

Al contestar cite 20211100025621



Tunja,

Doctor

YAMIT NOE HURTADO NEIRA

Gerente

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

Ciudad

Ref. Informe seguimiento Planes de Mejoramiento con corte a 30 de junio 2021.

Cordial saludo Dr. Yamit

En cumplimiento a la Ley 87/1993, al Decreto 648 de 2017, y de conformidad con las funciones legales y de planeación de esta oficina, adjunto envié informe de seguimiento a Planes de Mejoramiento de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja con corte a 30 de junio de 2021, según lo contemplado en la resolución interna No. 124 de 2019 y demás procedimientos internos de la entidad.

Atentamente,



LUZ DARY MORENO GUERRERO

Asesora Control Interno

E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Anexo Informe 12 folios.

C.C Subgerencias, y procesos responsables.



E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
GERENCIA

Recibido por Humberto Floreno

Hora: 2:45 PM Día: 05

Mes: 08 Año: 2021



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
e-mail: Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



Tunja, Julio del 2021

1
Doctor
YAMIT NOE HURTADO NEIRA
Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA
Ciudad

Ref. Informe de seguimiento a las acciones de mejora pendientes de cumplimiento suscritas en los planes de mejoramiento Institucional y funcional por procesos a 30/06/2021

A continuación, me permito presentar el informe de la referencia.

OBJETIVO

Evaluar el avance y nivel de cumplimiento en las acciones y metas suscritas en planes de mejoramiento institucional y funcional por procesos a 30-06-2021.

ALCANCES DEL SEGUIMIENTO

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

PROCESOS Y/O ÁREAS INVOLUCRADAS

Subgerencia administrativa y financiera, Subgerencia de servicios de salud, Desarrollo de servicios, Calidad, Financiera, Cartera, Contratación, Gestión Jurídica, Gestión de Suministros, Seguridad y salud en el trabajo, Gestión ambiental, Calidad, Farmacia, SIAU, Cirugía y Sala de Partos, Hospitalización, Apoyo de Servicios de salud, Urgencias, sistemas, Gestión Documental, tesorería, comercial, mantenimiento.

METODOLOGÍA

La metodología para realizar el monitoreo a los planes de mejoramiento institucional y por procesos con corte a 30 de junio 2021, se encuentra establecida en la resolución interna 124 de 2019, en el manual OACI-M-07 Definición y seguimiento de los planes de mejoramiento y "Procedimiento OACI-PR-06 "Definición y seguimiento de los planes de mejoramiento institucional". La oficina de control interno a

través de correo electrónico realizó solicitud a los procesos de los soportes y avances de cada uno de los planes de mejoramiento, la información fue validada teniendo en cuenta el indicador, fechas y evidencias con lo cual se estableció un porcentaje de avance y cumplimiento de las acciones implementadas.

2

SOPORTES

- ✚ Resolución Interna 124 de 2019
- ✚ Manual de planes de mejoramiento OACI-M-07
- ✚ Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento de los planes de mejoramiento institucional
- ✚ Decreto 648 de 2017
- ✚ Decreto 1499 de 2017
- ✚ Tablas de retención documental
- ✚ Procedimientos aprobados por la entidad
- ✚ Documentación presentada por los procesos.

INTRODUCCIÓN

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

De acuerdo a la información contenida en la matriz de seguimiento planes de mejoramiento Institucional y funcional por procesos con acciones pendientes de cumplimiento derivadas de auditorías Interna y Externas, como Icontec, Revisoría Fiscal, Control Interno, calidad, Secretaria de Salud de Boyacá, Contraloría, se consolidaron a 30 de junio de 2021 un total 29 planes de mejoramiento distribuidos así: 5 planes de la vigencia 2019, 13 planes de la vigencia 2020 y 11 planes de la vigencia 2021, del total de planes de mejoramiento se cierran en el presente seguimiento 4, quedando pendiente 25 abiertos. Se recomienda a todos los procesos de la entidad, realizar verificación continua de los planes a cargo con el fin de garantizar su cierre efectivo de acuerdo con los lineamientos del manual de planes de mejoramiento OACI-M-07 y resolución 124 de 2019.

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

En desarrollo del programa anual de auditoría aprobado por el comité de control interno y calidad, se realizó el monitoreo a los planes de mejoramiento institucional y por procesos vigencias 2018-2021 con corte al 30 de junio de 2021, en los cuales se encuentran contenidas acciones correctivas, preventivas y de mejora establecidas para corregir desviaciones encontradas como resultado de auditorías internas y externas realizadas a la entidad, con el propósito de fortalecer la ejecución de los procesos y minimizar el riesgo en el desarrollo de la gestión institucional.

Como resultado del seguimiento y verificación realizado por la Oficina de Control Interno, en la siguiente gráfica se observa avance de los planes de mejoramiento a 30 de junio de 2021 por Subgerencia:



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



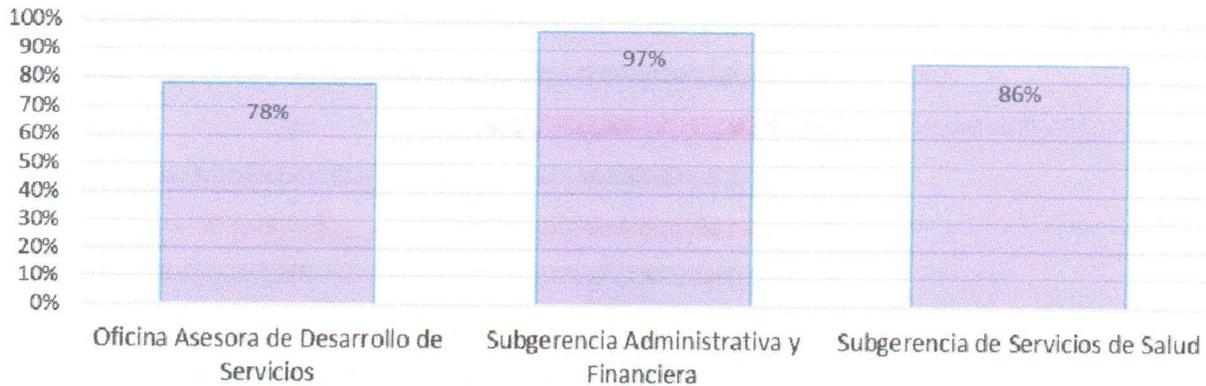
8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
e-mail: Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



Porcentaje de Avance de Planes de Mejoramiento por Subgerencia/oficina Asesora a 30/06/2021



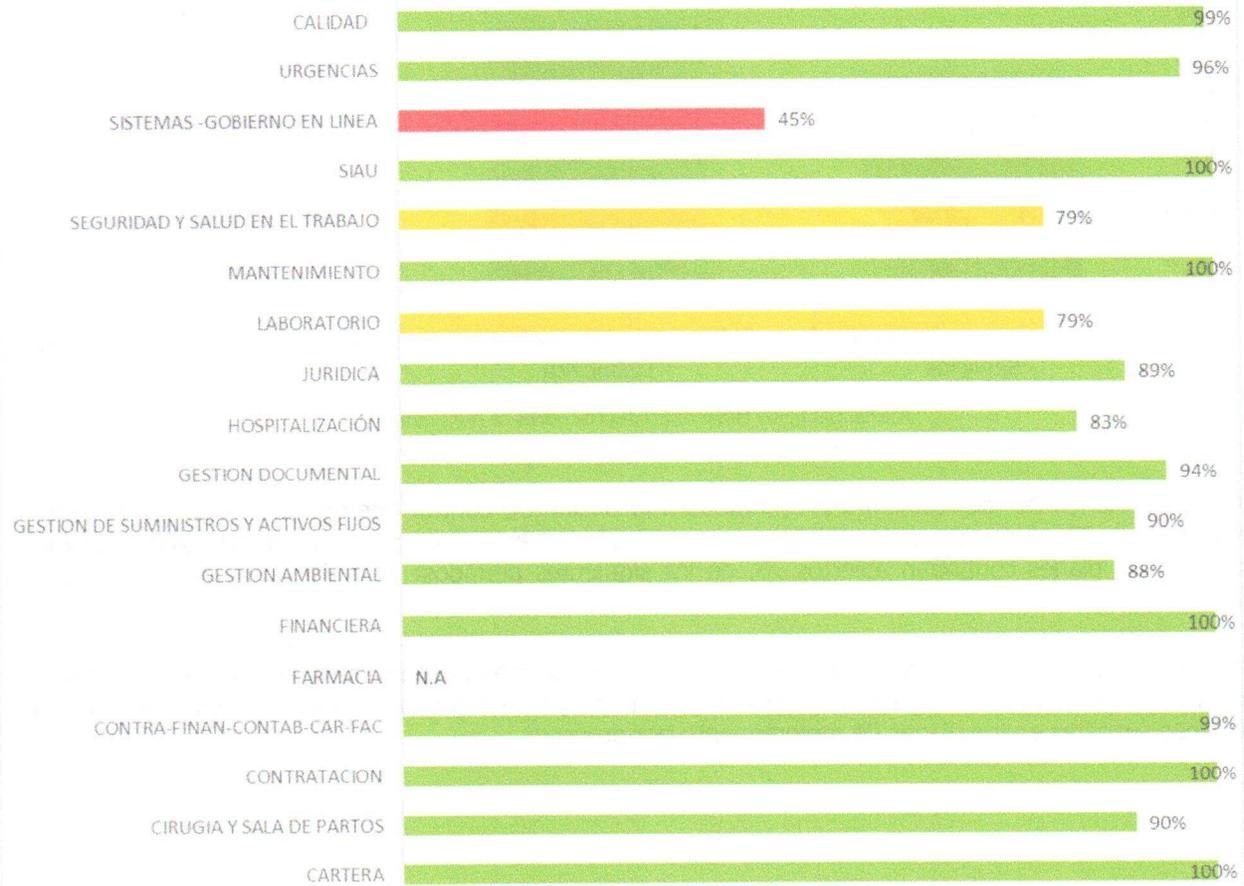
Fuente: OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento

De los 29 Planes de mejoramiento presentados a la oficina de control interno, se realizó seguimiento y evaluación a 25 planes de mejoramiento, ya que 4 se encuentran en términos de cumplimiento; de la totalidad de planes continúan abiertos 25, de los siguientes periodos: 3 de 2019, 11 de 2020 y 11 de 2021.

Teniendo en cuenta el proceso responsable de cada plan de mejoramiento suscrito y de acuerdo con los soportes presentados, la siguiente grafica muestra los porcentajes promedio de cumplimiento a las acciones suscritas en los planes de mejoramiento por proceso:



Avance planes de mejoramiento por procesos a 30/06/2021



Fuente: OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento

La siguiente tabla muestra el número de planes de mejoramiento-PM que tiene cada proceso a 30 de junio de 2021 y el total de los cerrados y abiertos a la fecha:



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



8-7405030



www.hospitalosanrafaeltunja.gov.co
e-mail: Gerente@hospitalosanrafaeltunja.gov.co



SUBGERENCIA	PROCESO	TOTAL PM	PLANES CERRADOS	PLANES ABIERTOS	%PROMEDIO
SAF	CARTERA	1		1	100%
	CONTRATACION	1		1	100%
	CONTRATACIÓN, CARTERA, CONTABILIDAD, FINAN	1		1	99%
	FINANCIERA	2		2	100%
	GESTION DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	1		1	94%
	JURIDICA	1		1	89%
	MANTENIMIENTO	1	1	0	100%
SSS	CIRUGIA Y SALA DE PARTOS	1		1	90%
	FARMACIA	1		1	N.A
	HOSPITALIZACIÓN	1		1	83%
	LABORATORIO	2		2	79%
	SIAU	1		1	100%
	URGENCIAS	2	1	1	96%
	APOYO SERVICIOS DE SALUD	3	1	2	80%
OADS	GESTION AMBIENTAL	1		1	88%
	GESTION DOCUMENTAL	2	1	1	94%
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	3		3	79%
	SISTEMAS	2		2	45%
	CALIDAD	2		2	99%

Fuente: OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento

Como puede apreciar en la siguiente tabla, de un total de 29 planes de mejoramiento, se le realizó seguimiento y evaluación a 25, evidenciando que en algunos se ha dado cumplimiento de las acciones suscritas, otros se han cumplido parcialmente o no se cumplieron y finalmente otras acciones se encuentran en términos de cumplimiento al momento de la verificación realizada (*Ver archivo adjunto matriz de seguimiento Planes de mejoramiento con las observaciones realizadas*).

Subgerencia administrativa y financiera

VIGENCIA	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO II TRIMESTRE 2021	% AVANCE 30/06/2021	CIERRE PLAN DE MEJORA MIENT	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Algoritmo)
2019	INT-03	CARTERA	REVISORIA FISCAL	28/02/2021	8 Acciones suscritas, 7 cumplen y 1 se encuentra dentro de terminos.	100%	NO	8 acciones suscritas 7 cumplen y 1 se encuentra dentro de terminos, relacionada con plan de trabajo sirviendo cartera .	NO
2019	INT-23	FINANCIERA	REVISORIA FISCAL	31/03/2020	5 acciones suscritas: 3 cumple, 2 se encuentran dentro de terminos.	100%	NO	5 acciones suscritas: 3 cumplen, 2 se encuentran en terminos de acuerdo a la solicitud de ampliación de plazos relacionadas con el arqueo de cajas habilitadas.	NO



VIGENCIA	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO II TRIMESTRE 2021	% AVANCE 30/06/2021	CIERRE PLAN DE MEJORA MIENT	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alance)
2020	INT-09	MANTENIMIENTO	CONTROL INTERNO	30/05/2020	6 acciones suscritas: 6 cumplen.	100%	SI	6 acciones suscritas: 6 cumplen. Se cierra Plan de Mejoramiento	NO
2020	INT-15	CONTRATACION	CONTROL INTERNO	31/12/2021	11 Acciones suscritas: 3 cumplen, 8 se encuentran en terminos de cumplimiento.	100%	NO	11 Acciones suscritas: 3 cumple y 8 se encuentran en términos de cumplimiento.	NO
2021	EXT-01	CONTRATACIÓN, CARTERA, CONTABILIDAD, FINANCIERA, COMERCIAL, AUDITORIA DE CUENTAS	CONTRALORIA	30/06/2021	67 Acciones Suscritas: 65 cumplen y 2 que cumplen parcialmente	99%	NO	67 Acciones Suscritas: 65 cumplen y 2 que cumplen parcialmente, con relación a la aprobación del Manual de Cartera.	NO
2021	PA-210-010	GESTION DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	CONTROL INTERNO	31/12/2021	7 Acciones Suscritas: 1 cumple, 1 cumple parcialmente y 5 se encuentran dentro de terminos de cumplimiento.	90%	NO	Se realiza seguimiento a plan de mejoramiento cargado en Daruma, donde se observa lo siguiente: avance del 85% de la acción No. 4, de la acción No. 5 presenta un avance del 90%, se adjunta inventario en excel.	NO
2021	PA-210-012	FINANCIERA	CONTROL INTERNO	31/12/2021	1 Acción suscrita	N.A	NO	Plan de Mejora en DARUMA en términos de cumplimiento.	NO
2021	PA-210-013	JURIDICA - COMITÉ DE CONCILIACIÓN	CONTROL INTERNO	31/07/2021	12 Acciones suscrita: 8 cumplen y 4 cumplen parcialmente.	89%	NO	Plan de Mejora en DARUMA. 12 acciones suscritas: 8 cumplen y 4 cumplen parcialmente, con relación a la presentación ante el comité dentro de los 15 días como lo establece la normatividad; fijar directrices institucionales de arreglo directo como la transacción y la conciliación; presentación de informe ante el contencioso administrativo acerca de las decisiones respecto a las acciones de repetición; y el control y seguimiento de la procedencia de las acciones de repetición.	NO

Subgerencia Servicios de Salud

VIGENCIA	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO II TRIMESTRE 2021	% AVANCE 30/06/2021	CIERRE PLAN DE MEJORA MIENT	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alance)
2019	INT-06	URGENCIAS	CALIDAD	16/07/2021	9 Acciones suscritas: 5 cumplen, 1 no cumple, 3 acciones con justificación a SSS por lo cual se cierran	100%	SI	9 Acciones suscritas: 5 cumplen, 1 cumple parcialmente y 3 acciones con justificación a SSS para cierre Relacionadas con la documentación, socialización y evaluación de la Ruta Crítica para Dolor Torácico pendiente la implementación de la GPC de SCA. No se presenta justificación de incumplimiento de acuerdo a los lineamientos de la Res. 124 de 2019	NO



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
e-mail Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



VIGENCIA	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE	HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO II TRIMESTRE 2021	% AVANCE 30/06/2021	CIERRE PLAN DE MEJORA MIENT	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Meta)
2019	EXT-06	URGENCIAS	VISITA SSB ATENCION DE VICTIMAS DE VIOLENCIA	31/01/2020	9 acciones suscritas: 8 cumplen, 2 cumplen parcialmente.	92%	NO	1 con cumplimiento parcial, en relación con la certificación de competencia AVV de Entidad debidamente registrada ante las autoridades municipales y con intensidad horaria y contenidos semejantes a los del SENA.	NO
2020	INT-02	FARMACIA	CONTROL INTERNO	31/12/2021	03 acciones suscritas: se amplia plazo de cumplimiento	N/A	NO	El servicio de farmacia de acuerdo con la Res. 124 de 2019, anexo solicitud de ampliación de	NO
2020	INT-03	SERVICIOS DE APOYO-IMAGENOLOGIA	CONTROL INTERNO	30/06/2020	11 acciones suscritas. 2 se cierran para hacerles seguimiento en plan INT-13-2020, 8 cumplen, 1 NO CUMPLE	89%	NO	11 acciones suscritas: 7 cumplen, 2 se cierran para hacerles seguimiento en plan INT-13-2020, 1 acción no cumple. No se presenta justificación de incumplimiento de acuerdo a los	SI
2020	EXT-05	LABORATORIO	SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA	13/07/2020	19 Acciones suscritas de las cuales 17 cumplen, 2 en cumplimiento parcial.	93%	NO	19 Acciones suscritas de las cuales, una 2 cumplen parcialmente. "capacitación al personal para creación del grupo investigativo sobre los proyectos en curso y creación de grupo de investigación y líneas por parte del laboratorio clínica"	NO
2020	INT-10	HOSPITALIZACIÓN	CONTROL INTERNO	30/04/2021	16 Acciones suscritas: 3 en terminos de cumplimiento, 6 cumplen, 7 cumple	83%	NO	3 acciones en términos de cumplimiento, 6 cumple y 7 cumplen parcialmente relacionadas, en relación con la	NO
2020	INT-12	SERVICIOS DE APOYO-PATOLOGIA	CONTROL INTERNO	2/05/2021	5 acciones de mejora: 4 cumplen, 1 cumplimiento parcial	86%	NO	1 Acción en cumplimiento parcial en relación con actualización y aprobación de Matriz de riesgos del servicio de Patología por el programa de Seguridad del paciente.	NO
2020	INT-13	SERVICIOS DE APOYO-IMAGENOLOGIA	CONTROL INTERNO	28/02/2021	18 Acciones suscritas: 8 cumplen, 6 no cumplen, 1 acción subsanada previo al infome definitivo, 4 cumplimiento parcial	58%	NO	7 acciones sin evidencias de avance y/o cumplimiento. No se presenta justificación de incumplimiento de acuerdo a los lineamientos de la Res. 124 de 2019	NO
2020	INT-14	CIRUGIA Y SALA DE PARTOS	CONTROL INTERNO	31/07/2021	22 Acciones suscritas, 16 acciones cumplen, 4 cumplen parcialmente, 2 acciones repetidas	90%	NO	22 Acciones suscritas, 16 acciones cumplen, 4 cumplen parcialmente, 2 acciones repetidas	NO
2021	INT-04	LABORATORIO	CONTROL INTERNO	30/04/2021	10 Acciones Suscritas, 5 cumplen, 2 no cumplen, 3 cumple parcialmente.	65%	NO	10 Acciones Suscritas, No se presentan justificación de incumplimiento de acuerdo a los lineamientos de la Res. 124 de 2019	NO
2021	INT-06	SIAU-JURIDICA	CONTROL INTERNO	31/12/2021	8 acciones suscritas: 1 cumple, 4 cumplen parcialmente, 4 se encuentran dentro de terminos.	100%	NO	8 acciones suscritas, Plan de mejoramiento aparece cargado en Daruma. 4 acciones cumplen, de las cuales la Oficina de SIAU cumple con dos acciones y la Oficina de Juridica cumple con 2 acciones y 4 se encuentran dentro de terminos de cumplimiento.	NO

Oficina Asesora Desarrollo de Servicios

VIGENCIA	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO II TRIMESTRE 2021	% AVANCE 30/06/2021	CIERRE PLAN DE MEJORA MIENTA	OBSERVACIONES	REGISTRO DE NUEVA ACCIÓN
2019	INT-21	CALIDAD - AUDITORIA INTEGRAL	CONTROL INTERNO	16/07/2021	7 acciones : 6 cumplen, 1 no cumple,	100%	SI	7 acciones: 7 acciones cumplen, 1 seguimiento a la implementación de las guías de práctica clínica por el Programa de Adherencia clínica Institucional.	SI
2020	INT-07	GESTION DOCUMENTAL	CONTROL INTERNO	30/06/2021	9 acciones suscritas, 8 cumplen, 1 cumple parcialmente.	94%	SI	9 acciones suscritas: 6 cumplen y 1 cumple parcialmente con relación a realizar copias de seguridad de las UPD, se cierra plan de mejoramiento y se realizará seguimiento en plan de mejoramiento INT-08-20.	NO
2020	INT-08	GESTION DOCUMENTAL	REVISORIA FISCAL	31/12/2021	1 acción suscrita, se encuentra dentro de terminos.	NA	NO	1 Acción suscrita, se encuentra dentro de terminos.	NO
2020	INT-11	SISTEMAS - GOBIERNO EN LINEA	CONTROL INTERNO	30/03/2021	9 Acciones suscritas: 1 cumplen, 3 cumplen parcial y 5 no cumplen	24%	NO	9 Acciones suscritas: 1 cumplen, 3 cumplen parcial y 5 no cumplen, para el segundo trimestre de 2021 no enviaron soportes	NO
2020	INT-17	CALIDAD - PAMEC/DARUMA	CONTROL INTERNO	31/12/2021	24 Acciones suscritas: 9 cumplen, 1 cumple parcialmente y 14 se encuentran en terminos de cumplimiento	98%	NO	24 Acciones suscritas: 9 cumplen, 1 cumple parcialmente y 14 se encuentran en terminos de cumplimiento	NO
2021	INT-01	GESTION AMBIENTAL	CONTROL INTERNO	31/12/2020	2 Acciones suscritas, 1 cumple parcialmente y 1 cumple	88%	NO	2 Acciones suscritas, 1 se encuentra en ejecución y una cumple, se encuentra pendiente el informe de analisis de vertimientos	NO
2021	EXT-02	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - GESTION AMBIENTAL	ICONTEC	1/11/2021	22 Acciones Suscritas, 11 cumplen, 1 cumple parcial y 10 se encuentran en terminos de cumplimiento	98%	NO	22 Acciones Suscritas, 11 cumplen, 1 cumple parcial y 10 se encuentran en terminos de cumplimiento	NO
2021	INT-02	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CONTROL INTERNO	31/12/2021	13 Acciones suscritas: 7 cumplen, 1 cumple parcial, 6 no cumplen	60%	NO	13 Acciones suscritas: 7 cumplen, 1 cumple parcial, 6 no cumplen relacionadas con: recarga y mantenimiento de extintores y señalización según necesidad, Verificación adherencia al plan de Emergencias, y Gestión de Indicadores.	NO
2021	PA210-014	PESV	CONTROL INTERNO	31/12/2021	10 Acciones suscritas: 10 se encuentran en terminos de cumplimiento	NA	NO	10 Acciones suscritas: 10 se encuentran en terminos de cumplimiento	NO
2021	PA210-015	SISTEMAS	CALIDAD	31/12/2021	5 Acciones Suscritas: 2 cumplen, 1 cumplimiento parcial y 2 en terminos de	66%	NO	5 Acciones suscritas; 1 no cumple relacionada con la socialización al personal de facturación de los aspectos más relevantes a tener	NO



Teniendo en cuenta el cuadro anterior es preciso que los procesos responsables de los planes de mejoramiento con incumplimiento de acciones o inoportunidad tengan en cuenta los lineamientos de la resolución 124 de 2019 en los siguientes artículos:

- ✦ **ARTÍCULO NOVENO. Solicitud de ajuste al plan de mejoramiento.** El líder de proceso dueño de Plan de mejoramiento podrá solicitar por escrito, ajuste a las acciones planteadas y a los tiempos establecidos, debidamente motivada y con visto bueno por parte de la Subgerencia u oficina asesora y de Gerencia.
- ✦ **ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO. Incumplimiento a la ejecución de Planes de Mejoramiento.** Cuando se presente incumplimiento a las acciones suscritas en los Planes de mejoramiento, el responsable deberá presentar informe a la subgerencia u oficina asesora correspondiente, sustentado las razones o dificultades presentadas para el desarrollo de la actividad, y si es el caso replantear la acción o el tiempo establecido debidamente justificado y que ayude directamente a la eliminación del Hallazgo identificado.
PARÁGRAFO 1. Cuando se requiera ajuste al Plan de Mejoramiento se deberá solicitar por escrito a la oficina de control interno debidamente justificado y aprobado por la Subgerencia y/O Oficina Asesora y Gerencia.

PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS

La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja a corte 30 de junio de 2021 tiene suscritos 4 planes de mejoramiento con entes externos, de los cuales 3 se encuentran con porcentajes de cumplimiento por encima del 90% y 1 con cumplimiento de 87%, por lo que es importante dar cumplimiento total a éstos planes de mejoramiento con el fin de evitar riesgos de sanciones, incumplimientos o pérdida de certificaciones por parte de la institución.

PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS	TOTAL PM	%AVANCE
ICONTEC	1	98%
SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA (LABORATORIO)	1	93%
SECRETARIA DE SALLUD DE BOYACA (PROGRAMA VICTIMAS VIOLENCIA)	1	92%
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DE BOYACA	1	99%

Teniendo en cuenta el incumplimiento de algunas acciones establecidas en los planes de mejoramiento suscritos con entes externos, se recomienda dar aplicación a lo establecido en el artículo 12 de la resolución 124 " **PARÁGRAFO 2.** Cuando exista incumplimiento a Planes de Mejora suscritos con un ente de Control externo, o no se envíe el informe correspondiente por parte del responsable, o el informe no justifique en debida forma el incumplimiento, las Subgerencias y/u Oficina Asesora tomaran las medidas

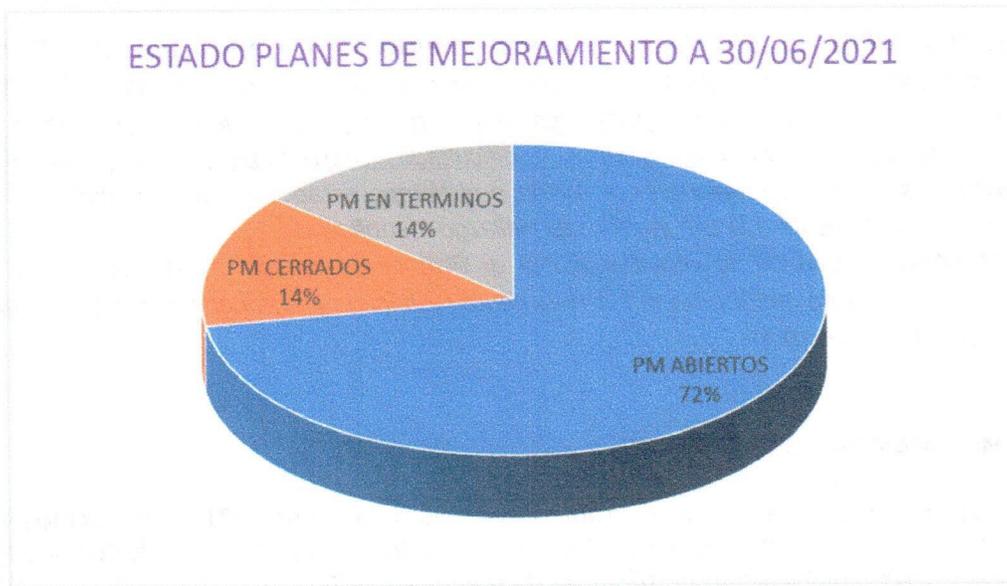


correctivas (requerimientos, llamado de atención...) a los responsables teniendo en cuenta su modalidad de contratación”.

10

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO.

Como resultado del seguimiento realizado de los planes de mejoramiento Institucional y por Procesos vigencias 2019 - 2021, se tiene como resultado cierre de 4 planes de mejoramiento, 21 abiertos y 4 en términos de cumplimiento.



Del seguimiento a planes de Mejoramiento se tiene un **cumplimiento general que corresponde al 75%** y un cumplimiento por vigencia como se muestra a continuación.

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO A 30- 06-2021	
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2019	98%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2020	83%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2021	84%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	86%

Es importante que desde la segunda línea de defensa se fortalezca el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento, ya que a la fecha existen 3 Planes de mejoramiento de la vigencia 2019 y 11 de la vigencia 2020, que se encuentran por fuera de los plazos de cumplimiento establecidos.



PLANES DE MEJORAMIENTO PENDIENTES POR RADICAR

Teniendo en cuenta las auditorías y seguimientos adelantados por la oficina de control interno en la vigencia 2021, se encuentra pendiente la elaboración, aprobación y radicación de los Planes de mejoramiento de las auditorías realizadas a los siguientes procesos:

N°	FECHA RADICACIÓN INFORME FINAL	PROCESO AUDITADO	PM SI/NO
1	16/03/2021	Informe Control Interno Contable. Decreto 648 de 2017	SI
2	18/03/2021	Informe Derechos de Autor Software. Decreto 648 de 2017	SI
3	21/04/2021	Informe sobre las quejas, sugerencias y reclamos. Decreto 648 de 2017	SI
4	26/04/2021	Urgencias	SI
5	26/04/2021	Auditoría FUENTES DE INFORMACIÓN DECRETO 2193 DE 2004	SI
6	20/05/2021	Tecnologías de la información y las comunicaciones	SI
7	28/05/2021	Cartera	SI
8	2/06/2021	Farmacia	NO
9	23/06/2021	Plan Estratégico de seguridad vial	SI
10		Facturación	E.T
11		Seguridad y Salud en el trabajo	E.T
12		Especialidades clínicas	E.T
10	24/06/2021	Seguimiento SECOP	SI

*ET: En Términos

Es necesario fortalecer la elaboración y seguimiento de radicación de los planes de mejoramiento tanto por la primera como por la segunda línea de defensa del sistema de control interno, teniendo en cuenta que a la fecha no se han radicado planes de mejoramiento de las auditorías realizadas desde el mes de marzo, afectando el sistema de control interno en el cierre de ciclos.

OBSERVACIONES

- El objetivo primordial del plan de mejoramiento es promover que los procesos de la entidad se desarrollen de forma eficiente y transparente a través de la adopción y el cumplimiento de las acciones correctivas o de la implementación de metodologías orientadas al mejoramiento continuo. Con base en los resultados presentados en el Informe producto del seguimiento efectuado, se recomienda a los procesos que han suscrito planes de mejoramiento verificar continuamente las acciones contenidas, su nivel de avance, términos de cumplimiento y soportes que serán presentados en una nueva verificación, especialmente de los planes en donde persisten acciones que no han alcanzado su cierre efectivo, contribuyendo en la formación de una cultura

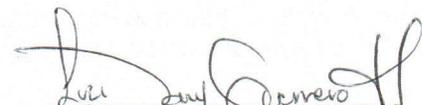
de autocontrol como principio rector de la actividad diaria de los procesos para el mejoramiento continuo en la entidad, al tener relación directa con la gestión Institucional.

12

- ✚ Dar cumplimiento a la resolución 124 de 2019, manual de planes de mejoramiento OACI-M-07 y procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento de los planes de mejoramiento institucional en relación al incumplimiento de acciones y solicitud de ajustes de acuerdo a los resultados encontrados en el seguimiento para dar cierre efectivo a los planes.
- ✚ Se recomienda continuar fortaleciendo las actividades de autocontrol (primera línea de defensa) y el seguimiento por planeación o subgerentes (segunda línea de defensa) para cumplir con los términos establecidos en los planes de mejoramiento.
- ✚ Se requiere fortalecer la ejecución de los controles establecidos por parte de la Gerencia para dar el respectivo trámite de planes de mejoramiento, teniendo en cuenta que la oficina de control interno ha venido identificando planes de mejoramiento suscritos con entes externos sin radicarse a esta oficina.
- ✚ De acuerdo a los tiempos establecidos en la resolución 124 de 2019, se evidencia incumplimiento en la elaboración y radicación de planes de mejoramiento, afectando la mejora continua en los procesos institucionales y el cierre de ciclos de las auditorías, por lo que se hace necesario que el representante Legal como responsable del Sistema de Control Interno tome las medidas correctivas necesarias para continuar fortaleciendo el sistema.

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,



LUZ DARY GUERRERO MORENO

Asesora de Control Interno

E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja

CCCL/DPV/WLP/LDGM

ANEXO CD: Matriz de seguimiento planes de mejoramiento con las observaciones realizadas y soportes



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
e-mail: Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

