

Al contestar cite
20221100025571



Tunja, Agosto del 2022

Doctor

YAMIT NOE HURTADO NEIRA

Gerente

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

Ciudad

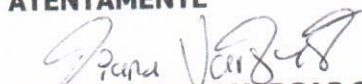
Ref. Informe seguimiento Planes de Mejoramiento con corte a 30 de Junio 2022.

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 30 de Junio de 2022, según lo contemplado en la resolución interna No. 124 de 2019 y su modificadorio 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 12 folios

C.C Oficina Asesora Desarrollo de servicios, Subgerencias y procesos intervinientes.



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



8-7405030



www.hospital-sanrafael-tunja.gov.co
Gerente@hospital-sanrafael-tunja.gov.co

INFORME DE SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

II TRIMESTRE DE 2022

1

Elaborado por:

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, agosto 05p de 2022



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



8-7405030



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



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 30 DE JUNIO DE 2022

OBJETIVO

Evaluar y realizar seguimiento al avance y nivel de cumplimiento en las acciones y metas suscritas en planes de mejoramiento institucional y por procesos con corte a 30/06/2022.

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 30 de junio de 2022, se encuentra establecida en la Resolución interna 124 de 2019, en el manual



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



8-7405030



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



(OACI-M-02 Manual de Planes de mejoramiento) y Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento del plan de mejoramiento por procesos.

La oficina de control interno a través de correo electrónico 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.

3

SOPORTES

- ✚ Resolución Interna 124 de 2019
- ✚ 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
- ✚ 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 Interna y Externas, como Icontec, Revisoría Fiscal, Control Interno, calidad, Secretaria de Salud de Boyacá, Contraloría, se consolidaron a 30 de junio 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.

4



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



8-7405030



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527



SUBGERENCIA	PROCESO	TOTAL PM	PLANES CERRADOS	PLANES ABIERTOS	VENCIDOS	EN TERMINOS	REFORMULACIÓN DEL PLAN	% PROMEDIO
SAF	CARTERA	1	0	1	0	1	0	69%
	CONTRATACION	3	2	1	0	1	0	99%
	TESORERIA	1	0	1	1	0	0	92%
	PRESUPUESTO	1	0	1	0	1	0	60%
	CONTABILIDAD	1	0	1	0	1	0	22%
	SUMIN. Y ACTIVOS FIJOS	1	0	1	0	1	0	50%
	JURIDICA	0	0	0	0	0	0	N.A
	FACTURACION	0	0	0	0	0	0	N.A
	CUENTAS MEDICAS	0	0	0	0	0	0	N.A
	AUTORIZACIONES	1	1	0	0	0	0	100%
	TALENTO HUMANO	0	0	0	0	0	0	N.A
	TOTAL	29	6	41	5	17	2	
SSS	FARMACIA	2	0	2	0	2	0	22%
	HOSPITALIZACIÓN	1	1	0	0	0	0	100%
	LABORATORIO	1	0	1	0	1	0	89%
	SIAU	2	1	1	0	0	1	N.A
	URGENCIAS	1	0	1	0	1	0	91%
	APOYO SERVICIOS DE SALUD-PATOLOGIA	1	0	1	0	1	0	95%
	APOYO SERVICIOS DE SALUD-IMAGENOLOGIA	1	0	1	0	1	0	88%
	HEMODINAMIA	1	0	1	0	1	0	75%
	ESPECIALIDADES CLINICAS	1	0	1	1	0	0	0%
	CONSULTA EXTERNA	1	1	0	0	0	0	100%
	CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015	1	0	1	0	1	0	96%
	CERTIFICACIÓN PROGRAMA MADRE CANGURO ISO 9001:2015	1	0	1	0	1	0	91%
OADS	GESTION DOCUMENTAL	1	0	1	1	0	0	62%
	SISTEMAS	1	0	1	1	0	1	70%
	CALIDAD - PAMEC	1	0	1	1	0	0	71%
	GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA	1	0	1	0	1	0	N.A
	GESTION AMBIENTAL	1	0	1	0	1	0	64%
	INCONTEC ISO 14001,45001	1	0	23	0	1	0	77%
	TOTAL	29	6	41	5	17	2	

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

De los 29 planes de mejoramiento suscritos la oficina de control interno, realizó seguimiento y evaluación con corte a 30 de junio de 2022, donde se cerraron 6 planes de mejoramiento, 9 se encuentran vencidos, 13 en términos de cumplimiento y de acuerdo con la Resolución 124 de 2019, los procesos de Siau y Sistemas solicitaron ajustes a los planes de mejoramiento tanto de acciones como al tiempo de ejecución.



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



8-7405030



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



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527



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 realizó seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la subgerencia Financiera con corte a 30 de junio 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

CODIGO: OACI-F-03		ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA										
VERSION: 02		MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)										
VIGENCIA	SUBGERENCIA	Nº CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	LIK PLAN	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO II TRIMESTRE 2022	% AVANCE II TRIMESTRE 2022	% AVANCE TOTAL	CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES	FECHA: 03/12/2020 NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alcance)
2019	SAF	INT-23	219-23	TESORERIA	REVISORIA FISCAL	31/03/2020	5 acciones 4 acciones cumplen 1 acción vencida	N.A.	92%	NO	Se encuentran 5 acciones suscritas de las cuales : -4 cumplen En cuanto a la acción correspondiente a la implementación del arqueo ciego, el proceso presentó los siguientes avances: Acta de socialización del Proceso de entrega de caja con arqueo ciego, aplicación de anticipos - factura, ejercicios en el sistema de información, demostración proceso de arqueo ciego en ambiente de pruebas, adicionalmente se anexaron pantallazos que soportan los procesos realizados. Adicionalmente, se generó el compromiso de realizar Plan de trabajo Documento Arqueo Ciego, y queda pendiente la	NO



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



8-7405030



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



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

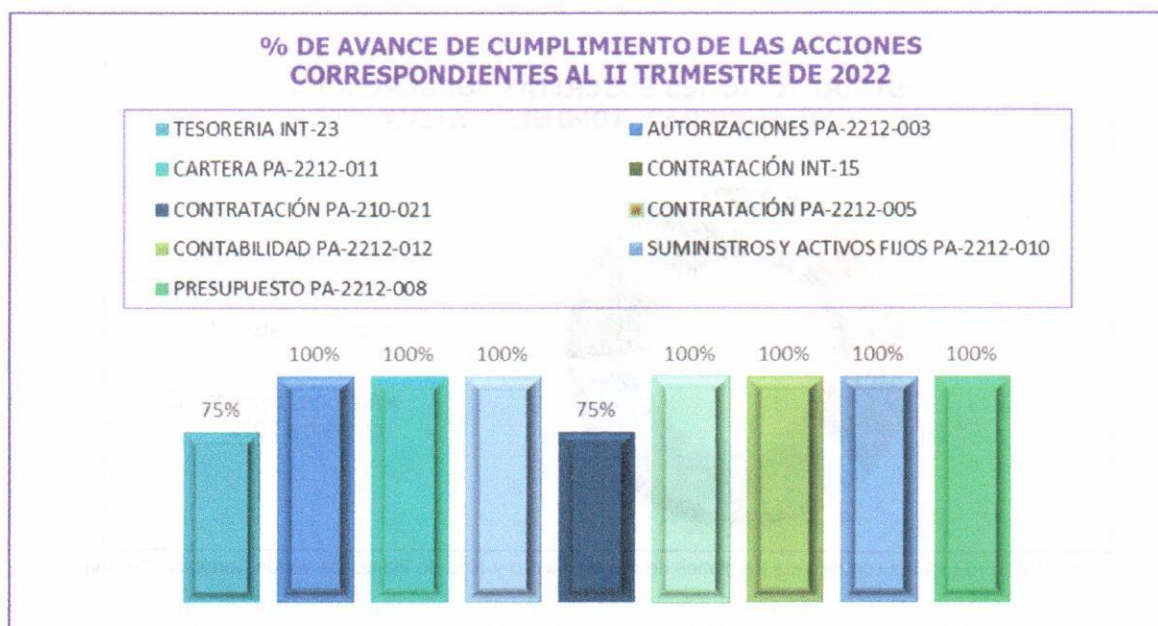
6

											presentando avances importantes, sin embargo se continua el seguimiento para verificar la adherencia y continuidad de la acción.	
2021	SAF	PA2112-003	https://srt-dar-umasoftware.com/app.php/staff/actionplan/71	AUTORIZACIONES	CONTROL INTERNO	20/04/2022	3 acciones suscritas	100%	100%	SI	Se da cierre a las acciones suscritas y se concluye el plan de mejoramiento teniendo en cuenta lo siguiente: ACCION 1 Se da cierre a la acción por Cumplimiento de lo propuesto, evidenciado con los soportes cargados en el software Daruma. ACCION 2 Se dio cumplimiento al cargue de las evidencias por el proceso durante el tiempo de evaluación presentando avances, evidenciando en el formato de matriz de seguimiento, y la matriz de seguimiento está documentada en Daruma con el código F-F-22 FORMATO SEGUIMIENTO CENSO DIARIO HOSPITALIZACION, avalada y codificada por la Oficina de Calidad. Por tanto se cierra la acción. ACCION 3: Teniendo en cuenta la evidencia cargada por el proceso se da cierre a la acción suscrita, recomendando su permanencia dentro del ejercicio normal del proceso con el fin de establecerlo como formato de autocontrol de reporte oportuno de inconsistencias de pagador al área de aseguramiento.	NO
2022	SAF	PA2212-008	https://srt-dar-umasoftware.com/app.php/staff/actionplan/82	PRESUPUESTO	CONTROL INTERNO	31/12/2022	1 acción suscrita en términos de cumplimiento	100%	60%	NO	El proceso a través del Software Daruma evidencio el envío oportuno de los actos administrativos de traslados presupuestales al Departamento y a Planeación en los términos establecidos en el Artículo 23 de Decreto 115 de 1996, cumpliendo con el reporte de las resoluciones generadas durante el periodo del seguimiento. La acción suscrita continúa en seguimiento para verificar su cumplimiento y efectividad.	NO
2022	SAF	PA 2212-005	https://srt-dar-umasoftware.com/app.php/staff/actionplan/	CONTRATACION	CONTROL INTERNO	30/06/2022	1 acción suscrita en términos de	100%	100%	SI	Se da cierre a la acción suscrita y se concluye Plan de mejoramiento por cumplimiento de la actividad, según lo evidenciado por el proceso a	NO



			77				cumplimiento				través de la evidencia cargada en Daruma https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/actionplan/77 con ANEXO 1 LISTA DE CHEQUEO y ANEXO 2 EVIDENCIA EXPEDIENTE CONTRACTUAL, recomendando al proceso la correcta adopción de las listas de chequeo en cada contrato con el lleno total de requisitos planteados en el formato.	
2022	SAF	PA 2212-010	https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/actionplan/86	SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	CONTROL INTERNO	30/09/2022	2 acciones suscritas en términos de cumplimiento	100%	50%	NO	Las acciones suscritas en el plan de mejoramiento se encuentran en términos de cumplimiento, sin embargo el proceso presentó avances significativos anexando informe del software Servinte con los traslados realizados durante el mes de mayo y junio, así como cronograma de actualización de inventarios, informe saldo de activos fijos y oficio al comité de sostenibilidad financiera sobre actualización del sistema Servinte con relación a los activos fijos. Se continúa con seguimiento al cumplimiento de las acciones suscritas.	NO
2022	SAF	PA 2212-011	https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/actionplan/87	CARTERA	CONTROL INTERNO	31/07/2022	8 acciones suscritas 7 acciones cerradas 1 acción en términos de cumplimiento	100%	69%	NO	ACCIONES CERRADAS: El proceso cargo evidencias soportando las acciones suscritas #2, #3, #4, #5, #6, #7 y #8, razón por la cual se da cierre, sin embargo es necesario continuar ejecutándolas como control permanente y fortalecimiento del proceso de tal manera que no se reiteren no conformidades. ACCIONES CON AVANCE PARCIAL: Frente a la acción #1 la cual está en términos de cumplimiento cuenta con acciones a desarrollar por Cartera, Auditoría de Cuentas médicas y Facturación, tuvo un avance de ejecución por parte de cartera reportando los pagos notificados por las entidades responsables, sin embargo no se evidencian avances por parte de las acciones a cargo de facturación y auditoría de cuentas médicas.	NO

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 segundo trimestre de 2022, donde se evidencia que dos procesos presentaron avances significativos y siete lograron cumplir con lo proyectado para el periodo del seguimiento.



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

- ✓ 5 planes de mejoramiento en términos de cumplimiento que corresponden a Contratación, Presupuesto, Suministros y activos fijos, Cartera y Contabilidad.
- ✓ 1 Plan de mejoramiento con 1 acción vencida pero con avance de cumplimiento total del 92%, correspondiente a Tesorería.
- ✓ 3 Planes de mejoramiento cerrados con cumplimiento del 100%, correspondiente a Contratación (2), y Autorizaciones.

Se debe tener en cuenta que aunque en la matriz de Seguimiento se reflejan dos planes de mejoramiento (Contabilidad y Suministros de activos fijos) con avances en rojo, esto se debe al porcentaje total del plan y al manejo de intervalos para asignar la escala cromática, sin embargo estos planes se encuentran en términos de cumplimiento y presentaron avances a las acciones suscritas para el trimestre en seguimiento.

A continuación se muestra las acciones de mejora formuladas en los 9 planes de mejoramiento vigentes de la Subgerencia Administrativa y Financiera con corte a 30 de junio del 2022, producto de las fuentes de hallazgo (Revisoría Fiscal y Oficina de control Interno):

Acciones cerradas seguimientos anteriores	17
Acciones Abiertas	17
Acciones cerradas II trimestre 2022	13
Total Acciones Formuladas	47

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

10



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

ACCIONES VENCIDAS A 30 DE JUNIO DEL 2022

Al corte de 30 de junio de 2022, se presenta una (1) 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
TOTAL			1

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

1.2 SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD

La oficina de control interno realizo seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la subgerencia Servicios de Salud con corte a 30 de junio 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.



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



8-7405030



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



E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA											
MATERIA DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)											
VIGENCIA	SUBGERENCIA	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	LINK PLAN	PROCESO RESPONSABLE	PUNTO HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO II TRIMESTRE 2022	% AVANCE SEGUNDO TRIMESTRE 2022	% AVANCE TOTAL	CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
2020	SSS	INT-03		SERVICIOS DE APOYO-IMAGENOLÓGIA	CONTROL INTERNO	30/06/2020	9 acciones suscritas: Cumple (8), Pendiente vencida (1)	N/A	92%	NO	ACCION SIN AVANCE Y/O CUMPLIMIENTO-VENCIDA La acción 1 " Realizar trazabilidad de los pacientes agendados desde el momento en el que se se 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
2020	SSS	INT-10		HOSPITALIZACIÓN	CONTROL INTERNO	30/04/2021	14 Acciones suscritas: Cumple (14)	N/A	100%	SI	ACCIONES CUMPLEN Y SE DA CIERRE (7) Acción 5: se parametrizo campo obligatorio de registro farmacológico por parte de resena, se da cierre a esta acción. Acción 6 : El proceso entrega informe de adherencia al procedimiento entrega de turnos TRA- PR-03, dando cumplimiento a la acción Acción 9:El proceso entre Acta de reunión de socialización procedimiento TRA-PR-03 "Entrega de turno médico", con los procesos y las áreas que intervienen. Acción 10: El proceso entrega informe de auditoria y seguimiento a la actividad de entrega de turno Acción 11: El proceso entrega informe de auditoria y seguimiento a la actividad de entrega de turno Acción 15: El proceso de internación siguiendo la metodología de análisis de eventos adverso determinada por el programa seguridad del paciente ha realizado el análisis interno de eventos, según el formato CA-F-106, CRITERIOS DE SELECCIÓN DE CASO ANALISIS SEGURIDAD DEL PACIENTE, se da cierre a esta acción. Acción 16: El modulo de eventos adversos se encuentra implementado en DARUMA y cuenta con lider de programa de seguridad del paciente SE DA CIERRE AL PLAN DE MEJORAMIENTO
2020	SSS	INT-12		SERVICIOS DE APOYO- PATOLOGIA	CONTROL INTERNO	2/05/2021	5 acciones suscritas : 4 cumplen, cumplimiento parcial	N/A	95%	NO	ACCIONES CUMPLEN PARCIALMENTE Y VENCIDA (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 envío a Seguridad del paciente, pendiente por parte de ellos de actualizar esta matriz en el modulo DARUMA, actividad a cargo de la líder de seguridad del paciente
2020	SSS	INT-13		SERVICIOS DE APOYO-IMAGENOLÓGIA	CONTROL INTERNO	28/02/2021	18 Acciones suscritas: Cumple: (14), Acción subanada previo al informe definitivo (1),Cumplen parcialmente y vencidas : (3)	N/A	92%	NO	ACCION CUMPLEN Acción 10: El Líder SST, realiza seguimiento a exámenes medico ocupacionales cada seis meses. Adjuntan seguimiento primer semestre de 2022. Acción 11: El Líder SST, realiza seguimiento a exámenes médicos ocupacionales a personal tercerizado (Aljire Radiólogos y hemodinamia). Adjuntan seguimiento primer semestre 2022 Acción 14: La líder de SST informa que el programa de capacitación para TOE 2022, está incluido en el plan de capacitaciones del sistema de gestión SST, el cual fue construido de acuerdo a los lineamiento establecidos en el procedimiento TH-PR-02 Plan institucional de capacitación; el cual se evidenció en carpeta física que reposa en la oficina de SST. Acción 15: Se evidencia eficacia de la acción por tal razón se da cierre ACCIONES CUMPLEN PARCIALMENTE - VENCIDAS (3) Acción 5: El oficial de protección radiológica, informa que el programa de radio protección esta en proceso de revisión por parte de la ARL Positiva Acción 16: El líder de SST, informa que el programa de radio protección se encuentra en revisión por parte de la ARL Positiva, y que dentro de este programa se encuentra el formato RX-F-20 (formato inspecciones y autoevaluaciones) Acción 18: Al consultar en el modulo de eventos de Daruma se evidencia seguimiento eventos adversos servicio radiología, sin embargo falta incluir los riesgos de este servicio en la matriz CA-F-75



2021	SSS	PA210-008	http://45.65.23.3.102-1725000.php?action=staff/acciones/n/35	LABORATORIO	CONTROL INTERNO	30/04/2021	9 Acciones Suscritas, Cumplen (8), Avance parcial, pendiente vencida (1)	N/A	94%	NO	ACCION AVANCE PARCIAL Y VENCIDA 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 adjuntan evidencias de avance	NO
2021	SSS	PA210-026	http://192.168.10.110/000.php/acciones/n/57	LABORATORIO	SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA- EXTERNO	31/10/2021	9 acciones suscritas, Cumplen (8), pendiente vencida (1)	N/A	89%	NO	ACCION PENDIENTE DE AVANCE Y VENCIDA ACCION 3: "Documentación del procedimiento para el manejo de errores en el diligenciamiento de formatos y registros", esta acción no se ha cumplido si embargo en el módulo de DARUMA, el proceso indica un avance del 81%, no adjunta ninguna evidencia de este avance.	NO
2022	SSS	PA2212-007	https://hert.dic.unasoftware.com/000.php/staff/acciones/n/9	ESPECIALIDADES CLÍNICAS	CONTROL INTERNO	1/04/2022	12 acciones	0%	0%	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. ACCIONES PENDIENTES DE AVANCE Y VENCIDAS En seguimiento realizado con corte al segundo trimestre DE 2022, el proceso no adjunta evidencias EN DARUMA que permitan ver el avance del plan de mejoramiento.	NO
2022	SSS	PA2212-001	http://192.168.10.110/000.php/staff/acciones/n/60	FARMACIA	CONTROL INTERNO	31/02/2022	13 Acciones : Cumple: (5) Acciones dentro de términos pendientes:(7), Acción vencida y sin avance: (1)	80%	38%	NO	Se 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) ACCIONES CORTE 30/06/2022: (5) ACCION CUMPLEN (4) Acción 2: Adjuntan evidencias de solicitudes a proveedores Acción 4: Acta de socialización adherencia formato Acción 5: Se evidencia procedimiento SF-PR-08, Actualizado en DARUMA Acción 7: Se da cumplimiento a la acción ACCION CORTE JULIO Acción 3: se evidencia formato El formato SF-F-23 actualizado ACCIONES PENDIENTES ESTAN DENTRO DE TERMINOS (7) Acciones 6,8,9,10,11,12 y 13 (SEGUIMIENTO III TRIM SEGÚN FECHA ESTABLECIDAS) ACCION VENCIDA Y SIN AVANCE: Acción 1: No se ha documentado procedimiento de contingencia de faltantes en el servicio farmacéutico donde se mencione las alternativas para evitar faltantes de medicamentos y dispositivos médicos.	NO
2022	SSS	PA2212-009	https://hert.dic.unasoftware.com/000.php/staff/acciones/n/4	CONSULTA EXTERNA	CONTROL INTERNO	2022-06-30	12 acciones formuladas. CUMPLEN (12)	100%	100%	SI	El 2022-04-20Ei subgerente de prestación de servicios de salud aprueba el replanteamiento del plan de mejora PA2212-001 del 2021. En el plan en el PA 2212-009 el cual establecen 12 acciones con fecha de cumplimiento del 30/06/2022. ACCIONES CUMPLEN: Acción 1:Procedimiento CE-PR-02 Actualizado 22/01/2022. Acción 2: Procedimiento SIAU-PR-06 Actualizado 07/03/2022 Acción 3: Actualización del FORMATO CE-F-13 20/04/2022 Acción 4: Adjuntan evidencias asignación de citas Acción 5: El listado de trámites y servicios de la entidad se encuentra inscritos en el Sistema Único de Identificación de Trámites (SUIT) los cuales se pueden consultar en https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?seccion=atencion-y-servicios-a-la-ciudadania&slug=informacion-de-tramites-y-servicios . Acción 6 Adjuntan listado de personal cuenta para confirmación de citas Acción 7: Adjuntan acta de reunion2 se da la instrucción y seguimiento a los profesionales para la modificación del estado por parte del médico responsable de la atención INASISTENTE O SALIDA) Acción 8: Adjuntan evidencias del Diligenciamiento de formato CE-F-13 LISTA DE ESPERA DEL PACIENTE POR ASIGNAR CITA EN CONSULTA EXTERNA Acción 9: Soportan correos mensualmente el área de Comercial solicitando listado de contratos vigentes con los EAPB, con el fin de dar información oportuna al usuario. Acción 10: Acciones para mejorar la oportunidad de asignación de citas actual, asignar agendas que tengan cupo de asignación de manera presencial, información al usuario acerca de recepción de documentos y agendamiento, mediante el funcionamiento del call center, correo electrónico y presencial. Acción 11: Para la asignación de citas utilizan a diario Formato CE-F-13 LISTA DE ESPERA DEL PACIENTE POR ASIGNAR CITA EN CONSULTA EXTERNA Acción 12: Se evidencia la revisión periódica de los indicadores	NO

2021	SSS	PA214-001	https://s32-168-10-110/cepo.sbs/Staff/accionaria/SSS-Externo	URGENCIAS	SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ- EXTERNO	14/02/2022	8 acciones: Cumplen (6) cumplen parcialmente (2)	91%	91%	NO	ACCION CUMPLE ACCION 1: Se evidencia aprobación y cargue en DARUMA DEL protocolo atención a víctimas violencia sexual (31/02/2022), el cual fue socializado el 17/03/2022 según listado de asistencia adjuntado. ACCION 2: anexan soportes de Capacitación realizada el día 23 de septiembre del año en curso por parte de medicina legal a 21 médicos del servicio de urgencias. • Capacitación por parte de medicina legal a: equipo psicosocial, ginecología y Pediatría de la institución sobre atención a víctimas de violencia sexual jueves 28 de octubre. • Asistencia técnica a la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja por parte de Secretaria de Protección Social y Medicina Legal, el día martes 26 de octubre a las 9:00am ACCION 3: Se crea formato CONSENTIMIENTO INFORMADO PERSONAS CON DISCAPACIDAD F-98 ACCION 4: Anexa diagrama Ruta de atención a víctimas de violencia sexual formato UI-F-14 Duruma fecha agosto de 2021 ACCION 5: El proceso adjuntan evidencias de la solicitud y adquisición del medicamento faltante. Se da cumplimiento a esta acción ACCION 6: Se evidencia actualización del Protocolo de Atención integral de urgencias a víctimas de agresiones con agentes químicos. UP-T-10 el cual fue socializado el 22/02/2022 ACCIONES CUMPLEN PARCIALMENTE ACCION 6: Pendiente: actualización del curso virtual Institucional "víctimas de violencia" ACCION 7: Capacitación al personal curso virtual Institucional "víctimas de violencia" El Coordinador de urgencias radica oficio de fecha 11 de julio de 2022, solicitando el replanteo del responsable de las acciones 6 y 7 del plan PA214-001, teniendo en cuenta que por resolución fue cambiado el responsable del programa de víctimas de violencia. Se evidencia ajuste en DARUMA de responsable y tiempo de ejecución	SI
2022	SSS	PA222-003	https://host.darumasoftware.com/cepo.php?act=accionaria/2	HEMODINAMIA	AUDITORIA INTERNA	31/12/2022	4 Acciones: Cumple (3), Cumplen parcialmente (1)	100%	75%	NO	ACCIONES PROGRAMADAS CORTE JUNIO DE 2022 (3) CUMPLEN Acción 1: se evidencia la medición de la oportunidad en la realización de los procedimientos en Hemodinamia a pacientes hospitalizados en un periodo de tres meses y el Procedimiento HMDA-PR-23 "SOLICITUD, TOMA Y ENTREGA DE RESULTADOS EN EL ÁREA DE HEMODINAMIA" fue actualizado el 01 de abril de 2022 y cargado en plataforma DARUMA, se debe dar cierre. Acción 2: se evidencia la medición de la oportunidad en la programación de procedimientos ambulatorios en la sala de Hemodinamia mediante la aplicación del formato "CE-F-13 - Lista de espera de pacientes pendientes por asignar cita para evidenciar la trazabilidad de los tiempos de espera Acción 3: Se verifica la instalación de los medidores de servicios públicos (LUZ, AGUA Y GASES MEDICIONALES).Adjuntan como evidencias actas de instalación ACCIONES AVANCES PARCIALES Acción 4: De acuerdo a reunión sostenida entre las partes, se realizará la medición ya con los contadores instalados durante los meses de mayo y junio del año en curso para establecer el valor y acuerdo de pago, anexan acta de reunión de fecha 13/04/2022	NO
2022	SSS	PA224-001	https://host.darumasoftware.com/cepo.php?act=accionaria/2	CERTIFICACIÓN PROGRAMA MADRE CANGURO ISO 9001:2015	AUDITORIA EXTERNA ICONTEC	30/09/2022	27 acciones, Cumplet: (24), Pendientes dentro de términos (3)	100%	91%	NO	ACCIONES CUMPLEN -CERRADAS Acción 1: Documento actualizado en DARUMA Acción 2:Se evidencia análisis de los datos extraídos por Servinte indicador Acción 3: reforzamiento del plan de capacitación Acción 4: Se verifica la eficacia de las acciones 1,2 y 3 Acción 5: Adjuntan acta de socialización Acción 6: Documento TRA-PR-38 actualizado DARUMA Acción 7: Acta socialización procedimiento TRA-PR-38 Acción 8: Adjuntan historias clínicas Acción 9: Procedimiento MC-PT-01 actualizado. Acción 10: Adjuntan evidencias de abordaje terapéutico Acción 11: Se Socializo el Protocolo MC-PT-01 a todo el personal de Psicología de la Institución, el 18 de abril de 2022. Acción 14: Se evidencia acta de socialización al personal de SIAU, humanización,PMC ambulatorio Acción 15: Se reviso y actualizo la documentación del SIAU Acción 16: Se evidencia acta socialización personal SIAU Acción 17: adjuntar el acta correspondiente a la socialización sobre el Tratamiento y gestión de las PQRS. Acción 18: acta de socialización de inducción al personal proceso de SIAU Acción 19: Se verifica la eficacia de las acciones 14,15,16,17 y 18 Acción 20: Protocolo MC-PT-03 actualizado Acción 21: Adjuntan acta socialización protocolo MC-PT-03 Acción 22: Historia clínica Actualizada Acción 23: Se evidencia Seguimiento a cumplimiento del diligenciamiento del Protocolo. Acción 24: Indicador 1267 Revisado y Ajustado Acción 25: Indicador 1264 Revisado y Ajustado Acción 26: Adjuntan acta reunión Revisión y ajuste indicadores proceso ACCIONES PENDIENTES Y DENTRO DE TERMINOS DE VENCIMIENTO: 12,13 y 27	NO



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



8-7405030



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



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

2022	SSS	PA222-004	https://host.dar.unmsafarma.com/app.php/staff/actionplan/8	FARMACIA (BPM)	AUDITORIA INTERNA MESSER	31/09/2022	15 Acciones: Cumplen (1), Acciones dentro de términos (14)	100%	6%	NO	Se carga plan en DARUMA el 21/04/2022, con corte a segundo trimestre de 2022 ACCION CUMPLE: Incluir dentro de la CA-M-00 norma fundamental el plan de contingencia cuando no se encuentre disponible la plataforma Daruma ACCIONES PENDIENTES Y ENTÉRMINOS DE TIEMPO (14) Las acciones esta en términos de tiempo, pendiente seguimiento en el III trimestre de 2022.	NO
2022	SSS	PA2212-006	https://host.dar.unmsafarma.com/app.php/staff/actionplan/7	URGENCIAS	CONTROL INTERNO	31/03/2022	12 Acciones, Cumplen (11), pendiente y replanteada (1)	91%	91%	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 PA210-023 de 2021 SE DEJA EN ESTADO ANULADO Y SE REPLANTEA EN PA2212-006 DEL 2022 ACCION CUMPLE ACCION 1: Se da cumplimiento acción. Dar cierre acción ACCION 2: Se socialización el protocolo de Triage a la totalidad de médicos que se encuentran prestando el servicio actualmente, pendiente verificar los que ingresaron posteriormente durante su proceso de inducción. Dar cierre acción ACCION 3: Adjuntan solicitud de ajuste de la ficha técnica del tiempo promedio triage II, pendiente ajuste en DARUMA ACCION 4: Adjuntan cuadro turnos SIAU y humanización de los meses febrero, marzo, abril, mayo y junio de 2022. ACCION 5: Adjuntan correo direccionado a protección social de mes enero a mayo de 2022 ACCION 7: Adjuntan evidencias de los informes rondas administrativas de abril a junio de 2022 ACCION 8: Se evidencia la oportunidad de entrega de resultados de examen del laboratorio y ayudas diagnósticas pendiente hasta mayo. Indicador 857 OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO, URGENCIAS, indicador 154 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE RADIOLOGÍA CONVENCIONAL URGENCIAS, indicador 1648 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE INTERVENCIÓNISMOS URGENCIAS ACCION 9: Adjuntan cuadro turnos SIAU y humanización de los meses de febrero, marzo, abril, mayo y junio de 2022. Se da cumplimiento acción. Dar cierre acción ACCION 10: adjuntan informes de los pacientes extranjeros sin aseguramiento de los meses de marzo, abril y mayo de 2022, carta informe verificación de documento y acta de reunión con aseguramiento y auditoría de concurrencia. ACCION 11: Se da cumplimiento acción ACCION PENDIENTE Y REPLANTEADA ACCION 6: No se evidencia avance y/o cumplimiento El Coordinador de urgencias radica oficio de fecha 11 de julio de 2022, solicitando el ajuste de la acción 6 del plan de mejoramiento PA 2212-00, petición debidamente justificada.	SI
2021	SSS	PA210-016	http://45.65.20.102:1725/app.php/actionplan/47	SIAU-JURIDICA	CONTROL INTERNO	31/12/2021	8 acciones suscritas: 4 cumplen, 4 se encuentran en ejecución.	80%	NA	NO	No aplica, debido a que se va a realizar replanteamiento del plan de mejoramiento	NO
2021	SSS	PA2212-002	http://192.168.20.110/app.php/staff/actionplan/60	SIAU	AUDITORIA INTERNA	30/06/2022	3 Acciones,	100%	100%	SI	Se cierra el plan de mejoramiento, teniendo en cuenta las evidencias presentadas	NO
2021	SSS	PA212-001	http://192.168.20.110/app.php/staff/actionplan/59	CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015	AUDITORIA INTERNA	31/12/2021	18 acciones: 17 acciones cerradas, cumplen parcialmente	80%	96%	NO	1 acción en ejecución en relación con: Asegurar el control del uso no intencionado de producto no conforme (material en cuarentena, material vencido y devoluciones) conforme a los procedimientos establecidos en el servicio farmacéutico.	NO

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

- 3 Planes de mejoramiento con avance del 100% correspondiente a Hospitalización, Consulta Externa y Siau.
- 1 Plan de mejoramiento con avance del 96 % correspondiente a Certificación ISO 9001:2015
- 1 Plan de mejoramiento con avance del 95 % correspondiente a Servicio de Apoyo Patología



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



8-7405030



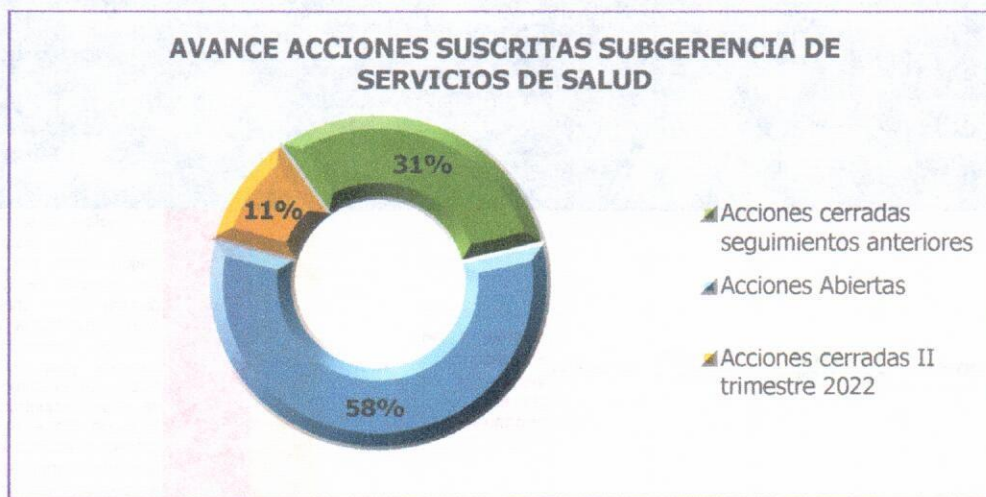
www.hospital-sanrafael-tunja.gov.co
Gerente@hospital-sanrafael-tunja.gov.co



SG-CER906254 SA-CER56655 OS-CER559527

- 2 Planes de mejoramiento con avance 92% correspondientes a Servicio de apoyo de salud-Imagenología.
- 3 Planes de mejoramiento con avance de los 91% correspondientes a Secretaria de Salud de Boyacá (Externo), Auditoría Externa Icontec y Urgencias.
- 1 Plan de mejoramiento con avance del 89 % correspondiente a Laboratorio
- 1 Plan de mejoramiento con avance del 75 % correspondiente a Hemodinamia.
- 1 Plan de mejoramiento con avance del 38 % y dentro de términos correspondiente a Farmacia.
- 1 Plan de mejoramiento con avance del 6 % y dentro de términos correspondiente a Farmacia.
- 1 Plan de mejoramiento sin avance correspondiente a Especialidades Clínicas.

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas en los planes de mejoramiento, con corte 30 de junio 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 286 Acciones formuladas (100%), de las cuales 88 acciones de mejora se cerraron en seguimientos anteriores que corresponden al (31%), 167 acciones de mejora quedan abiertas que corresponden al (58%), en el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno para este periodo se cerraron 31 acciones que corresponde al (11%) y se encuentran vencidas 20 Acciones, 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 30 de junio de 2022, se presentan veinte (20) 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
2022	FARMACIA	PA2212-00	1



2020	SERVICIOS DE APOYO- IMAGENOLÓGIA	INT-03	1
		INT-13	3
2022	ESPECIALIDADES CLINICAS	PA2212-007	12
2020	SERVICIOS DE APOYO- PATOLOGÍA	INT-12	1
		PA210-008	1
2021	LABORATORIO	PA210-026	1
TOTAL			20

1.3 OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

La oficina de control interno, realizo seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la Oficina Asesora Desarrollo y servicios, con corte a 30 de junio 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	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO II TRIMESTRE 2022	% AVANCE II TRIMESTRE 2022	% AVANCE TOTAL	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 con plan en reformulación	N. A	62%	NO	Se realizó solicitud de cierre de plan de mejoramiento por parte del proceso de gestión documental mediante Oficio remitido a la Oficina Asesora Desarrollo de servicios quien dio Visto Bueno. Sin embargo, esta se debe comunicar a la Revisoría Fiscal para su respectivo análisis ya que la acción de mejoramiento es producto del hallazgo de esta oficina.	NO
2020	OADS	INT-11	SISTEMAS - GOBIERNO EN LINEA	CONTROL INTERNO	30/03/2021	9 acciones suscritas: - 3 cumplen parcial y se encuentra vencidas. - 3 no cumplen se encuentran vencidas. Se encuentra plan reformulación	N. A	70%	SI	9 acciones suscritas: 3 cumplen, 3 cumplen parcial y 3 no cumplen, El proceso presenta evidencias sin embargo el plan se encuentra en proceso de reformulación	SI



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



8-7405030



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



SC-CER906254

SA-CER560814

SA-CER559527

2020	OADS	INT-17	CALIDAD - PAMEC/ DARUM A	CONTROL INTERNO	31/12/2021	24 acciones suscritas: -17 cumplen - 7 no cumplen se encuentran vencidas	N. A	71%	NO	24 acciones suscritas: 17 cumplen y 7 no cumplen. primer trimestre 2022. 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 Segundo Trimestre 2022 La Oficina Asesora Desarrollo de servicios, comunico que se envió oficio a los contratistas responsables de la actualización del software Daruma en cuanto los módulos de riesgos y módulo de auditorías complementarias se requiere cumplir con los compromisos pactados.	NO
2021	OADS	PA222-002	GESTION AMBIENTAL	CONTROL INTERNO	01/10/2022	9 acciones Suscritas:	N. A	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: 14 cumplen - 2 cumplen Parcialmente -1 No tiene evidencia -7En términos de ejecución	86%	64%	NO	24 acciones suscritas: primer trimestre 2022 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 parcia y la acción No 13 no se aportaron evidencias, quedando pendiente de ejecutar y dentro de términos 7 acciones.	NO



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



8-7405030



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



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

2022	OADS	PA224-002	ICONTEC ISO 14001, 45001	AUDITORIA EXTERNA	31/12/2022	65 acciones suscritas -54 Cumplen - 3 Se encuentran con Avances parciales y vencidas. -12 Pendientes de Ejecución	92%	77%	NO	Primer trimestre de 2022 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. Segundo trimestre de 2022 De las 65 acciones suscritas, se da cierre a 36, que sumadas a las del primer trimestre da un total de 50 acciones cerradas. 3 acciones se encuentran en ejecución con fecha de cierre vencida, aun cuando se presentaron evidencias, estas no cumplieron con lo solicitado en la acción de mejoramiento. Las restantes 12 quedan pendientes ya que se encuentran en términos para su ejecución	NO
------	------	-----------	--------------------------	-------------------	------------	--	-----	-----	----	--	----

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

- ✓ 1 Plan de mejoramiento con avance total del 62% que corresponde a Gestión Documental en proceso de Reformulación .
- ✓ 1 Plan de Mejoramiento con avance total del 71 % que corresponde a Calidad PAMEC.
- ✓ 1 Plan de mejoramiento con avance total del 70 % que corresponde A Sistemas en proceso de reformulación.
- ✓ 1 Plan de mejoramiento con avance total del 64 % que corresponde a Gestión Académica.
- ✓ 1 Plan de mejoramiento con avance total del 77% que corresponde a Icontec ISO 14001 y 45001.
- ✓ 1 Plan de mejoramiento en términos de cumplimiento, pero sin avances para el semestre en seguimiento que corresponde a gestión ambiental.



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



8-7405030



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



SC-CER906254

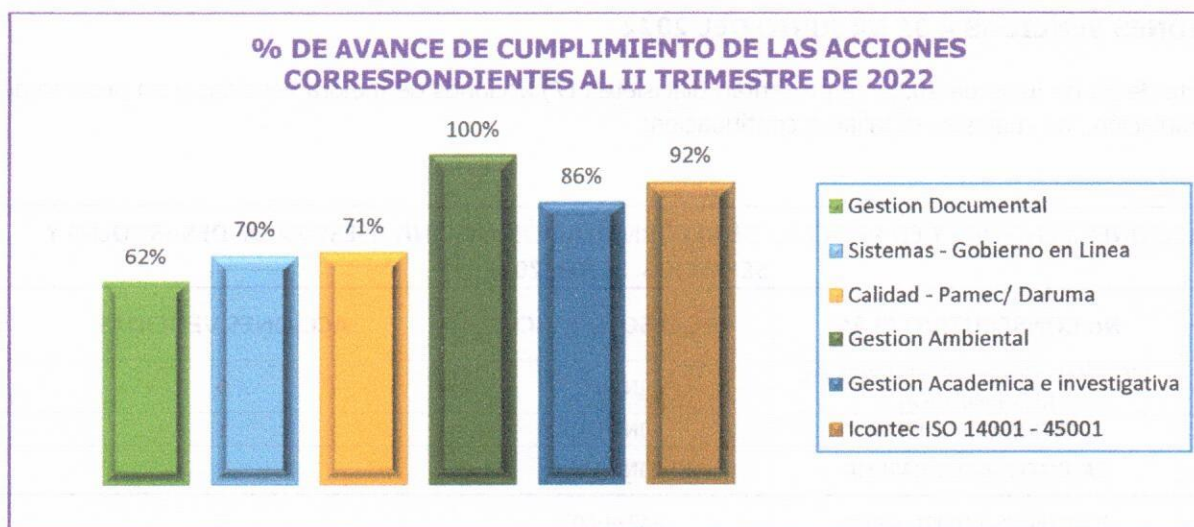


SA-CER560814



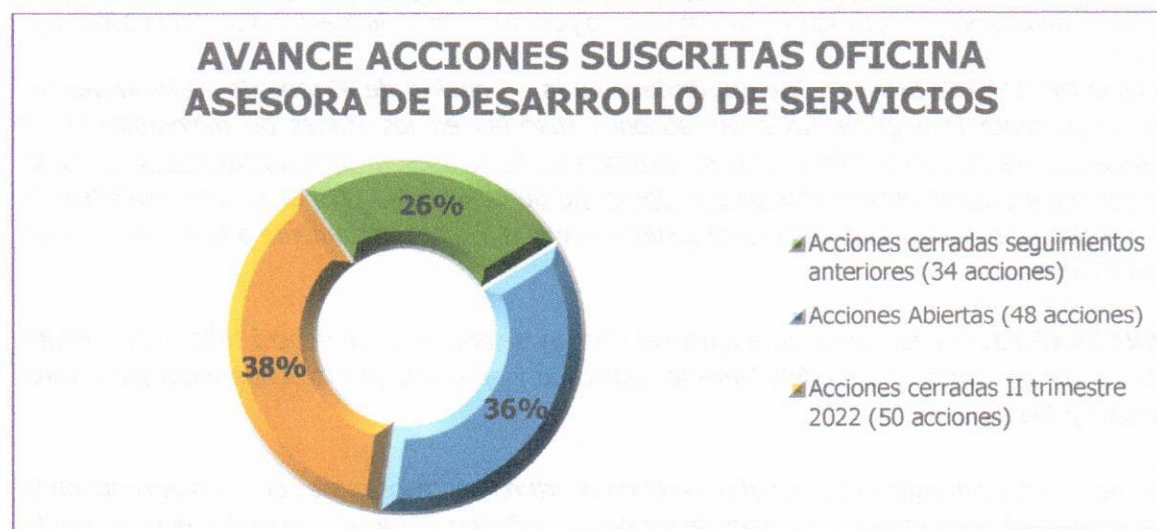
OS-CER559527





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 30 de junio 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 34 acciones de mejora se cerraron en seguimientos anteriores que corresponden al 34%, 48 acciones de mejora quedan abiertas que corresponden al 36%, en el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno para este periodo se cerraron 50 acciones que corresponde al 38% y se encuentran vencidas y en proceso de formulación 17 Acciones que corresponden al (13%), como se muestra en la gráfica siguiente:



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



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



8-7405030



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



ACCIONES VENCIDAS A 31 DE JUNIO DEL 2022

Al corte de 30 de junio de 2022, se presentan diecisiete (17) 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	SISTEMAS -GOBIERNO EN LINEA EN REFORMULACIÓN	INT-11	6
2020	GESTIÓN DOCUMENTAL	INT-08	1
2020	CALIDAD PAMEC / DARUMA	INT-17	7
2022	ICONTEC ISO 14001, 45001	PA224-002	3
TOTAL			17

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.



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



8-7405030



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



SC-CER906254

SA-CER560814

OS-CER559527

1.4 PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS

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

PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS	TOTAL PM	%AVANCE GENERAL
CONTRALORÍA GENERAL DE BOYACÁ	1	6,5%
AUDITORIA SUPERSALUD	1	27%
SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ-EXTERNO (LABORATORIO)	1	89%
SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ- EXTERNO (URGENCIAS)	1	91%
AUDITORIA EXTERNA ICONTEC ISO 9001:2015	1	91%
AUDITORIA EXTERNA ICONTEC ISO 14001, 45001	1	92%

21

CONTRALORÍA GENERAL DE BOYACÁ

En cuanto el plan de mejoramiento suscrito por la contraloría General de Boyacá, se solicitó liquidación del plan suscrito el 01 de Febrero de la actual vigencia teniendo en cuenta lo señalado en el artículo 17, parágrafo 1 de la Resolución 812 del 29 de diciembre de 2017 emanada por la CGB, el cual indica que "únicamente podrá estar vigente en cada entidad auditada un (1) plan de mejoramiento", en estos términos se suscribió un nuevo plan de mejoramiento en el cual se consolidaron los hallazgos producto de la auditoría realizada a las vigencias 2020 y 2021. Para el seguimiento realizado con corte al 30 de junio de 2022 reporto de los 77 hallazgos del plan de mejoramiento, cinco (5) se cerraron ya que cumplieron con la acción suscrita en los términos establecidos,

En virtud de lo anterior a continuación se relacionan los hallazgos que presentaron cumplimiento de las acciones de mejora suscritas, evidenciando un avance total del plan de 6,5%.

ITEM	HALLAZGO	CRONOGRAMA PROPUESTO	PESO % FRENTE AL PLAN	CERRADOS A 30/06/2022	% TOTAL DE AVANCE DEL PLAN
31	1-2020	30/04/2022 30/06/2022	1,3%	SI	1,3%
40	32-2020	30/04/2022 30/06/2022	1,3%	SI	1,3%
42	36-2020 43-2020	30/04/2022 30/06/2022	2,6%	SI	2,6%
43	37-2020	30/04/2022 30/06/2022	1,3%	SI	1,3%
					6,5%

Para el mes de julio 11 hallazgos del plan de mejoramiento suscrito tienen plazo máximo de ejecución de las acciones suscritas las cuales se relacionan a continuación:



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



8-7405030



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



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

ITEM	HALLAZGO	CRONOGRAMA PROPUESTO	RESPONSABLE
15	15-2021 20-2020	1/07/2022 31/07/2022	Contratación
32	2-2020	28/02/2022 31/07/2022	Cartera - Presupuesto
33	6-2020	28/02/2022 31/07/2022	Auditoría de Cuentas - Cartera
34	8-2020	28/02/2022 31/07/2022	Auditoría de Cuentas
35	9-2020	30/04/2022 31/07/2022	Facturación, Cartera Contabilidad y Presupuesto
36	10-2020	30/04/2022 31/07/2022	Contabilidad
37	11-2020	28/02/2022 31/07/2022	Cartera
38	16-2020	28/02/2022 31/07/2022	Contratación
39	30-2020	1/03/2022 31/07/2022	Desarrollo de servicios - Ingeniería Biomédica
41	34-2020	30/04/2022 31/07/2022	Contabilidad y Cartera

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

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 48 acciones de mejora con un avance con corte al 30 de junio del 2022 del (27%).

En virtud de lo anterior a continuación se relacionan los hallazgos que presentaron cumplimiento de las acciones de mejora suscritas, evidenciando un avance total del plan

DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	CERRADOS
1. Efectuar el cobro de la facturación radicada mes a cada una de las Entidades de pago, exigiendo el cumplimiento de la norma.	01/01/2022	30/06/2022	X
2. Realizar la revisión, aplicación y traslado del Manual de Políticas Contables de la ESE de acuerdo a normatividad vigente.			
3. Realizar el cobro de las actas de conciliación, producto de las reuniones realizadas con las EPS.			
4. Analizar y realizar el cobro de la facturación radicada y radicada glosada, conciliada y pendientes de compromisos de pago dando cumplimiento a la Circular Externa 011 de mayo de 2020.			
Resolución adoptada que defina las metas a cumplir para la vigencia 2022 y que proyecten mejoras en los resultados operacionales de la entidad.	01/01/2022	31/01/2022	X
Resolución adoptada que defina la nueva estructura de costos.	01/03/2022	30/06/2022	X
Actualizar Procedimiento para el cargue de novedades de la institución. (CA-PR-01)	11/01/2022	31/01/2022	X
Se realiza ajuste a plan de Contingencia por emergencia funcional ajustando los criterios para la declaración de alertas rojas de acuerdo al índice ocupacional, notificando al Centro Regulador de Urgencias y a las EAPB. A través de plan de contingencia se define las áreas dispuestas para la ampliación que se requiera en caso de emergencia funcional al superar la capacidad instalada declarada, estas áreas no son habilitables partiendo que son espacios transitorios mientras dura la emergencia funcional, posterior a ello se levanta.	01/02/2022	30/03/2022	X
Medición de índice ocupacional semanal con el fin de Generar comunicado de alerta de acuerdo al índice ocupacional el cual se establece en relación a la capacidad declarada en el REPS, este comunicado es enviado a CRUEB y EAPB, con el fin de que estas entidades activen su red para la derivación de los usuarios con estancias prolongadas en el servicio.	11/01/2022	30/06/2022	X



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



8-7405030



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



Asignando un médico exclusivo para la supervisión y atención de pacientes clasificados como triage II con el fin de garantizar atención oportuna inferior a 30 minutos	11/01/2022	30/06/2022	X
Calcular mensualmente los indicadores de destinación para cada uno de los diferentes tipos de residuos generados en la institución.	04/01/2022	31/03/2022	X
*Ajustar la metodología de análisis de eventos relacionados con la atención en salud énfasis Infecciones asociadas a la atención en salud. *Efectuar el análisis de los eventos adversos detectados *Formular acciones de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados en el análisis de los eventos *Monitorear la ejecución de las acciones de mejora planteadas	10 de enero de 2022	30/01/2022	X
A través de los contratos de suministros de Kit emergencias obstétricas.	11/01/2022	31/03/2022	X
A través del convenio interinstitucional con medicina Legal, realizar capacitación y retroalimentación de los pasos al total personal involucrado en la atención.	11/01/2022	15/02/2022	X
Medición de adherencia al protocolo de atención integral a las víctimas de violencia sexual, mediante al aplicación de lista de chequeo UI-F-29 de adherencia a la ruta institucional de código verde.	11/01/2022	15/02/2022	X

Se encuentran 2 Acciones en ejecución y vencidas:

ITEMS	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	CERRADOS	VENCIDOS EN ENJECUCIÓN
46	Actualizar el curso atención a Víctimas de Violencia Sexual en la plataforma institucional	11/01/2022	28/02/2022		X
48	La Subgerencia de Servicios de Salud de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja elaborará Implementará y Socializará el procedimiento de Cuidados Paliativos, con orientación del Comité Científico Consultivo de Bioética de la institución creado mediante Resolución 336 de 2021 (que se anexa a la presente) y de la mano con el Comité Científico Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad a través de Eutanasia (conformado mediante resolución 006 de 2022 que se anexa a la presente) en aras de brindar los cuidados adecuados a pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas, e irreversibles a la luz de la Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo No 58 de 2016 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social	14 de enero de 2022	14 de mayo de 2022		X

Para el mes de julio se vencen 2 acciones del plan de mejoramiento suscrito las cuales se relacionan a continuación:

ITEMS	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	CERRADOS	VENCIDOS EN ENJECUCIÓN	ABIERTOS 30/07/2022
11	Elaboración y radicación de requerimientos de forma escrita o electrónica, en donde se efectué el cobro del valor establecido en el acta del levantamiento de glosa.	01/01/2022	30/07/2022			X
19	1. Validar entre las áreas del proceso de Gestión Administrativa la información a reportar en la plataforma SIHO 2. Efectuar actas de conciliación de información a reportar entre las diferentes áreas internas del hospital (Tesorería, Contabilidad y Recaudo) a fin de esclarecer las posibles diferencias y tener la claridad de la información reportada en las diferentes fuentes o entidades que lo soliciten.	01/02/2022	30/07/2022			X

Para el mes de diciembre están programadas 29 acciones suscritas en el plan de mejoramiento de la Supersalud y para enero del 2023 se programaron 3 acciones.



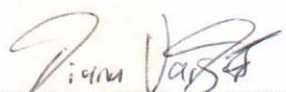
RECOMENDACIONES

- 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.
- Realizar avances y seguimiento oportuno a las acciones de mejora suscritas dentro de los plazos establecidos en los planes de mejoramiento por los entes de Control y evitar posibles sanciones por incumplimiento

Agradecemos la atención prestada y esperamos contar con su disposición y la de los líderes de los procesos para adelantar las acciones de mejora a que haya lugar para corregir las situaciones presentadas en el informe y prevenir posibles desviaciones y materialización de riesgos.

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: Nayarín Ochoa, Claudia Sáenz, Gustavo Molano



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



8-7405030



www.hospital-sanrafael-tunja.gov.co
Gerente@hospital-sanrafael-tunja.gov.co



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

