

**SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO ORIGINADOS A PARTIR DE
DIFERENTES FUENTES DE MEJORA, BAJO EL MODELO DE MEJORAMIENTO
CONTINUO (PAPAS) DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.**

1

IV TRIMESTRE DE 2024

Elaborado por:

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, enero 2025



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO ORIGINADOS A PARTIR DE DIFERENTES FUENTES DE MEJORA, BAJO EL MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO (PAPAS) DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.

OBJETIVO

Evaluar, articular, realizar seguimiento al avance y nivel de cumplimiento de los planes de mejoramiento originados a partir de diferentes fuentes de mejora

2

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✓ Articular el seguimiento de las diferentes fuentes de mejoramiento con corte al mes de diciembre de 2024.
- ✓ Verificar articular y realizar seguimiento al cumplimiento de los planes y acciones de mejora suscritas en la plataforma DARUMA y/o Evidencias presentados a la fuente de mejora control interno.
- ✓ Verificar y realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora suscritas en planes de mejoramiento con entes externos Contraloría General de Boyacá.
- ✓ Realizar alertas de mejora encaminadas al cumplimiento de los planes y acciones suscritos por parte de las fuentes de mejora

FUENTES DE MEJORAMIENTO

Indicadores, Auditorías externas, Paquetes instruccionales seguridad del paciente, Eventos adversos, Auditorías internas, Revisoría fiscal, Autoevaluación de acreditación, oportunidades de mejora y control interno.

METODOLOGÍA

El monitoreo a los planes de mejoramiento se realiza con corte a 30 de diciembre de 2024, se encuentra establecida en la «Resolución interna 225 del 2024 «Por medio de la cual se definen los lineamientos institucionales para que la oficina de control interno cumpla con las actividades de evaluación independiente u de auditoría interna de la ESE. Hospital Universitario San Rafael de Tunja», 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 27 de diciembre del 2024, 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.



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



Cabe resaltar que la medición de la eficiencia, eficacia y efectividad de los planes de mejoramiento se tienen establecidas a través del Software DARUMA según las siguientes referencias:



3

➤ EFICIENCIA

El monitor del software DARUMA visualiza la eficiencia de las acciones y los planes de acción, teniendo en cuenta tres variables las cuales son: La fecha de inicio del plan de Acción, la fecha final del plan de Acción y la fecha en la que se consulta el plan de Acción tomada como un hoy una vez contenidas esas tres variables se cita el siguiente ejemplo:

➤ EFICACIA



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

➤ EFECTIVIDAD

La efectividad de los planes se establece a través de seguimiento en el módulo Planes de acción del Software Daruma una vez se han cerrado todas las acciones del plan y se han ejecutado los seguimientos del plan, este o estos usuarios, podrán concluir el plan determinando si fue efectivo o no.

El cierre eficaz del plan de mejoramiento se determina por la efectividad de las acciones, esto es, si las deficiencias se subsanaron y no se evidencias nuevas ocurrencias; caso contrario el cierre del plan será con resultado ineficaz, debiéndose presentar un nuevo plan de mejoramiento con acciones diferentes.

Adicionalmente el referente de mejora continua presenta seguimiento sobre: los avances y cumplimientos resultantes de la implementación de las fuentes de mejora como: Indicadores, Auditoria Externa,

Autoevaluación seguridad del paciente, Eventos adversos, Autoevaluación acreditación, Referenciación competitiva, Oportunidades de mejora, pqrsc y revisoría fiscal, estos se encuentran cargados en el módulo Plan de acción del software DARUMA:

SOPORTES

- Decreto 648 de 2017 «Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública»
- Resolución Iinterna 225 del 2024
- Manual de planes de mejoramiento OACI-M-02
- Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento del plan de mejoramiento por proceso
- Software DARUMA
- Documentación presentada por los procesos.
- Informe seguimiento fuente de mejoramiento oficina con corte al mes de diciembre 2024.

4

INTRODUCCIÓN

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

Adicionalmente la oficina de control interno se articula con el modelo de mejoramiento con enfoque de acreditación y se realiza bajo el **PAPAS** que a continuación se describe por cada una de las fuentes de mejora establecidas:

P	Problema identificado
A	Análisis
P	Priorización
A	Acciones
S	Seguimiento

Es importante tener en cuenta que en relación del seguimiento se refiere al proceso sistemático y continuo para supervisar el progreso de las acciones de mejora determinadas:

1. El responsable de las acciones debe cargar en DARUMA las evidencias de su realización.
2. Control interno y/o Calidad revisan periódicamente que las evidencias cargadas en sistema de información correspondan.
3. El plan se cierra con el cumplimiento de las acciones propuestas.
4. Control interno o Calidad hacen revisión por muestreo de la efectividad de los planes
5. Se elabora informe y se comunica.



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

1. RESULTADOS SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO Y ACCIONES DE MEJORA ORIGINADOS A PARTIR DE DIFERENTES FUENTES DE MEJORA, BAJO EL MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO (PAPAS)

1.1 SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO POR LAS DIFERENTES FUENTES DE MEJORA

La oficina de control interno realiza articulación y consolida información relacionada con planes de mejora de las diferentes fuentes encontrando lo siguiente:

5

FUENTE DE MEJORA	PROCESO	TOTAL , PM	PLANES CERRADOS	PLANES ABIERTOS		REFORMULACIÓN DEL PLAN	INDICADOR PLANES DE VENCIMIENTO	INDICADOR PLANES CERRADOR	INDICADOR TERMINO
				VENCIDOS	EN TÉRMINOS				
CONTROL INTERNO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO/GESTIÓN DE CONTRATACIÓN/GESTIÓN FINANCIERA/GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS/ GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO/REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA/ UCI - ADULTO/ GESTIÓN DOCUMENTAL	12	1	2	9	0	17%	8%	75%
INDICADORES	URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA-CIRUGÍA, SISTEMAS, SST, HISTORIA CLÍNICA: CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS, IAMI, CLÍNICAS HERIDAS, HOSPITALIZACIÓN - UCIS	13	3	2	8	0	15%	23%	62%
AUDITORIAS INTERNAS	AUDITORIA EXTERNA-SALAS DE CIRUGÍA AUDITORIA- REQUISITOS LEGALES SST AUDITORIA- INVIMA AUDITORIA EXTERNA- IAMI CLÍNICO LABORATORIO PROGRAMA MADRE CANGURO ISO 9001:2015 AUDITORIA- SEGUIMIENTO ICONTEC ISO 14001-45001	3	1	1	1	0	33%	33%	33%
AUDITORIA EXTERNA	AUDITORIA-ICONTEC QHSE AUDITORIA EXTERNA-SALAS DE CIRUGÍA AUDITORIA- REQUISITOS LEGALES SST AUDITORIA- INVIMA CONTRALORÍA GENERAL DE BOYACÁ	7	4	0	3	0	0%	57%	43%
AUTOEVALUACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE	CLÍNICA DE HERIDAS DEL CORAZÓN LABORATORIO CLÍNICO HUMANOS RECURSOS ENFERMERÍA EPIDEMIOLOGIA	6	1	2	3	0	33%	17%	50%
EVENO ADVERSO	SALAS DE CIRUGÍA ANESTESIOLOGÍA GINECOLOGÍA UROLOGÍA PEDIATRÍA URGENCIA	9	5	1	3	0	11%	56%	33%
AUTOEVALUACIÓN ACREDITACIÓN	CLIENTE ASISTENCIAL, TALENTO HUMANO, TECNOLOGÍA,, AMBIENTE FÍSICO GERENCIA INFORMACIÓN, MEJORAMIENTO CONTINUO	6	4	2	0	0	33%	67%	0%
REFERENCIACIÓN COMPETITIVA	PROA PROGRAMAS ESPECIALES PROGRAMA MADRE CANGURO UCI NEONATO	4	1	0	3	0	0%	25%	75%



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

OPORTUNIDAD DE MEJORA	COMUNICACIONES	1	0	0	1	0	0%	0%	100%
REVISORÍA FISCAL	SISTEMAS	1	1	0	0	0	0%	100%	0%
PQRS	CONSULTA EXTERNA	1	0	0	4	0	0%	0%	400%
SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	TODOS LOS SERVICIOS	6	0	0	6	0	0%	0%	100%
TOTAL, DE PLANES DE MEJORAMIENTO POR FUENTE		69	21	10	41	0	12%	32%	81%

Fuente: Mejora continua y control interno

El hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuenta con 69 planes, como se observa en la tabla anterior, las fuentes de mejora con mayores planes suscritos corresponden a Indicadores (13), Control interno (12), Eventos Adversos (9), Auditoría externa (7), autoevaluación acreditación (6), adicionalmente se observa que se cuentan con 10 planes de mejoramiento vencidos y pertenecen a las siguientes fuentes de mejora: Control interno (2), Indicadores (2), Autoevaluación y acreditación (2), Auditorías internas (1), eventos adversos (1), se realiza medición de indicadores relacionados con el porcentaje de vencimiento que corresponde al **total de planes suscritos /planes** vencidos observando que la fuente con mayor porcentaje de vencimiento es la fuente de : Indicadores, control interno y Autoevaluación y seguridad del paciente

1.2 SEGUIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO POR LAS DIFERENTES FUENTES:

La oficina de control interno realiza seguimiento y consolida información relacionada con las acciones de mejora de las diferentes fuentes encontrando lo siguiente:

FUENTES DE MEJORA	ESTADO DE LAS ACCIONES				TOTAL, DE LAS ACCIONES DE MEJORA		
	SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS Y FINALIZADAS	Indicador Planes vencidos	Indicador Planes cerrados	Indicador Planes en termino
		EN TERMINO	VENCIDAS				
CONTROL INTERNO	144	39	22	83	15%	58%	27%
INDICADORES	57	15	2	40	4%	66%	30%
AUDITORIA INTERNO EXTERNA	354	87	4	262	1%	61%	38%
AUTOEVALUACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE	66	6	4	56	4%	80%	16%



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



SC-CER906254

SA-CER580814

OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

EVENTO ADVERSO	18	5	1	12	11%	56%	33%
AUTOEVALUACIÓN ACREDITACIÓN	70	0	3	67	4%	96%	0%
REFERENCIACIÓN COMPETITIVA	38	17	0	21	0%	61%	39%
COMUNICACIONES	5	0	0	5	0%	100%	0%
REVISORÍA FISCAL	6	0	0	6	0%	100%	0%
PQRSD	4	4	0	0	0%	0%	100%
SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	17	17	0	0	0%	0%	100%
TOTAL, DE LAS FUENTES DE MEJORA	779	190	36	552	4%	63%	34%

Fuente: Mejora continua y control interno

El hospital universitario San Rafael de Tunja, cuenta con 779 acciones de mejora, como se observa en la tabla anterior, las fuentes de mejora con mayores acciones suscritas corresponden a las siguientes: Auditoria Interno Externa (354), Control Interno (144), Autoevaluación Acreditación (70), Autoevaluación Seguridad del Paciente (66), Adicionalmente se observa que se cuenta con (36) acciones de mejora vencidas y pertenecen a las siguientes fuentes de mejora: Control Interno (22), Auditoria interna y externa (4), Autoevaluación de seguridad del paciente (4), Autoevaluación y Acreditación (3), Indicadores(2), Eventos adversos (1).

2. FUENTE DE CONTROL INTERNO

En desarrollo del programa anual de auditoría, se realizó el monitoreo a los planes de mejoramiento institucional y por procesos vigencias 2022-2024, que se estructuraron para corregir desviaciones encontradas como resultado de auditorías internas y externas de la entidad, con el propósito de fortalecer la ejecución de los procesos y minimizar el riesgo en el desarrollo de la gestión institucional.

La oficina de control interno evalúa el porcentaje de cumplimiento de metas de los planes teniendo en cuenta los siguientes lineamientos:

- Cumplimiento de metas entre 80% y 100% código cromático verde.
- Cumplimiento de metas de 60% y menos del 79.9% código cromático amarillo.
- Cumplimiento de meta menor al 60% y los planes vencidos código cromático rojo.
- Planes de mejoramiento en términos de ejecución código cromático color blanco.



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

FUENTE CONTROL INTERNO								
SUBGERENCIA	VIGENCIA	PROCESO	TOTAL PM	PLANES CERRADOS	PLANES ABIERTOS		REFORMULACIÓN DEL PLAN	%PROMEDIO
					VENCIDOS	EN TERMINOS		
SAF	2023	TALENTO HUMANO	1	1	0	0	0	100%
	2024	TALENTO HUMANO	1	0	0	1	0	65%
	2023	CONTRATACION	1	0	1	0	0	92%
	2024	CONTRATACION	1	0	0	1	0	32%
	2023	CONTABILIDAD / PRESUPUESTO	1	0	1	0	0	75%
	2024	CONTABILIDAD	1	0	0	1	0	76%
	2024	PRESUPUESTO	1	0	0	1	0	78%
	2024	GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	1	0	0	1	0	47%
	2024	GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO	1	0	0	1	0	30%
SSS	2024	EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PUBLICA	1	0	0	1	0	62%
	2024	GESTION FARMACEUTICA	1	0	0	1	0	25%
OADS	2023	GESTIÓN DOCUMENTAL	1	0	0	1	0	87%
TOTAL			12	1	2	9	0	

8

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

La oficina de control interno realizó seguimiento y evaluación a los 12 planes de mejoramiento vigentes suscritos con corte a 31 de diciembre del 2024, donde se cerraron 1 planes de mejoramiento, 2 se encuentran vencidos y 9 en términos de cumplimiento.

A continuación, se observa el seguimiento de planes de mejoramiento por vigencia:

- ✓ 2023: (4) Planes de mejoramiento corresponden al 33%
- ✓ 2024: (8) Planes de mejoramiento corresponden al 67%



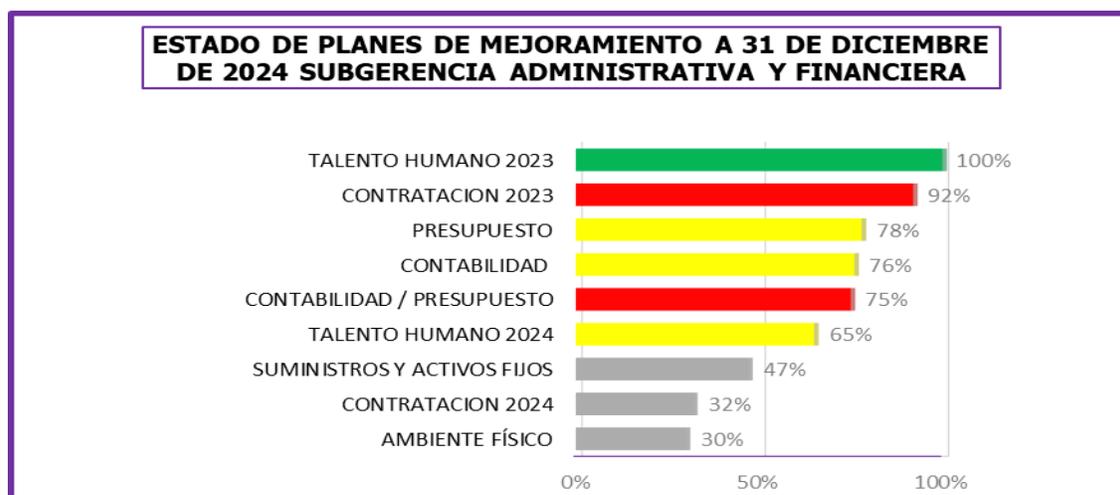
Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

2.1 SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

La oficina de control interno realizó seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la subgerencia Financiera con corte a 31 de diciembre del 2024, consolidando sus resultados a través de la matriz de seguimiento planes de mejoramiento (proceso) con código OACI-F-03, teniendo en cuenta : Vigencia, Subgerencia, consecutivo, link plan, proceso, fuente de Hallazgo, fecha de inicio, fecha de Cierre, seguimiento tramite, % Avances trimestre, % avance total, Cierre de plan, Observaciones y necesidad de nueva acción. **Anexo se presenta el resultado de este seguimiento en formato OACI-F-03 matriz de seguimiento planes de mejoramiento institucional-por procesos.**

9

En la gráfica siguiente se muestra el avance de cumplimiento de los planes de mejoramiento suscritos por la Subgerencia Administrativa y Financiera por procesos correspondientes al cuarto trimestre de 2024, donde se evidencia lo siguiente:



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

- ✓ **9 planes** de mejoramiento **suscritos** en los siguientes procesos: Talento Humano 2023, Contratación 2023, Presupuesto, Contabilidad, Contabilidad/Presupuesto, Talento Humano, Gestión de suministros y activos fijos, contratación y Gestión de Ambiente Físico de la vigencia 2024.
- ✓ Seis (6) planes **en términos** de ejecución correspondientes a: Talento humano 2024, contabilidad, presupuesto, Gestión de suministros y activos fijos, Contratación 2024 y Gestión ambiente físico,
- ✓ Un (1) plan de mejoramiento **cerrado** correspondiente a Subgerencia Administrativa y Financiera – Talento Humano 2023
- ✓ Dos (2) planes de mejoramiento **vencidos** correspondientes a:
 - Contabilidad y presupuesto (1 acción vencida) relacionada con las notas a estados financieros
 - Presupuesto (1 acción vencida) relacionada con la armonización de indicadores PEGIF

A continuación, se muestran las acciones de mejora formuladas en los 9 planes de mejoramiento vigentes de la Subgerencia Administrativa y Financiera con corte a 31 de diciembre del 2024, producto de las



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

fuentes de hallazgo de la Oficina de control Interno, en total se cuenta con 90 acciones suscritas de las cuales; 24 acciones se encuentran en términos lo cual equivale al 27%, 15 acciones vencidas que en peso porcentual es del 16% y 51 acciones cerradas que corresponden al 57%.

ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE DICIEMBRE DE 2024 SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA								
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento)	
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS	SI	NO
				EN TÉRMINO	VENCIDAS			
CONTABILIDAD / PRESUPUESTO	2023	PA230-031	4	0	1	3	0	4
CONTABILIDAD	2024	PA240-013	9	2	0	7	9	0
PRESUPUESTO	2024	PA240-032	3	1	1	1	2	1
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2023	PA230-041	3	0	0	3	3	0
GESTIÓN DE CONTRATACIÓN 2023	2023	PA230-045	13	0	1	12	12	1
GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	2024	PA240-030	14	0	6	8	7	7
GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO	2024	PA240-056	8	2	3	3	5	3
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024	PA240-044	8	1	2	5	6	2
CONTRATACIÓN 2024	2024	PA-240-078	28	18	1	9	27	1
TOTAL			90	24	15	51	71	19

10

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

Las 15 **acciones vencidas** por auditoría son las siguientes:

Contabilidad y Presupuesto (1)

- La acción con vencimiento el día 20/02/2024 no fue cumplida debido a que en las Notas a estados financieros con corte a 31 de diciembre de 2023 se reincidió en la no conformidad y además esta misma acción se encuentra dentro del plan de mejoramiento con la contraloría general de Boyacá 2023, por tanto el cumplimiento solo puede ser verificado en las notas a estados financieros a 31 de diciembre de 2024.

Presupuesto (1):

- Como alerta de mejora al plan PA240-042 de Presupuesto, se reitera el cumplimiento de la acción No 3: teniendo en cuenta que no se aportó la actualización de indicadores de acuerdo con las nuevas directrices de POA y que la armonización depende de varios subprocesos financieros y de prestación de servicios de salud y el software de cargue para seguimiento.



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Contratación 2023 (1):

- Se reabre acción para el cargue completo de contratos en SIA

Gestión de suministros y activos fijos (6):

- «Realizar mesa de trabajo reunión con el área de sistemas y contabilidad para definir los controles a implementar para subsanar el hallazgo»
- «Ejecutar los compromisos concertados en la mesa de trabajo que permitan subsanar el hallazgo»
- «Realizar seguimiento 2 veces al mes mediante muestreo para verificar el correcto diligenciamiento del formato A-F-02 «Registro de activos fijos»
- «Generar de manera mensual un reporte de seguimiento que asegure que no se presentaran inconsistencias en el momento de conciliar el inventario físico propiedad planta y equipo contra el sistema de información SERVINTE.»
- «Realizar conciliación trimestral entre almacén y contabilidad para que la información revelada en estados financieros sea fidedigna.»
- «Ejecutar los compromisos concertados en la mesa de trabajo que permitan subsanar el hallazgo.»

11

Gestión de ambiente físico (3):

- Generar revisión, actualización y cruce de la documentación aprobada en DARUMA comparada con la que se usa.
- Realizar inspecciones periódicas al personal de mantenimiento que permitan cuantificar las estadísticas de actividades de alto riesgo en el área de mantenimiento para realizar la priorización de actividades y articulación con SST hospital.
- Realizar inspecciones en SST periódicas al contratista frente a las actividades asociadas al contrato 384.

Talento Humano (2):

- Vincular los riesgos asociados en materia de integridad pública, en el Mapa de Riesgos de corrupción del proceso de talento humano (pregunta 50 FURAG), Se realiza verificación, se encuentra acta suscrita el día 8 de octubre de 2024, sin embargo, no se evidencia la identificación de riesgos, ni la herramienta que permite medir adherencia al código de Integridad.
- Revisar los informes semestrales del desarrollo de los planes, así como la sustentación de los indicadores y presentar informe, se evidencia seguimiento mediante Excel a planes de formación, sin embargo, se mantiene la falta de adherencia en el diligenciamiento de los formatos, y no es claro el documento allegado.

Contratación 2024 (1):

- Pendiente cargue completo de contratos en SIA 2023 y 2024

SEGUIMIENTO EFECTIVIDAD

Se realizó seguimiento a la efectividad de las acciones de dos planes de mejoramiento cerrados en el III trimestre de 2024 y pertenecientes a la subgerencia administrativa y financiera:



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



- P240-010 Subgerencia administrativa y financiera _ Tesorería _ Facturación
- P240-008 Facturación

Del seguimiento efectuado se realizaron las siguientes observaciones:

ÍTEM	VIGENCIA	SUBGERENCIA / PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO Y SUBPROCESO	FECHA DE INICIO DEL PLAN	OBSERVACIONES
1	2024	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	PA240-010	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA_TESORERIA_FACTURACION	7/03/2024	Respecto al plan de mejoramiento PA240-010 resultante de la auditoría realizada por la oficina de control interno al área de Tesorería-Caja, se realiza medición de efectividad a través de 72 arqueos aleatorios realizados durante la vigencia 2024 a las diferentes cajas: Caja menor, Caja general y cajas auxiliares de la entidad, evidenciando mejoras significativas en la aplicación de controles para el manejo del efectivo, proceso que se continuara realizando durante la vigencia 2025
2	2024	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	PA240-008	FACTURACIÓN	22/02/2024	Respecto al plan de mejoramiento PA240-008 resultante de la auditoría realizada por la oficina de control interno al área de Facturación, se realiza medición de efectividad a las acciones 9,10,11 y 12 a través de verificación de carpeta física y soportes magnéticos del contrato 337 de 2024 de la IPS SEMCOL, donde se evidencian soportes anexos como: acta de confidencialidad, soporte copias de seguridad de la información, soporte de acta de entrega de inventarios, soportes de cumplimiento de pago de parafiscales, entrega de papelería, envíos de correspondencia y certificación de cumplimiento con cumplimiento de disponibilidad de personal. Se hace recomendación para continuar con el cumplimiento de estas acciones para la vigencia 2025. A través de las cuentas de cobro de los meses de agosto, septiembre y octubre de 2024, se evidencia anexo de estado de la factura marcado con el detalle del momento en que se encuentra cada una de las facturas, así mismo en los anexos de las tres cuentas se continua llevando el archivo de la trazabilidad de la facturación y formato F-F-17 "Control de evidencias por factura revisada", también en el informe de actividades se continua generando oportunidades de mejora a la facturación por radicar. Se verificó en las 649 notas crédito del mes de diciembre 2024, la descripción de las observaciones que se codificó por motivos y se realiza una descripción mas precisa del motivo de la nota. En cuanto a los procedimientos A-PR-09 y A-PR-10 actualizados se realiza seguimiento a egresos pendientes por facturar y se esta justificando si no se puede cumplir con los tiempos de facturación, información que fue verificada en el archivo "reporte de egresos" del anexo 5 de las cuentas de cobro y en el anexo 9 "estado de las facturas".

12

Fuente: planes de mejoramiento cerrados SAF software DARUMA

Es importante tener en cuenta que para el último trimestre del 2024 se realizó Auditoria al Proceso financiera y Arqueo de cajas y se suscribió plan de mejoramiento en el mes de enero del 2025 , al cual se le realizara seguimiento en el próximo trimestre, sin embargo para la auditoría realizada a los inventario de los subprocesos de: Gestión de suministros de activos fijos, gestión ambiente físico, Gestión de la Tecnología biomédica y Laboratorio clínico vence el plazo de presentar este plan de mejora el día 25 de enero del 2025.

2.2 SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD

La oficina de control interno realizo seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la subgerencia Servicios de Salud con corte a 31 de diciembre de 2024, consolidando sus resultados a través de la matriz de seguimiento planes de mejoramiento (Institucional y por proceso) con código OACI-F-03,



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

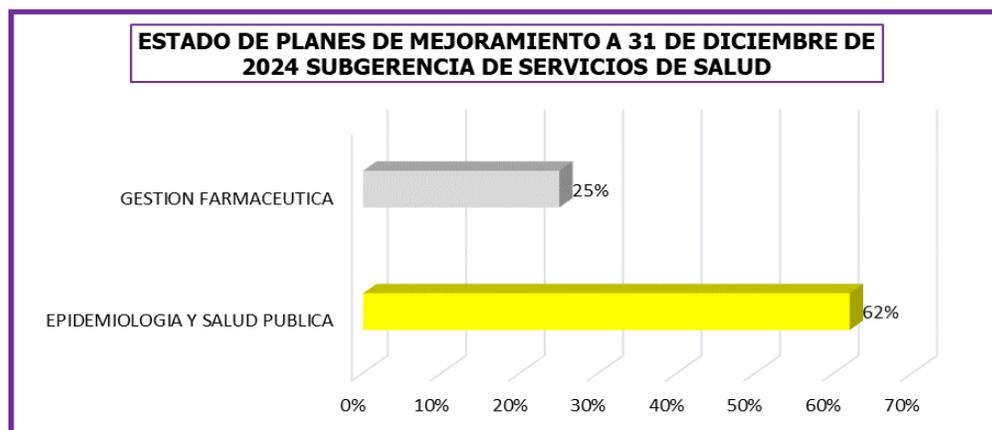
ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

teniendo en cuenta: Vigencia, consecutivo, proceso responsable, fuente de Hallazgo, fecha de Cierre, Avances, Cierre de plan y Observaciones.

Anexo se presenta el resultado de este seguimiento en formato OACI-F-03 matriz de seguimiento planes de mejoramiento institucional-por procesos

En la gráfica siguiente se muestra el avance de cumplimiento en los planes de mejoramiento suscritos por la Subgerencia de Servicios de Salud con corte a 31 de diciembre del 2024 como se muestra en la siguiente gráfica:

13



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

- ✓ 1 plan de mejoramiento del 2024 PA240-053 correspondiente al proceso EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PUBLICA estado ejecución y en términos.
- ✓ 1 plan de mejoramiento del 2024 PA240-054 correspondiente al proceso GESTIÓN 02 FARMACÉUTICA estado ejecución y en términos.

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas, con corte 31 de diciembre de 2024 de la Subgerencia de Servicios de Salud, producto de las fuentes de hallazgo (Oficina de Control Interno) Cuenta con 44 Acciones suscritas correspondientes a la vigencia 2024 de las cuales 23 acciones de mejora se cerraron que corresponden al (52%), 21 acciones de mejora quedan abiertas que corresponden al (48%), las cuales se encuentran dentro de los términos se encuentran 14 que corresponden a un 32% y vencidas 7 que corresponden a un 16% como se muestra en la gráfica siguiente:



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



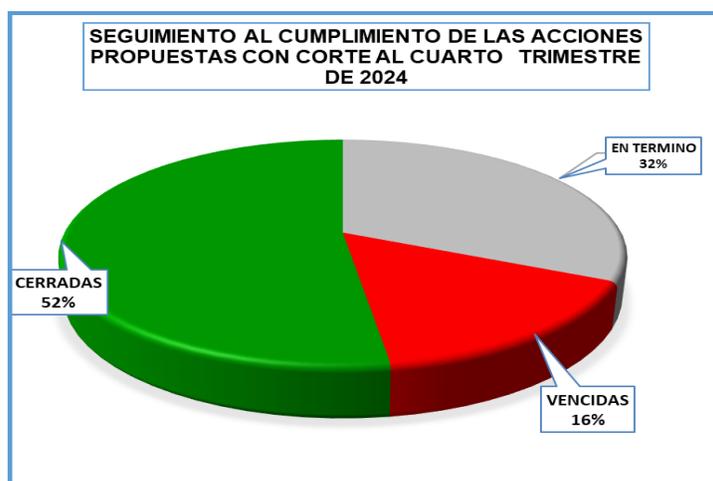
8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co

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





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

14

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DICIEMBRE DE 2024 SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD									
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento)		EFECTIVIDAD DEL PLAN
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS	SI	NO	
				EN TÉRMINO	VENCIDAS				
EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PUBLICA	2024	PA240-053	32	5	7	20	25	7	N.A.
GESTIÓN FARMACÉUTICA	2024	PA240-054	12	9	0	3	12	0	N.A.
TOTAL			44	14	7	23	37	7	

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

Al verificar el avance en el cumplimiento de las acciones suscritas por proceso de la Subdirección de Servicios de Salud, se observa que, de las 90 acciones suscritas, no hay ninguna vencida.

➤ SEGUIMIENTO EFECTIVIDAD

Se realizó seguimiento a la efectividad de las acciones de dos planes de mejoramiento cerrados en el III trimestre de 2024 y pertenecientes a la subgerencia de servicios de salud:

- ✓ 1 plan de mejoramiento del 2023, PA230-034 correspondientes procesos de consulta externa-imagenología-2023, Se realiza seguimiento a la efectividad, se observa que el proceso reviso y actualizo los documentos que se encontraban obsoletos o en estado vencido dando cumplimiento a lo establecido en la Norma fundamental C-M-00
- ✓ 1 plan de mejoramiento del 2024 PA240-011, correspondiente al subproceso Referencia y contra referencia, se realiza medición de efectividad a las acciones del plan de mejoramiento vigencia 2024 a través de revisión física aleatoria de 35 formatos y reporte de indicadores 14, 15 y 16 en el software DARUMA.



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



SC-CER906254 SA-CER580814 OS-CER559527

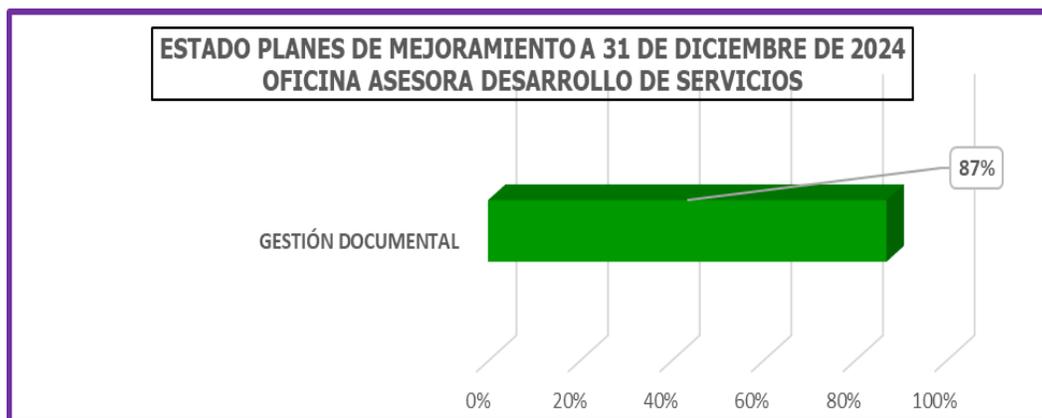
ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

- ✓ Se hace recomendación para continuar con el cumplimiento de estas acciones para la vigencia 2025.1 plan de mejoramiento del 2024 PA240-011 correspondiente al proceso UCI ADULTO. Se evidencia cumplimiento a la meta del indicador 1738, disminuyendo el tiempo de interconsulta según lo establecido para el servicio de UCI adultos en 2 horas, ya que la línea base actual es de 3.9 horas. Se observa efectividad de las acciones propuestas y cumplimiento de la meta desde el mes de abril de 2024

3.3 OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

La oficina de control interno, realizó seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la Oficina Asesora Desarrollo y servicios, con corte a 31 de diciembre del 2024, consolidando sus resultados a través de la matriz de seguimiento planes de mejoramiento (por proceso) con código OACI-F-03, teniendo en cuenta: Vigencia, consecutivo, proceso responsable, fuente de Hallazgo, fecha de Cierre, Avances, Cierre de plan y Observaciones. A continuación, se presentan en forma resumida el resultado de este seguimiento.

En la gráfica siguiente se muestra el avance de cumplimiento de las acciones suscritas en los planes de mejoramiento para la subgerencia e la oficina de Desarrollo y servicios con corte a 31 de diciembre del 2024, donde se evidencia que se presentaron avances a las acciones suscritas

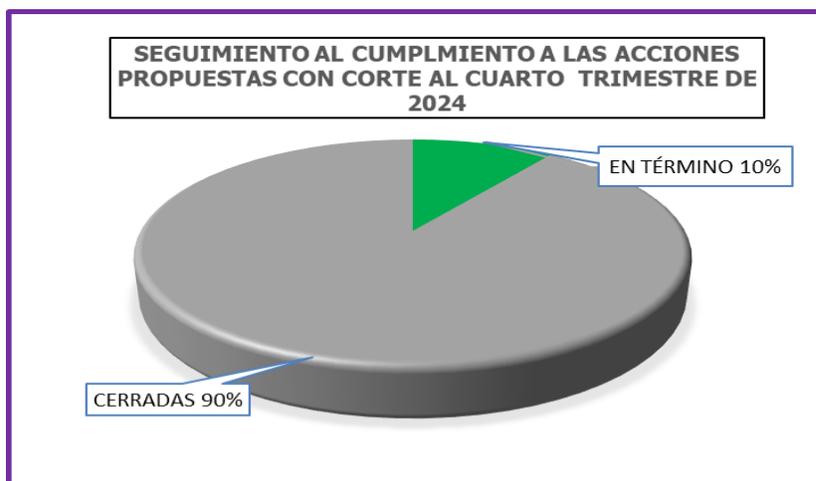


Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

- ✓ 1 plan de mejoramiento PA240-003 que corresponde a Gestión documental, con 9 acciones cerradas y una reformulada, que se encuentra en ejecución dentro de términos

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas en los planes de mejoramiento con corte a 31 de diciembre del 2024, el seguimiento de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno, Cuentan con 10 (100%) Acciones suscritas, de las cuales 9 acciones de mejora se cerraron que corresponden al (90%), 1 acción de mejora fue reformulada y se encuentra abierta, dentro de términos.





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

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE DICIEMBRE DE 2024 OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS								
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento)	
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS	SI	NO
				EN TÉRMINO	VENCIDAS			
GESTIÓN DOCUMENTAL	2024	PA240-003	10	1	0	9	6	4
TOTAL			10	1	0	9	6	4

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

Es importante tener en cuenta que para el ultimo trimestre se realizo Auditoria al subproceso de tecnologías de la información y comunicaciones , suscribió plan de mejoramiento en el mes de enero del 2025 , de la auditoria realizara por la oficina de control interno en la vigencia 2024, esta se realizara seguimiento en el próximo trimestre.

3 INFORME SEGUIMIENTO FUENTE DE MEJORAMIENTO OFICINA DE CALIDAD IV TRIMESTRE DEL 2024.

Teniendo en cuenta el informe de seguimiento de las fuentes de mejoramiento oficina calidad, sobre la implementación se observa lo siguiente:

3.1 INDICADORES

SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO	PROCESO	ESTADO DE LAS ACCIONES		
			SUSCRITAS	ABIERTAS	CERRADAS Y

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

8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co

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



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

	PLAN DE MEJORA			EN TERMINO	VENCIDAS	FINALIZADAS
INDICADORES	URGENCIAS	PA240-017	3			3
INDICADORES	CONSULTA EXTERNA-CIRUGÍA	PA240-019	5			5
INDICADORES	SISTEMAS	PA240-045	3	1		2
INDICADORES	SST	PA240-046	3	2		1
INDICADORES	HISTORIA CLÍNICA: CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	PA240-047	10	2		8
INDICADORES	GPC: CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	PA240-048	11	1		10
INDICADORES	URGENCIAS	PA240-049	3			3
INDICADORES	URGENCIAS	PA240-050	3	1		2
INDICADORES	IAMII	PA240-052	1			1
INDICADORES	CLÍNICA DE HERIDAS	PA240-055	4		1	3
INDICADORES	URGENCIAS	PA240-065	4	1	1	2
INDICADORES	HOSPITALIZACIÓN - UCIS	PA240-077	3	3		
INDICADORES	IAMI	PA240-079	4	4		
INDICADORES			57	15	2	40

Fuente: Mejora Continua

Se observa en la anterior tabla de planes de mejoramiento de indicadores que se suscribe 57 acciones de mejora, de las cuales 2 que corresponden al 4% se encuentran vencidas, 40 acciones que corresponden al 66% se encuentran cerradas y 15 acciones porcentualmente es el 30% se encuentran en termino

3.2 AUDITORIA EXTERNA

SUBGERENCIA / PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO	ESTADO DE LAS ACCIONES			
			SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS Y FINALIZADAS
				EN TERMINO	VENCIDAS	
AUDITORIAS INTERNAS	AUDITORIA-ICONTEC QHSE	PA240-005	58			58
AUDITORIAS INTERNAS	AUDITORIA-INTERNA SST- SGA	PA240-061	55	12	4	39
AUDITORIAS INTERNAS	AUDITORIA SEGUIMIENTO ICONTEC ISO 9001:2015	PA240-062	12	5		7
AUDITORIAS EXTERNAS/ SEGUIMIENTO.	AUDITORIA EXTERNA-SALAS DE CIRUGÍA	PA240-012	18			18
AUDITORIAS EXTERNAS/ SEGUIMIENTO.	AUDITORIA- REQUISITOS LEGALES SST	PA240-026	11			11
AUDITORIAS EXTERNAS/ SEGUIMIENTO.	AUDITORIA- INVIMA	PA240-034	87			87
AUDITORIAS EXTERNAS/ SEGUIMIENTO.	AUDITORIA EXTERNA- IAMMI	PA240-060	17			17
AUDITORIAS EXTERNAS/ SEGUIMIENTO.	LABORATORIO CLÍNICO	PA240-066	29	28		
AUDITORIAS EXTERNAS/ SEGUIMIENTO.	PROGRAMA MADRE CANGURO ISO 9001:2015	PA240-067	17	5		12
AUDITORIAS EXTERNAS/ SEGUIMIENTO.	AUDITORIA- SEGUIMIENTO ICONTEC ISO 14001-45001	PA240-074	50	37		13
TOTAL, AUDITORIA INTERNO EXTERNA			354	87	4	262



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Fuente: Mejora Continua

Se observa en la anterior tabla de planes de mejoramiento de Auditorías externas que se suscriben 354 acciones de mejora, de las cuales 4 se encuentran vencidas y corresponden al 1%, 262 acciones se encuentran cerradas y que corresponden al 62% y 87 acciones se encuentran en termino y corresponden al 38%

3.2 AUTOEVALUACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE

18

SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO	ESTADO DE LAS ACCIONES			
			SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS Y FINALIZADAS
				EN TERMINO	VENCIDAS	
AUTOEVALUACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE	PA240-018	CLÍNICA DE HERIDAS	14		1	13
AUTOEVALUACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE	PA240-21	AMIGOS DEL CORAZÓN	4	1		3
AUTOEVALUACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE	PA240-23	LABORATORIO CLÍNICO	18		3	15
AUTOEVALUACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE	PA240-31	RECURSOS HUMANOS	9	1		8
AUTOEVALUACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE	PA240-041	ENFERMERÍA	14			14
AUTOEVALUACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE	PA240-063	EPIDEMIOLOGIA	7	4		3
AUTOEVALUACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE			66	6	4	56

Fuente: Mejora Continua

Se observa en la anterior tabla de planes de mejoramiento relacionados con la fuente de Seguridad del paciente, Se suscriben 66 acciones de mejora, de las cuales 4 corresponden al 4%, se encuentran vencidas, 56 acciones que corresponden al 80% se encuentran cerradas y 6 acciones porcentualmente es el 16% se encuentran en termino

3.3 EVENTO ADVERSO

SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO	ESTADO DE LAS ACCIONES			
			SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS Y FINALIZADAS
				EN TERMINO	VENCIDAS	
EVENTO ADVERSO	PA230-047	SALAS DE CIRUGÍA	3			3
EVENTO ADVERSO	PA240-24	ANESTESIOLOGÍA	3			3
EVENTO ADVERSO	PA240-25	GINECOLOGÍA	1			1
EVENTO ADVERSO	PA240-28	UROLOGÍA	1		1	
EVENTO ADVERSO	PA240-29	PEDIATRÍA	3			3
EVENTO ADVERSO	PA240-057	URGENCIAS	2			2
EVENTO ADVERSO	PA240-075	GINECOLOGÍA	2	2		
EVENTO ADVERSO	PA240-076	URGENCIA	2	2		
EVENTO ADVERSO	PA250-001	GINECOLOGÍA	1	1		



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



EVENTO ADVERSO	18	5	1	12
-----------------------	----	---	---	----

Fuente: Mejora Continua

Se observa en la anterior tabla de planes de mejoramiento relacionados con Eventos Adversos donde se suscribieron 18 acciones de mejora, de las cuales 1 corresponden al 11%, se encuentran vencida, 12 acciones que corresponden al 56% se encuentran cerradas y 5 acciones por ciento es el 33% se encuentran en término.

3.4 AUTOEVALUACIÓN/ ACREDITACIÓN

19

SUBGERENCIA/ PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO	ESTADO DE LAS ACCIONES			
			SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS Y FINALIZADAS
				EN TERMINO	VENCIDAS	
AUTOEVALUACIÓN/ ACREDITACIÓN	PA240-027	CLIENTE ASISTENCIAL	26		1	25
AUTOEVALUACIÓN/ ACREDITACIÓN	PA240-35	TALENTO HUMANO	11		2	9
AUTOEVALUACIÓN/ ACREDITACIÓN	PA240-037	TECNOLOGÍA	3			3
AUTOEVALUACIÓN/ ACREDITACIÓN	PA240-038	AMBIENTE FÍSICO	10			10
AUTOEVALUACIÓN/ ACREDITACIÓN	PA240-40	GERENCIA INFORMACIÓN	11			11
AUTOEVALUACIÓN/ ACREDITACIÓN	PA240-42	MEJORAMIENTO CONTINUO	9			9
AUTOEVALUACIÓN ACREDITACIÓN			70	0	3	67

Fuente: Mejora Continua

Se observa en la anterior tabla de planes de mejoramiento de Evaluación y acreditación se suscribe 70 acciones de mejora, de las cuales 3 corresponden al 4%, se encuentran vencidas y 67 acciones que corresponden al 96% se encuentran cerradas.

3.5 REFERENCIACIÓN COMPETITIVA

SUBGERENCIA/ PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO	ESTADO DE LAS ACCIONES			
			SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS Y FINALIZADAS
				EN TERMINO	VENCIDAS	
REFERENCIACIÓN COMPETITIVA	PA240-036	PROA	7			7
REFERENCIACIÓN COMPETITIVA	PA240-051	PROGRAMAS ESPECIALES	11	7		4
REFERENCIACIÓN COMPETITIVA	PA240-058	PROGRAMA MADRE CANGURO	8	2		6
REFERENCIACIÓN COMPETITIVA	PA240-059	UCI NEONATOS	12	8		4
REFERENCIACIÓN COMPETITIVA			38	17	0	21

Fuente: Mejora Continua

Se observa en la anterior tabla de planes de mejoramiento de Referenciación competitiva, se suscribe 38 acciones de mejora, de las cuales 21 acciones que corresponden al 61% se encuentran cerradas y 17 que corresponde al 19%, se encuentran a término.



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

3.6 OPORTUNIDAD DE MEJORA

SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO	ESTADO DE LAS ACCIONES			
			SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS Y FINALIZADAS
				EN TERMINO	VENCIDAS	
OPORTUNIDAD DE MEJORA	PA240-043	COMUNICACIONES	5			5
COMUNICACIONES			5	0	0	5

Fuente: Mejora Continua

Se observa en la anterior tabla de planes de mejoramiento relacionados con la fuente Oportunidades de mejora, que se suscribe 5 acciones de mejora, las cuales se encuentran finalizadas y en término.

3.7 REVISORÍA FISCAL

SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO	ESTADO DE LAS ACCIONES			
			SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS Y FINALIZADAS
				EN TERMINO	VENCIDAS	
REVISORÍA FISCAL	PA240-039	SISTEMAS	6			6
REVISORÍA FISCAL			6	0	0	6

Fuente: Mejora Continua

Se observa en la anterior tabla de planes de mejoramiento de fuente Oportunidades de mejora, se suscribe 6 acciones de mejora, de las cuales se encuentran finalizadas y en término.

3.8 PQRS

SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO	ESTADO DE LAS ACCIONES			
			SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS Y FINALIZADAS
				EN TERMINO	VENCIDAS	
PQRS	PA240-039	CONSULTA EXTERNA	4	4		

Se observa en la anterior tabla de planes de mejoramiento de fuente PQRS, se suscribe 4 acciones de mejora, las cuales se encuentran en término.

3.9 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO	ESTADO DE LAS ACCIONES			
			SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS Y FINALIZADAS
				EN TERMINO	VENCIDAS	
SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	PA240-068	TODOS LOS SERVICIOS	4	4	0	0



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	PA240-069	TODOS LOS SERVICIOS	3	3	0	0
SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	PA240-070	TODOS LOS SERVICIOS	2	2	0	0
SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	PA240-071	TODOS LOS SERVICIOS	4	4	0	0
SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	PA240-072	TODOS LOS SERVICIOS	3	3	0	0
SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	PA240-073	TODOS LOS SERVICIOS	1	1	0	0
SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN			17	17	0	0

Se observa en la anterior tabla de planes de mejoramiento de fuente Sistema único de habilitación, se suscribe 17 acciones de mejora, de las cuales se encuentran en término.

3.2.1 SEGUIMIENTO DE AUDITORIA EXTERNA (CONTRALORÍA GENERAL BOYACÁ)

Para el plan de mejoramiento aprobado por la contraloría general de Boyacá, suscrito el 29 de Julio de 2024, con 21 hallazgos y 38 acciones, a la fecha de este informe el seguimiento se encuentra en ejecución y el resultado se reportará a los correos institucionales de las subgerencias y en el siguiente informe del siguiente trimestre.

CONCLUSIONES

- De las 779 acciones de mejora suscritas, las fuentes de mejora con mayores acciones suscritas corresponden a: Auditoria Interno Externa (354), Control Interno (144), Autoevaluación Acreditación (70), Autoevaluación Seguridad del Paciente (66), Adicionalmente se observa que se cuenta con (36) acciones de mejora vencidas y pertenecen a las siguientes fuentes de mejora: Control Interno (22), Auditoria interna y externa (4), Autoevaluación de seguridad del paciente (4), Autoevaluación y Acreditación (3) , Indicadores(2), Eventos adversos (1).
- De las 779 acciones suscritas de mejora, 553 el (71%) se encuentran cerradas, 190 el (24%) se encuentran en termino y 36 el (5%) acciones vencidas.
- La fuente de mejora que tiene mayor porcentaje de planes de mejoramiento vencidos corresponde a la fuente de mejora control interno con un 15%, seguido de evento adverso con un 11%.
- De las 144 acciones suscritas de la fuente de mejora control interno, 83 el (58%) se encuentran cerradas, 39 el (27%) se encuentran en termino y 22 el (15%) acciones vencidas.
- De las 22 acciones que se encuentran vencidas de la fuente de control interno corresponden a 15 Subgerencia administrativa y 7 a la subgerencia de salud.



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



- La fuente de mejora control interno cuenta con 12 planes de mejoramiento que se encuentran con tiempo para su ejecución corresponden a las vigencias 2023 (4) y 2024 (8).

ALERTAS DE MEJORA

- Es importante tener en cuenta que, de acuerdo con el manual de planes de mejoramiento, en su numeral #6 quedo estipulado lo siguiente «*El seguimiento a los planes de mejoramiento está liderado por la oficina de control interno en cabeza del asesor de control interno y el grupo de auditores internos. Para el caso de las auditorías realizadas desde la oficina de calidad frente al Sistema Obligatorio de la Garantía de la calidad SOGC, el responsable del seguimiento a los planes de mejora en cabeza del profesional coordinador de calidad y/o de acuerdo con la naturaleza del proceso auditado se designará el responsable*».
- Dar cumplimiento a la resolución 225 de 2024, 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 con los resultados encontrados en el seguimiento, para dar cierre efectivo a los planes.
- Como alerta de mejora al plan PA240-042 de Presupuesto, se reitera el cumplimiento de la acción No 3: teniendo en cuenta que no se aportó la actualización de indicadores de acuerdo con las nuevas directrices de POA y que la armonización depende de varios subprocesos financieros y de prestación de servicios de salud y el software de cargue para seguimiento.
- Para el caso del plan de mejora PA230-031 de Contabilidad y presupuesto, se reitera el cumplimiento de la acción No. 2, relacionado con las notas a estados financieros con corte a 31 de diciembre de 2024 por cuanto en las notas presentadas con corte a 31 de diciembre de 2023 no se cumplió con el fin de la acción.
- Se recomienda a los responsables de los procesos que tiene acciones vencidas dar cumplimiento a lo establecido en el numeral **9.4 INCUMPLIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO** « Cuando se presenten incumplimiento a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento el responsable deberá presentar informe a la subgerencia y/o Oficina asesora correspondiente, sustentando las razones o dificultades presentadas para el desarrollo de la actividad y si es el caso replantear la acción y/o el tiempo establecido debidamente justificado.»
- Los responsables de 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.
- Es importante que los subprocesos de Gestión de suministros de activos fijos, gestión ambiente físico, Gestión de la Tecnología biomédica y Laboratorio clínico suscriban plan de mejoramiento ya que este se vence el día 25 de enero del 2025

22



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



Agradecemos la atención prestada y esperamos contar con la disposición y el compromiso de los líderes y referentes de proceso, teniendo en cuenta las recomendaciones de este informe en pro del fortalecimiento del enfoque de acreditación, específicamente los estándares de mejoramiento continuo

23

Cordialmente,

DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ

Asesora de Control Interno
ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Proyecto:
Liliana Rodríguez
Carmen C Garzón
Gustavo Molano
Claudia Sáenz Jiménez



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co

