1	0	1	0	0	82%
	UCI-ADULTO	1	0	1	0	0	16%
	FARMACIA	1	0	0	1	0	N/A



	FARMACIA-INVENTARIOS	1	0	0	1	0	N/A
	CONSULTA EXTERNA	1	0	0	1	0	N/A
OADS	GESTION DOCUMENTAL	1	0	0	1	0	20%
	SISTEMAS	2	0	0	2	0	N/A
	GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA	1	0	1	0	0	89%
	COMUNICACIONES Y MEDIOS	1	0	0	1	0	80%
	ICONTEC ISO 9001, Madre canguro	1	0	0	1	0	70%
	ICONTEC ISO 9001, 14001,45001 (Interno)	1	0	0	1	0	78%
	ICONTEC ISO 14001,45001 (externo)	1	0	0	1	0	42%
TOTAL		25	4	8	12	1	

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

La oficina de control interno realizó seguimiento y evaluación a los 25 planes de mejoramiento vigentes suscritos con corte a 31 de marzo de 2023, donde se cerraron 4 planes de mejoramiento, 8 se encuentran vencidos y 12 en términos de cumplimiento y un plan de mejoramiento en reformulación.

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 Marzo del 2023, consolidando sus resultados a través de la matriz de seguimiento planes de mejoramiento (proceso) con código OACI-F-03, teniendo en cuenta : Vigencia, subgerencia, consecutivo, proceso responsable, fuente de Hallazgo, fecha de Cierre, seguimiento tramite, % Avances trimestre, % avance total, Cierre de plan, Observaciones y necesidad de nueva acción.

A continuación, se presentan forma resumida el resultado de este seguimiento:

CODIGO: OACI-F-03		ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA										
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 MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alcance)



2019	SAF	INT-23	INT-23	TESORERIA	REVISORIA FISCAL	31/03/2020	5 acciones 4 acciones cumplen 1 acción vencida	VENCIDO	94%	NO	La acción vencida en relación con la implementación del procedimiento de entrega de caja ciega no presenta evidencia, el proceso manifestó que dicho caso se elevaría a la mesa de trabajo de Servinte. No obstante, a la fecha no se ha recibido ninguna información respecto del ajuste realizado en Servinte.	NO
2022	SAF	PA22 0-005	https://h.srt.daru.masoftware.com/app.php/staff/actioplan/101	PRESUPUESTO	CONTROL INTERNO	28/02/2023	1 acción suscrita cerrada	100%	100%	SI	Se presento evidencia el día 28/02/2023 que consta de: Link de un archivo en Excel con conciliación SCHIP EJECUCIONES DICIEMBRE 2022, en donde se puede constatar que los formatos de programación y ejecución de ingresos y gastos coinciden en valores frente a las ejecuciones presupuestales de ingresos y egresos con corte a 31 de diciembre de 2022. La efectividad es medida a juicio razonable del auditor, para lo cual se verifico la conciliación de la información reportada en la categoría única de información de presupuesto ordinario -CUIPO frente a la información consignada en las ejecuciones presupuestales evidenciando que fueron presentadas oportunamente para el tercer y cuarto trimestre de 2022 y que coinciden los valores tanto en la programación como en la ejecución del presupuesto, por tanto se da cierre al hallazgo, invitando al proceso a que continúe con las conciliaciones para cada uno de los reportes CUIPO trimestrales a reportar.	NO



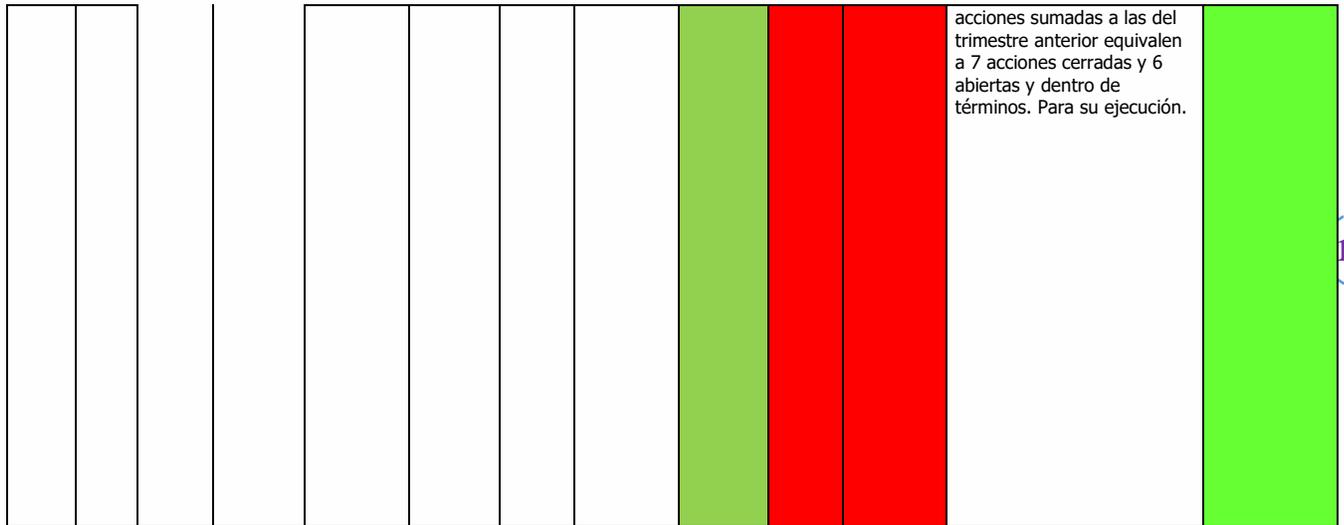
2022	SAF	PA-2212-012	https://hrt.darumasoftware.com/app.php/staff/accionplan/88	CONTABILIDAD	CONTROL INTERNO	31/12/2022	13 acciones suscritas: 12 Acciones cerradas 1 acción vencida	VENCIDO	92%	NO	El proceso responsable dio cumplimiento a 12 de las acciones suscritas, una vez revisadas las evidencias 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	NO
2022	SAF	PA 220-001	https://hrt.darumasoftware.com/app.php/staff/accionplan/97	CONTRATACION	CONTROL INTERNO	31/12/2022	7 acciones suscritas (6 en Daruma y una sin cargue en Daruma 6 acciones cerradas (#1-#3-#4-#5, #6 y #7) 1 acción con avance parcial vencida (#2)	VENCIDO	86%	NO	Se presenta anexo pantallazo de citación a reuniones y actas de comité de contratación como evidencia de revisar y aprobar el estatuto y el manual de contratación, sin embargo, no se ha cumplido con la acción	NO



2022	SAF	PA22 0-009	https://hrt.darumasoftware.com/app.php/staff/accionplan/120	AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	CONTROL INTERNO	31/03/2023	3 acciones suscritas, 3 acciones cerradas	100%	100%	SI	<p>Se presento evidencia el día 28/03/2023 conformada por : acta de glosa trasladada para cobro_1, acta de comité de cartera No. 12 y 13 de 2022 y acta de comité de cartera 01 de 2023 AM-F-03 MATRIZ DE GLOSAS, AM-F-04 MATRIZ DE DEVOLUCIONES, AM-PO-01, AM-PR-03, actualizados a 31 de marzo de 2023 en DARUMA</p> <p>La eficiencia se midió a juicio razonable del auditor para esto se verifico la evidencia presentada en el hallazgo 8.3.1 cumpliendo con lo requerido en el formato AM-F-02 y con los valores conciliados correspondientes al cruce de información de glosa y devoluciones radicadas en los meses de noviembre, diciembre de 2022 y enero, febrero de 2023, además acta de glosa trasladada para cobro_1. Por lo anterior se cierra la acción.</p> <p>La evidencia presentada en el hallazgo 8.3.2 relaciona como soporte el acta de comité de cartera No. 12 y 13 de 2022 y acta 01 de 2023 así mismo informe final de 2022, correspondiendo los valores de glosa y devolución entre comités de cartera e informe final presentado a la alta gerencia. Una vez revisada la evidencia allegada por el proceso se pudo establecer que ha sido efectiva, en virtud de lo anterior se insta al proceso a continuar y fortalecer los controles que permitan no reincidir en la no conformidad encontrada. Para el hallazgo 8.3.3 las evidencias presentadas son los formatos: AM-F-03 MATRIZ DE GLOSAS, AM-F-04 MATRIZ DE DEVOLUCIONES, AM-PO-01, AM-PR-03, actualizados a 31 de marzo de 2023 en DARUMA y estado activo, cumpliendo con el indicador del plan de mejoramiento. Una vez revisada la evidencia allegada por el proceso se pudo establecer que ha sido efectiva, en</p>	NO
------	-----	---------------	---	------------------------------	-----------------	------------	---	------	------	----	--	----



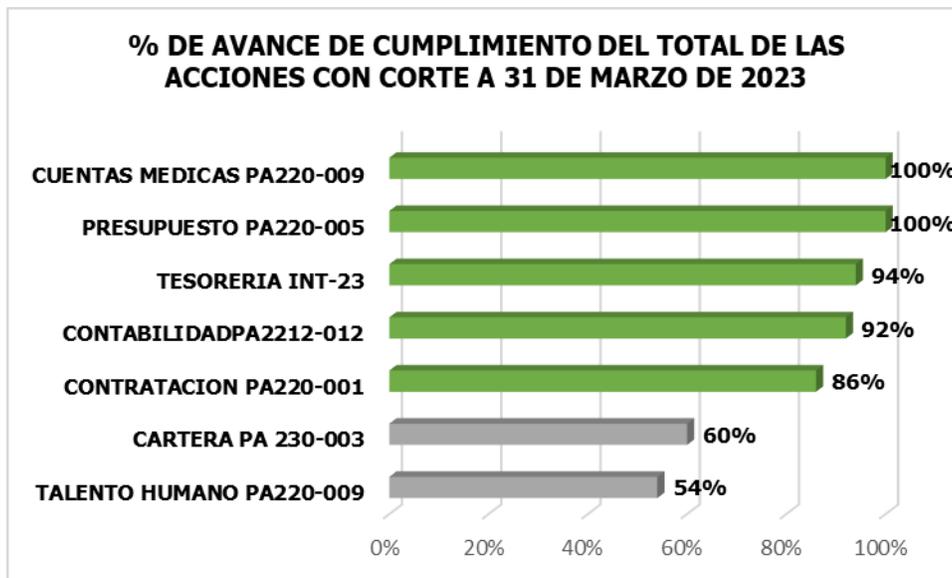
										evidencia seis (6) cargados el 18/04/2023, archivos en PDF de los cuales el auditor toma como muestra 6 de los cobros en donde se constatan las actas generadas y el respectivo cobro, con lo cual queda soportada la existencia de actas de conciliación de glosas y su respectivo cobro de manera oportuna.		
2022	SAF	PA22 0-008	https://hrt.daru.masoftware.com/app.php/staff/accionplan/119	TALENTO HUMANO	CONTROL INTERNO	16/07/2023	13 Acciones suscritas, 7 cerradas y 6 dentro de términos de ejecución	100%	54%	NO	<p>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. 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.</p> <p>Primer Trimestre de 2023</p> <p>Acción # 2 el proceso apporto comunicado Emitir comunicado por parte del secretario de la comisión de Personal a los actores del proceso evaluación del desempeño, en donde se recalque la importancia de realizar el seguimiento a los compromisos laborales definido en los artículos 4 y 7 del ACUERDO No. CNSC, y con esta evidencia se da cierre.</p> <p>Acción. #4 se presentó acta de reunión de capacitación, dando cumplimiento a lo pedido en la acción. y se cierra esta acción. Sin embargo, queda pendiente de seguimiento para medir la efectividad. Se cierran dos acciones en este periodo, se cierran 2</p>	11



Fuente: formato oaci-f-03 matriz de seguimiento planes de mejoramiento institucional-por procesos

Se debe tener en cuenta que, aunque en la matriz de Seguimiento se **reflejan los planes de mejoramiento de Talento humano con avance total del 54% en rojo**, esto se debe al porcentaje total del plan y al manejo de intervalos para asignar la escala cromática, sin embargo, este plan se encuentra en términos de cumplimiento y presenta 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 primer trimestre de 2023, 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

- ✓ 2 planes de mejoramiento cerrados correspondiente a Presupuesto y cuentas médicas este último pendiente para verificar su efectividad.
- ✓ 2 planes de mejoramiento en términos de cumplimiento que corresponden a Cartera y Talento humano que se encuentran en color gris.
- ✓ 3 planes de mejoramiento con 1 acción vencida cada uno correspondiente a Tesorería, Contabilidad y Contratación.

A continuación se muestran las acciones de mejora formuladas en los 7 planes de mejoramiento vigentes de la Subgerencia Administrativa y Financiera con corte a 31 de Marzo del 2023, producto de las fuentes de hallazgo (Revisoría Fiscal y Oficina de control Interno), cuenta con 47 acciones suscritas de las cuales 8 acciones están en término que corresponden al 17% en color gris, 3 acciones vencidas que corresponden al 6% en color rojo y 36 acciones cerradas que corresponden al 76% en color verde:



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

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE MARZO DE 2023 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 EJECUCION	
				EN TÉRMINO	VENCIDAS					
TESORERIA	2019	INT-23	5	0	1	4	4	1	0	N.A.
PRESUPUESTO	2022	PA220-005	1	0	0	1	1	0	0	Efectivo
CONTABILIDAD	2022	PA2212-012	13	0	1	12	12	1	0	N.A.
CONTRATACION	2022	PA220-001	7	0	1	6	6	1	0	N.A.
CUENTAS MEDICAS	2022	PA220-009	3	0	0	3	3	0	0	En Seguimiento a la Efectividad

CARTERA	2022	PA 230-003	5	2	0	3	0	0	3	N.A.
TALENTO HUMANO	2022	PA220-009	13	6	0	7	2	0	5	N.A.
TOTAL			47	8	3	36	28	3	8	

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

1.2 SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD

14

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 2023, 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.

CODIGO: OACI-F-03		ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA									
VERSIÓN: 03		MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)									
VIGENCIA	SUBGERENCIA	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO I TRIMESTRE 2023	% AVANCE I TRIMESTRE 2023	% 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%	SI	Dando cumplimiento al artículo décimo segundo, parágrafo 1 de la Resolución 124 de 219 y su modificatorio 327 de 2022, el servicio de imagenología replantea la acción pendiente de cierre, tiempo y responsables con su respectiva justificación, mediante radicado del 08/02/2023 en la OACI, solicitando el cierre del plan de mejoramiento suscrito en el 2020 y el replanteamiento de un nuevo, plan radicado en la OACI 06/03/2022, al verificar en el módulo de plan de acción de DARUMA, se observa que fue cargado el 06/03/2023 con el numero PA-230-005	SI
2022	SSS	PA2212-007	ESPECIALIDADES CLÍNICAS	CONTROL INTERNO	1/04/2022	12 acciones, Cumple (9), vencidas (3)	N/A	83%	NO	Con corte a primer trimestre de 2023, se evidencian 3 acciones vencidas 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	NO



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



8-7405030



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

Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

										medicamentos según la definición de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. ACCION 12: Cerrar planes de mejoramiento y remitir los soportes para su verificación	
2022	SSS	PA222-003	HEMODI NAMIA	CONTROL INTERNO	31/12/2022	4 acciones: Cumple (3), vencida (1)	VENCIDO	75%	NO	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. Se solicita al proceso gestión financiera soportes del pago de los servicios públicos a cargo de la empresa Unión temporal Angiovascular, se recibe correo de respuesta en el cual describen pagos correspondientes de enero a marzo del 2023, pendiente pago vigencia anteriores, según acuerdo establecido el 13/04/2022. Teniendo en cuenta lo anterior esta acción continúa abierta.	NO
2022	SSS	PA2212-001	FARMACIA	CONTROL INTERNO	31/02/2022	13 acciones: Cumple: (10) Acción vencidas y sin avance: (3)	VENCIDO	100%	NO	Con corte a primer trimestre de 2023, la OACI realiza seguimiento al avance de las acciones pendientes de cierre, evidenciado que el proceso adjunto los soportes correspondientes a las siguientes acciones pendientes de cierre: 10,11 y 13	NO
2022	SSS	PA222-004	FARMACIA (BPM)	AUDITORIA INTERNA MESSER	31/09/2022	15 acciones: Cumple (15)	VENCIDO	100%	SI	Con corte a primer trimestre de 2023, la OACI realiza seguimiento al avance de las acciones pendientes de cierre, evidenciado que el proceso adjunto los soportes correspondientes a las ACCIONES 2,10 Y 14 dando cumplimiento, teniendo en cuenta lo anterior se da cierre al plan	NO
2022	SSS	PA2218-001	GESTION QUIRURGICA/SALA DE PARTOS Y GINECOLOGIA	CONTROL INTERNO	15/07/2022	22 acciones, cumplen (18), Vencidas (4)	VENCIDO	82%	NO	Con corte a primer trimestre de 2023, la OACI realiza seguimiento al avance de las acciones pendientes de cierre, evidenciado que el proceso no adjunto los soportes correspondientes a las siguientes acciones las cuales se encuentran en estado vencido. ACCION 9: Evaluación de adherencia a la aplicación del protocolo ATENCION PRIORITARIA DE LA GESTANTE GO-PT-04 ACCION 12: SOCIALIZACION PROTOCOLO ATENCIÓN Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA	NO

15



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



8-7405030



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

Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

										OBSTETRICA GO-PT-14 ACCION 13: Socializar con los anesthesiologos los resultados de esta auditoria para generar acciones de mejora frente al proceso de analgesia obstétrica 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	
2022	SSS	PA220-007	UCI-ADULTO	CONTROL INTERNO	21/10/2022	25 acciones, cumplen (4), Vencidas (21)	0%	16%	NO	Con corte a primer trimestre de 2023, la OACI realiza seguimiento al avance de las acciones pendientes de cierre, evidenciado que el proceso adjunto los soportes correspondientes a las siguientes acciones 1,2,3 y 14. Para el caso de las siguientes acciones el proceso no adjunta las evidencias requeridas para el cierre: 5,6,11,12,17,18,19,23 y 25. Se recomienda al proceso verificar los soportes de las siguientes acciones (4,7,8,9,10,13,15,16,20,21,22 y 24) las cuales se reabren porque no se actualizo documentos, adjuntan evidencias sin codificación o con enmendaduras o no corresponden a la evidencia solicitada.	NO
2023	SSS	PA-230-008	FARMACIA	CONTROL INTERNO	30/06/2023	26 acciones, Vencidas (5), Dentro de términos (21)	0%	0%	NO	Con corte al primer trimestre de 2023, se plantean 26 acciones de las cuales (21) se encuentran en términos y (5) vencidas las cuales relaciono a continuación: Acción 1: Aplicar la versión vigente en Daruma del formato OADS-F-04 Acción 2: Actualizar el procedimiento SF-PR-28 RECEPCION TECNICO ADMINISTRATIVA DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS, MATERIAS PRIMAS, MATERIAL DE ENVASES Y GASES MEDICINALES Acción 3: Socializar a los actores involucrados del procedimiento sus responsabilidades, controles establecidos, formatos vigentes y normas para el adecuado diligenciamiento. Acción 5: Actualizar el PROCEDIMIENTO ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS SF-PR-04 Acción 6: Socializar a los actores involucrados del procedimiento	NO

16



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



8-7405030



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

Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

										sus responsabilidades, controles establecidos, formatos vigentes y normas para el adecuado diligenciamiento.	
2023	SSS	PA-230-009	FARMACIA-INVENTARIOS	CONTROL INTERNO	31/07/2023	12 acciones, vencidas (2), dentro de términos (10),	0%	0%	NO	De acuerdo al informe final generado por la OACI, respecto al resultado de los inventarios físicos realizados al proceso Gestión farmacéutica corte diciembre de 2022, se estableció la elaboración de plan de mejoramiento, el cual fue radicado en esta oficina el 28/03/2023 y cargado en el módulo de planes de acción DARUMA el 12/04/2023. Producto del seguimiento realizado corte primer trimestre de 2023, se evidencio lo siguiente: De 12 acciones abierta, 10 se encuentra a término y dos (2) se encuentran vencidas, las cuales describo a continuación Acción 3: Realizar inventarios aleatorios en bodega principal, dispensación, salas de cirugía, bodega externa Acción 7: Generar reporte mensual por parte de los regentes de farmacia de bodega y dispensación. Se evidencia que el plan cargado en DARUMA se debe cambiar de estado en planeación a ejecución	NO
2023	SSS	PA-230-005	CONSULTA EXTERNA	CONTROL INTERNO	31/07/2023	2 acciones, términos (1), vencidas (1)	0%	0%	NO	Con corte al primer trimestre de 2023, se plantean 2 acciones de las cuales (1) se encuentra en estado vencido, (1) en términos ACCION VENCIDA ACCION 1: Ajustar el procedimiento de asignación de citas CE-PR-02, incluyendo el reporte de indicador de resolución 256 de 2016, que mide oportunidad de imágenes diagnosticas	NO

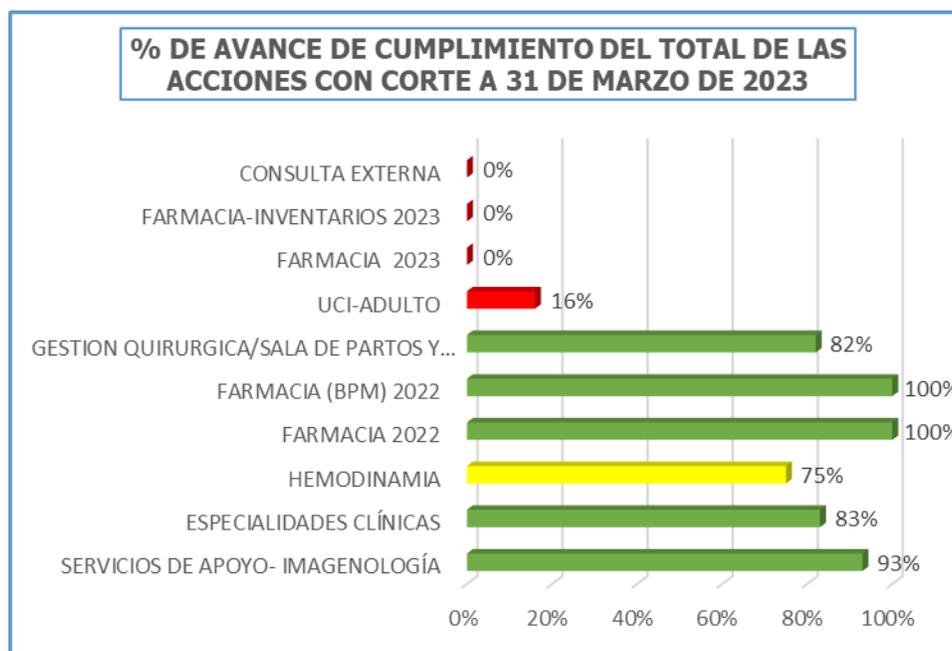
17

Fuente: formato oaci-f-03 matriz de seguimiento planes de mejoramiento institucional-por procesos

En la gráfica siguiente se muestra el avance total de los planes de mejoramiento para la Subgerencia de Salud por procesos con corte a 31 de marzo del 2023, evidenciando:

- 2 planes de mejoramiento (PA2212-001) y (PA222-004) con avance del 100 % y cierre de los mismos correspondientes al proceso Gestión Farmacéutica
- 1 planes de mejoramiento del 2020, con avance 93% correspondientes a Servicio de apoyo de salud-Imagenología, con una acción vencida, mediante radicado del 08/02/2023 en la OACI, solicitan el cierre del plan y el replanteamiento de un nuevo
- 1 planes de mejoramiento con avance 83% correspondientes a Servicio Especialidades clínicas, con **tres 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 total del 75 % correspondiente a Hemodinámica, **con una acción vencida**
- 1 plan de mejoramiento con un avance total del 16% correspondiente al proceso UCI Adulto, con **diez y seis acciones vencidas**
- 1 plan de mejoramiento correspondiente auditoría realizada al proceso Gestión farmacéutica en la vigencia 2022, el cual fue elaborado en el mes de enero de 2023, sin avance el en primer trimestre y con **cinco acciones vencidas con un avance**
- 1 plan de mejoramiento producto del informe final de los Inventarios físicos realizados en farmacia corte diciembre de 2022, el cual fue elaborado en el mes de enero de 2023, sin avance el en primer trimestre y con **dos acciones vencidas**
- 1 plan de mejoramiento producto del replanteamiento del plan correspondiente al servicio de imagenología de la vigencia 2020, el cual fue reasignado al proceso de consulta externa, sin avance en el primer trimestre y con **una acción vencida**.



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 marzo del 2023 de la Subgerencia de Servicios de Salud, producto de las fuentes de hallazgo (Oficina de Control Interno) Cuenta con 140 Acciones formuladas de las cuales 70 acciones de mejora se cerraron que corresponden al (50%), 70 acciones de mejora quedan abiertas que corresponden al (50%), de las cuales 38 se encuentran vencidas (54%) y 32 dentro de los términos (46%). como se muestra en la gráfica siguiente:



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

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE MARZO DE 2023 SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD									
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				
SERVICIOS DE APOYO-IMAGENOLÓGIA	2020	INT-03	9		1	8	8	1	N.A.
ESPECIALIDADES CLÍNICAS	2022	PA2212-007	12		3	9	0	12	N.A.
HEMODINAMIA	2022	PA222-003	4		1	3	2	2	N.A.
FARMACIA	2022	PA2212-001	13			13	2	11	N.A.
FARMACIA (BPM)	2022	PA222-004	15			15	2	13	N.A.
GESTION QUIRURGICA/SALA DE PARTOS Y GINECOLOGIA	2022	PA2218-001	22		4	18	4	18	N.A.
UCI-ADULTO	2022	PA220-007	25		21	4	1	24	N.A.
FARMACIA	2023	PA230-008	26	21	5		N/A	5	N.A.
FARMACIA-INVENTARIOS	2023	PA230-009	12	10	2		N/A	2	N.A.
CONSULTA EXTERNA	2023	PA230-005	2	1	1		N/A	1	N.A.
TOTAL			140	32	38	70	19	89	

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



Al verificar el avance en el cumplimiento de las acciones suscritas por proceso de la Subdirección de Servicios de Salud, se observa que, de las 140 acciones, el 27% (38) se encuentran vencidas, se recomienda a los líderes de los siguientes procesos: Especialidades clínicas, Hemodinamia, Farmacia, Gestión Quirúrgica, Uci adulto y consulta externa el cumpliendo con los plazos establecidos en el plan de mejoramiento y el cargue oportuno de los soportes.

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. Teniendo en cuenta lo anterior y dando cumplimiento al artículo décimo segundo, parágrafo 1 de la Resolución 124 de 219 y su modificatorio 327 de 2022, el servicio de imagenología solicita el cierre del plan de mejoramiento suscrito en el 2020 y el replanteamiento de uno nuevo, plan radicado en la OACI 06/03/2022, al verificar en el módulo de plan de acción de DARUMA

20

ACCIONES VENCIDAS A 31 DE MARZO DE 2023

Al corte de 31 de marzo de 2023, treinta y ocho (38) acciones se encuentran en estado vencidas, las cuales se detallan a continuación:

ACCIONES VENCIDAS SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD CORTE 31/03/2023			
AÑO	PROCESO/SERVICIO	No consecutivo plan	ACCIONES VENCIDAS
2020	SERVICIOS DE APOYO- IMAGENOLOGÍA	INT-03	1
2022	HEMODINAMIA	PA222-003	1
2022	ESPECIALIDADES CLINICAS	PA2212-007	3
2022	UCI ADULTO	PA220-007	21
2022	GESTION QUIRURGICA/SALA DE PARTOS-GINECOLOGIA	PA2218-001	4
2023	FARMACIA	PA230-008	5
		PA230-009	2
2023	CONSULTA EXTERNA	PA230-005	1
TOTAL			38

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

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 31 de marzo del 2023, consolidando sus resultados a través de la matriz de seguimiento planes de mejoramiento (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.

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	LIK PLAN	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO TRIMESTRE	% AVANCE TRIMESTRE 2023	% AVANCE TOTAL	CIERRE PLAN DE MEJORA MIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alcance)
2021	OADS	PA2212-004	https://hsrt.dar.umasoftware.com/app.php/staff/accionplan/72	GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA	CONTRÓL INTERNO	31/12/2022	24 acciones suscritas ,21 acciones cerradas , 3 abiertas y vencidas :	Vencido	89%	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 Segundo Trimestre 2022 Para este trimestre se da cierre a 14 acciones, La acción No 04, 18 presenta avance parcial y la acción No 13 no se aportaron evidencias, quedando pendiente de ejecutar y dentro de términos 7 acciones. Tercer trimestre. Se cierran 3 acciones en este trimestre, quedando el consolidado con 17 acciones que cumplen, 2 con avances parciales y vencidas, 1 vencida y sin evidencias, y 4 en términos de ejecución Cuarto Trimestre de 2022, se cierran 4 acciones, 3 quedan abiertas con avance parcial y vencidas. Primer Trimestre de 2023. 3 acciones suscritas abiertas y vencidas,</p>	NO
2022	OADS	PA220-003	https://hsrt.dar.umasoftware.com/app.php/staff/accionplan/99	GESTIÓN DOCUMENTAL	CONTRÓL INTERNO	23/10/2023	5 Acciones suscritas , 1 acción cerrada y 4 en términos de ejecución	N/A	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. Primer trimestre de 2023 5 acciones suscritas, en este trimestre no se cerró ninguna acción. El plan queda en las mismas condiciones que en el trimestre anterior con 1 acción cerrada y cuatro en términos de ejecución.</p>	NO



2022	OADS	PA220-002	https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/act/onplan/98	COMUNICACIONES Y MEDIOS	CONTROL INTERNO	28/02/2023	6 Acciones suscritas, 3 cerradas y 3 en ejecución	80%	80%	NO	Cuarto trimestre de 2022, 6 Actividades suscritas y se encuentran en términos de ejecución y de las cuales no se presentan avances parciales. Primer Trimestre de 2023, 6 acciones, de las cuales se cerraron 3 y las acciones # 1,3 y 6 quedan abierta pendiente de cargar evidencia complementaria. la medición de efectividad de las acciones se dará como resultado del seguimiento que se efectuó y se revisará en el próximo informe.	NO
2022	OADS	PA220-010	https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/act/onplan/124	SISTEMAS - RESOLUCIÓN 1519 DE 2020	CONTROL INTERNO	31/12/2023	6 acciones suscritas, las cuales se encuentran dentro de términos de ejecución	N/A	N/A	NO	Cuarto trimestre de 2022, 6 Actividades suscritas y se encuentran en términos de ejecución y de las cuales no se presentan avances parciales. Primer Trimestre de 2023 6 Actividades suscritas y se encuentran en términos de ejecución y de las cuales la acción #1 y la # 6 presentan avances parciales en su ejecución.	NO
2022	OADS	PA220-006	https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/act/onplan/115	AUDITORIA INTERNA ISO 9001,14001 Y 45001	AUDITORIA INTERNA	30/04/2023	69 acciones suscritas, de las cuales 14, de estas se dio cierre 9, y 5 quedan vencidas con avance parcial; 55 pendientes y en términos de ejecución	78%	78%	NO	Cuarto trimestre de 2022 55 acciones se encuentran dentro de tiempos para su ejecución, se cierran 9 acciones, 3 acciones con un avance parcial y vencidas 2 vencidas sin evidencias. Primer semestre de 2023. 69 acciones suscritas, de las cuales se cerraron 43 de estas 3 se cierran con efectividad y a las restantes 40 se les hará seguimiento en el próximo informe para medir su efectividad. 18 acciones quedan abiertas y vencidas, 2 en ejecución con avance parcial y 6 acciones dentro de términos para su ejecución.	NO
2022	OADS	PA230-001	https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/act/onplan/125	INCONTENCION MADRE CANGURO ISO 9001-2015	AUDITORIA EXTERNA	30/04/2023	9 acciones suscritas	90%	70%	NO	Primer Trimestre de 2023. 9 acciones suscritas de las cuales se cerraron 6 acciones, sin embargo, la efectividad de estas acciones se medirá de acuerdo al seguimiento que se haga a cada una de las actividades que generaron su cierre y que se medirá en el siguiente informe. 2 en términos y una abierta con evidencia y en términos de ejecución.	NO

2

2022	OADS	PA230-002	https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/actonplan/126	INCONT EC ISO 14001 e ISO 45001	AUDITO RIA EXTERN A	31/12/ 2023	33 acciones suscritas	73%	42%	NO	Primer Trimestre de 2023. 33 acciones suscritas de las cuales se cerraron 14, de las cuales en términos de ejecución 14 y las acciones # 6,8,11,26 y 27. Se encuentran vencidas y sin evidencias.	NO
2022	OADS	PA230-004	https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/actonplan/134	SISTEMA S / ITA	CONTR OL INTERN O	30/07/ 2023	3 acciones suscrita	N/A	N/A	NO	Primer Trimestre de 2023. Tres acciones suscritas y se encuentran en términos para su ejecución.	NO

Fuente: formato oaci-f-03 matriz de seguimiento planes de mejoramiento institucional-por procesos

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 31 de marzo del 2023, evidenciando:

- ✓ 1 plan de mejoramiento PA220-003, que corresponde a Gestión Documental con avance total del 20%.
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA2212-004 con avance total del 89 % que corresponde a Gestión Académica y se encuentra vencido
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA220-002 con avance total de 80%, que corresponde a Comunicaciones y Medios consiguiendo para efectividad.
- ✓ 1 Plan de mejoramiento PA220-010 que corresponde a Sistemas sin avance y se encuentra en términos de cumplimiento
- ✓ 1 Plan de mejoramiento PA220-006 con avance total del 78% que corresponde a auditoría interna ISO 9001, ISO 14001 y 45001.
- ✓ 1 Plan de mejoramiento PA230-001 con avance total del 70% que corresponde a auditoría externa ICONTEC MADRE CANGURO ISO 9001-2015
- ✓ 1 Plan de mejoramiento PA230-002 con avance total de 42% que corresponde a auditoría externa de ICONTEC ISO 14001 e ISO 45001
- ✓ 1 Plan de mejoramiento PA230-004 que corresponde a Sistemas/ITA sin avance y se encuentra en términos de cumplimiento.



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



8-7405030

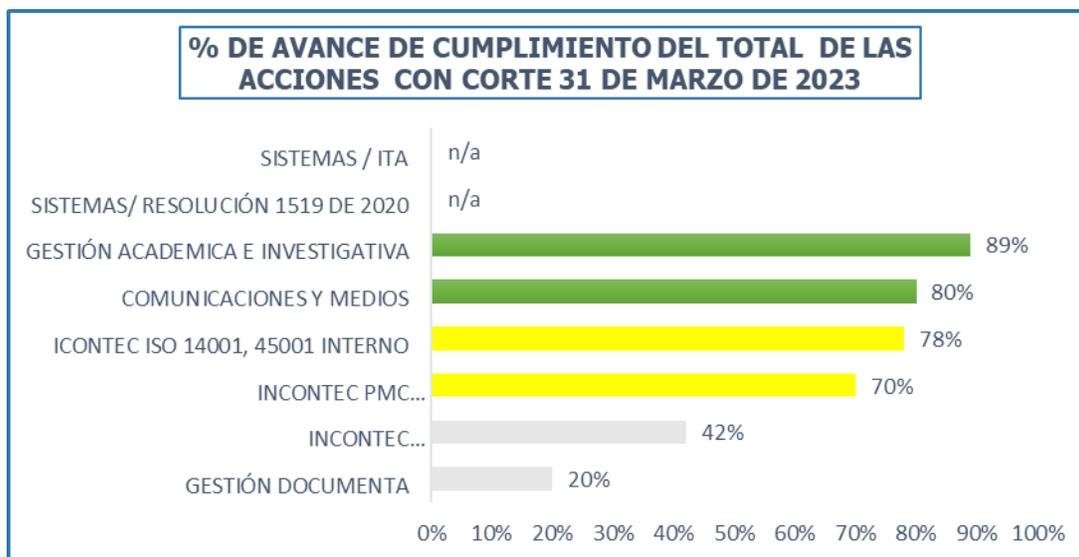


www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.net

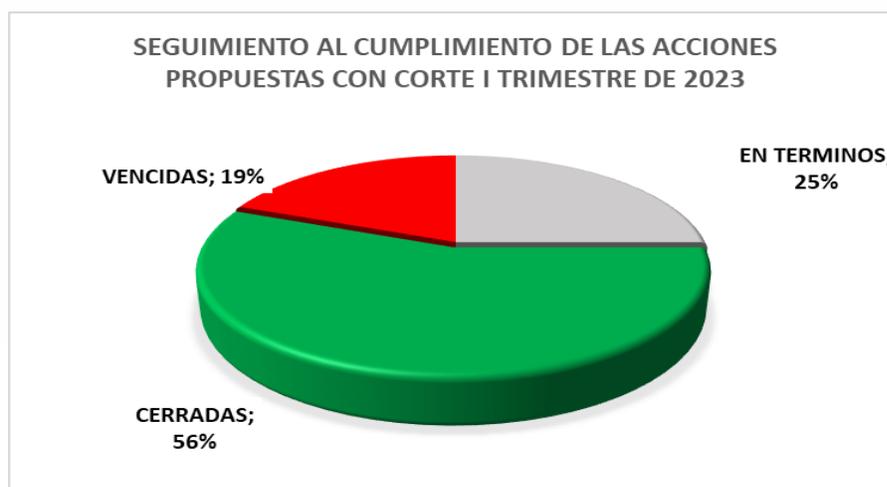


SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527



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 2023 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 155 (100%) Acciones formuladas, de las cuales 88 acciones de mejora se cerraron que corresponden al 56%, 39 acciones de mejora quedan abiertas en términos que corresponden al 25%, 28 se encuentran vencidas (19 %) como se muestra en la gráfica siguiente:



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

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE MARZO DE 2023 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			SI	NO	
				EN TÉRMINO	VENCIDAS	CERRADAS			
Gestión Académica e investigativa	2021	PA212-004	24	0	3	21	5	19	N.A.
Gestión documental	2022	PA220-003	5	4	0	1	0	1	N.A.
Comunicaciones y Medios	2022	PA220-002	6	3	0	3	6	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	6	20	43	24	19	N.A.
ICONTEC MADRE CANGURO ISO 9001-2015	2022	PA230-001	9	3	0	6	6	0	N.A.
ICONTEC ISO 14001 e ISO 45001	2022	PA230-002	33	14	5	14	11	3	N.A.
SISTEMAS / ITA	2022	PA230-004	3	3	0	0	N/A	N/A	N/A
TOTAL			155	39	28	88	52	42	N/A

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

Al corte de 31 de marzo de 2023, se presentan ocho (28) 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	(interna) ICONTEC ISO 9001 14001, 45001	PA220-006	20
2022	(externa) ICONTEC ISO 14001 e ISO 45001	PA230-002	5
TOTAL			28

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 31 de marzo de 2023 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 (cierre)	1	98.2%
AUDITORIA SUPERSALUD (cierre)	1	83%
INCONTEC MADRE CANGURO ISO 9001-2015	1	70%
INCONTEC ISO 14001 e ISO 45001	1	42%

Fuente: Respuesta emitida contraloría General de Boyacá/ Supersalud

CONTRALORÍA GENERAL DE BOYACÁ

Se realizó reunión y calificación planes de mejoramiento vigencia 2020-2021, el día 27 de febrero del 2023 y estos fueron los objetivos de la reunión:

- Revisar el informe final y los soportes allegados por los representantes legales de las entidades auditadas.
- Calificar los planes de mejoramiento suscritos por las entidades dentro de los parámetros de cumplimiento y efectividad de acuerdo a la Resolución # 204 del 9 de mayo del 2022
- Comunicar el resultado de la calificación del plan de mejoramiento al sujeto o punto de control auditado.
- Determinar la presencia de posibles beneficios de auditoría.

La contraloría General de Boyacá comunico los resultados de la calificación del plan de mejoramiento de acuerdo al informe final y a soportes allegados, donde se dio un puntaje del 98.2%

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

La Superintendencia Nacional de Salud concluye que, de un total de 24 hallazgos identificados en el informe de auditoría, 20 hallazgos se encuentran cerrados. Sobre el restante, se evidenció que no se dio cumplimiento al total de las acciones de mejora propuestas o los soportes presentados fueron insuficientes para considerar el cierre del hallazgo. En consecuencia, se establece un porcentaje de ejecución correspondiente al 83%.

HALLAZGO No	No	FECHA TERMINACION	Respuesta de Supersalud
	Acciones		
1	9	31/12/2022	En ejecución
2	1	31/12/2022	En ejecución
3	1	31/12/2022	Cerrado
4	1	31/12/2022	Cerrado
5	1	31/12/2022	Cerrado
6	1	31/12/2022	Cerrado
7	2	30/06/2022	Cerrado
8	1	30/07/2022	Cerrado
9	1	31/12/2022	Cerrado
10	1	31/12/2022	Cerrado
11	3	31/01/2022	Cerrado 2 acciones de mejora y abierto 1
		31/01/2023	
		31/01/2023	



12	2	30/06/2022	Cerrado
		20/02/2023	
13	1	30/07/2022	Cerrado
14	3	31/01/2022	Cerrado
		30/03/2022	Cerrado
		31/12/2022	Cerrado
15	1	30/06/2022	Cerrado
16	1	30/06/2022	Cerrado
17	1	31/12/2022	Abierto
18	1	31/12/2022	Abierto
19	3	31/03/2022	Cerrado
		31/03/2022	Cerrado
		31/12/2022	Cerrado
20	1	31/12/2022	Cerrado
21	1	30/01/2022	Cerrado
22	2	31/03/2022	Cerrado
		31/12/2022	Cerrado
23	3	15/02/2022	Cerrado
		15/02/2022	
		28/02/2022	
24	2	31/12/2022	Abierto
		14/05/2022	

Fuente: informe Supersalud

27

ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA:

Los lineamientos de la resolución 124 de 2019 y su modificatorio 327 del 2022 en los siguientes artículos:

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

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



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



8-7405030



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

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.

ALERTAS DE MEJORA

28

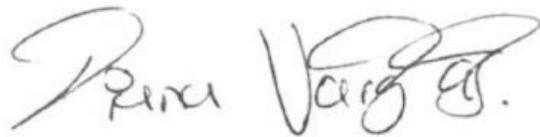
- Teniendo en cuenta que el cargue de la evidencia se está realizando posterior a la fecha establecida en el cronograma en especial para los planes de mejoramiento planteado en el formato (CA-F-12) y cargado en software Daruma adscritos a la Subgerencia de salud, es importante hacer énfasis en el autocontrol y compromiso de los líderes de 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 durante el presente seguimiento se evidenciaron debilidades a la ejecución de acciones suscritas en los planes de mejoramiento es necesario que se dé 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.
- 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.
- Para el caso de los planes de mejoramiento suscritos en el 2023, correspondientes a los procesos de Farmacia y Consulta externa, cuentan con acciones vencidas para este seguimiento, se recomienda cargar los soportes de las evidencias vencidas lo más pronto posible con el objetivo de no dejar vencer estos planes de mejoramiento.
- Se reitera la solicitud a los procesos misionales de entregar los planes de mejoramiento producto de las visitas de la Secretaria de salud de Boyacá en lo transcurrido de la vigencia 2022 y 2023, teniendo en cuenta que esta Secretaria ha realizado visitas de Auditoria y Seguimiento a la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja y a la fecha no ha sido radicado en la oficina de control interno ningún plan de mejora.
- Los líderes de los procesos responsables de planes de mejoramiento vencidos, Tesorería, Contabilidad, Contratación, Especialidades clínicas, Hemodinamia, Gestión quirúrgica/sala de partos y ginecología, , uci adulto y Gestión académica , 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.
- Dar cumplimiento a la resolución 124 de 2019 y su modificadorio 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.

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:
Liliana Rodríguez
Claudia Sáenz Jiménez
Gustavo Molano

