

Al contestar cite 202311100026201



Tunja, Noviembre 03 del 2023

Doctor
GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZÁLEZ
Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA



E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
GERENCIA
Nancy K.
Recibido por _____
Hora: 8:03 Día 7
Mes 11 Año 2023

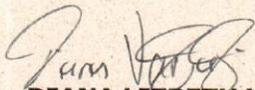
Ref.: Informe seguimiento Planes de Mejoramiento con corte a 30 de Septiembre del 2023.

Cordial Saludo Doctor,

En cumplimiento a la Ley 87/1993 y al Decreto 648 de 2017 de conformidad con las funciones legales y de planeación de esta oficina, adjunto informe de seguimiento a Planes de Mejoramiento de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja con corte a 30 de septiembre de 2023, según lo contemplado en la resolución interna No. 124 de 2019 y su modificatorio 327 del 2022 y demás procedimientos internos de la entidad.

Anexo Informe de la referencia.

ATENTAMENTE



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

Anexo Informe: 12 Folios y matriz de seguimiento planes de mejora OACI-F-03 y Seguimiento matriz planes de mejoramiento
C.C, Subgerencias Oficina Asesora de servicios de Salud y procesos intervinientes.



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



8-7405030



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



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



INFORME DE SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

III TRIMESTRE DE 2023

1

Elaborado por:

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, octubre 2023



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



8-7405030



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



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



INFORME DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA SUSCRITAS EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL Y POR PROCESOS CON CORTE A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023

OBJETIVO

Evaluar y realizar seguimiento al avance y nivel de cumplimiento en las acciones y metas suscritas en planes de mejoramiento suscritos vigentes con corte a 30/09/2023.

2

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

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

PROCESOS Y/O ÁREAS INVOLUCRADAS

- ✓ SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Presupuesto, Contabilidad, Contratación, Gestión Administrativa (Cartera) y Talento Humano.

- ✓ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Farmacia, Farmacia/inventarios, Hemodinamia, Apoyo servicios de salud- Imagenología, Gestión Quirúrgica/sala de partos y ginecología, Uci Adulto, Consulta externa y SIAU

- ✓ OFICINA ASESORA DESARROLLO DE SERVICIOS

ICONTEC ISO 9001, 14001, 45001(interna), Gestión documental, Sistemas resolución 1519 de 2020, Gestión Académica e investigativa, Sistemas /ITA, ISO 14001 e ISO 45001, ICONTEC 9001 madre canguro, Comunicaciones y medios

METODOLOGÍA

El monitoreo a los planes de mejoramiento por procesos con corte a 30 de septiembre de 2023, se encuentra establecida en la Resolución interna 124 de 2019 y su modificatorio Resolución 327 del 2022, en el manual OACI-M-02 Manual de Planes de mejoramiento y Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento del plan de mejoramiento por procesos.

La oficina de control interno a través de correo electrónico de fecha 30 de septiembre del 2023, realizó comunicado a los procesos, solicitando las evidencias y avances de cada uno de los planes de



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



8-7405030



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



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



SC-CER906254



SA-CER580814

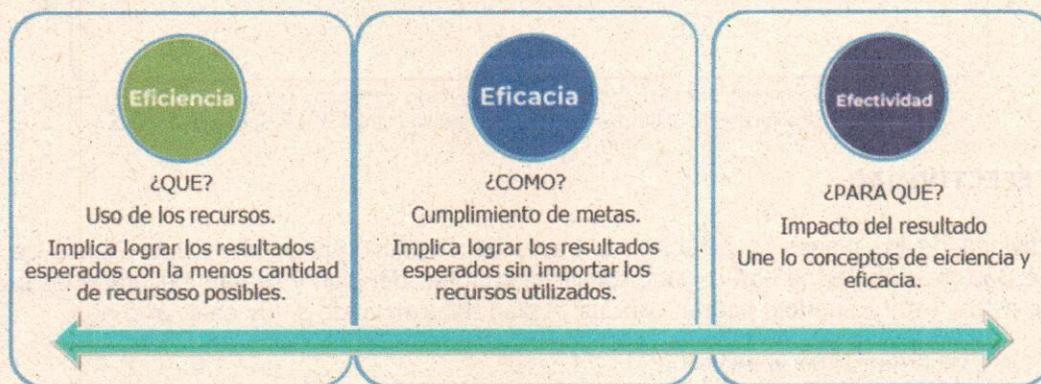


OS-CER559527



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.

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:

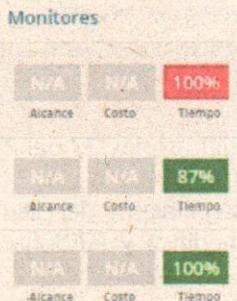


3

• **EFICIENCIA**

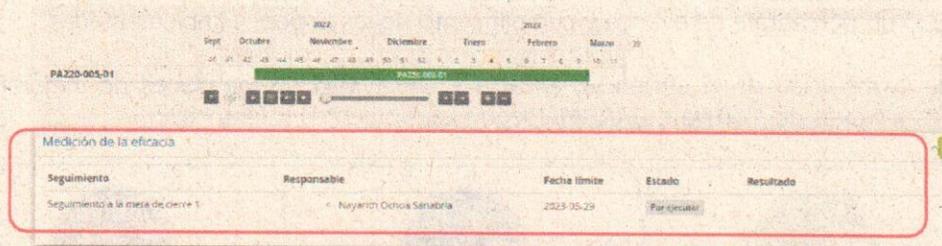
El monitor del software DARUMA visualiza la eficiencia de las acciones y los planes de acción, teniendo en cuenta tres variables las cuales son: La fecha de inicio del plan de Acción, la fecha final del plan de Acción y la fecha en la que se consulta el plan de Acción tomada como un hoy una vez contenidas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

- **Fecha de inicio:** 22 noviembre de 2017 = 22/11/2017
- **Fecha final:** 30 noviembre de 2017 = 30/11/2017
- **Fecha de consulta (Hoy):** 24 De noviembre de 2017 = 24/11/2017 Una vez se tienen definidas las variables se procesa a generar los cálculos matemáticos
- HOY - FECHA FINAL = -6 =Lo llamaremos resultado 1 (R1)
- FECHA FINAL - FECHA DE INICIO = 8= Lo llamaremos resultado 2 (R2) Finalmente calculamos la siguiente formula
- $R1 / (R2+1) = 0.66 = 66\%$ Resultado monitor de tiempo



Fuente: Figura 2: Monitores – Instructivo IN-IN-0016 –V-Vr.3.302 Modulo Planes MJD – Software Daruma

➤ **EFICACIA**



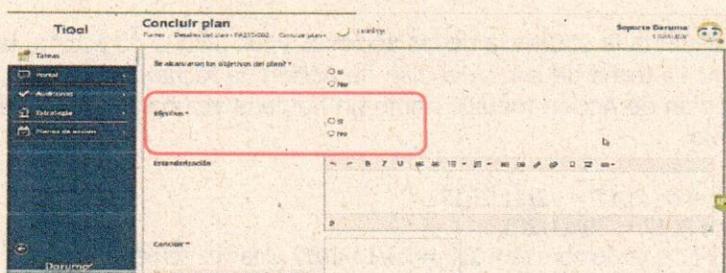
Fuente: Instructivo IN-IN-0016 –V-Vr.3.302 Modulo Planes MJD – Software Daruma

➤ **EFFECTIVIDAD**

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.

4.4.2 Conclusión del Plan de Acción

Realizados todos los seguimientos programados, el plan de acción quedará en estado "Pendiente por cerrar" se realiza la conclusión final del plan de acción. Para esto el responsable encontrará la tarea para realizar el cierre en el panel de tareas o lo podrá hacer desde la ficha detallada del plan. Ver Figura 58. Ejecución de la conclusión del plan de acción.



Título Concluir plan

Formulario con campos: Se alcanzaron los objetivos del plan?, Eficacia, Estandarización, Concluir.

El formulario del plan de cierre del plan de acción está compuesto por los siguientes campos:

- **Se alcanzaron los objetivos del plan:** Se selecciona si el plan acción alcanzo los objetivos o no
- **Cierre efectivo:** Se define si el plan tuvo un cierre efectivo o no
- **Estandarización:** Que se logró estandarizar con el plan, procedimientos, actividades, recursos físicos, etc.
- **Concluir:** Se registran las opciones de conclusión del plan de acción. Una vez se diligencian todos los campos del formulario y se da clic sobre el botón de guardar el plan va a quedar con el estado final del plan. "Cerrado"

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

SOPORTES

- Resolución Interna 124 de 2019 y su modificatorio 327 del 2022
- Manual de planes de mejoramiento OACI-M-02
- Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento del plan de mejoramiento por proceso
- Decreto 648 de 2017 «Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública»
- Software DARUMA
- Documentación presentada por los procesos.

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 institucional y por procesos con el fin de revisar el estado de avance de las acciones establecidas.

De acuerdo a la información cargada en el Módulo de planes de acción del Software DARUMA y en la matriz de seguimiento de planes de mejoramiento Institucional por procesos con acciones pendientes de cumplimiento derivadas de auditorías Interna y Externas, como: Control Interno, calidad, Icontec, Contraloría General de Boyacá, se consolidaron a 30 de septiembre de 2023.

Para el caso del seguimiento del plan de mejoramiento de Contraloría General de Boyacá, se creó el siguiente link [Plan de mejoramiento contraloría vigencia 2023](#) y se realizara a través del formato de esta entidad, (PAPEL DE TRABAJO PT 03-PF EVALUACIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO).

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 2021-2023, que se estructuraron para corregir desviaciones encontradas como resultado de auditorías internas y externas realizadas a la entidad, con el propósito de fortalecer la ejecución de los procesos y minimizar el riesgo en el desarrollo de la gestión institucional.

En la siguiente tabla se relaciona las Subgerencias y los procesos responsables de los planes de mejoramiento identificando aquellos que están: Abiertos, Cerrados, Vencidos, en término y reformulados.

SUBGERENCIA	VIGENCIA	PROCESO	TOTAL PM	PLANES CERRADOS	PLANES ABIERTOS		REFORMULACIÓN DEL PLAN	%PROMEDIO	EFECTIVIDAD DEL PLAN
					VENCIDOS	EN TÉRMINOS			
SAF	2022	CONTRATACION	1	0	1	0	0	88%	
	2022	CARTERA	1	1	0	0	0	100%	Verificación de efectividad
	2023	CARTERA	0	0	0	0	1	NA	
	2023	CONTABILIDAD / PRESUPUESTO	1	0	0	1	0	NA	
SSS	2022	GESTION QUIRURGICA/SALA DE PARTOS Y GINECOLOGIA	1	1	0	0	0	100%	Verificación de efectividad
	2022	HEMODINAMIA	1	0	1	0	0	75%	
	2022	UCI-ADULTO	1	0	1	0	0	72%	
	2023	FARMACIA	1	0	1	0	0	77%	
	2023	SIAU	1	0	1	0	0	92%	
	2023	FARMACIA-INVENTARIOS	1	0	1	0	0	92%	
	2023	CONSULTA REPLANTEADO EXTERNA(IMAGENOLOGIA)	1	1	0	0	0	100%	Verificación de efectividad



	2023	CONSULTA EXTERNA	1	0	1	0	0	67%	
	2023	CONSULTA EXTERNA(IMAGENOLOGIA)2023	1	0	0	1	0	NA	
OADS	2021	GESTIÓN ACADEMICA E INVESTIGATIVA	1	0	1	0	0	98%	
	2022	COMUNICACIONES Y MEDIOS	1	0	1	0	0	80%	
	2022	GESTIÓN DOCUMENTAL	1	0	0	1	0	NA	
	2022	ICONTEC ISO 9001, 14001, 45001	1	1	0	0	0	100%	Verificación de efectividad
	2022	SISTEMAS/ RESOLUCIÓN 1519 DE 2020	2	0	2	0	0	74%	
	2023	INCONTEC MADRE ISO 9001-2015 CANGURO	1	1	0	0	0	100%	Verificación de efectividad
	2023	INCONTEC ISO 14001 E ISO 45001	1	0	0	1	0	78%	
	2023	SISTEMAS	1	0	0	1	0	33%	
	2023	AUDITORIA INTERNA PARA LA NORMA ISO 9001 GESTION DE CALIDAD	1	0	0	1	0	NA	
	2023	AUDITORIA INTERNA PARA LA NORMA 14001 GESTION AMBIENTAL	1	0	0	1	0	NA	
	2023	AUDITORIA INTERNA PARA LA NORMA ISO 45001:2018 SST	1	0	0	1	0	NA	
	TOTAL			24	5	11	8	1	

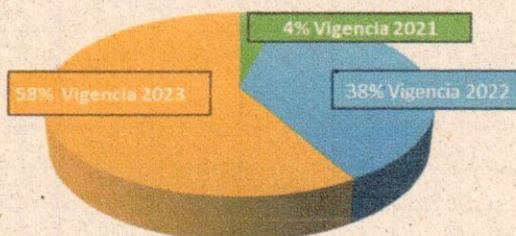
Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

La oficina de control interno realizó seguimiento y evaluación a los 24 planes de mejoramiento vigentes suscritos con corte a 30 de septiembre de 2023, donde se cerraron 5 planes de mejoramiento, 11 se encuentran vencidos, 8 en términos de cumplimiento y uno en reformulación.

A continuación, se observa el seguimiento de planes de mejoramiento por vigencia y en estado abierto:

- ✓ 2021: (1) Plan de mejoramiento corresponde al 4%
- ✓ 2022: (9) Planes de mejoramiento Corresponde al 38%
- ✓ 2023: (14) Planes de mejoramiento corresponden al 58%

PLANES DE MEJORAMIENTO POR VIGENCIA



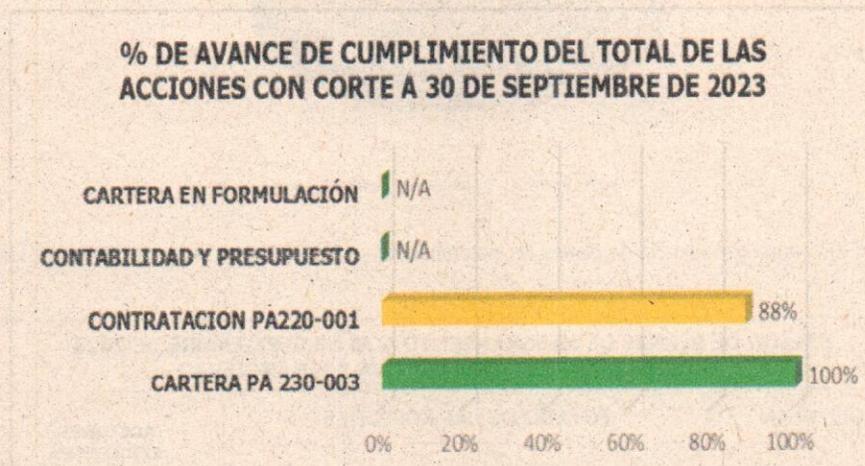
Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

1.1 SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

La oficina de control interno realizó seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la subgerencia Financiera con corte a 30 de Septiembre de 2023, 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.**

7

En la gráfica siguiente se muestra el avance de cumplimiento de las acciones suscritas en los planes de mejoramiento para la Subgerencia Administrativa y Financiera por procesos correspondientes al tercer trimestre de 2023, 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

- ✓ 4 planes de mejoramiento suscritos correspondiente a contratación, cartera y contabilidad/presupuesto.
- ✓ En el presente trimestre se cierra acción del plan de mejoramiento PA230-003 del proceso de cartera; quedando pendiente evaluar la efectividad de la acción No. 4 para el próximo seguimiento.
- ✓ 1 plan de mejoramiento con 1 acción vencida correspondiente al proceso de contratación.
- ✓ El proceso de cartera para el presente trimestre tiene una acción en término, acción que fue trasladada de contabilidad sobre la sistematización de cartera en SERVINTE. No se ha suscrito debido a que se requiere replantearla de acuerdo con los lineamientos y avances que dependen de la respuesta a la solicitud hecha a los desarrolladores del sistema SERVINTE.



A continuación se muestran las acciones de mejora formuladas en los 4 planes de mejoramiento vigentes de la Subgerencia Administrativa y Financiera con corte a 30 de septiembre del 2023, producto de las fuentes de hallazgo de la Oficina de control Interno, cuenta con 16 acciones suscritas de las cuales 4 hay acciones se encuentran en término equivalentes al 4%, 1 acciones vencidas en color rojo en peso porcentual el 6%, que corresponden al 25% y 11 acciones cerradas que corresponden al 69% en color verde:



8

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

ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023 SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA											
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 EJECUCION		
				EN TÉRMINO	VENCIDAS						
CONTRATACION	2022	PA220-001	7	0	1	6	6	1	0	N.A.	
CARTERA	2022	PA 230-003	5	0	0	5	5	0	0	Para medir efectividad	
CARTERA	2023	NA	0	0	0	0	0	0	0	N.A.	
CONTABILIDAD / PRESUPUESTO	2023	PA230-031	4	4	0	0	0	0	4	N.A.	
TOTAL			16	4	1	11	11	1	4		

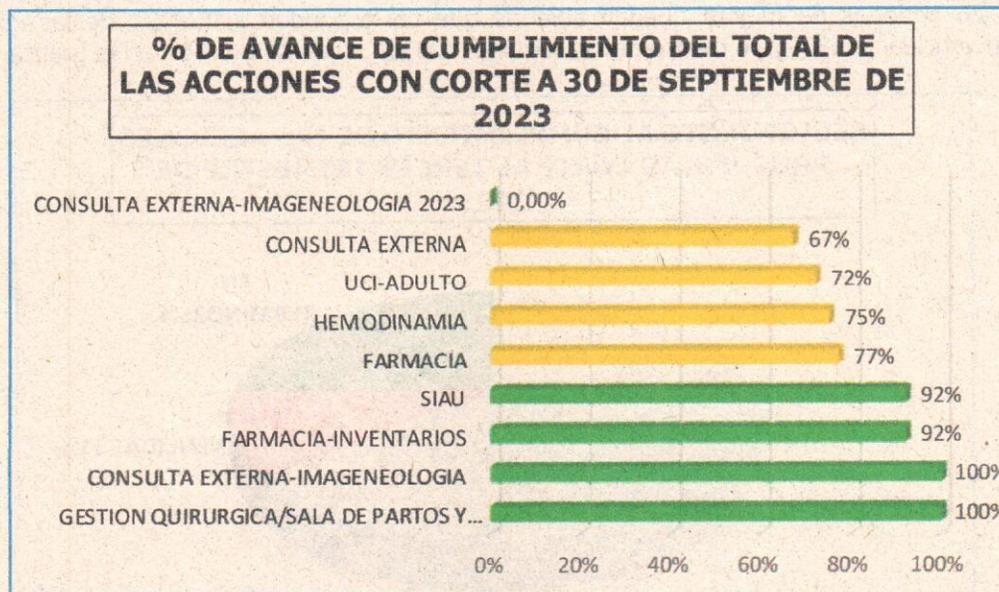
Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software DARUMA

1.2 SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD

La oficina de control interno realizo seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la subgerencia Servicios de Salud con corte a 30 de septiembre del 2023, consolidando sus resultados a través de la matriz de seguimiento planes de mejoramiento (Institucional y por proceso) con código OACI-F-03, teniendo en cuenta: Vigencia, consecutivo, proceso responsable, fuente de Hallazgo, fecha de Cierre, Avances, Cierre de plan y Observaciones.

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 de las acciones suscritas en los planes de mejoramiento para Subgerencia de Salud por procesos con corte a 30 de septiembre del 2023, donde se evidencia que se presentaron avances a las acciones suscritas.



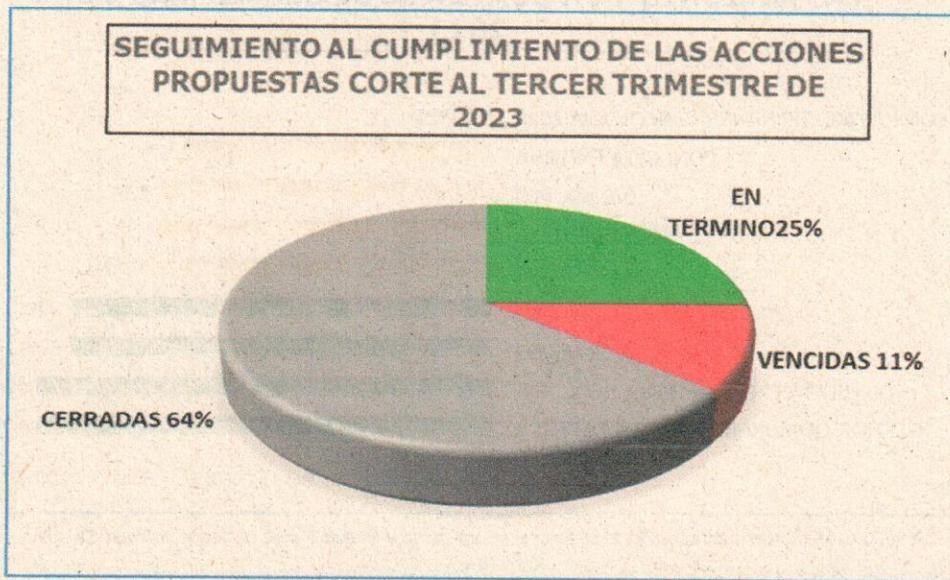
Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidado de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software DARUMA

- 1 plan de mejoramiento del 2022, PA2218-001 con un cumplimiento a corte de este trimestre del 100%, correspondientes proceso de Gestión Quirúrgica sala de parto/ginecología.
- 1 plan de mejoramiento producto del replanteamiento del plan correspondiente al servicio de imagenología de la vigencia 2020, el cual fue reasignado al proceso de consulta externa, con un cumplimiento del 100%.
- 1 plan de mejoramiento del 2022 PA222-003, con avance total del 75 % correspondiente a servicio Hemodinámica, **con una acción vencida**
- 1 plan de mejoramiento del 2022 PA220-007 con un avance total del 72% correspondiente al proceso UCI Adulto, **con siete acciones vencidas**.



- 1 plan de mejoramiento correspondiente auditoría realizada al proceso Gestión farmacéutica en la vigencia 2022, el cual fue elaborado en el mes de enero de 2023, con un avance del 77%, **con seis acciones vencidas**.
- 1 plan de mejoramiento de 2023 producto del informe final de los Inventarios físicos realizados en farmacia corte diciembre de 2022, el cual fue elaborado en el mes de enero de 2023, con un avance del 92%, **con una acción vencida**
- 1 plan de mejoramiento del 2023, PA230-020 correspondientes procesos de consulta externa, con un avance del 77%, **con unas acciones vencidas**
- 1 plan de mejoramiento del 2023, PA230-034 correspondientes procesos de consulta externa-imagenología-2023, en términos de ejecución.
- 1 plan de mejoramiento PA230-015 que corresponde a SIAU con avance de 92% y **vencido**

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas, con corte 30 de septiembre del 2023 de la Subgerencia de Servicios de Salud, producto de las fuentes de hallazgo (Oficina de Control Interno) Cuenta con 144 Acciones formuladas de las cuales 91 acciones de mejora se cerraron que corresponden al (64%), 26 acciones de mejora quedan abiertas que corresponden al (38%), de las cuales 17 se encuentran vencidas (11%) y 36 dentro de los términos (25%). como se muestra en la gráfica siguiente:



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

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023 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				
HEMODINAMIA	2022	PA222-003	4		1	3	3	1	N.A.
GESTIÓN QUIRÚRGICA/SALA	2022	PA2218-001	22			22	11	11	EN SEGUIMIENTO



DE PARTOS Y GINECOLOGÍA									A LA EFECTIVIDAD
UCI-ADULTO	2022	PA220-007	25		7	18	1	24	NA
FARMACIA	2023	PA230-008	26		6	20	2	24	N.A.
FARMACIA-INVENTARIOS	2023	PA230-009	12		1	11	1	11	N.A.
CONSULTA EXTERNA-IMAGENOLÓGIA	2023	PA230-005	2			2		2	EN SEGUIMIENTO A LA EFECTIVIDAD
SIAU	2023	PA230-015	6	0	1	5	2	4	N/A
CONSULTA EXTERNA	2023	PA230-020	15	4	1	10	4	11	N.A.
CONSULTA EXTERNA-IMAGENOLÓGIA 2023	2023	PA230-034	32	32			32		N.A.
TOTAL			144	36	17	91	54	84	

11

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 144 acciones, el 11% (17) se encuentran vencidas, se recomienda a los líderes de los siguientes procesos: Hemodinamia, UCIA, Farmacia, SIAU y consulta externa el cumpliendo con los plazos establecidos en el plan de mejoramiento y el cargue oportuno de los soportes.

ACCIONES VENCIDAS A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023

Al corte de 30 de septiembre de 2023, diez y seis (16) acciones se encuentran en estado vencidas, se evidencia una disminución significativa respecto al trimestre anterior en el cual se reportaron cuarenta y nueve (49) acciones vencidas.

ACCIONES VENCIDAS SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD CORTE 30/09/2023			
2022	HEMODINAMIA	PA222-003	1
2022	UCI ADULTO	PA220-007	7
2023	FARMACIA	PA230-008	6
2023	FARMACIA-INVENTARIOS	PA230-009	1
2023	SIAU	PA230-015	1
2023	CONSULTA EXTERNA	PA230-020	1
TOTAL			17

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

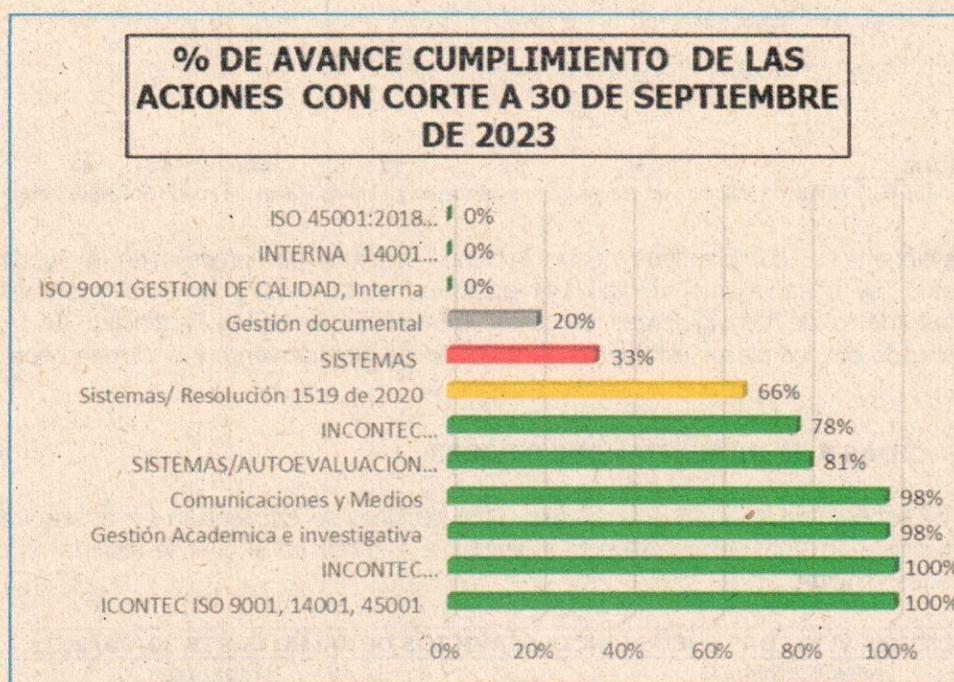
1.3 OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

La oficina de control interno, realizo seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la Oficina Asesora Desarrollo y servicios, con corte a 30 de septiembre del 2023, 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.

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 de las acciones suscritas en los planes de mejoramiento para Subgerencia de Salud por procesos con corte a 30 de septiembre del 2023, 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 PA220-004, que corresponde a Gestión Académica e Investigativa con avance total del 98% **y vencido**
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA220-003, que corresponde a Gestión Documental con avance total del 20%. Y dentro de términos
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA220-002 con avance total de 98%, que corresponde a Comunicaciones **y vencido**
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA220-010 que corresponde a Sistemas con avance total de 66% que corresponde a Sistemas
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA220-006 con avance total del 100% que corresponde a auditoría interna ISO 9001, ISO 14001 y 45001. Cerrado y en seguimiento de efectividad
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-001 con avance total del 100% que corresponde a auditoría externa ICONTEC MADRE CANGURO ISO 9001-2015, cerrado y en seguimiento de efectividad

- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-002 con avance total de 78% que corresponde a auditoría externa de-ICONTEC ISO 14001 e ISO 45001
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-004 que corresponde a Sistemas con avance de 33% **y vencido**
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-026 que corresponde a sistemas/autoevaluación resolución 1519 de 2020, con un avance de 81% **y vencido**
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-039, que corresponde a ISO 9001, sistema de gestión de calidad (interna) en términos para su ejecución
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-036 que corresponde a ISO 14001 Gestión ambiental (interna) en términos para su ejecución
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-037 que corresponde a ISO 45001 SST, **con una acción vencida**

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas en los planes de mejoramiento con corte 30 de septiembre de 2023 de la Oficina Asesora de Desarrollo de servicios, producto de las fuentes de hallazgo (Oficina de Control Interno y CERTIFICACIÓN ISO 14001,450001). Cuenta con 235 (100%) Acciones formuladas, de las cuales 151 acciones de mejora se cerraron que corresponden al 65%, 75 acciones de mejora quedan abiertas en términos que corresponden al 31%, 9 se encuentran vencidas (4 %) como se muestra en la gráfica siguiente:



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

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023 OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS									
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento)		EFECTIVIDAD DEL PLAN
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA A PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS	SI	NO	
				EN TÉRMINOS	VENCIDAS				



				0					
Gestión Académica e investigativa	2021	PA212-004	24	0	1	23	5	19	N.A.
Comunicaciones y Medios	2022	PA220-002	6	0	1	5	0	6	N.A.
Gestión documental	2022	PA220-003	5	4	0	1	0	1	N.A.
ICONTEC ISO 9001, 14001, 45001	2022	PA220-006	69	0	0	69	29	40	EN SEGUIMIENTO O A LA EFECTIVIDAD
Sistemas/ Resolución 1519 de 2020	2022	PA220-010	6	2	0	4	3	1	N.A.
INCONTEC MADRE CANGURO ISO 9001-2015	2023	PA230-001	9	0	0	9	2	7	EN SEGUIMIENTO O A LA EFECTIVIDAD
INCONTEC ISO 14001 e ISO 45001	2023	PA230-002	33	6	1	26	8	18	N.A.
SISTEMAS	2023	PA230-004	3	0	2	1	0	3	N.A.
SISTEMAS/AUTOEVALUACIÓN RESOLUCIÓN 1519 DE 2020	2023	PA230-026	16	0	3	13	5	11	N.A.
ISO 9001 GESTIÓN DE CALIDAD (interna)	2023	PA230-039	35	35	0	0	35	0	N.A.
ISO 14001 GESTIÓN AMBIENTAL (interna)	2023	PA230-036	10	10	0	0	0	0	N.A.
ISO 45001:2018 SST (interna)	2023	PA230-037	19	18	1	0	18	1	N.A.
TOTAL			235	75	9	151	107	111	

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

Al corte de 30 de septiembre del 2023, se presentan nueve (9) acciones de mejora vencidas, las cuales se detallan a continuación:

ACCIONES VENCIDAS Y EN PROCESO DE REFORMULACIÓN OFICINA ASESORA DE DESARROLLO Y SERVICIOS 30/09/2023			
AÑO	No CONSECUTIVO PLAN	PROCESO/SERVICIO	ACCIONES VENCIDAS
2021	PA2212-004	(interna) GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA	1
2022	PA220-002	(interna) COMUNICACIONES	1
2023	PA230-002	(externa) ICONTEC ISO 14001 e ISO 45001	1

2023	PA230-004	SISTEMAS	2
2023	PA230-026	SISTEMAS/AUTOEVALUACIÓN RESOLUCIÓN 1519 DE 2020	3
2023	PA230-037	ISO45001: 2018 SST (interna)	1
TOTAL			9

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

15

2. PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS

La ESE. Hospital Universitario San Rafael de Tunja a corte 30 de septiembre de 2023 tiene suscritos planes de mejoramiento con entes externos, los cuales se relacionan a continuación:

PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS	TOTAL, PM	%AVANCE GENERAL
CONTRALORÍA	1	En términos
INCONTEC ISO 14001 e ISO 45001	1	78%
ISO 9001 GESTIÓN DE CALIDAD (interna)	1	N/A
ISO 14001 GESTIÓN AMBIENTAL (interna)	1	N/A
ISO 45001:2018 SST (interna)	1	N/A

Fuente: Software Daruma

2.1 SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORÍA VIGENCIA 2022 (SUSCRITO)

A continuación, se realiza un seguimiento de avance del plan de mejoramiento, es importante tener en cuenta que la fecha de terminación de actividad se encuentra en término, sin embargo, desde la oficina de control interno se realiza seguimiento a los avances registrado por los diferentes procesos y se recomienda avanzar en el cumplimiento de este plan. Se anexara el seguimiento en Excel a los líderes de proceso.

No. de hallazgo	Acción de mejora	OBSERVACIÓN CONTROL INTERNO.
8	10	
1	* Estimar el Proyectar presupuesto teniendo en cuenta el artículo 17 de la Ley 1797 de 2016, modificado por el artículo 128 de la Ley 1940 de 2018,	El plan de mejoramiento suscrito por la contraloría se encuentra en termino y no se ha cargado evidencias
2	*Aplicar los códigos correspondientes de acuerdo al catálogo de clasificación	El plan de mejoramiento suscrito por la contraloría se encuentra en término.



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



8-7405030



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



<p>3-9</p>	<p>1. Realizar actualización del manual de cartera de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</p> <p>2. Aplicar lo establecido en el manual de cartera vigente, y al formato CAR-PR-12 (PROCESO DE COBRO) dando cumplimiento a las diferentes modalidades de cobro establecidos en los mismos.</p> <p>3. Trasladar requerimiento escrito a la Supersalud informando el no cumplimiento de la normatividad enunciada por parte de terceros, bajo políticas de circular 00024 de 2020 emitidas por dicha autoridad.</p> <p>4. Generar reporte y socializarlo en el comité de cartera, trimestral de la gestión del cobro realizada.</p>	<p>El plan de mejoramiento suscrito por la contraloría se encuentra en término.</p> <p>El auditor no pudo verificar los avances del plan de mejoramiento de la contraloría, recordamos que se debe cargar esta información para poder hacer seguimiento a este.</p>
<p>4</p>	<p>1. Efectuar el cobro de la facturación glosada de la cual no se manifestó la EAPB si levantaba total o parcialmente la glosa o la dejaba como definitiva en cumplimiento a la ley 1438 del 2011 art. 57.</p> <p>2. Seguimiento efectivo al total de cobros a las EAPB, efectuando un nuevo cobro con liquidación de intereses moratorios cuantificados a aquellas de las cuales no dieron respuesta al cobro inicial.</p>	<p>El proceso aporta como evidencia de la acción adelantada 46 oficios que corresponden a pronunciamientos de ratificación de glosa dirigidos a las entidades responsables de pago, oficios con fecha 24 de febrero, 04 de mayo y 13 de Julio, esto indica que ha sido una gestión continua. Sin embargo, es necesario que se anexen radicados o el envío de las solicitudes por correo físico o electrónico con el fin de que la evidencia sea suficiente, pertinente, adecuada y que respalde el cumplimiento de la acción y su efectividad.</p> <p>No se adjunta como fuente de verificación la matriz de seguimiento al cobro al proceso de cartera.</p>
<p>5</p>	<p>Efectuar el cobro de las Actas de levantamiento de glosas, si la EPS no cancela en lo definido entre las partes según acta o dentro de los tiempos establecidos en la norma se liquidarán intereses moratorios cuantificados a la fecha.</p>	<p>El proceso soporta esta acción con los oficios enviados en los meses de febrero a septiembre a las entidades responsables de pago en donde se evidencian los oficios de cobro persuasivo y perjudico de actas de levantamiento y conciliación de glosa e interés.</p> <p>De esta manera para este trimestre en el mes de Julio se presentaron 10 oficios persuasivos, y 3 derechos de petición, en Agosto 6 persuasivos y 8 derechos de petición con los envíos y en septiembre 6 derechos de petición y 10 envíos.</p> <p>Se destaca que se hace cobro de intereses moratorios en los derechos de petición de los meses de Julio y agosto.</p> <p>Es necesario que se anexen radicados o el envío de las solicitudes por correo físico o electrónico con el fin de que la evidencia sea suficiente, pertinente, adecuada y que respalde el cumplimiento de la acción y su efectividad</p>

6

1, Realizar análisis de la glosa aceptada correspondiente a los contratos de servicios con personas jurídicas, donde se analiza la presunta responsabilidad de estos en cada una de las objeciones recibidas, con el fin de informar al respectivo apoyo de la supervisión del contrato dicho análisis, y así tomar las acciones pertinentes de descuento, producto de las objeciones que sean su absoluta responsabilidad y no sea inherente al funcionamiento propio de la IPS.

2. Continuar con la Auditoría Médica Concurrente, con enfoque de seguimiento y control a la atención en salud con criterios de calidad, efectividad y oportunidad, la cual permite la interacción de los procesos asistenciales y administrativos.

3. Continuar con el desarrollo y seguimiento de los usuarios con inconvenientes con su afiliación al SGSSS a través de la oficina de aseguramiento, que permite lograr afiliaciones de oficio de manera inmediata y así misma definición de pagador responsable de los servicios prestados.

4. Continuar con la Identificación adecuada de causales de glosa por concepto general y específico según lineamientos de la resolución 3047 de 2008, identificación de glosa por centro de costo y/o servicio y la identificación de glosa por vigencia que permite establecer análisis de glosa, porcentajes de glosa o devoluciones sobre la facturación y realizar seguimiento a indicadores institucionales para toma de decisiones.

5. Detectar las no conformidades generadoras de glosa de manera preventiva y correctiva, con cada uno de los procesos generadores de la mismas realizando la socialización de causales y casos de glosa a los servicios y procesos involucrados, dejando como evidencia actas donde se describen hallazgos específicos para toma inmediata de acciones por parte del servicio.

6. Establecer dentro de las obligaciones generales contractuales con contratistas asistenciales, un ítem que contemple e incluya la responsabilidad de la adherencia a guías y protocolos, así como la realización de actividades encaminadas a la contención de la glosa desde la atención del paciente.

El proceso presenta evidencia de 4 de las 6 acciones propuestas.

En cuanto a la **observación No. 1**; El auditor evidencia que se aportan carpetas de actas de glosa de los 3 primeros trimestres de 2023. Para el trimestre Julio / Septiembre se adjuntan 9 actas de socialización de causales de glosa y un acta de apoyo a glosa de UCI adultos, por lo tanto el resultado del indicador 1342 de socialización de causales de glosa revela un cumplimiento del **100%**.

Adicionalmente aportan certificación de hemodinamia de descuento por glosa, sin firma de quien la suscribe, se sugiere adjuntar la certificación con firma para que tenga validez el soporte.

Respecto a la **observación No.2** el proceso aporta reporte diario de auditoría de concurrencia extraído de SERVINTE, correspondiente a septiembre en donde se evidencia las notas de los auditores concurrentes. En cuanto al indicador 1679 Seguimiento a estancia hospitalaria prolongada al mes de Septiembre el resultado fue de 83,80% superando la meta establecida en el 70%, la tendencia del indicador durante el 3er trimestre fue de incremento.

En la observación **No. 3** el proceso adjunto como evidencia el formato AS-F-04 seguimiento a pacientes sin afiliación tomando como muestra los días 5 al 7 de septiembre en donde se observa la gestión realizada al respecto.

El proceso adjunta el indicador 1341 identificación de causales de glosa para soportar la **observación No. 4**, el resultado da un cumplimiento del 100%, es decir que del total de glosas identificadas se dio respuesta a todas las glosas iniciales. Sin embargo, para el auditor es necesario verificar la fuente del denominador y el denominador del indicador para medir su efectividad.

En cuanto al indicador 546 que adjunta el proceso para hacer seguimiento al porcentaje de aceptación de glosa de la vigencia que en el mes de agosto fue del 0,75% y del 0,79 para el mes de septiembre lo que indica un crecimiento en la aceptación de la glosa frente a la facturación. Aunque la meta es menor o igual al 4% es importante mantener y reducir los resultados que se han venido logrando, para dar cumplimiento a la acción.



7	<p>1 Contabilidad registrará el valor de las glosas comunicadas, el valor de glosas subsanadas y el valor de las glosas aceptadas por el hospital en las cuentas de orden, de conformidad con el procedimiento y normatividad establecida para tal fin.</p> <p>2 auditoria Medica certificará a contabilidad mensualmente el valor de glosas comunicadas inicialmente; de igual forma certificara el valor subsanado y el valor aceptado a fin de contabilizar el movimiento de las operaciones en mención en la subcuenta de orden deudora 833322- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</p> <p>3. Realizar de manera trimestral conciliación conjunta entre Auditoria Médica y Contabilidad para verificar la consistencia de los movimientos y saldos reflejados en los Estados Financieros.</p>	<p>Una vez verificada la evidencia aportada por el proceso que contiene: PDF del libro mayor acumulado al mes de agosto de la cuenta 8333 facturación glosa venta de servicios de salud , certificación de auditoría de cuentas médicas y contabilidad y la matriz de seguimiento contable al registro de las glosas se evidencia que el saldo final corresponde para cada una de las evidencias, sin embargo es importante observar el movimiento débito y crédito de las subcuentas e indicar si adicional al movimiento conciliado hay otro tipo de ajustes que incida en el saldo de las cuentas si se llegara darse el caso. El auditor destaca la elaboración de la matriz como herramienta útil de seguimiento y control para el presente hallazgo.</p>
8	<p>Efectuar el cobro del valor de glosa injustificada más intereses moratorios liquidados según lo establece el Decreto 780 de 2016</p>	<p>El proceso adjunta 11 archivos que contienen cobros de las glosas injustificadas e intereses moratorios a las entidades responsables de pago. Sin embargo, en lo concerniente al tercer trimestre de 2023 solamente se evidencia un oficio, los restantes cobros fueron elaborados en los meses de febrero y mayo. Se sugiere que en el evento de que en el tercer trimestre se hayan presentado glosas injustificadas se deben enviar y adjuntar a este seguimiento los respectivos cobros realizados.</p>
10	<p>1. Elaborar y soportar en debida forma actas y/o boletines de deudores morosos.</p> <p>2. Adjuntar documentos y anexos que soporten la información reportada, según se requiera.</p>	<p>No adjuntan evidencias que permitan observar el avance para este seguimiento, sin embargo, se aclara que el plan se encuentra en términos de ejecución.</p>
11	<p>1) Actualizar procedimiento A-PR-13 "plan anual de adquisiciones" que incluya criterios de estructuración, Tiempos, roles y responsabilidades Y lineamientos que permitan facilitar la programación y divulgación necesidades de bienes y servicios con todos los actores, de la proyección del PAA.</p> <p>2) Realizar seguimiento al PAA, frente la planeación contractual</p>	<p>No adjuntan evidencias que permitan observar el avance para este seguimiento, sin embargo, se aclara que el plan se encuentra en términos de ejecución.</p>
12-15-16-17-18-22-25-28-29-30-32-34-35-36-42-46-47-48-49	<p>1) Revisar y generar las variables que deben reunir los servicios a contratar para los estudios de mercados de contratos según su tipo. (Línea técnica, estudios desagregados, detallados)</p> <p>2) Generar y socializar circular informativa frente a los lineamientos del adecuado manejo del formato ECO.</p> <p>3) Verificar los lineamientos permanentes de los Estudios de Mercado</p>	<p>Se adjunta Borrador de la circular que contiene los lineamientos para procesos contractuales.</p> <p>Se recomienda avanzar en el cumplimiento de estas acciones de mejora, teniendo en cuenta que apuntan al cierre de 19 hallazgos relacionados con la parte contractual</p>

<p>13-20- 23-31- 33-37- 38-39- 41-43- 44</p>	<p>1) Definir metodología de gestión de riesgo que se debe llevar a cabo en el proceso contractual en las etapas de planeación, selección y ejecución de los diferentes tipos de contratos que se manejan en la institución. 2) Socializar y realizar despliegue de metodología de gestión del riesgo del proceso contractual. 3) Verificar a través de muestra aleatoria la adherencia a la gestión del riesgo acorde a los lineamientos definidos en la metodología de gestión del riesgo del proceso contractual.</p>	<p>Se evidencia acta de reunión realizada por Gestión del riesgo con el proceso de Gestión contractual el día 18 de julio de 2023 con el objeto de definir riesgos para cada una de las etapas contractuales. Se recomienda avanzar en el cumplimiento de estas acciones de mejora, teniendo en cuenta que apuntan al cierre de 11 hallazgos relacionados con la parte contractual</p>
<p>14-19- 21-24- 26-27</p>	<p>1) Ajustar los lineamientos de los informes de supervisión para todos los contratos 2) Socializar despliegue e implementar los lineamientos de supervisión mediante circular informativa. 3) Verificar los lineamientos permanentes y detallados de la supervisión.</p>	<p>No se adjunta ninguna evidencia en el Drive, dispuesto para el cargue de información. Se recomienda avanzar en el cumplimiento de estas acciones de mejora, teniendo en cuenta que apuntan al cierre de 6 hallazgos relacionados con la parte contractual</p>
<p>40-45</p>	<p>1) Actualizar, socializar y desplegar el manual de contratación frente a la aprobación de los términos de referencia</p>	<p>Es importante tener en cuenta la acción propuesta contiene, los verbos aprobación y socialización, por tanto, es importante continuar avanzando para dar un cumplimiento total</p>
<p>50</p>	<p>1. Actualizar el manual de facturación artículo 19 frente a los términos de radicación de acuerdo con la normativa aplicable 2. Realizar periódicamente radicación de la facturación pendiente: de manera presencial, digital en las plataformas establecidas por las EPS o mediante correos certificados, para control de la radicación efectiva. .</p>	<p>El proceso aporta imagen del estado en DARUMA del manual de facturación que se encuentra en elaboración. Lo cual evidencia que ya se ha dado inicio a la acción propuesta para el hallazgo. Igualmente aporta cuadro en Excel de facturación radicada mensualmente hasta septiembre de 2023, sin embargo, la fuente de verificación planteada en el plan de mejoramiento indica una Matriz de seguimiento y control al proceso de facturación y radicación, por lo que la matriz presentada no permite evaluar la efectividad de la acción.</p>
<p>51</p>	<p>1. Clasificar En el Estado de Situación financiera, los Deudores Corrientes y No corrientes, de acuerdo a estado de cartera por edades certificado por el Área de Cartera. 2. Realizar documento de Conciliación de los saldos de los deudores que deben ser clasificados en el Estado de Situación Financiera como corrientes y no corrientes. 3. Generar certificación por Las Áreas de Cartera, Facturación y Auditoría de Cuentas Medicas los valores facturados, glosados, notas débito, notas crédito y recaudo clasificado por vigencias a fin de establecer el monto de la cartera por edades.</p>	<p>No adjuntan evidencias que permitan observar el avance para este seguimiento, sin embargo, se aclara que el plan se encuentra en términos de ejecución.</p>
<p>52</p>	<p>1. Realizar documento explicativo del procedimiento utilizado para calcular los valores de deterioro de cuentas por cobrar, identificando los valores correspondientes a gasto por deterioro e ingresos por recuperación de deterioro. 2 registrar los valores de deterioro de cuentas por cobrar certificado en el documento conciliado, utilizando las cuentas contables habilitadas por la Contaduría General de la Nación para tal fin.</p>	<p>No adjuntan evidencias que permitan observar el avance para este seguimiento, sin embargo, se aclara que el plan se encuentra en términos de ejecución.</p>



53	<p>1. Realizar documento explicativo del procedimiento utilizado para realizar el deterioro de cartera y valor reportado a contabilidad para efectuar los correspondientes registros.</p> <p>2. Socializar y evaluar el cumplimiento de la política de deterioro adoptada por la institución para los deudores que se encuentran en proceso de liquidación.</p>	No adjuntan evidencias que permitan observar el avance para este seguimiento, sin embargo, se aclara que el plan se encuentra en términos de ejecución.
54	* Generar solicitud frente a los manejos de los valores emitidos cuando hay liberación de saldos	No se adjunta ninguna evidencia en el Drive, dispuesto para el cargue de información
55	<p>1. Capacitar a los líderes de facturación y cartera sobre el diligenciamiento del formato y fortalecer la implementación en la etapa de materialización de riesgos.</p> <p>2. Diligenciar el formato OADS-F-36, denominado "seguimiento y autocontrol gestión de riesgos-Primera Línea" y en caso de materializarse el riesgo realizar el seguimiento de las acciones.</p> <p>3. Retroalimentar resultados de la efectividad de las medidas tomados frente a la materialización</p>	No adjuntan evidencias que permitan observar el avance para este seguimiento, sin embargo, de aclarar que el plan se encuentra en términos de ejecución.
56	<p>Actualizar el mapa de riesgos de gestión, en donde se incluyan los riesgos y controles producto de la auditoría de contraloría.</p> <p>a) Elaborar y socializar el procedimiento general de conciliaciones entre áreas con contabilidad donde se pueda verificar la existencia de activos y pasivos.</p> <p>b) Actualizar manual de políticas contables, donde se incluye la política de operación asociada conciliaciones</p> <p>c) Verificar a través de muestras aleatorias la adherencia al procedimiento</p> <p>Elaborar y socializar procedimiento de cierre integral financiero</p> <p>1. Elaborar guía o instructivo y socialización para la depuración y seguimiento de cuentas para el mejoramiento o y sostenibilidad de la calidad de la información.</p> <p>2. Generar los reportes que permitan asegurar la trazabilidad frente al cumplimiento del proceso de depuración y seguimiento de cuentas para el mejoramiento y sostenibilidad de la calidad de la información.</p>	<p>Para dar cumplimiento a la acción de mejora (Actualizar el mapa de riesgos de gestión, en donde se incluyan los riesgos y controles producto de la auditoría de contraloría.) Se evidencia acta de reunión realizada entre control interno y Gestión del riesgo el día 09/10/2023 con el objeto de verificar que los riesgos y controles cumplan con los requisitos de formulación según Guía DAFF, adicionalmente aportan acta de reunión de fecha 28/10/2023 realizada por el proceso Gestión financiera y Gestión de riesgo, con el objeto de identificar riesgos relacionados con los hallazgos de la Auditoría realizada por la Contraloría de Boyacá</p> <p>No adjuntan evidencias que permitan observar el avance para este seguimiento, sin embargo, de aclarar que el plan se encuentra en términos de ejecución.</p> <p>No adjuntan evidencias que permitan observar el avance para este seguimiento, sin embargo, de aclarar que el plan se encuentra en términos de ejecución.</p> <p>No adjuntan evidencias que permitan observar el avance para este seguimiento, sin embargo, de aclarar que el plan se encuentra en términos de ejecución.</p>

Realizar flujograma que describa como circula la información hacia el área contable.	No adjuntan evidencias que permitan observar el avance para este seguimiento, sin embargo, se aclara que el plan se encuentra en términos de ejecución.
Documentar las decisiones que se tomen en los comités y reuniones en donde se presenten los estados financieros. (Acta de comité)	No adjuntan evidencias que permitan observar el avance para este seguimiento, sin embargo, de aclarar que el plan se encuentra en términos de ejecución.
Continuar con el reporte de indicadores financieros de manera trimestral que muestre análisis y seguimiento y se socializa dicho reporte en comité sostenibilidad financiera	No adjuntan evidencias que permitan observar el avance para este seguimiento, sin embargo, de aclarar que el plan se encuentra en términos de ejecución.
Estructurar ejecutar y evaluar plan de formación continua que se incluirá en el PIC vigencia 2023, involucrando los siguientes procesos: Gestión financiera y Gestión administrativa	No adjuntan evidencias que permitan observar el avance para este seguimiento, sin embargo, de aclarar que el plan se encuentra en términos de ejecución.

Fuente: Información suministrada por los procesos

3 INFORME SEGUIMIENTO FUENTE DE MEJORAMIENTO OFICINA DE CALIDAD 2023.

Teniendo en cuenta el informe de seguimiento de fuentes de mejoramiento oficina calidad, sobre la implementación de las fuentes de mejora como: habilitación, indicadores, seguridad del paciente y auditorías externas en el módulo Plan de acción cargados DARUMA, Se observa la siguiente:

FUENTE MEJORA	SUSCRITAS	VENCIDAS	PENDIENTE POR EJECUCIÓN	EN EJECUCIÓN	FINALIZADAS	CERRADAS
Indicadores	29	2	13	1	1	12
Auditorías externas	16	7				46
Auditorías Internas	41					
Seguridad del paciente- autoevaluación paquetes instruccionales	37	7	22		1	7
Eventos adversos	10	1	7			2

Fuente: Informe seguimiento fuente de mejoramiento oficina de calidad 2023

Acciones suscritas por las fuentes de mejora 133 que corresponden a (29) Indicadores, (16) Auditoria externa, (41) Auditorias internas, (37) Seguridad del paciente -autoevaluación paquetes Institucionales y (10) Eventos adversos de las cuales se encuentran vencidas 17 acciones de mejora.

ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA:

Los lineamientos de la resolución 124 de 2019 y su modificadorio 327 del 2022 en los siguientes artículos:

➤ **ARTÍCULO NOVENO. Solicitud de ajuste al plan de mejoramiento.**

El responsable de presentar el plan de mejoramiento podrá solicitar modificación de la acción o acciones propuestas mediante escrito debidamente justificado, radicado como mínimo treinta (30) días hábiles antes de la fecha programada de terminación de la acción a modificar, siempre y cuando se cuente con un avance mínimo del 70% del total del plan.

Una vez aprobada la solicitud del ajuste al plan de mejoramiento el proceso contará con los tiempos y procedimientos establecidos en el Artículo 6 de esta resolución para elaboración y presentación del mismo.

PARÁGRAFO 1: Cuando se presenten cambios en la Gerencia, Subgerencias, Oficina Asesora o líderes de procesos, se podrá solicitar ajustes a su plan de mejoramiento, dentro de los primeros cuatro (4) meses de su gestión, por una sola vez.

➤ **ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO.** Incumplimiento a la ejecución de Planes de Mejoramiento.

Cuando se presente incumplimiento a las acciones suscritas en los Planes de mejoramiento, el responsable deberá presentar informe a la subgerencia u oficina asesora correspondiente, sustentado las razones o dificultades presentadas para el desarrollo de la actividad, y si es el caso replantear la acción o el tiempo establecido debidamente justificado y que ayude directamente a la eliminación del hallazgo identificado en los términos del Artículo 9.

PARÁGRAFO 2. Cuando exista incumplimiento a Planes de Mejora suscritos o no se envíe el informe correspondiente por parte del responsable o el informe no justifique en debida forma el incumplimiento, las Subgerencias y/u Oficina Asesora tomaran las medidas correctivas.

ALERTAS DE MEJORA

- 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.
- Se reitera la solicitud al administrador del software DARUMA, dar solución para el cierre del plan de mejoramiento, PA 2212-001 teniendo en cuenta que la acción 9 (Plan de trabajo de cierres de inconformidades pendientes 2020 y 2021.) la cual se encuentra en estado PENDIENTE POR AJUSTAR y con responsabilidad de líder que ya no se encuentra en el cargo, ya no le aplica al proceso, es importante darle cierre a este plan para poder medir la efectividad de las acciones.



Clavio Stella Soenz Jimenez
Asesor de Control Inter

Listado maestro de planes

Planes - Listado maestro de planes

PA2212-031	No.	Nombre	Tipo de plan	Origenes	Registro relacionado	Lider	Fecha inicial	Fecha de finalización	Estado	Monitores
	72	PA2212-004	Plan de Mejora por Procesos	Control Interno	Control Interno	Edda Jimenez Holguin Aulia	2022-02-01	2023-12-28	Ejecucion	70% avance Sub. Falso
	71	PA2212-003	Plan de Mejora por Procesos	Control Interno	Control Interno	Shomel Alecky Fuentet Quisba	2022-01-21	2023-02-14	Cerrado	100% avance Gato. Falso
	99	PA2212-002	Plan de Mejora por Procesos	Control Interno	Control Interno	Edwin Ramos Castrichio Aparicio	2022-01-11	2023-06-30	Cerrado	100% avance Gato. Falso
	99	PA2212-001	Plan de Mejora por Procesos	Control Interno	Control Interno	Dorcel Pampiana Varegas	2022-01-25	2023-01-24	Ejecucion	75% avance Gato. Falso

Fuente: pantallazo planes de acción, software DARUMA

23

- Realizar avances y seguimiento oportuno a las acciones de mejora suscritas dentro de los plazos establecidos en los planes de mejoramiento por Contraloría y evitar posibles sanciones por incumplimiento.
- Los líderes de los procesos responsables de planes de mejoramiento vencidos, Contratación, Hemodinamia, Gestión quirúrgica/sala de partos y ginecología, UCI adulto, Farmacia y consulta externa, SIAU, Gestión académica, comunicaciones y medios, sistemas/ resolución 1519 de 2020, deberán culminar lo más pronto posible las acciones de mejora incumplidas, con el fin primordial de lograr el objetivo perseguido de subsanar las observaciones identificadas y tomar las medidas correspondientes para prevenir de nuevo este tipo de situaciones.
- Con el proceso de cartera sigue pendiente, replantear el plan de mejoramiento al hallazgo trasladado del plan de contabilidad sobre la sistematización de cartera en SERVINTE. El proceso aporó evidencias de las acciones adelantadas con el fin de replantear el plan de mejoramiento de acuerdo al trabajo realizado en conjunto con el área de sistemas y desarrolladores de SERVINTE.
- Dar cumplimiento a la resolución 124 de 2019 y su modificatorio la Resolución 327 de 2022, Manual de planes de mejoramiento OACI-M-02 y al Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento de los planes de mejoramiento institucional, en lo relacionado al incumplimiento de acciones y solicitud de ajustes de acuerdo a los resultados encontrados en el seguimiento, para dar cierre efectivo a los planes.
- Se realizó actualización del procedimiento Definición y seguimiento del plan de mejoramiento por procesos, con el fin de subsanar las No Conformidades identificadas en las fuentes de auditoría Interna, entes de Inspección Vigilancia y Control, habilitación, seguridad del paciente, indicadores, Auditorías de EPS verificando la eficiencia, eficacia, y efectividad de las acciones formuladas. Por tal razón el referente de mejora realiza seguimiento a las siguientes fuentes de mejora:

1) **Indicadores:** Incluye los siguientes Servicios- procesos: Soporte nutricional, Consulta externa urgencias, Gestión quirúrgica, Urgencias, Farmacia Cirugía, Seguridad del Paciente, donde se plantearon 29 acciones, quedando pendientes por ejecución 13. En ejecución 1, Finalizada 1, Cerradas 12 y vencida (2)



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



8-7405030



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

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

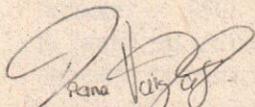


- 2) **Auditorías Externas:** Incluye los siguientes servicios-Procesos; Habilitación, IAMI, Hospital Generador de Vida, Mortalidad materna, BPM de los cuales (109) acciones se encuentran suscritos, pendiente por ejecución (7), cerrado (46) y (16) acciones vencidas.
- 3) **Eventos adversos:** Se suscriben (10) acciones y (1) se encuentra vencida.
- 4) **Seguridad del paciente- Autoevaluación paquetes institucionales,** Incluye los siguientes servicios-Procesos, Urgencias, Internación UCIS, Laboratorio clínico, psiquiatría, se encuentra suscrita (37) Acciones y están pendiente de ejecución (22), se anexa informe presentado por el referente de mejoramiento.

24

Agradecemos la atención prestada y esperamos contar con su disposición y la de los líderes de los procesos para adelantar las acciones de mejora a que haya lugar para corregir las situaciones presentadas en el informe y prevenir posibles desviaciones y materialización de riesgos, en pro del compromiso permanente y la mejora continua con el Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

Cordialmente,

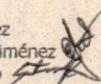


DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ

Asesora de Control Interno
ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Proyecto:

Liliana Rodríguez
Claudia Sáenz Jiménez
Gustavo Molano



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



8-7405030



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



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

