

Al contestar cite: 20191100150581



Tunja,

Doctora
LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ
Gerente
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad

Ref. Informe seguimiento Planes de Mejoramiento con corte a 30 de Junio de 2019

Cordial Saludo Doctora Lyda,

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 envió informe de seguimiento a Planes de Mejora de la E.S.E Hospital San Rafael Tunja con corte a 30 de junio de 2019, según lo contemplado en la resolución interna No. 124 de 2019 y demás procedimientos internos de la entidad.

Atentamente,



LUZ DARY GUERRERO MORENO
Asesora de Control Interno
E.S.E. Hospital San Rafael Tunja

Anexo Informe Seguimiento (5Folios y CD)



E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
GERENCIA

Recibido por Janeth E

Hora 5:56 pm Día 16

lugar OP Año 2019

Tunja, Agosto de 2019

Doctora

LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ

Gerente

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

Ciudad

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

A continuación me permito presentar el informe de la referencia.

OBJETIVO

Evaluar el avance y nivel de cumplimiento en las acciones y metas suscritas en planes de mejoramiento institucional y funcional por procesos a 30/06/2019.

ALCANCES DE LA AUDITORIA

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

PROCESOS Y/O ÁREAS INVOLUCRADAS

Subgerencia administrativa y financiera, Subgerencia de servicios de salud, Desarrollo de servicios, Calidad, Procesos y procedimientos, Financiera, Cartera, Facturación, Contratación, Gestión Jurídica, Almacén, Seguridad y salud en el trabajo, Gestión ambiental, Farmacia, Cirugía y sala de partos, SIAU, Epidemiología, Hospitalización, Apoyo de Servicios de salud, Urgencias, sistemas, Gestión Documental.

METODOLOGÍA

La metodología para realizar el monitoreo a los planes de mejoramiento institucional y por procesos con corte al segundo trimestre de la vigencia 2019, se encuentra establecida en la resolución interna 124 de 2019.

Fue realizado el proceso de seguimiento, verificación y evaluación al interior de la ESE Hospital San Rafael de Tunja, con base en lo siguiente: revisión de los soportes enviados por los responsables de planes de mejoramiento con el fin de llevar a cabo la verificación, revisión de las acciones que se encontraban en ejecución, vencidas y/o abiertas. Se realizó visita en el lugar de trabajo de algunos responsables de las acciones, posteriormente el proceso complemento los soportes y evidencias las cuales hacen parte de la matriz de registro, una vez se recolecta la información en las fuentes adecuadas, se tabula, analiza y se plantean las observaciones y/o recomendaciones correspondientes.

SOPORTES DE LA AUDITORIA

- ✓ Resolución Interna 124 de 2019
- ✓ Decreto 648 de 2017
- ✓ Decreto 1499 de 2017
- ✓ Tablas de retención documental
- ✓ Procedimientos aprobados por la entidad
- ✓ Documentación presentada por los procesos.

INTRODUCCIÓN

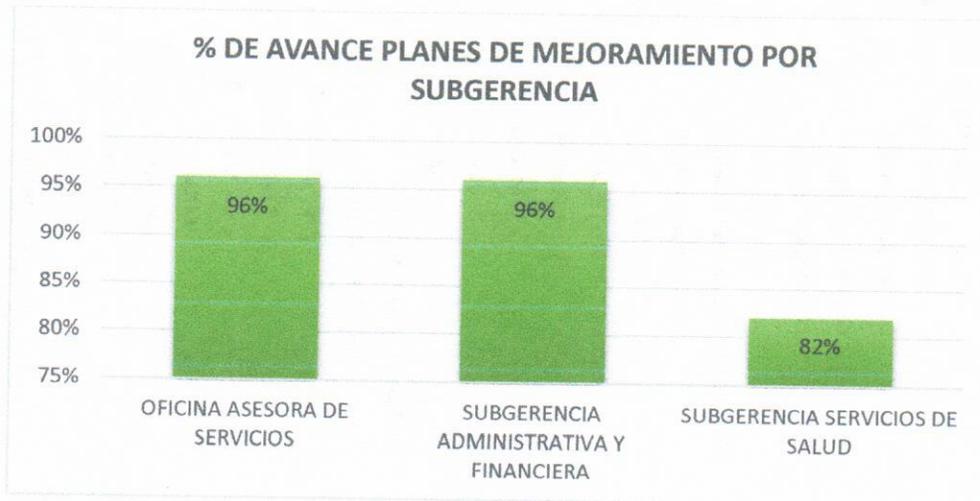
La oficina de control interno en su función de evaluación y seguimiento, establecida en la ley 87 de 1993 y el decreto 648 de 2017, realizó seguimiento y monitoreo a los planes de mejoramiento institucional y por procesos con el fin de revisar el estado de avance de las acciones establecidas.

De acuerdo a la información contenida en la matriz de seguimiento planes de mejoramiento Institucional y funcional por procesos con acciones pendientes de cumplimiento, se consolidaron en total: 1 plan de mejoramiento de la vigencia 2015, 16 planes de la vigencia 2018, finalmente 10 planes de la vigencia 2019. De este último grupo los planes que corresponden a urgencias, laboratorio y financiera, no se le determinaron niveles de avance debido a que fueron suscritos recientemente y/o existen acciones de mejora que se encuentran en términos de cumplimiento; así como del plan adjunto de apoyo de servicios de salud, del cual no se realizó seguimiento debido a que no se encuentra aprobado por Gerencia; se recomienda a todos los procesos de la entidad, realizar verificación continua de los planes a cargo con el fin de garantizar su cierre efectivo, según lo previsto. La información consolidada surge como resultado de Informes de auditoría presentados por ICONTEC, Revisoría Fiscal, Control Interno, calidad.

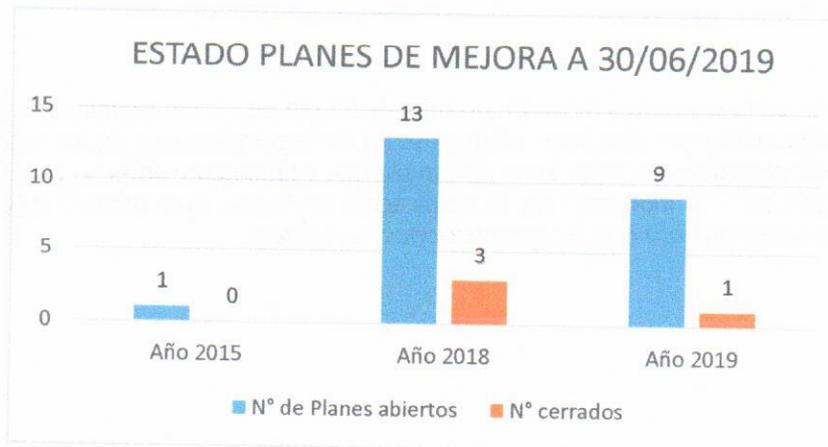
RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO DE ACCIONES SUSCRITAS EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL Y FUNCIONAL POR PROCESOS.

En desarrollo del programa anual de auditoria aprobado por el comité de control interno y calidad, se realizó el monitoreo a los planes de mejoramiento institucional y por procesos vigencias 2015-2019 con corte al segundo trimestre de la vigencia 2019, en los cuales se encuentran contenidas acciones correctivas, preventivas y de mejora establecidas 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.

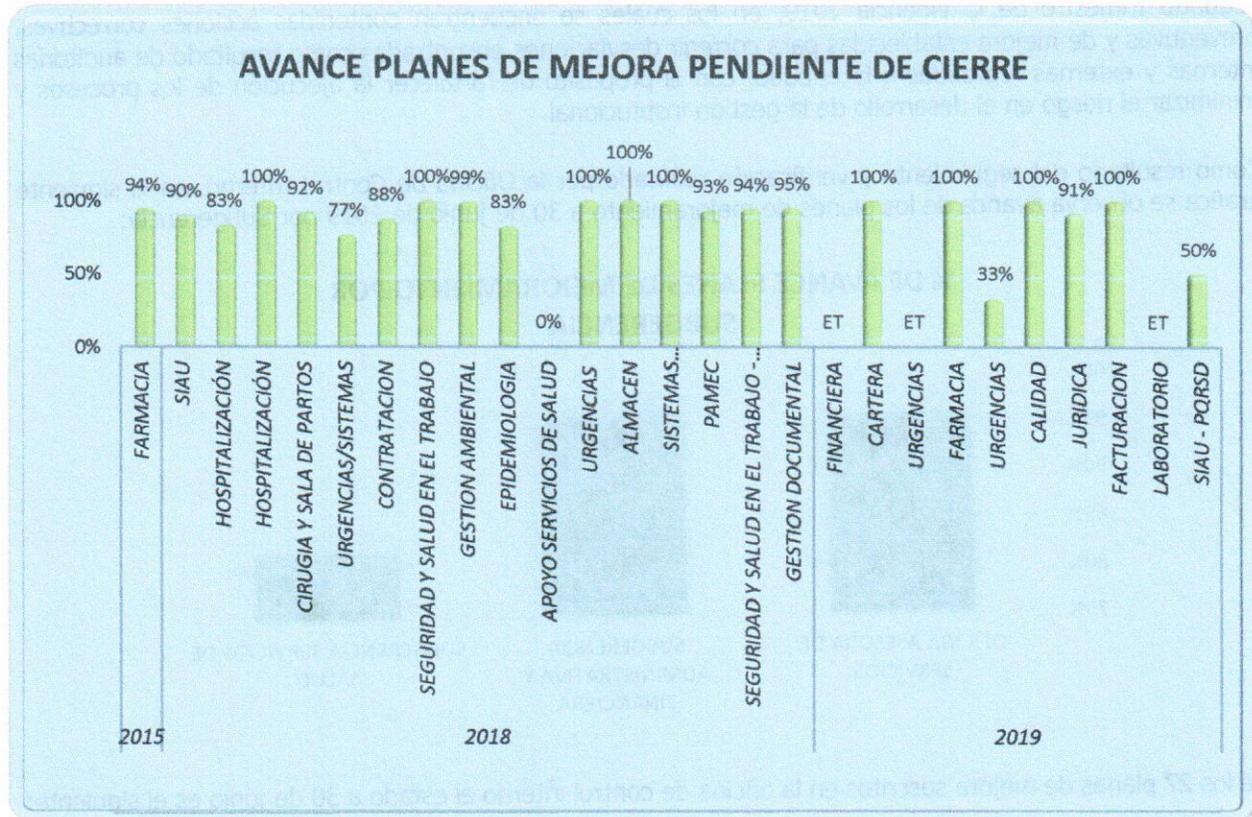
Como resultado del seguimiento y verificación realizado por la Oficina de Control Interno, en la siguiente grafica se observa avance de los planes de mejoramiento a 30 de junio de 2019 por Subgerencia:



De los 27 planes de mejora suscritos en la oficina de control interno el estado a 30 de junio es el siguiente:



De los resultados obtenidos en la verificación realizada a cada una de las acciones propuestas y su nivel de avance (se adjunta Matriz de seguimiento planes de mejoramiento Institucional/Procesos con las observaciones realizadas), se observa el siguiente avance en cada uno de los planes abiertos.



Como se puede apreciar en la siguientes tabla, de un total de 27 planes de mejoramiento a 24 se le realizó seguimiento y evaluación, evidenciando que en algunos se ha dado cumplimiento de las acciones suscritas, algunas se han cumplido parcialmente, algunas no se cumplieron, y finalmente otras acciones se encuentran en términos de cumplimiento al momento de la verificación realizada (Ver archivo adjunto matriz de seguimiento Planes de mejoramiento con las observaciones realizadas).

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA								
MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS) - VIGENCIA 2015-2018								
26/07/2019								
VIGENCIA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO I TRIMESTRE 2019	% AVANCE 30/06/2019	CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alcance)
2015	FARMACIA	CONTROL INTERNO / REVISORIA FISCAL	2015/12/31	Se encuentra 1 acción de mejora pendiente concerniente con el código de barras	94%	NO	Se encuentra 1 acción de mejora pendiente concerniente con el código de barras (pendiente la configuración del papel para la impresión de etiquetas del código de barras)	NO
2018	SIAU	CONTROL INTERNO	2018/12/31	8 Acciones suscritas: 6 cumplen, 2 cumplen parcialmente	90%	NO	Se encuentra 2 acciones pendientes, una respecto a acciones de mejora por parte de los proceso con mayor numero de quejas y reclamos y otra frente a clasificación de las sugerencias. En seguimiento del mes de Julio no se hicieron llegar soportes de avance por parte del proceso.	SI
2018	HOSPITALIZACIÓN	CONTROL INTERNO	2018/12/31	14 acciones suscritas: 10 cumplen, 2 cumplen parcialmente y 2 no cumplen	83%	NO	Se encuentran 4 acciones pendientes concernientes a: Desarrollo de reporte para entrega de turno medico a través de DMR, socialización de procedimiento, Planes de mejoramiento de habilitación y el cargue de documentación en el modulo de documentos del software DARUMA.	NO
2018	HOSPITALIZACIÓN	CALIDAD	2019/08/01	11 Acciones suscritas en cumplimiento, se cierra plan de mejoramiento	100%	SI	Se cierra plan de mejoramiento.	NO
2018	CIRUGIA Y SALA DE PARTOS	CALIDAD	2018/12/31	13 Acciones suscritas, 12 cumplen y 1 no cumple	92%	NO	Se encuentran 1 acciones pendiente en Implementar el contacto piel a piel en los partos por cesárea	NO
2018	URGENCIAS/SISTEMAS	CALIDAD	2018/12/31	6 Acciones suscritas, 4 cumplen, 1 cumple parcialmente, 1 no cumple	77%	NO	Se encuentran 2 acciones pendientes relacionadas con la Parametrización puntos críticos de atención para infarto en DM&R y Protocolo de código infarto agudo de miocardio	NO
2018	CONTRATACION	CONTROL INTERNO	2018/12/31	4 Acciones suscritas: 2 cumplen, 2 cumplen parcialmente.	88%	NO	Se encuentran pendientes 2 acciones del plan, relacionadas con la expedición y aprobación nuevo estatuto y manual de contratación de la entidad, el cual no se encuentra en CALIDAD_INFO, una vez emitidos éstos se realice las capacitaciones en prevención sobre el daño antijurídico, según lo definido.	NO
2018	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CONTROL INTERNO	2018/12/31	27 Acciones suscritas: 27 cumplen.	100%	SI	27 Acciones suscritas: Se cierra plan de mejoramiento.	NO

VIGENCIA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO I TRIMESTRE 2019	% AVANCE 30/06/2019	CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alcance)
2018	GESTION AMBIENTAL	EXTERNO-ADRIANA RUIZ	2018/12/31	28 Acciones suscritas. : 27 cumplen, 1 cumple parcialmente,	99%	NO	28 Acciones suscritas. : 27 cumplen, 1 cumple parcialmente relacionada con al plan de trabajo 2019 que hace referencia al tem Agua Residual	NO
2018	EPIDEMIOLOGIA	CONTROL INTERNO	2018/12/31	4 Acciones suscritas: 2 cumplen, 2 cumplen parcialmente	83%	NO	4 Acciones suscritas: 2 cumplen al 100% 2 cumplen parcialmente relacionadas con la actualización del manual de Sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias y implementación de unidades de análisis	NO
2018	APOYO SERVICIOS DE SALUD	CONTROL INTERNO	2018/12/31	4 Acciones suscritas	-	NO	No se realiza seguimiento, Plan no ha sido aprobado por Gerencia, se recomienda presentar para próximo seguimiento ya que las acciones pendientes vienen de planes de mejoramiento de las vigencias 2016 y 2017	NO
2018	URGENCIAS	CONTROL INTERNO	2019/08/01	4 Acciones suscritas en cumplimiento se cierra plan de mejora.	100%	SI	4 Acciones suscritas.Por solicitud del líder del proceso se hace cierre de acción relacionada con la ayuda audiovisual planteada ya que no es posible implementarla en el área de sala de espera de urgencias por no viabilidad.	NO
2018	ALMACEN	CONTROL INTERNO	2019/09/30	15 Acciones suscritas: 9 cumplen , 6 se encuentra en termino de cumplimiento.	100%	NO	15 Acciones suscritas: 9 cumplen , 6 en terminos de cumplimiento relacionadas con el cronograma para realizar el inventario físico y actualizado con el sistema	NO
2018	SISTEMAS GEL	CONTROL INTERNO	2019/07/31	12 Acciones suscritas: 10 cumplen y 2 en terminos de cumplimiento	100%	NO	Teniendo en cuenta los avances registrados, es importante que se tenga en cuenta por el proceso y la entidad, el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el Decreto 1078 de 2015, 1008 de 2018, así como lo definido en el Manual de Gobierno Digital del MinTIC. Así mismo, se realice verificación continua de las acciones definidas en el plan con el fin de alcanzar su cierre efectivo.	NO
2018	PAMEC	CONTROL INTERNO	2018/12/31	3 Acciones suscritas: 2 cumple , 1 cumplen parcialmente.	93%	NO	3 acciones suscritas: 2 cumple al 100% y 1 cumplen parcialmente, esta en relacionada al seguimiento de resultados por parte de la alta dirección.	NO
2018	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - GESTION AMBIENTAL	ICONTEC	2019/12/31	20 Acciones suscritas: 15 cumplen, 1 cumple parcialmente, 1 no cumple, 3 se encuentran en términos de cumplimiento.	94%	NO	20 Acciones suscritas: 17 cumplen, 2 se encuentran en términos de cumplimiento y 1 no cumple relacionada al informe de ejecución de contrato de obra para las intervenciones en el área de alimentación.	NO
2018	GESTION DOCUMENTAL	REVISORIA FISCAL	2019/12/31	6 Acciones suscritas: 5 cumplen, 1 cumple parcialmente.	95%	NO	6 Acciones suscritas: 5 cumplen, 1 cumple parcialmente con relación a realizar Copias de Seguridad de toda la información contenida en las TRD de la UPD	NO
2019	FINANCIERA	CONTROL INTERNO	2019/12/31	2 Acciones Suscritas: se encuentran en terminos de cumplimientos.	N.A.	NO	2 Acciones Suscritas: se encuentran en terminos de cumplimientos.	NO
2019	CARTERA	REVISORIA FISCAL	2019/03/31	8 Acciones suscritas, 7 cumplen y 1 se encuentra en terminos de cumplimiento.	100%	NO	pendiente una acción, la cual se encuentra en terminos de cumplimiento.	NO

VIGENCIA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO I TRIMESTRE 2019	% AVANCE 30/06/2019	CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alcance)
2019	URGENCIAS	CALIDAD	2019/12/31	2 Acciones suscritas: 2 se encuentran en terminos de cumplimiento	NA	NO	2 Acciones suscritas: 2 se encuentran en terminos de cumplimiento relacionadas en la oportunidad en la atención de la consulta de urgencias según triage 2.	NO
2019	FARMACIA	CONTROL INTERNO	2019/08/31	5 Acciones suscritas: 4 cumplen, 1 se encuentran en terminos de cumplimiento.	100%	NO	5 Acciones suscritas: 4 cumplen, 1 se encuentran en terminos de cumplimiento.	NO
2019	URGENCIAS	CALIDAD	2019/12/31	9 Acciones suscritas: 2 se encuentran en terminos de cumplimiento, 2 cumplen, 4 no cumplen y 1 cumple parcialmente.	33%	NO	9 Acciones suscritas: 2 se encuentran en terminos de cumplimiento, 2 cumplen, 4 no cumplen y 1 cumple parcialmente.	NO
2019	CALIDAD	CONTROL INTERNO	2019/03/30	3 Acciones Suscritas: 3 cumplen	100%	SI	3 Acciones Suscritas: Se cierra plan de mejoramiento.	NO
2019	JURIDICA	CONTROL INTERNO	2019/06/30	7 Acciones Suscritas: 5 cumple y 2 cumplen parcialmente	91%	NO	2 Acciones cumplen parcialmente relacionadas con las firmas de las actas y del informe trimestral de la secretaria técnica.	NO
2019	FACTURACION	REVISORIA FISCAL	2019/12/31	2 Acciones suscritas: 1 cumple y 1 se encuentra en termino de cumplimiento.	100%	NO	2 Acciones suscritas: 1 cumple y 1 encuentra en terminos de cumplimiento.	NO
2019	LABORATORIO	CONTROL INTERNO	2019/09/30	13 Acciones suscritas en terminos de cumplimiento.	NA	SELECCIONAR	13 Acciones suscritas en terminos de cumplimiento.	NO
2019	SIAU - PQRS	CONTROL INTERNO	2019/12/31	4 Acciones suscritas: 1 cumple, 1 no cumple y 2 en terminos de cumplimiento	50%	NO	Se da cumplimiento a 1 acción de las 2 establecidas al corte del seguimiento, sin embargo se solicita replantear la acción teniendo en cuenta que la acción planteada no subsana el hallazgo.	SI

De los 27 planes de mejoramiento a corte 30 de junio, se cierran 4 planes (hospitalización, seguridad y salud en el trabajo, urgencias y calidad), 2 (SIAU-PQRS) requieren que se planteen nuevas acciones de mejora con el fin de que eliminen el hallazgo identificado, y 2 con porcentajes muy bajos de cumplimiento (Urgencias y SIAU).

OPORTUNIDAD EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES ESTABLECIDAS EN PLANES DE MEJORAMIENTO.

Teniendo en cuenta los tiempos establecidos para el cumplimiento de las acciones de mejoramiento de cada uno de los planes de mejoramiento, se observan 231 acciones suscritas, de las cuales 83 cumplen oportunamente, 110 no cumple con los tiempos establecidos para su desarrollo y 38 se encuentran en términos de cumplimiento, como se observa a continuación,

OPORTUNIDAD DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA



Los procesos responsables de los planes de mejoramiento suscritos en la oficina de control interno presentan el siguiente estado en cada una de las acciones,

SEGUIMIENTO OPORTUNIDAD DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA				
PROCESO RESPONSABLE	EN TERMINO	INOPORTUNO	OPORTUNO	TOTAL ACCIONES SUSCRITAS
ALMACEN	6	9		15
CALIDAD		5	1	6
CARTERA	1	1	6	8
CIRUGÍA Y SALA DE PARTOS		9	4	13
CONTRATACION		4		4
EPIDEMIOLOGÍA		2	2	4
FACTURACIÓN	1		1	2
FARMACIA	1	1	4	6
FINANCIERA	2			2
GESTION AMBIENTAL		14	14	28
GESTION DOCUMENTAL		1	5	6
HOSPITALIZACIÓN		12	13	25
JURIDICA		2	5	7
LABORATORIO	13			13
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		17	10	27
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO- GESTION AMBIENTAL	3	5	12	20
SIAU	2	9	1	12
SISTEMAS	5	7		12
URGENCIAS	4	12	5	21
TOTAL	38	110	83	231

Teniendo en cuenta los últimos lineamientos establecidos por el Comité de Control Interno se aprobó en el mes de Julio la Resolución interna 124 de 2019, donde se establece lo siguiente:

"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.

PARÁGRAFO 2. Cuando exista incumplimiento a Planes de Mejora suscritos con un ente de Control externo, 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 (requerimientos, llamado de atención....) a los responsables teniendo en cuenta su modalidad de contratación."

Por lo que a partir del próximo seguimiento a realizarse en el mes de Octubre-Noviembre, se aplicarán los lineamientos establecidos en la mencionada resolución.

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO.

Como resultado del seguimiento realizado de los planes de mejoramiento Institucional y por Procesos vigencias 2015 - 2019, se tiene un cumplimiento general que corresponde al 90%.

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL/POR PROCESOS)	
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2015	94%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2018	93%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2019	82%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (2015 2019 a 30/06/2019)	90%

Para la consolidación de la información se tuvo en cuenta la implementación de acciones de los planes de mejoramiento: Institucional_suscritos con Revisoría Fiscal, Por procesos_auditorías internas.

Es necesario que se enfoquen esfuerzos en el cumplimiento de los planes de mejoramiento de vigencias anteriores, con el fin de poder cerrar ciclos y continuar en la mejora continua aportando al cumplimiento de los objetivos la institución.

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES.

- ✚ Socializar al interior de los procesos la Resolución Interna 124 de 2019, donde se establece los parámetros de formulación, evaluación y seguimiento de Planes de Mejoramiento en la Institución.
- ✚ Fortalecer las competencias de los líderes de proceso y sus equipos de trabajo en la identificación de causas que provocan las debilidades detectadas y en la formulación de las acciones de mejora a aplicar, con el fin de que las acciones planteadas incrementen la eficacia y eficiencia de la gestión en la implementación de esta herramienta para la institución de vital importancia, desde el punto de vista estratégico y complementario para la toma de decisiones.
- ✚ Teniendo en cuenta el seguimiento realizado a los Planes de mejoramiento suscritos por el proceso de Atención al Usuario- SIAU se recomienda reformular las acciones planeadas para la eliminación del hallazgo "La información presentada por el proceso en informe II semestre de 2018 entregado por la oficina de SIAU en relación al número de Quejas, Reclamos, sugerencias y felicitaciones tramitados durante el segundo semestre de 2018 difiere con la reportada en los informes trimestrales publicados en página web...", ya que la acción planeada no elimina el hallazgo, el cual es reiterativo en la auditoria de PQRSD del I semestre de 2019.

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 San Rafael Tunja.



LUZ DARY GUERRERO MORENO
Asesora de Control Interno
E.S.E. Hospital San Rafael Tunja

Copia vía mail: Gerencia, Subgerencia Administrativa y Financiera, Subgerencia de servicios de Salud y procesos involucrados.

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