

Al contestar cite
20221100035851



Tunja, Octubre del 2022

Doctor
NELSON ULLOA CALVO
Gerente (E)
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad

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

Cordial saludo Dr.

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

Atentamente,



ATENTAMENTE

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

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



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 A PLANES DE MEJORAMIENTO

III TRIMESTRE DE 2022

1

Elaborado por:

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, Octubre 2022



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



8-7405030



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



INFORME DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA SUSCRITAS EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL Y POR PROCESOS CON CORTE A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2022

OBJETIVO

Evaluar y realizar seguimiento al avance y cumplimiento en las acciones y metas suscritas en planes de mejoramiento suscritos vigentes con corte a 30/09/2022.

2

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

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

PROCESOS Y/O ÁREAS INVOLUCRADAS

- ✓ SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Presupuesto, Tesorería, Contabilidad, Gestión y suministros y Activos fijos, Contratación, Facturación, Cartera y Cuentas médicas.

- ✓ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Farmacia, certificación programa madre canguro ISO 9001:2015, SIAU, Urgencias, Hemodinamia, Apoyo servicios de salud- Imagenología, laboratorio, especialidades médicas, Gestión Quirúrgica/sala de partos y ginecología, SIAU

- ✓ OFICINA ASESORA DESARROLLO DE SERVICIOS

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

METODOLOGÍA

El monitoreo a los planes de mejoramiento institucional y por procesos con corte a 30 de septiembre de 2022, se encuentra establecida en la Resolución interna 124 de 2019 y su modificadorio Resolución 327 del



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



8-7405030



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



2022, en el manual OACI-M-02 Manual de Planes de mejoramiento y Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento del plan de mejoramiento por procesos.

La oficina de control interno a través de correo electrónico de fecha 3 de Octubre del 2022, 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 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 »
- Tablas de retención documental
- Documentación presentada por los procesos.

INTRODUCCIÓN

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

De acuerdo a la información cargada en el Módulo de planes de acción del Software Daruma y en la matriz de seguimiento de planes de mejoramiento Institucional por procesos con acciones pendientes de cumplimiento derivadas de auditorías Interna y Externas, como Icontec, Revisoría Fiscal, Control Interno, calidad, Secretaria de Salud de Boyacá, Contraloría, se consolidaron a 30 de septiembre de 2022.

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

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

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

SUBGERENCIA	PROCESO	TOTAL PM	PLANES CERRADOS	PLANES ABIERTOS	VENCIDOS	EN TERMINOS	REFORMULACIÓN DEL PLAN	%PROMEDIO
SAF	CARTERA	1	0	1	1	0	0	94%

	CONTRATACION	2	1	1	0	1	0	82%
	TESORERIA	2	0	2	1	1	0	70%
	PRESUPUESTO	1	0	1	0	1	0	80%
	CONTABILIDAD	1	0	1	0	1	0	67%
	GESTION DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	1	0	1	0	1	0	90%
SSS	FARMACIA	2	0	2	2	0	0	51%
	LABORATORIO	2	2	0	0	0	0	100%
	SIAU	1	0	1	0	1	1	N/A
	URGENCIAS	2	0	2	0	2	0	91%
	APOYO SERVICIOS DE SALUD-PATOLOGIA	1	0	1	0	0	0	100%
	APOYO SERVICIOS DE SALUD-IMAGENOLOGIA	2	1	1	1	0	0	96%
	HEMODINAMIA	1	0	1	0	1	0	75%
	ESPECIALIDADES MEDICAS	1	0	1	1	0	0	66%
	CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015	1	1	0	0	0	0	95%
	CERTIFICACIÓN inconte PROGRAMA MADRE CANGURO ISO 9001:2015	1	0	1	0	1	0	100%
	GESTION QUIRURGICA/SALA DE PARTOS Y GINECOLOGIA	1	0	1	0	1	0	64%
	OADS	GESTION DOCUMENTAL	1	1	1	0	1	1
SISTEMAS		1	0	1	1	0	0	72%
CALIDAD - PAMEC		1	1	0	0	0	0	100%
GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA		1	0	1	0	1	0	75%
GESTION AMBIENTAL		1	1	0	0	0	0	100%
COMUNICACIONES Y MEDIOS		1	0	1	0	1	0	N/A
INGENIERIA BIOMEDICA		1	0	1	0	1	0	85%
INCONTEC ISO 14001,45001		1	0	1	0	1	0	95%
TOTAL	31	8	24	7	16	3		

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

De los 31 planes de mejoramiento suscritos la oficina de control interno, realizó seguimiento y evaluación con corte a 30 de septiembre de 2022, dando cierre a 8 planes de mejoramiento, 7 se encuentran vencidos, 16 en términos de cumplimiento y de acuerdo con la Resolución 124 de 2019 y su modificadorio 327 del 2022, se reformuló los planes de Gestión documental y SIAU



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 septiembre 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										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	LÍNEA PLAN	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO TRIMESTRE	% AVANCE TRIMESTRE	% AVANCE TOTAL	CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alcance)
2019	SAF	INT-23	219-23	TESORERIA	REVISORIA FISCAL		5 acciones 4 acciones cumplen 1 acción vencida	Vencido	94%	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. También, se generó el compromiso de realizar	NO

2022	SAF	PA 2212- 010	https://hsrt.darum.asoftware.com/ap.php/staff/actionplan/86	SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	CONTROL INTERNO	30/09/2022	2 acciones suscritas con avances	100%	90%	NO	Las acciones suscritas en el plan de mejoramiento se encuentran por parte del proceso en cumplimiento una vez analizada la evidencia cargada en el módulo Daruma sin embargo, se evidencio por parte del proceso responsable que los informes generados desde el módulo de Servinte presentan inconsistencias frente a la información cargada, razón por la cual se presentó requerimiento a sistemas para que se revise y se realicen los ajustes pertinentes, por esto no se cierra el plan.	NO
2022	SAF	PA 2212- 011	https://hsrt.darum.asoftware.com/ap.php/staff/actionplan/87	CARTERA	CONTROL INTERNO	31/07/2022	8 acciones suscritas 7 acciones cerradas 1 acción vencida	75%	94%	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. ACCION VENCIDA Frente a la acción #1 la cual tenía fecha máxima de ejecución el 30/07/2022, cuenta con acciones a desarrollar por parte Cartera, Auditoria de Cuentas médicas y Facturación, a la fecha presenta un avance del 100% en cuanto a lo propuesto por el área de cartera y de auditoria de cuentas médicas, sin embargo frente a la acción propuesta por el área de facturación «Plan de trabajo cargue de facturación radicada a Servinte de vigencias anteriores» y el producto final entregar era «Reporte mensual de cargue de facturación al sistema SERVINTE de lo que se encuentra pendiente por legalizar» el proceso anexo pantallazos de correos con reporte de facturación AP a corte diciembre de 2021, febrero, marzo y julio de 2022 adicionalmente anexo informe de radicados en el cual allego 3 acciones a desarrollar dentro del plan de trabajo de las cuales no se presentaron suficientes evidencias que demostraran su ejecución. Teniendo en cuenta lo anterior no se da cierre a la acción y se continúa con el seguimiento.	NO



2022	SAF	PA-2212-012	https://hospitaldaruma.com/app.php/staff/actionplan/88	CONTABILIDAD	CONTROL INTERNO	31/12/2022	13 acciones suscritas Acciones cerradas 4 (#5, #9, #10, #12) En términos de cumplimiento: 9	100%	67%	NO	<p>ACCIONES CERRADAS: A 30/06/2022 El proceso adjuntó evidencia ajuste al formato AF-F-04 con cargue el software Daruma, por esto se da cierre a las acciones #9 y #10. A 30/09/2022 El proceso adjunto evidencia de las acciones #5 y #12 adjuntando evidencia de actas de reunión y solicitud de actualización según lo establecido en la resolución 055/2020 frente al flujo de información al área contable, adicionalmente presentaron evidencias de cumplimiento sobre las capacitaciones gestionadas con la temporal allegando soportes de Diplomado con la Pontificia Universidad Javeriana.</p> <p>ACCIONES CON AVANCE PARCIAL: El proceso responsable allego soportes de 9 actividades que se encuentran en términos de cumplimiento. Se continúa seguimiento de estas.</p>	NO
2022	SAF	PA-2212-015		TESORERIA	CONTROL INTERNO	31/12/2022	18 acciones suscritas 3 Acciones Cerradas (#10, #15 y #18) 10 acciones con avance (#5, #6, #7, #8, #11, #12, #13, #14, #16 y #18) 5 acciones en términos de cumplimiento	100%	46%	NO	<p>ACCIONES CERRADAS: El proceso responsable adjunto evidencia de cumplimiento sobre manejo de tablas de retención documental, certificada por la Coordinadora de Gestión Documental, adecuaciones de seguridad y custodia del efectivo realizadas en la oficina de tesorería, actualización del procedimiento AM-PR-10 y adopción del formato de realización del Estado de Tesorería, acción que continua en seguimiento de efectividad para su correcta implementación y diligenciamiento.</p> <p>El proceso cargó evidencia de avance de 10 acciones que se encuentran en términos de cumplimiento. Y teniendo en cuenta que todas las acciones presentan fecha final de ejecución en diciembre de 2022, las metas de ejecución del trimestre se cumplieron en 100% y se continúa con el seguimiento a las acciones abiertas.</p>	NO

2022	SAF	PA 220-001	CONTRATACION	CONTROL INTERNO	31/12/2022	7 acciones suscritas 2 acciones cerradas (#4 y #5) 5 acciones en términos de cumplimiento	100%	67%	NO	<p>ACCIONES CERRADAS: El proceso da cumplimiento a la modificación del indicador 1477 y a la actualización de la política de operación del proceso de Contratación.</p> <p>ACCIONES CON AVANCE: Frente a las 5 acciones restantes el proceso teniendo en cuenta que se encuentra en términos de cumplimiento a llego soportes de avance en los siguientes términos: * ACCIÓN 1: Teniendo en cuenta los soportes allegados por el proceso se evidencia que se están realizando las actualizaciones necesarias al PAA y su correspondiente publicación, sin embargo el proceso se fijó como producto final la entrega de un procedimiento documentado y socializado, razón por la cual la acción que se encuentra en términos de cumplimiento y continuación en ejecución y seguimiento.</p> <p>*ACCIONES 2 - 3 Y ACTUALIZACION MANUAL DE SUPERVISION E INTERVENTORIA Y FORMATO DE SUPERVISION (NO CARGADA EN DARUMA) Teniendo en cuenta que el cumplimiento de las tres acciones están ligados y depende el proceso allego la evidencia de reuniones realizadas con el fin de analizar y aprobar las actualizaciones propuestas evidenciándose avance.</p> <p>Las acciones se encuentran en términos de cumplimiento y continúa en seguimiento.</p> <p>*ACCION 5. Verificación y seguimiento a la lista de chequeo contractual. Una vez analizada la evidencia cargada por el proceso se pudo notar que se establecieron controles con el fin de dar cumplimiento como la documentación de las listas por tipo de contratación en el software Daruma, y muestra de verificación de diligenciamiento de las mismas y teniendo en cuenta que se encuentra en términos de cumplimiento se solicita reque dicho diligenciamiento sea completo ya que en items como</p>	NO
------	-----	------------	--------------	-----------------	------------	---	------	-----	----	---	----

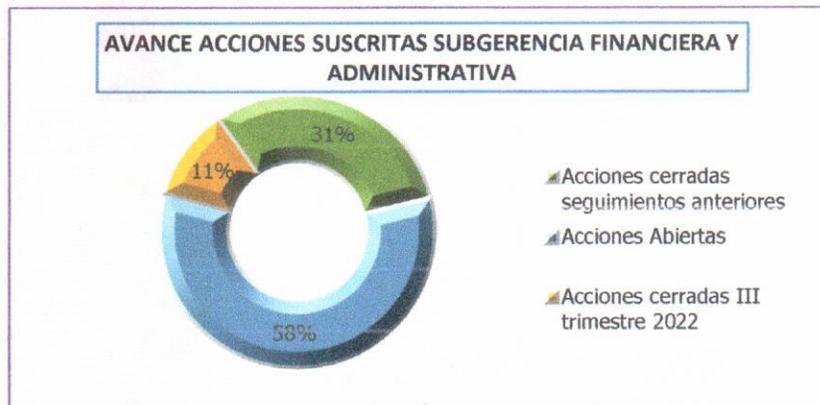
- ✓ 1 Plan de mejoramiento cerrado con cumplimiento del 96% correspondiente a Contratación, debido a reiteración de hallazgo y se realizara seguimiento a través de nuevo plan PA 220-001.

Se debe tener en cuenta que aunque en la matriz de Seguimiento se **reflejan un plan de mejoramiento (Tesorería) con avance (46%) 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 encuentran en términos de cumplimiento y presentaron avances a las acciones suscritas para el trimestre en seguimiento.**

A continuación se muestran las acciones de mejora formuladas en los 8 planes de mejoramiento vigentes de la Subgerencia Administrativa y Financiera con corte a 30 de septiembre del 2022, producto de las fuentes de hallazgo (Revisoría Fiscal y Oficina de control Interno):

Acciones cerradas seguimientos anteriores	16
Acciones Abiertas	34
Acciones cerradas III trimestre 2022	8
Total Acciones Formuladas	58

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



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

ACCIONES VENCIDAS A 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2022

Al corte de 30 de septiembre de 2022, se presentan dos (2) 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
2022	PA 2212-011	CARTERA	1
TOTAL			2

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 septiembre del 2022, consolidando sus resultados a través de la matriz de seguimiento planes de mejoramiento (Institucional y por proceso) con código OACI-F-03, teniendo en cuenta: Vigencia, consecutivo, proceso responsable, fuente de Hallazgo, fecha de Cierre, Avances, Cierre de plan y Observaciones. A continuación, se presentan forma resumida del resultado de este seguimiento.

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)										FECHA: 14/09/2022
VIGENCIA	SUBGERENCIA	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	LÍNEA PLAN	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO III TRIMESTRE	AVANCE III TRIMESTRE	% AVANCE TOTAL	CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN (Cambio de acción)
2020	SSS	INT-03		SERVICIOS DE APOYO-IMAGENOLOGÍA	CONTROL INTERNO	30/06/2020	9 acciones suscritas: Cumple (8), Pendiente y vencida (1)	VENCIDO	92%	NO	ACCION SIN AVANCE Y VENCIDA La acción 1 " 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" No cumple , fecha de cierre vencida (abril 2020)	NO
2020	SSS	INT-12		SERVICIOS DE APOYO-PATOLOGÍA	CONTROL INTERNO	2/05/2021	5 acciones suscritas : 5 cumplen	VENCIDO	100%	SI	ACCION VENCIDA SE DA CIERRE: Acción 5: Se evidencia matriz CA-F-75 MATRIZ DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Actualizada en el módulo DARUMA, la cual incluye los riesgos del servicios de patologia, dando cumplimiento a la acción propuesta. SE DA CIERRE AL PLAN DE MEJORAMIENTO EXTEMPORANEAMENTE, TENIENDO EN CUENTA QUE LA FECHA DE CIERRE ERA EL 02/05/2021	NO
2020	SSS	INT-13		SERVICIOS DE APOYO-IMAGENOLOGÍA	CONTROL INTERNO	28/02/2021	18 Acciones suscritas: Cumplen: (18)	VENCIDO	100%	SI	ACCIONES VENCIDAS SE DA CIERRE: Acción 5: Se evidencia programa de radio protección actualizado Acción 16: Se evidencia Formato RX-F-20 (formato inspecciones y	NO

										<p>autoevaluaciones) Actualizado 10/10/2022 Acción 18: Se evidencia matriz CA-F-75 MATRIZ DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Actualizada en el módulo DARUMA el cual incluye los riesgos de los servicios de Imagenología SE DA CIERRE AL PLAN DE MEJORAMIENTO EXTEMPORANEAMENTE, TENIENDO EN CUENTA QUE LA FECHA DE CIERRE ERA EL 28/02/2021</p>		
2021	SSS	PA210-008	http://45.65.233.02:1725/app.php/actionplan/35	LABORATORIO	CONTROL INTERNO	30/04/2021	9 Acciones Suscritas, Cumplen (9)	VENCIDO	100%	SI	<p>ACCION VENCIDAS SE DA CIERRE Acción 9: Se evidencia matriz CA-F-75 MATRIZ DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Actualizada en el módulo DARUMA, la cual incluye los riesgos Laboratorio SE DA CIERRE AL PLAN DE MEJORAMIENTO EN EL MODULO DARUMA SE DA CIERRE AL PLAN DE MEJORAMIENTO EXTEMPORANEAMENTE, TENIENDO EN CUENTA QUE LA FECHA DE CIERRE ERA EL 30/04/2021</p>	NO
2021	SSS	PA210-026	http://192.168.10.110/app.php/staff/actionplan/57	LABORATORIO	SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ-EXTERNO	31/10/2021	9 acciones suscritas, Cumplen (9)	VENCIDO	100%	SI	<p>ACCION VENCIDA SE DA CIERRE Acción 3: En la norma fundamental CA-M-00 en el numeral 8.10.2 Diligenciamiento se incluyó el siguiente párrafo " Está prohibida la realización de tachones, enmendaduras o uso de corrector". SE DA CIERRE AL PLAN DE MEJORAMIENTO</p>	NO



2021	SSS	PA214-001	http://192.168.10.110/app.php/staff/actionplan/58-EXTERNO	URGENCIAS	SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ-EXTERNO	31/12/2022	8 acciones: Cumplen (6) acción dentro de términos (2)	N/A	91%	NO	EXTEMPORANEAMENTE, TENIENDO EN CUENTA QUE LA FECHA DE CIERRE ERA EL 31/10/2021	NO
2022	SSS	PA2212-006	https://hsrt.darum.com/asofware.com/app.php/staff/actionplan/78	URGENCIAS	CONTROL INTERNO	31/12/2022	12 Acciones, Cumplen (11), dentro de términos (1)	N/A	91%	NO	ACCION DENTRO DE TERMINOS ACCION 6: Ajustes de tiempo para revaloración por médico general cada 3.5 horas, con el fin de disminuir la sobreocupación. Fecha final: 2022-12-31	NO
2022	SSS	PA2212-007	https://hsrt.darum.com/asofware.com/app.php/staff/actionplan/80	ESPECIALIDADES CLINICAS	CONTROL INTERNO	1/04/2022	12 acciones, Cumple (8), vencidas(3), con avance parcial y vencida (1)	66%	66%	NO	ACCIONES VENCIDAS SE DA CIERRE: Acciones 1,2,3,4,6,8,10 y 11. VENCIDAS SIN AVANCE: Acciones 5,7,12 ACCION CON AVANCE PARCIAL Y VENCIDA: Acción 9	NO
2022	SSS	PA222-003	https://hsrt.darum.com/asofware.com/app.php/staff/actionplan/75	HEMODINAMIA	AUDITORIA INTERNA	31/12/2022	4 Acciones: Cumple (3), dentro de termino (1)	100%	75%	NO	ACCION DENTRO DE TERMINOS: Acción 4. Para el pago de los servicios públicos y de acuerdo a reunión sostenida entre las partes, se realizará la medición con los contadores instalados para establecer el valor promedio y acuerdo de pago, acción que se verificará en el próximo seguimiento	NO
2022	SSS	PA2212-001	http://192.168.10.110/app.php/staff/actionplan/68	FARMACIA	CONTROL INTERNO	31/07/2022	13 Acciones : Cumple: (5) Acción vencidas y sin avance: (8)	0%	38%	NO	ACCION CUMPLEN: Acción 2,3,4,5 y 7 ACCION VENCIDAS Y SIN AVANCE: 1,6,8,9,10,11,12 y 13	NO
2022	SSS	PA222-004	https://hsrt.darum.com/asofware.com/app	FARMACIA (BPM)	AUDITORIA INTERNA MESSER	30/09/2022	15 Acciones: Cumple(2), Acciones vencidas y sin avance (13)	13%	13%	NO	ACCION CUMPLE: 1 Y 3 ACCIONES VENCIDAS Y SIN AVANCE:	NO

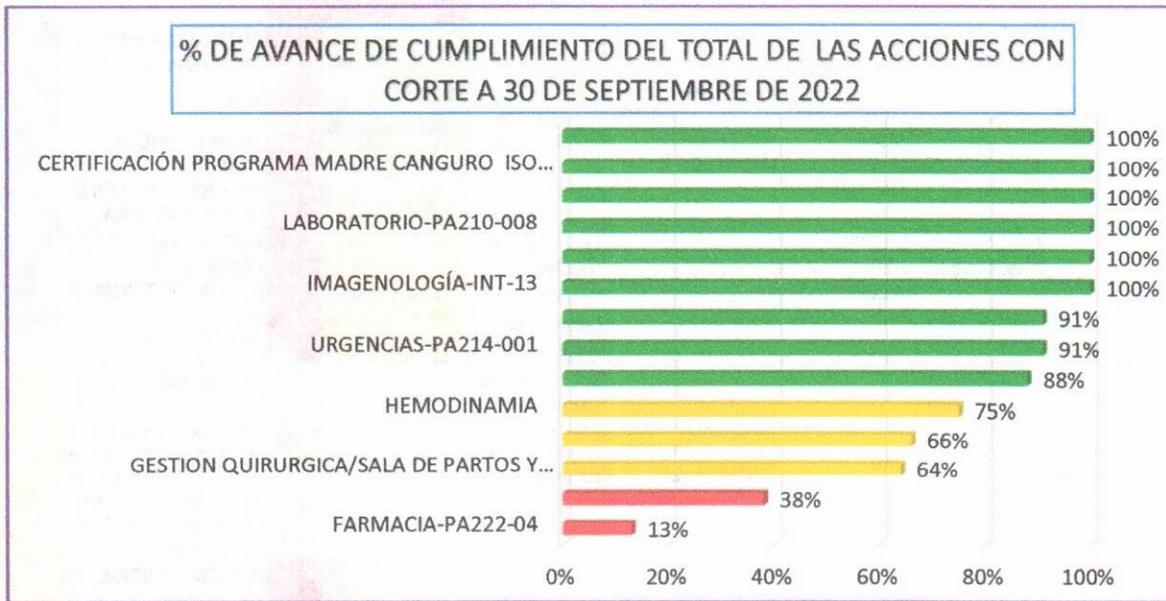
			p.php/staff/actionplan/85							2,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15		
2022	SSS	PA224-001	https://hsrt.daruma.com/ap p.php/staff/actionplan/73	CERTIFICACIÓN PROGRAMA MADRE CANGURO ISO 9001:2015	AUDITORIA EXTERNA ICONTEC	30/09/2022	27 acciones, Cumplen: (27)	100%	100%	NO	ACCIONES CUMPLEN EN ESTE PERIODO: Acción : 12,13 y 27 SE DA CIERRE AL PLAN DE MEJORAMIENTO EN EL MODULO DARUMA	NO
2022	SSS	PA2218-001	https://hsrt.daruma.com/app.php/staff/actionplan/93	GESTION QUIRURGICA/SALA DE PARTOS Y GINECOLOGIA	CONTROL INTERNO	31/12/2022	22 Acciones, cumplen (14), Vencidas (4), Dentro de términos (4)	77%	64%	NO	ACCIONES ABIERTAS 22 CUMPLEN (14) DENTRO DE TERMINOS (4) VENCIDAS (4)	NO
2021	SSS	PA210-016	http://45.65.233.102:1725/app.php/actionplan/47	SIAU	CONTROL INTERNO	31/12/2021	8 acciones suscritas: 4 cumplen, 4 se encuentran en ejecución.	N/A	N/A	SI	El proceso solicita reformulación de acciones, quedando 5 acciones en términos de ejecución. Teniendo en cuenta lo estipulado en la Resolución 124 de 2019 y su modificatorio.	SI
2021	SSS	PA212-001	http://192.168.10.110/app.php/staff/actionplan/59	CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015	AUDITORIA INTERNA	31/12/2021	18 acciones: 18 acciones cerradas	VENCIDO	100%	NO	ACCION VENCIDA SE DA CIERRE: Acción 1: 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. SE DA CIERRE AL PLAN DE MEJORAMIENTO	SI

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 septiembre del 2022, evidenciando:

- 6 Planes de mejoramiento con avance del 100% correspondiente a Servicio de Patología (INT 12-2020), servicio de Imagenología (INT 13-2020), Laboratorio (PA210-008 Y PA210-026), CERTIFICACIÓN PROGRAMA MADRE CANGURO ISO 9001:2015 (PA224-001), CERTIFICACION ISO 9001:2015 (PA212-001)
- 2 Planes de mejoramiento del Proceso de urgencias, con un avance del 91% respectivamente
- 1 Planes de mejoramiento con avance 92% correspondientes a Servicio de apoyo de salud-Imagenología.
- 1 Plan de mejoramiento con avance del 75 % correspondiente a Hemodinámica.
- 2 Planes de mejoramiento con avance del 38 % (PA2212-001) y 13% (PA222-001) correspondientes a Farmacia.
- 1 Plan de mejoramiento con avance del 64% correspondiente al proceso de Gestión Quirúrgica sala de parto/ginecología
- 1 Plan de mejoramiento con avance del 66% correspondiente a Especialidades Clínicas.



- 1 Plan de mejoramiento replanteado por solicitud del proceso SIAU



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, con corte 30 de septiembre 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 181 Acciones formuladas (100%), de las cuales 143 acciones de mejora se cerraron que corresponden al (79%), 38 acciones de mejora quedan abiertas que corresponden al (21%), de las cuales 30 se encuentran vencidas (17%) y 8 dentro de los términos (4%). 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 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2022

Al corte de 30 de septiembre de 2022, treinta (30) acciones de mejora se encuentran en estado vencidas, las cuales se detallan a continuación:

ACCIONES VENCIDAS SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD CORTE 31/03/2022			
AÑO	No CONSECUTIVO PLAN	PROCESO/SERVICIO	ACCIONES VENCIDAS
2020	SERVICIOS DE APOYO- IMAGENOLOGÍA	INT-03	1
2022	ESPECIALIDADES CLINICAS	PA2212-007	4
2022	GESTION QUIRURGICA/SALA DE PARTOS-GINECOLOGIA	PA2218-001	4
2022	FARMACIA	PA2212-00	8
		PA222-004	13
TOTAL			30

17

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 septiembre 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										
VERSIÓN: 03		MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)										
VIGENCIA	SUBGERENCIA	LIK	PROCESO	FUENTE	FECHA	TERCER	% AVAN	%	CIERRE	OBSERVACIONES	FECHA	NECESIDAD
2020	OADS		GESTION DOCUMENTAL	REVISORIA FISCAL	31/12/2021	NA	N.A	62%	SI	<p>SEGUNDO TRIMESTRE 2022: Se realizo 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 trasladar a la oficina de Revisoria Fiscal para su respectivo análisis ya que la acción de mejoramiento es producto del hallazgo de esta oficina.</p> <p>Tercer Trimestre Conforme a lo establecido en el artículo 12 de la resolución 124 de 2019, y modificatorio el proceso solicito cierre al plan de mejoramiento por cambio de líder, el cual fue aprobado 30/09/2022 y se dio apertura de un nuevo plan radicado en la oficina asesora de control interno. Ese nuevo plan esta compuesto por 5 acciones, que cuentan con plazo de ejecución hasta el 30/10/2023 se encuentra cargado en la plataforma DARUMA PA-2020-003</p>		SI

2020	OADS	SISTEMAS GOBIERNO EN LINEA	CONTROL INTERNO	30/03/20 21	9 Acciones suscritas: -3 cumplen -3 cumplen parcial y se encuentran vencidas. - 3 no cumplen se encuentran vencidas	VENCI DO	72%	NO	<p>Segundo trimestre 2022 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 conforme a lo establecido en el artículo 12 de la resolución 124 de 2019, y modificatorio Tercer trimestre 2022 El proceso presento carpeta con evidencias, de actividades realizadas para el tercer trimestre las cuales dan un avance parcial a las acciones suscritas.</p>	SI	
2020	OADS	CALIDAD PAMEC/DAR UMA	CONTROL INTERNO	31/12/20 21	24 Acciones suscritas: 24 cumplen	VENCI DO	100%	SI	<p>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 hallazgo Segundo Trimestre 2022 Mediante oficio enviados al contratistas responsables de la actualización del software Daruma en cuanto los módulos de riesgos y modulo de auditorias complementarias se requiere cumplir con los compromisos pactados. Tercer trimestre Se da cumplimiento a lo pactado por parte del contratista respecto a la actualización del software Daruma en cuanto los módulos de riesgos y por otra parte modulo de auditorias complementarias se debe realizar un seguimiento para verificar la su eficacia de las acciones que se toman frente al mismo.</p>	NO	
2021	OADS	GESTIO N AMBIENT AL	CONTROL INTERNO	1/10/202 2	9 Acciones suscritas: 9 Cumplen		100%	100%	SI	<p>Las nueve acciones suscritas cumplieron, se da cierre al plan.</p>	NO

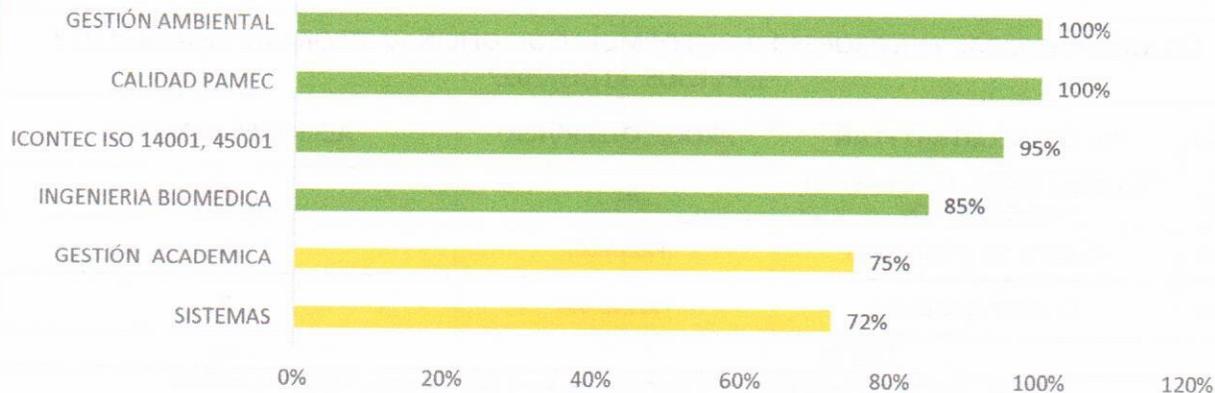
2021	OADS	GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA	CONTROL INTERNO	31/12/2022	<p>24 Acciones suscritas: 17 cumplen</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 Sin evidencia y vencida - 2 Con avances parciales y vencidas. - 4 En términos de ejecución 	Acciones vencidas	75%	NO	<p>3 Cumplen corresponde a las acciones con los siguientes numerales: 5, 16, 22</p> <p>13 Acciones cumplen parcialmente.</p> <p>8 Acciones se encuentran en ejecución</p> <p>Segundo Trimestre 2022 Para este trimestre se da cierre a 14 acciones, La acción No 04, 18 presenta avance parcial y la acción No 13 no se aportaron evidencias ,quedando pendiente de ejecutar y dentro de términos 7 acciones.</p> <p>Tercer trimestre 2022. Para este trimestre no se programaron acciones se hace claridad las 5 acciones que le realizaron seguimiento estaban vencidas.</p> <p>Por tal razón: Se e 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.</p>	NO	
2022	OADS	ICONTEC ISO 14001, 45001	AUDITORIA EXTERNA	31/12/2022	<p>65 acciones suscritas</p> <ul style="list-style-type: none"> - 57 Cumplen - 6 Se encuentran Vencidas con avance parcial. - 2 Términos de Cumplimiento 		87%	95%	NO	<p>Primer trimestre de 2022 65 acciones suscritas, de las cuales a 14 se les da cierre, 19 se encuentran en ejecución con fecha de cierre vencida ,aún 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 ,aún 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</p> <p>Tercer trimestre de 2022 : De las 65 acciones suscritas, se da cierre a 3, que sumadas a las del primer y segundo trimestre da un total de 57 acciones cerradas.</p> <p>8 acciones se encuentran en ejecución con fecha de cierre vencida ,aún cuando se presentaron evidencias, estas no cumplieron con lo solicitado en la acción de mejoramiento. Quedando pendientes (2) Acciones que se encuentran en términos para su ejecución</p>	NO

2022	OADS	INGENIERIA BIOMÉDICA	CONTROL INTERNO	30/01/2023	3 Acciones suscritas 2 Cumplen 1 se encuentra con avance parcial y dentro de términos de ejecución.	100%	85%	N O	Tercer trimestre de 2022 3 Acciones suscritas, de las cuales 2 cumplen; 1 tiene avance parcial y se encuentra en términos de ejecución.	N O
2022	OADS	COMUNICACIONES Y MEDIOS	CONTROL INTERNO	30/03/2023	6 Acciones suscritas	N/A	N/A	N O	Tercer trimestre de 2022 Se suscribieron 6 acciones las cuales se encuentran en términos de ejecución y no se evidencia avances en el plan de mejoramiento.	N O

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 septiembre del 2022, evidenciando:

- ✓ 1 plan de mejoramiento INT-08, que corresponde a Gestión Documental con avance total del 62%, se reformulo debido a cambio de líder. El nuevo plan PA220-003 está en términos de ejecución.
- ✓ 2 Planes de mejoramiento cerrados con cumplimiento del 100%, correspondientes a Gestión Ambiental y Calidad PAMEC, se debe precisar que para este plan (Calidad PAMEC) las acciones se encontraban vencidas al momento de dar cierre.
- ✓ 1 Plan de mejoramiento con avance total del 72 % que corresponde a Sistemas en proceso de reformulación.
- ✓ 1 Plan de mejoramiento con avance total del 75 % que corresponde a Gestión Académica.
- ✓ 1 Plan de mejoramiento con avance total del 95% que corresponde a Icontec ISO 14001 y 45001.
- ✓ 1 Plan de mejoramiento con avance de 85%, que corresponde a ingeniería Biomédica
- ✓ 1 Plan de mejoramiento sin avance y en términos de cumplimiento, que corresponde a Comunicaciones y Medios

**% DE AVANCE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES
CORRESPONDIENTES AL III TRIMESTRE DE 2022**

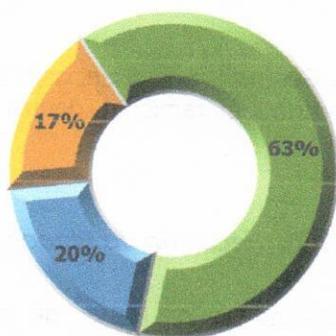


Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas en los planes de mejoramiento con corte 30 de septiembre 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 140 Acciones formuladas, de las cuales 88 acciones de mejora se cerraron en seguimientos anteriores que corresponden al 63%, 28 acciones de mejora quedan abiertas que corresponden al 20%, para este periodo se cerraron 24 acciones que corresponde al 17% y de estas 14 se encuentran vencidas como se muestra en la gráfica siguiente:

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

**AVANCE ACCIONES SUSCRITAS OFICINA ASESORA DE
DESARROLLO Y SERVICIOS**



- ▲ Acciones cerradas seguimientos anteriores
- ▲ Acciones Abiertas
- ▲ Acciones cerradas III trimestre 2022

ACCIONES VENCIDAS A 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2022

Al corte de 30 de Septiembre de 2022, se presentan Catorce (14) acciones de mejora vencidas, 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
2022	ICONTEC ISO 14001, 45001	PA224-002	6
2021	GESTION ACADEMICA	PA2212-004	2
TOTAL			14

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

Teniendo en cuenta el cuadro anterior es preciso que los procesos responsables de los planes de mejoramiento con incumplimiento de acciones o inoportunidad tengan en cuenta los lineamientos de la resolución 124 de 2019 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 acción o el tiempo establecido debidamente justificado y que ayude directamente a la eliminación del hallazgo identificado en los términos del Artículo 9.



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



8-7405030



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



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.

1.4 PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS

23

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

PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS	TOTAL PM	%AVANCE GENERAL
CONTRALORÍA GENERAL DE BOYACÁ	1	51,4%
AUDITORIA SUPERSALUD	1	25%
SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ- EXTERNO (URGENCIAS)	1	91%
AUDITORIA EXTERNA ICONTEC ISO 9001:2015	1	100%
AUDITORIA EXTERNA ICONTEC ISO 14001, 45001	1	95%

CONTRALORÍA GENERAL DE BOYACÁ

En cuanto al plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de Boyacá, el cual cuenta con un total de 77 hallazgos, para el seguimiento con corte al 30 de septiembre de 2022 diecisiete (17) Hallazgos ya se encuentran cerradas, treinta y nueve (39) que se encuentran en términos de cumplimiento reportaron avance y veintiuna (21) que se encuentran en términos de cumplimiento no presentaron avance, en virtud de lo anterior el **avance total del plan es de 51,4%**, y a continuación se detalla el estado del plan:

ITEM	HALLAZGO	CRONOGRAMA PROPUESTO	RESPONSABLE	PESO % FRENTE AL PLAN	ESTADO A 30/06/2022	ESTADO A 30/09/2022	% TOTAL DE AVANCE DEL PLAN
1	1-2021 38-2020	1/07/2022 31/12/2022	Financiera	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	1,8%
2	2-2021	1/07/2022 31/12/2022	Cartera	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	0,0%
3	3-2021 4-2020	1/07/2022 31/12/2021	Auditoria de Cuentas - Cartera	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	1,0%
4	4-2021 5-2020	1/07/2022 31/12/2022	Cartera	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	0,0%
5	5-2021 7-2020	1/07/2022 31/12/2022	Auditoria de Cuentas	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	1,0%
6	6-2021	1/07/2022 31/12/2022	Cartera, Auditoria Médica y Contabilidad	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	0,0%
7	7-2021	1/07/2022 31/12/2022	Cartera, Presupuesio y Contabilidad	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	0,0%
8	8-2021	1/07/2022 31/12/2022	Facturación, Cartera Contabilidad y Presupuesto	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	0,0%



9	9-2021 33-2020	1/07/2022 31/12/2022	Facturación	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	1,0%
10	10-2021 3-2020	1/07/2022 31/12/2022	Cartera	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	0,0%
11	11-2021 12-2020	1/07/2022 31/12/2022	Cartera	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	0,0%
12	12-2021 15-2020	1/07/2022 31/12/2022	Almacén	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	0,0%
13	13-2021 22-2020	1/07/2022 31/12/2022	Oficina de Contratación / Oficina asesora de Desarrollo de Servicios/ Subgerencia Administrativa y Financiera/ Subgerencia de Servicios de Salud y apoyos a la supervisión	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	1,3%
14	14-2021 17-2020 24-2020 25-2020 27-2020 28-2020 29-2020 31-2020	1/07/2022 31/12/2022	Oficina de Contratación / Oficina asesora de Desarrollo de Servicios/ Subgerencia Administrativa y Financiera/ Subgerencia de Servicios de Salud y apoyos a la supervisión	10,4%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	7,4%
15	15-2021 20-2020	1/07/2022 31/07/2022	Contratación	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	2,6%
16	16-2021 21-2020 23-2020 26-2020	1/07/2022 31/12/2022	Oficina de Contratación / Oficina asesora de Desarrollo de Servicios/ Subgerencia Administrativa y Financiera/ Subgerencia de Servicios de Salud y apoyos a la supervisión	5,2%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	2,0%
17	17-2021 18-2020	1/07/2022 31/12/2022	Oficina de Contratación	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	1,3%
18	18-2021 13-2020 14-2020 19-2020	1/07/2022 31/12/2022	Oficina de Contratación	5,2%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	2,0%
19	19-2021	1/07/2022 31/12/2022	Cartera, Presupuesto y Contabilidad	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	0,0%
20	20-2021 35-2020	1/07/2022 31/12/2022	Contabilidad y Cartera	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	0,0%
21	21-2021	1/07/2022 31/08/2022	Gerencia Contabilidad	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
22	22-2021 41-2020	1/07/2022 31/12/2022	Cartera, Presupuesto y Contabilidad	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	0,0%
23	23-2021	1/07/2022 31/12/2022	Tesorería	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	0,0%
24	24 -2021 42-2020	1/07/2022 31/12/2022	Contabilidad y Presupuesto	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	0,0%
25	25-2021	1/07/2022 31/12/2022	Oficina de Contratación/ Presupuesto	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	0,8%
26	26-2021	1/07/2022 31/12/2022	Tesorería	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	0,0%
27	27-2021 46-2020	1/07/2022 31/12/2022	Oficina Asesora Control Interno	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	1,8%

28	28-2021	1/07/2022 31/12/2022	Control Interno / Oficina asesora de Desarrollo de Servicios	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	1,0%
29	29-2021	1/07/2022 31/12/2022	Oficina Asesora de Control Interno	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	1,0%
30	30-2021 31-2021 47-2020 48-2020	1/07/2022 31/12/2022	Control Interno / Oficina asesora de Desarrollo de Servicios/ Gestión financiera y Administrativa	5,2%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	4,0%
31	1-2020	30/04/2022 30/06/2022	Facturación, Auditoria Médica, Contabilidad y Presupuesto	1,3%	SI	SI	1,3%
32	2-2020	28/02/2022 31/07/2022	Cartera/Presupuesto	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
33	6-2020	28/02/2022 31/07/2022	Auditoria de Cuentas - Cartera	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
34	8-2020	28/02/2022 31/07/2022	Auditoria de Cuentas	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
35	9-2020	30/04/2022 31/07/2022	Facturación, Cartera Contabilidad y Presupuesto	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
36	10-2020	30/04/2022 31/07/2022	Contabilidad	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
37	11-2020	28/02/2022 31/07/2022	Cartera	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
38	16-2020	28/02/2022 31/07/2022	Contratacion	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
39	30-2020	1/03/2022 31/07/2022	Desarrollo de servicios - Ingeniería Biomédica	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
40	32-2020	30/04/2022 30/06/2022	Contabilidad	1,3%	SI	SI	1,3%
41	34-2020	30/04/2022 31/07/2022	Contabilidad y Cartera	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
42	36-2020 43-2020	30/04/2022 30/06/2022	Contabilidad y Presupuesto	2,6%	SI	SI	2,6%
43	37-2020	30/04/2022 30/06/2022	Contabilidad	1,3%	SI	SI	1,3%
44	40-2020	01/07/2022 31/12/2022	Facturación, Auditoria Médica, Contabilidad y Presupuesto	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	0,9%
45	49-2020	01/07/2022 31/12/2022	Control Interno / Oficina asesora de Desarrollo de Servicios	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	AVANCE PARCIAL	1,0%
TOTAL				100%			51,4%

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

Adicionalmente se observa que frente al plan de mejoramiento suscrito por la Contraloría General De Boyacá para el tercer trimestre del 2022 se programó dar cumplimiento a doce (12) hallazgos, en consecuencia la Oficina Asesora de Control Interno teniendo en cuenta las acciones suscritas por el proceso y las evidencias entregadas da cierre a los doce (12) hallazgos que corresponden al 100% de lo proyectado para este trimestre. Ver informe de Seguimiento «PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA CONTRALORIA GENERAL DE BOYACA – AUDITORIA VIGENCIA 2020 – 2021».



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



8-7405030



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



ITEM	HALLAZGO	CRONOGRAMA PROPUESTO	RESPONSABLE	PESO % FRENTE AL PLAN	ESTADO A 30/06/2022	ESTADO A 30/09/2022	% TOTAL DE AVANCE DEL PLAN
15	15-2021 20-2020	1/07/2022 31/07/2022	Contratación	2,6%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	2,6%
21	21-2021	1/07/2022 31/08/2022	Gerencia Contabilidad	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
32	2-2020	28/02/2022 31/07/2022	Cartera/Presupuesto	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
33	6-2020	28/02/2022 31/07/2022	Auditoria de Cuentas - Cartera	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
34	8-2020	28/02/2022 31/07/2022	Auditoria de Cuentas	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
35	9-2020	30/04/2022 31/07/2022	Facturación, Cartera Contabilidad y Presupuesto	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
36	10-2020	30/04/2022 31/07/2022	Contabilidad	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
37	11-2020	28/02/2022 31/07/2022	Cartera	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
38	16-2020	28/02/2022 31/07/2022	Contratacion	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
39	30-2020	1/03/2022 31/07/2022	Desarrollo de servicios - Ingeniería Biomédico	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%
41	34-2020	30/04/2022 31/07/2022	Contabilidad y Cartera	1,3%	EN TERMINO DE CUMPLIMIENTO	SI	1,3%

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

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Con relación al seguimiento realizado al plan de mejoramiento de la Superintendencia Nacional de Salud es importante aclarar que este ente de control aprobó dicho plan el 22 de marzo del 2022. Se establecieron 24 hallazgos de los cuales se han cerrado 6 con un avance del 25% con corte al 30 de septiembre del 2022

La Supersalud realizo seguimiento trimestral a corte al 30 de septiembre arrojando el seguimiento resultados:

HALLAZGO N°	N° Acciones	FECHA TERMINACION	SEGUIMIENTO A 30 DE JUNIO	SEGUIMIENTO A 30 DE SEPTIEMBRE
1	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución
2	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución
3	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución
4	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución
5	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución
6	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución



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



8-7405030



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



7	2	30/06/2022	En ejecución	En Ejecución Inoportuno
8	1	30/07/2022	Cerrado	Cerrado
9	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución
10	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución
11	3	31/01/2022 31/01/2023 31/01/2023	Cerrada 1 acción oportuna y 2 en término de ejecución	En Ejecución
12	2	30/06/2022 20/02/2023	1 en término de ejecución, 1 En Ejecución	En Ejecución
13	1	30/07/2022	Cerrado Oportuna	Cerrado Oportuna
14	4	31/01/2022 30/03/2022 31/12/2022	2 Cerradas Inoportuna 2 En termino de Ejecución	En Ejecución
15	1	30/06/2022	Cerrada Oportuna	Cerrada Oportuna
16	1	30/06/2022	Cerrada Oportuna	Cerrada Oportuna
17	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución
18	1	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución
19	3	31/03/2022 31/03/2022 31/12/2022	2 Cerradas Inoportuna 1 En Ejecución	En Ejecución
20	6	31/12/2022	En término de ejecución	En término de ejecución
21	1	30/01/2022	Cerrada	Cerrada Inoportuna
22	2	31/03/2022 31/12/2022	1 Cerrada Oportuna 1 En término de ejecución	En Ejecución
23	3	15/02/2022 15/02/2022 28/02/2022	3 Cerrada Inoportuna	3 Cerrada Inoportuna
24	1	31/12/2022 14/05/2022	1 En ejecución Inoportuna	En Ejecución

Fuente: propia evidencias procesos

RECOMENDACIONES

- La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, tiene suscrito un plan de mejoramiento con la Superintendencia de Salud y con corte a septiembre de 2022 el avance en el cumplimiento de las acciones es del 25%, este plan cuenta con 24 hallazgos de los cuales 6 hallazgos se encuentran cerrados, por lo anterior descrito se recomienda a las subgerencias y a los líderes de proceso realizar mesas de trabajo con los responsables para dar cumplimiento oportuno a las acciones de mejora propuesta y evitar el Incumplimiento a los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud.
- La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, tiene suscrito un plan de mejoramiento con la Contraloría General de Boyacá para este trimestre tiene un avance total del 51.4%, cuenta con 77 hallazgos de los cuales 17 están cerrados y 60 se encuentran en seguimiento en términos de cumplimiento, por lo anteriormente descrito se recomienda a las subgerencias y a los líderes de proceso responsables, realizar mesas de trabajo para garantizar la ejecución de las acciones suscritas con plazo de ejecución al 31 de Diciembre del 2022 y dar cumplimiento al Plan de mejoramiento evitando el incumplimiento de las órdenes impartidas por la contraloría, adicionalmente teniendo en cuenta que cada proceso a quien la Contraloría formuló hallazgo fue el encargado de suscribir la acción de mejora y proyectar el tiempo de ejecución se recomienda revisar el plan suscrito con el fin de tener las



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



8-7405030



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



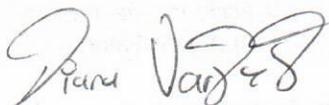
evidencias completas y las justificaciones pertinentes de tal manera que la Oficina de Control Interno pueda realizar el seguimiento, con base en ellas.

- Los procesos con planes de mejoramiento suscritos, deben verificar continuamente las acciones contenidas, su avance, términos de cumplimiento y el cargue de los soportes en Daruma, especialmente de los planes, en donde persisten acciones que no han alcanzado su cierre efectivo, contribuyendo en la formación de una cultura de autocontrol como principio rector de la actividad diaria de los procesos para el mejoramiento continuo en la entidad, al tener relación directa con la gestión Institucional.
- Dar cumplimiento a la resolución 124 de 2019 y su 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.
- 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: Nayarith Ochoa, Claudia Sáenz, Gustavo Molano



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



8-7405030



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

