

Al contestar cite *RAD S*



Tunja,

Doctor

YAMIT NOE HURTADO NEIRA

Gerente

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

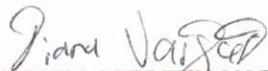
Ciudad

Ref. Informe seguimiento Planes de Mejoramiento con corte a 30 de Diciembre 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 informe de seguimiento a Planes de Mejoramiento de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja con corte a 30 de Diciembre de 2021, según lo contemplado en la resolución interna No. 124 de 2019 y demás procedimientos internos de la entidad.

Atentamente,



DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ

Asesora Control Interno

E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Anexo Informe 7 folios.

C.C Subgerencias, y procesos responsables.



E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
GERENCIA
Recibido por Humberto Moreno
Hora: 16:50 pm día 31
mes 01 año 2022



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



8-7405030



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



SA-CER560814

OS-CER559527

Tunja, Enero de 2022

Doctor

YAMIT NOÉ 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 31/12/2021

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 31/12/2021

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ✓ Verificación 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.
- ✓ Proponer 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 31 de diciembre de 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.

YH



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527

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, así como el cargue de estos y avances en el modulo 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.

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

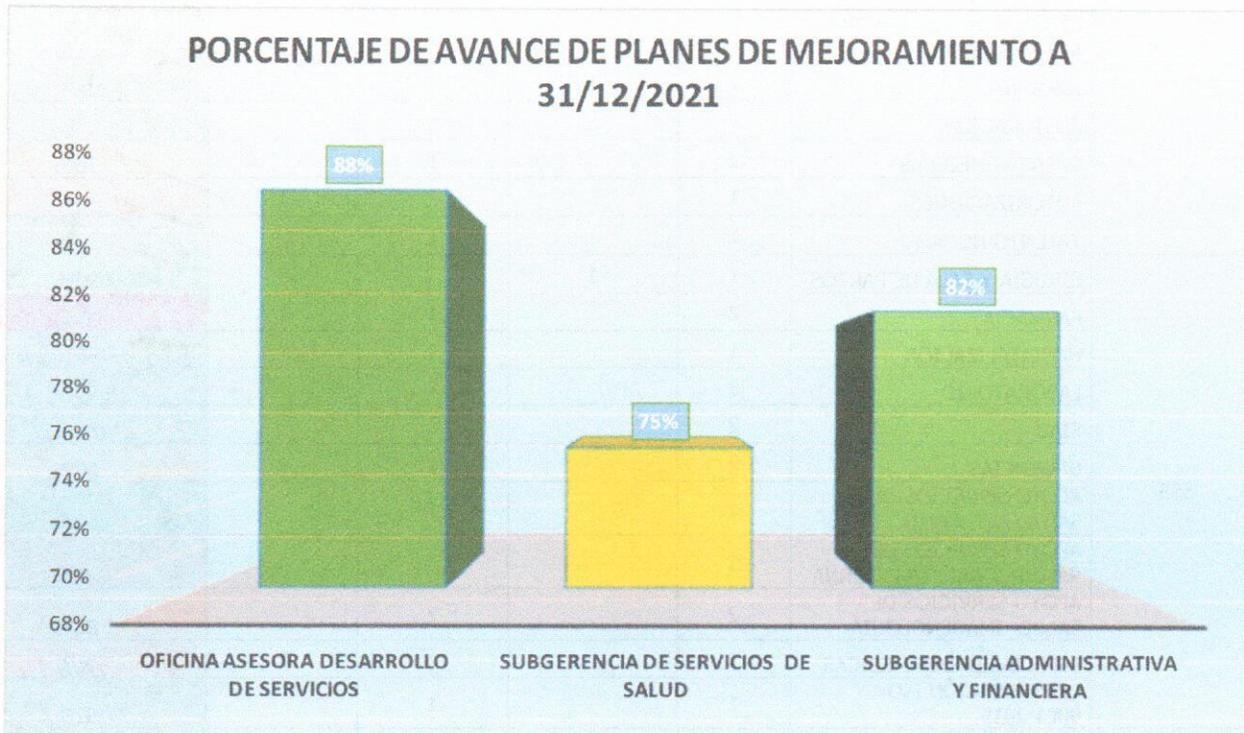
La oficina de control interno en su función de evaluación y seguimiento, establecida en la ley 87 de 1993 y el decreto 648 de 2017, realizó seguimiento y monitoreo a los planes de mejoramiento institucional y por procesos con el fin de revisar el estado de avance de las acciones establecidas.

De acuerdo a la información cargada en el Modulo de planes de acción del Software Daruma y en la matriz de seguimiento de planes de mejoramiento Institucional y funcional por procesos con acciones pendientes de cumplimiento derivadas de auditorías Interna y Externas, como Icontec, Revisoría Fiscal, Control Interno, calidad, Secretaria de Salud de Boyacá, Contraloría, se consolidaron a 31 de Diciembre de 2021 un total de 41 planes de mejoramiento distribuidos así: 2 planes de la vigencia 2019, 10 planes de la vigencia 2020 y 29 planes de la vigencia 2021, del total de planes de mejoramiento se cierran en el presente seguimiento 11, quedando pendiente 32.

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 2019-2021 con corte al 31 de Diciembre 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 31 de diciembre de 2021 por Subgerencia:



3

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

De los 41 Planes de mejoramiento presentados a la oficina de control interno, se realizó seguimiento y evaluación a 37, ya que 4 se encuentran en términos de cumplimiento; de la totalidad de planes continúan abiertos 23, se cerraron 11 y de acuerdo con la Resolución 124 de 2019 los procesos de Urgencias, Gestión de investigación e innovación y especialidades medicas, solicitaron ajustes a los planes de mejoramiento tanto de acciones como al tiempo de ejecución.

Teniendo en cuenta el proceso responsable de cada plan de mejoramiento suscrito y de acuerdo con los soportes presentados, así como los cargados en el modulo de planes de acción del Software Daruma, la siguiente grafica muestra los porcentajes promedio de cumplimiento a las acciones suscritas en los planes de mejoramiento por subgerencia y proceso a 31 de Diciembre 2021 y el total cerrados y abiertos a la fecha:

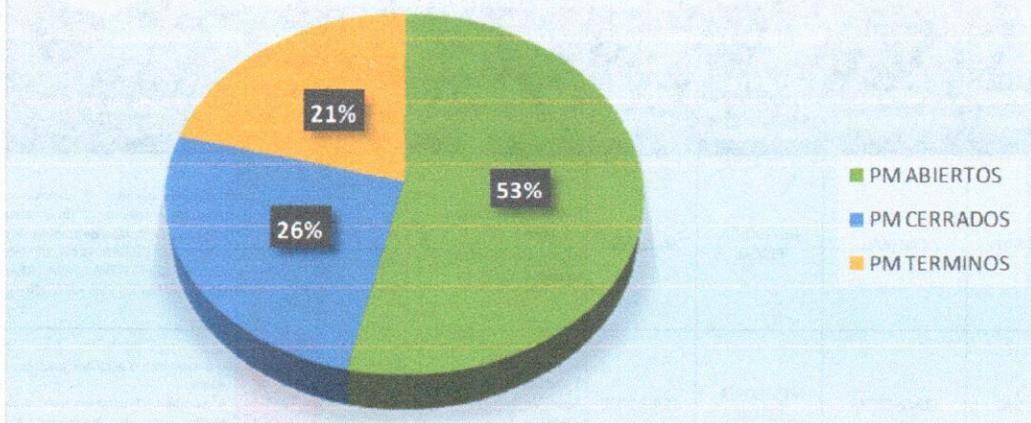
SUBGERENCIA	PROCESO	TOTAL PM	PLANES CERRADOS	PLANES ABIERTOS	EN TERMINOS	%PROMEDIO
SAF	CARTERA	2	1	1		82%
	CONTRATACIÓN	2		2		75%



	FINANCIERA -CONTABILIDAD	1		1		80%
	FINANCIERA	2	1	1		90%
	GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	1		1		82%
	JURÍDICA	1	1			100%
	FACTURACIÓN	1		1		80%
	CUENTAS MEDICAS	1		1		76%
	AUTORIZACIONES	1			1	N/A
	TALENTO HUMANO	1		1		86%
SSS	CIRUGÍA Y SALA DE PARTOS	1	1			99%
	FARMACIA	2		1	1	0%
	HOSPITALIZACIÓN	1		1		86%
	LABORATORIO	2		2		91%
	SIAU	2		2		80%
	URGENCIAS	2		1	1	60%
	APOYO SERVICIOS DE SALUD-PATOLOGÍA	1		1		86%
	APOYO SERVICIOS DE SALUD-CONSULTA EXTERNA	1			1	N/A
	APOYO SERVICIOS DE SALUD- IMAGENOLOGIA	2		2		81%
	ESPECIALIDADES MEDICAS	1			1	N/A
CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015	1		1		91%	
OADS	SSY Y GESTIÓN AMBIENTAL ICONTEC	1	1			100%
	GESTIÓN DOCUMENTAL	1		1		60%
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	2	2			100%
	SISTEMAS	3	2	1		89%
	CALIDAD - PAMEC	1		1		71%
	PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL	1	1			100%
	SERVICIOS DE APOYO	1	1			100%
	GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA	1			1	N/A
	GESTIÓN AMBIENTAL	1			1	N/A
TOTAL	41	11	23	7	82%	



ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO 31/12/2021

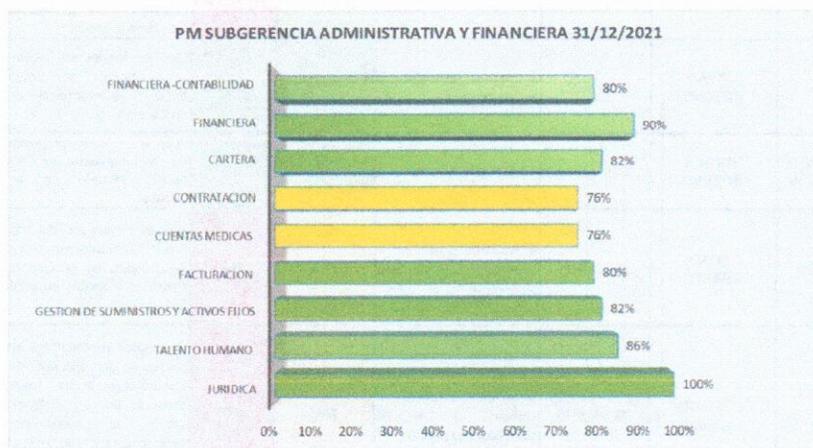


Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

5

Como puede apreciar en la siguiente tabla, de un total de 41 planes de mejoramiento, se le realizó seguimiento y evaluación a 37, 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, así mismo se evidencia dificultades en el seguimiento de los planes ya que algunos no se cargaron oportunamente en el módulo de planes de acción del Software Daruma de igual forma las evidencias se cargan incompletas o no coinciden con la acción así como el cierre prematuro de las acciones (Ver archivo adjunto matriz de seguimiento Planes de mejoramiento con las observaciones realizadas).

1.1 **Subgerencia administrativa y financiera**



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

90



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



8-7405030



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



SA-CER560814

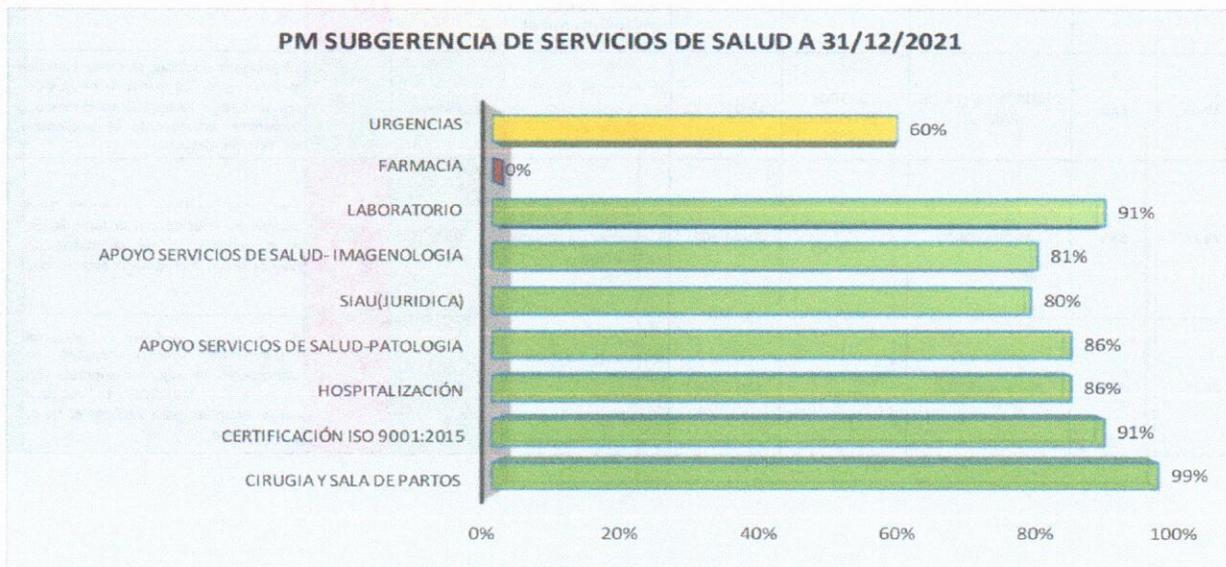
OS-CER559527

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA									
MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)									
CÓDIGO: OACI-F-03									
VERSIÓN: 01									
VIGENCIA	SUBGERENCIA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE 2021	% AVANCE 31/12/2021	CIERRE PLAN DE MEJORA MIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de
2019	SAF	CARTERA	REVISORÍA FISCAL	28/02/2021	8 Acciones suscritas, 7 cumplen y 1 se encuentra dentro de términos.	100%	SI	8 acciones suscritas: 7 cumplen y 1 se encuentra dentro de términos, relacionada con plan de trabajo serviente Cartera SE CIERRA PLAN DE MEJORA ACCIÓN REPETITIVA PARA REALIZAR SEGUIMIENTO EN Plan -210-018	NO
2019	SAF	FINANCIERA	REVISORÍA FISCAL	31/03/2020	5 acciones suscritas: 4 cumplen, 1 no cumplen	80%	NO	Se encuentran 5 acciones suscritas de las cuales : 4 cumplen 1 acciones no cumplen en relación con la Implementación del procedimiento de entrega de caja ciego.	NO
2020	SAF	CONTRATACIÓN	CONTROL INTERNO	31/12/2021	11 Acciones suscritas: 6 cumplen, 1 no cumple y 4 cumplimiento parcial.	75%	NO	11 Acciones suscritas: 4 cumplen parcialmente en relación con la aplicación del Manual de Contratación adoptada mediante Resolución 173 de 2021 incluyendo listas de chequeo y formatos.	NO
2021	SAF	GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	CONTROL INTERNO	31/12/2021	7 Acciones Suscritas: 1 cumple, 4 cumplen parcialmente y 2 se encuentran dentro de términos de cumplimiento.	82%	NO	Se realiza seguimiento al plan de mejoramiento cargado en Daruma, donde se observo lo siguiente: Se realizó inventario pero no se encuentra actualizado en Servinte * Para la acción No. 3 se presenta formato en el cual se observan los traslados o de retiros de los activos fijos *Para la acción No. 7 se presentan mantenimientos preventivos tanto de Biomédica como del área de Mantenimiento, sin embargo, no se observa acta de reunión como lo establece la acción..	NO
2021	SAF	FINANCIERA	CONTROL INTERNO	31/12/2021	1 Acción suscrita: 1 acción cerrada	100%	SI	Plan de Mejora en DARUMA . Este se cierra porque se evidencia cargue mensual de información de Indicadores en Daruma	NO
2021	SAF	JURIDICA - COMITÉ DE CONCILIACIÓN	CONTROL INTERNO	31/07/2021	12 Acciones suscrita:	100%	SI	Las 12 acciones propuestas en el plan de mejoramiento se encuentran en estado cerrado en la plataforma Daruma.	NO
2021	SAF	CONTRATACIÓN	CONTROL INTERNO	31/12/2021	4 Acciones Suscritas: 2 cumplen, 2 cumplen parcialmente	75%	NO	Plan de Mejora en DARUMA , 2 acciones con cumplimiento parcial para seguimiento en relación con el cargue Oportuno y legible en paginas SECOP y SIA	NO
2021	SAF	CUENTAS MEDICAS	CONTROL INTERNO	30/04/2022	5 acciones suscritas 2 cumplen , 4 en cumplimiento parcial.	76%	NO	3 cumplen parcialmente ya que no se evidencia formulación de planes de trabajo y/o acción formulados como producto de la socialización de glosas según lo establecido en los procedimientos OADS-PR-09 y formato OADS-F-21 con su respectivo seguimiento por Cuentas medicas	NO

CODIGO: OACI-F-03		E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA							
VERSION: 01		MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)							
VIGENCIA	SUBGERENCIA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE 2021	% AVANCE 31/12 2021	CIERRE PLAN DE MEJORA MIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCION y/o (Cambio de
2021	SAF	FINANCIERA-CONTABILIDAD	CONTROL INTERNO	21/12/2021	2 Acciones Suscritas: 1 cumple, 1 cumple parcialmente	80%	NO	Plan de Mejora en DARUMA : 1 cumple parcialmente en relacion con la socializacion y si es el caso el ajuste del manual de politicas contables asi como la socializacion de las politicas contables al personal que ingresa al Hospital.	NO
2021	SAF	CARTERA	CONTROL INTERNO	30/11/2021	14 Acciones Suscritas: 5 cumplen, 9 cumplen parcialmente	64%	NO	Plan de Mejora en DARUMA: 9 acciones suscritas cumplen parcialmente de acuerdo con los soportes adjuntos.	NO
2021	SAF	FACTURACIÓN	CONTROL INTERNO	20/04/2022	4 Acciones Suscritas: 2 cumplen, 2 cumplen parcialmente	80%	NO	2 acciones cumplen parcialmente en relación al seguimiento a egresos pendientes por facturar mensualmente.	NO
2021	SAF	TALENTO HUMANO	CONTROL INTERNO	31/12/2021	3 ACCIONES Suscritas 1 cumple parcialmente, 2 cumplen.	86%	NO	1 acción cumple parcialmente, "Asignar el primer turno de inducción específica para adelantar cursos de inducción general en la plataforma virtual "	NO
2021	SAF	AUTORIZACIONES	CONTROL INTERNO	30/06/2022	3 ACCIONES SUSCRITAS en términos de cumplimiento.	N.A	NO	3 ACCIONES SUSCRITAS en términos de cumplimiento.	NO
2022	SAF	PRESUPUESTO	CONTROL INTERNO	31/12/2022	1 ACCION SUSCRITA EN TERMINOS DE CUMPLIMIENTO	N.A	NO	1 ACCION SUSCRITA en términos de cumplimiento.	NO

7

1.2 Subgerencia Servicios de Salud

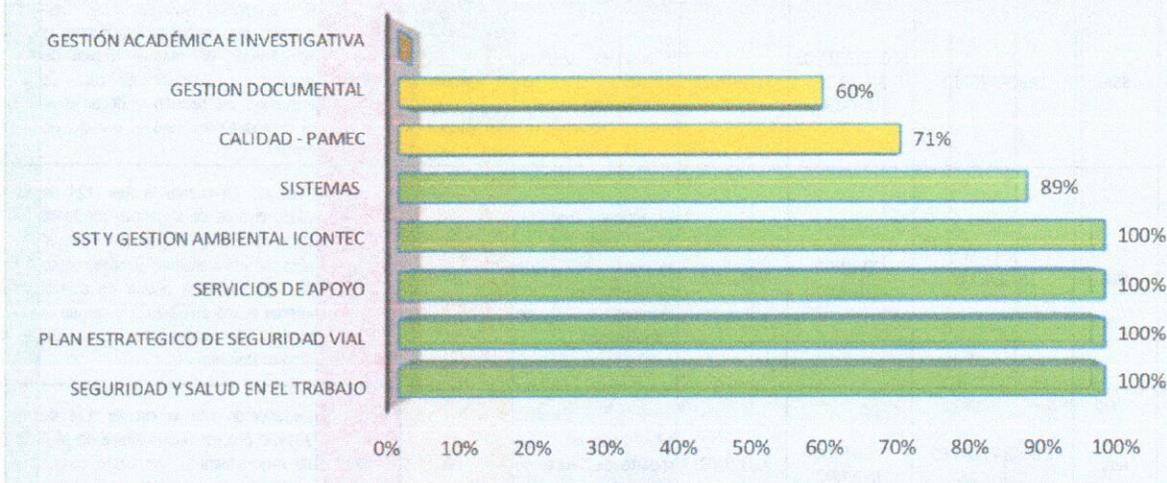


Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma



E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA									
MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)									
CÓDIGO: OACI-F-03	VERSION: 01								
VIGENCIA	SUBGERENCIA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE 2021	% AVANCE 31/12/2021	CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de
2020	SSS	FARMACIA	CONTROL INTERNO	31/12/2021	03 acciones suscritas:	0%	NO	03 acciones suscritas: sin soportes de avance Y/o cumplimiento. No se presenta justificación de incumplimiento de acuerdo a los lineamientos de la Res. 124 de 2019	NO
2020	SSS	SERVICIOS DE APOYO-IMAGENOLÓGIA	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 lineamientos de la Res. 124 de 2019	SI
2020	SSS	HOSPITALIZACIÓN	CONTROL INTERNO	30/04/2021	16 Acciones suscritas: 2 acciones repetidas, 7 cumplen, 7 cumplen parcialmente	86%	NO	2 acciones repetidas, 7 cumplen y 7 cumplen parcialmente, en relación con la actualización implementación y evaluación de adherencia a procedimiento Entrega de turno medico	NO
2020	SSS	SERVICIOS DE APOYO- PATOLOGÍA	CONTROL INTERNO	02/05/2021	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 se presenta justificación de incumplimiento de acuerdo a los lineamientos de la Res. 124 de 2019	NO
2020	SSS	SERVICIOS DE APOYO-IMAGENOLÓGIA	CONTROL INTERNO	28/02/2021	18 Acciones suscritas: 10 cumplen, 3 no cumplen, 1 acción subsanada previo al informe definitivo, 4 cumplimiento parcial	73%	NO	3 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	SSS	CIRUGÍA Y SALA DE PARTOS	CONTROL INTERNO	19/01/2022	22 Acciones suscritas, se cierra plan de mejororamento	99%	SI	22 Acciones suscritas, se cierra plan de mejoramiento . La matriz de riesgos de sala de cirugía se aprobó en el mes de Diciembre actualmente se encuentra en fase de ejecución	NO
2021	SSS	LABORATORIO	CONTROL INTERNO	30/04/2021	9 Acciones Suscritas, 8 cumplen, 1 cumple parcialmente.	95%	NO	9 Acciones Suscritas: 8 cumplen, 1 no cumple en relación con la formulación e implementación de la matriz de riesgos según metodología establecida.	NO
2021	SSS	SIAU-JURIDICA	CONTROL INTERNO	31/12/2021	8 acciones suscritas: 4 cumplen, 4 se encuentran en ejecución.	80%	NO	8 acciones suscritas, Plan de mejoramiento aparece cargado en Daruma. No se adjuntan soportes con corte a 31 /12/2021, se requiere cargar soportes para verificar el cierre y efectividad.	NO

PM OFICINA ASESORA DESARROLLO DE SERVICIOS 31/12/2021



10

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

VIGENCIA	No. CONSECUTIVO O PLAN DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE 2021	% AVANCE 30/12/2021	CIERRE PLAN DE MEJORA MIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de
2020	INT-08	GESTION DOCUMENTAL	REVISORIA FISCAL	31/12/2021	1 accion suscrita, cumplimiento parcial	60%	NO	1 Acción suscrita, se encuentra en desarrollo en relación con MIGRACION Y/O COPIA DE SEGURIDAD DOCUMENTO ELECTRONICO DE ARCHIVO TRD 2021/2022	NO
2020	INT-11	SISTEMAS - GOBIERNO EN LINEA	CONTROL INTERNO	30/03/2021	9 Acciones suscritas: 3 cumplen, 3 cumplen parcial y 3 no cumplen	67%	NO	9 Acciones suscritas: 3 cumplen, 3 cumplen parcial y 3 no cumplen	NO
2020	INT-17	CALIDAD - PAMEC/DARUMA	CONTROL INTERNO	31/12/2021	24 Acciones suscritas: 17 cumplen y 7 no cumplen	71%	NO	24 Acciones suscritas: 17 cumplen y 7 no cumplen, concernientes a la implementación de los modulos de encuestas y riesgos.	NO
2021	EXT-02	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO- GESTION AMBIENTAL	ICONTEC	01/11/2021	22 Acciones Suscritas, 22 cumplen.	100%	SI	22 Acciones Suscritas, 22 cumplen,	NO
2021	INT-02	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CONTROL INTERNO	31/12/2021	13 Acciones suscritas: 13 cumplen.	100%	SI	13 Acciones suscritas: 13 cumplen	NO
2021	PA210-014	PLAN ESTRATEGICO DE SEGURIDAD VIAL	CONTROL INTERNO	30/12/2021	Realizo solicitud a control interno para cerrac actividades a	100%	SI	10 acciones suscritas, 10 cumplen	NO

VIGENCIA	SUBGERENCIA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE 2021	% AVANCE 31/12/2021	CIERRE PLAN DE MEJORA MIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de
2021	SSS	LABORATORIO	SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ	31/10/2021	9 acciones suscritas, cumple, 2 en cumplimiento parcial	86%	NO	9 acciones suscritas: 2 en cumplimiento parcial en relación con la actualización del Manual técnico de laboratorio LB-M0-09 el cual se encuentra en revisión y documentar el procedimiento para el manejo de errores	NO
2021	SSS	URGENCIAS	CONTROL INTERNO	28/02/2022	16 acciones suscritas, 5 sin evidencias de avance y/o cumplimiento, 11 en términos de cumplimiento	N/A	NO	Teniendo en cuenta la Res. 124 de 2019, el área de Urgencias mediante oficio del 25/01/2022 solicita ajuste al plan de mejoramiento y compromiso de radicado a la oficina de control interno el día 10-02-2022 y cargue al modulo de planes de acción del Modulo Daruma.	NO
2021	SSS	ESPECIALIDADES CLÍNICAS	CONTROL INTERNO	31/12/2021	17 acciones sin soporte de vence y/o cumplimiento	N/A	NO	De acuerdo con la circular 124 de 2019, el proceso realizo ajuste del plan de mejoramiento. Pendiente cargue en Modulo Planes de acción Software Daruma	NO
2021	SSS	FARMACIA	CONTROL INTERNO	31/02/2022	13 Acciones en términos de cumplimiento	N/A	NO	13 Acciones en términos de cumplimiento	NO
2021	SSS	CONSULTA EXTERNA	CONTROL INTERNO	30/06/2022	12 acciones en termino de cumplimiento	N/A	NO	12 acciones en termino de cumplimiento	NO
2021	SSS	URGENCIAS	SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ	14/02/2022	8 acciones: 2 en términos de cumplimiento, 2 cumplen, 3 cumplen parcialmente, 1 no cumple	60%	NO	1 acción no cumple en relación con la actualización del curso virtual Institucional " Atención a Víctimas de violencia", 3 cumplen parcialmente en relación con la actualización de protocolos se recomienda dar cumplimiento oportuno a los compromisos con SSB.	NO
2021	SSS	CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015	AUDITORIA INTERNA	31/12/2021	18 acciones: 15 acciones cerradas, 3 cumplen parcialmente	91%	NO	3 acciones en ejecución en relación con : " Revisar como se planificara la gestión del cambio frente al Traslado de PMC a UMI" y semaforización en Farmacia vencidos cuarentena y Encuesta en articulación con Comercial	NO
2021	SSS	SIAU	AUDITORIA INTERNA	30/06/2022	3 Acciones, en términos de cumplimiento.	N/A	NO	En términos de cumplimiento.	NO
2022	SSS	HEMODINAMIA	AUDITORIA INTERNA	31/12/2022	5 Acciones, en términos de cumplimiento.	N/A	NO	En términos de cumplimiento. Pendiente cargue en Modulo Planes de acción Software Daruma	NO

1.3 Oficina Asesora Desarrollo de Servicios

VIGENCIA	No. CONSECUTIVO O PLAN DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO IV TRIMESTRE 2021	% AVANCE 30/12/2021	CIERRE PLAN DE MEJORA MIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de
2021	PA210-019	SISTEMAS	CONTROL INTERNO	31/12/2021	9 Acciones Suscritas: 9 cumplen	100%	SI	9 Acciones Suscritas: 9 cumplen	NO
2021	PA210-020	SISTEMAS	CONTROL INTERNO	31/12/2021	10 Acciones Suscritas: 10 cumplen	100%	SI	10 Acciones Suscritas: 10 cumplen	NO
2021	INT-04-2021	GESTION AMBIENTAL	CONTROL INTERNO	30/09/2021	2 Acciones Suscritas: 2 se encuentran en terminos de cumplimiento	NA	NO	2 Acciones Suscritas: 2 se encuentran en terminos de cumplimiento- Plan de mejoramiento pendiente por cargar en Daruma	NO
2021	INT-03-2021	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CONTROL INTERNO	30/10/2021	8 Acciones Suscritas: 8 cumplen	100%	SI	8 Acciones Suscritas: 8 cumplen	NO
2021	INT-05-2021	SERVICIOS DE APOYO	CONTROL INTERNO	30/10/2021	2 Acciones Suscritas: 2 cumplen	100%	SI	2 Acciones Suscritas: 2 cumplen	NO
2021		GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA	CONTROL INTERNO	30/03/2022	25 acciones, en terminos cumplimiento	NA	NO	Plan de mejoramiento pendiente de Cargue en DARUMA, 18 acciones en termino de cumplimiento. De acuerdo a la Res. 124 de 2019 el proceso solicito ajuste en tiempo para el cumplimiento de acciones.	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

FR



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527

actividad, y si es el caso replantear la acción o el tiempo establecido debidamente justificado y que ayude directamente a la eliminación del Hallazgo identificado.

PARÁGRAFO 1. Cuando se requiera ajuste al Plan de Mejoramiento se deberá solicitar por escrito a la oficina de control interno debidamente justificado y aprobado por la Subgerencia y/o Oficina Asesora y Gerencia.

- ✚ De acuerdo al procedimiento institucional se carguen oportunamente los planes de mejoramiento en la herramienta establecida "módulo de Planes de acción del Software Daruma" y se realice el seguimiento de acuerdo a lo programado por el líder responsable y de esta forma poder revisar aprobar y realizar cierre efectivo de los planes de mejoramiento.

12

1.4 PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS

La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja a corte 31 de Diciembre de 2021 tiene suscritos 3 planes de mejoramiento con entes externos, de los cuales 1 se encuentran con porcentaje de cumplimiento del 100%, por lo tanto se cierra; 2 planes con cumplimiento parcial de los cuales el Laboratorio cuenta con un avance del 86% y Urgencias con avance del 60% en relación con el programa de Víctimas de Violencia, se recomienda dar cumplimiento oportuno a los compromisos adquiridos en visitas de la SSB para evitar hallazgos reiterados.

PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS	TOTAL PM	%AVANCE
SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ (PROGRAMA VICTIMAS VIOLENCIA)	1	60%
SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ (LABORATORIO)	1	86%
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO- GESTIÓN AMBIENTAL(ICONTEC)	1	100%

Del seguimiento a planes de Mejoramiento se tiene un **cumplimiento general que corresponde al 82%**.

1.5 PLANES DE MEJORAMIENTO PENDIENTES POR RADICAR

Teniendo en cuenta las auditorias 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°	PROCESO AUDITADO	PM SI/NO
1	CONTRATACIÓN	En termino
2	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO- GESTIÓN AMBIENTAL(ICONTEC)	En termino
3	CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015 Programa Madre Canguro	En termino

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 por parte de algunas áreas planes de mejoramiento de las auditorías realizadas, afectando el sistema de control interno en el cierre de ciclos.

OBSERVACIONES

13

- ✚ 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 evidencia incumplimiento en la elaboración, radicación de planes de mejoramiento y cargue de evidencias en Modulo "Planes de acción del Software Daruma", afectando la mejora continua en los procesos institucionales y el cierre de ciclos de las auditorías, por lo que se hace necesario tomar medidas correctivas necesarias para continuar fortaleciendo el sistema.
- ✚ Se evidencia falta de capacitación y manejo del Módulo de planes de acción del Software Daruma en algunos procesos y personal de la Institución, evidenciado un desconocimiento en el cargue de planes de acción, seguimiento, monitoreo y formas de adjuntar evidencias, ocasionando cierre prematuro de acciones que dificultan el seguimiento a la efectividad por la oficina de control interno.
- ✚ Se evidencia dificultades en la verificación de soportes, así como el seguimiento a la efectividad realizado por la oficina de control interno, ya que se encontró varios planes de mejoramiento cuyas acciones de mejora no se les realizo análisis de causa de igual forma la descripción no es coherente con los hallazgos, por lo cual se debe recordar que las acciones deben ser cotejables, viables y comprensibles.

RECOMENDACIONES

- ✚ Teniendo en cuenta la implementación del módulo de planes de acción del software Daruma y la verificación realizada por la oficina de control interno, se hace necesario realizar capacitación practica por el administrador y/o proveedor del módulo a los lideres de procesos, responsables de acciones y personal de control interno con el fin de realizar un seguimiento objetivo y cierres efectivos a los planes formulados con el fin de mitigar las no conformidades y continuar con la mejora continua Institucional.
- ✚ 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



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527

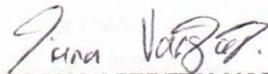
cargados en Daruma, especialmente de los planes en donde persisten acciones que no han alcanzado su cierre efectivo, contribuyendo en la formación de una cultura de autocontrol como principio rector de la actividad diaria de los procesos para el mejoramiento continuo en la entidad, al tener relación directa con la gestión Institucional.

- ✚ 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 los líderes de cada Proceso 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.

14

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: Carolina Correa
Copia: Vía Outlook a los procesos involucrados



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



8-7405030



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



SA-CER560814 OS-CER559527