

Al contestar cite 202311100017301



Tunja, agosto 08 del 2023

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



Recibido por Nancy R.  
Hora: 8:19 Día: 09  
Mes: 08 Año: 2023

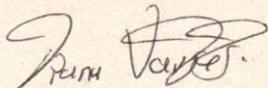
**Ref.: Informe seguimiento Planes de Mejoramiento con corte a 30 de junio del 2023.**

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 E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja con corte a 30 de Junio 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 9 Folios y matriz de seguimiento planes de mejora OACI-F-03  
C.C, Subgerencias Oficina Asesora de servicios de Salud y procesos intervinientes.

**INFORME DE SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO**  
**II TRIMESTRE DE 2023**

1

**Elaborado por:**

**OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

**Tunja, Julio 2023**



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



8-7405030



[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)  
[Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co](mailto:Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co)



Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES**  
**VERDES y SALUDABLES**  
[www.hospitalesportasaludambiental.net](http://www.hospitalesportasaludambiental.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 JUNIO 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 30/06/2023.

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 suscrito por parte de los procesos

### PROCESOS Y/O ÁREAS INVOLUCRADAS

- ✓ SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

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

- ✓ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

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

- ✓ 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 junio 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 junio del 2023, realizó comunicado a los procesos, solicitando las evidencias y avances de cada uno de los planes de mejoramiento, así como el cargue de estos y avances en el módulo de planes de acción del Software Daruma, la información fue validada teniendo en cuenta el indicador, producto, fechas y evidencias con lo cual se estableció un porcentaje de avance y cumplimiento de las acciones implementadas.

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

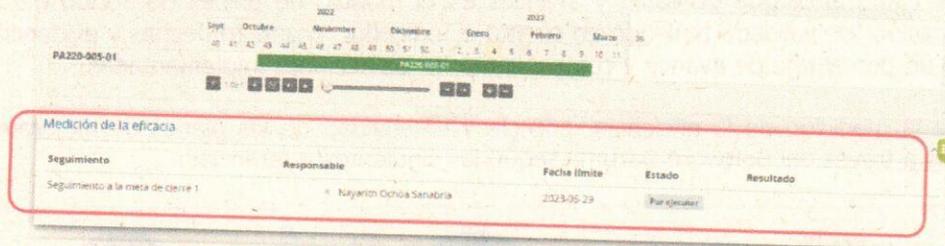
El monitor del software Daruma visualiza la eficiencia de las acciones y los planes de acción, teniendo en cuenta tres variables las cuales son: La fecha de inicio del plan de Acción, la fecha final del plan de Acción y la fecha en la que se consulta el plan de Acción tomada como un hoy una vez contenidas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



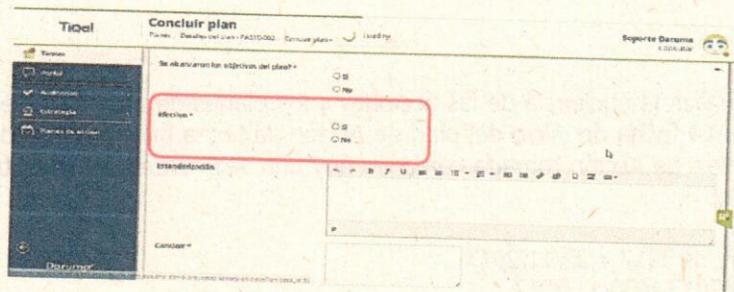
Fuente: Instructivo IN-IN-0016 –V-Vr.3.302 Modulo Planes MJD – Software Daruma

• EFECTIVIDAD

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

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, Conclusión.

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, Revisoría Fiscal, secretaria de Salud de Boyacá, Contraloría General de Boyacá, se consolidaron a 30 de junio de 2023.

5

### 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 2019-2023, 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	PROCESO	TOTAL PM	PLANES CERRADOS	PLANES ABIERTOS		REFORMULACIÓN DEL PLAN	%PROMEDIO
				VENCIDOS	EN TERMINOS		
SAF	TESORERIA	1	1	0	0	0	100%
	CONTABILIDAD	1	1	0	0	0	100%
	CONTRATACION	1	0	1	0	0	88%
	CUENTAS MEDICAS	1	1	0	0	0	100%
	CARTERA	1	0	1	0	0	90%
	TALENTO HUMANO	1	1	0	0	0	100%
SSS	ESPECIALIDADES CLÍNICAS	1	1	0	0	0	100%
	GESTION QUIRURGICA/SALA DE PARTOS Y GINECOLOGIA	1	0	1	0	0	91%
	HEMODINAMIA	1	0	1	0	0	75%
	UCI-ADULTO	1	0	1	0	0	32%
	FARMACIA	1	0	1	0	0	37%
	FARMACIA-INVENTARIOS	1	0	1	0	0	33%



	CONSULTA EXTERNA(IMAGENOLOGIA)	1	0	1	0	0	N/A
	CONSULTA EXTERNA	1	0	1	0	0	27%
OADS	GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA	1	0	1	0	0	99%
	COMUNICACIONES Y MEDIOS	1	0	1	0	0	80%
	GESTIÓN DOCUMENTAL	1	0	0	1	0	NA 6
	ICONTEC ISO 9001, 14001, 45001	1	1	0	0	0	100%
	SISTEMAS/ RESOLUCIÓN 1519 DE 2020	1	0	1	0	0	50%
	INCONTEC MADRE ISO 9001-2015 CANGURO	1	1	0	0	0	100%
	INCONTEC ISO 14001 E ISO 45001	1	0	1	0	0	78%
	SISTEMAS / ITA	1	0	0	1	0	NA
	SIAU	1	0	0	1	0	NA
		<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>0</b>

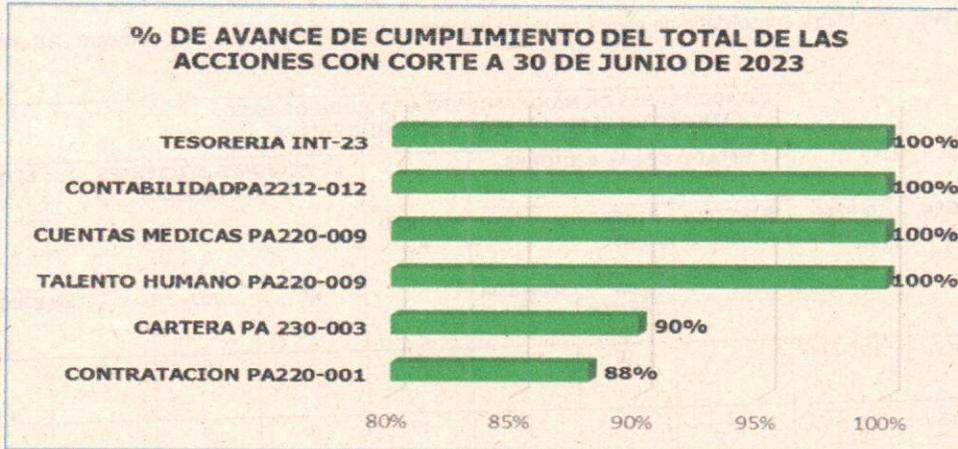
Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

La oficina de control interno realizó seguimiento y evaluación a los 23 planes de mejoramiento vigentes suscritos con corte a 30 de junio de 2023, donde se cerraron 6 planes de mejoramiento, 9 se encuentran vencidos y 7 en términos de cumplimiento.

### 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 junio 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.**

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 segundo 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 cerrados correspondiente a tesorería, contabilidad, cuentas médicas y talento humano. En el presente trimestre se dio la efectividad a una acción pendiente del proceso de cuentas médicas
- ✓ 2 planes de mejoramiento con 1 acción vencida cada uno correspondiente a contratación y cartera
- ✓ Con el proceso de cartera queda pendiente según solicitud del líder, hasta el 15 de agosto de 2023, replantear el plan de mejoramiento al hallazgo trasladado del plan de contabilidad sobre la sistematización de cartera en SERVINTE.

A continuación se muestran las acciones de mejora formuladas en los 6 planes de mejoramiento vigentes de la Subgerencia Administrativa y Financiera con corte a 30 de junio del 2023, producto de las fuentes de hallazgo (Revisoría Fiscal y Oficina de control Interno), cuenta con 46 acciones suscritas de las cuales no hay acciones en término, 2 acciones vencidas en color rojo, que corresponden al 4% y 44 acciones cerradas que corresponden al 96% en color verde:



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

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 30 JUNIO DE 2023 SUBGERENCIA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA										
INFORMACIÓN DEL PLAN		ID PLAN	ESTADO DE LAS ACCIONES			ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento)			EFECTIVIDAD DEL PLAN	
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN		SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS	SI	NO		EN EJECUCION
				EN TÉRMINO	VENCIDAS					
TESORERIA	2019	INT-23	5	0	0	5	5	0	0	Efectivo
CONTABILIDAD	2022	PA2212-012	13	0	0	13	4	9	0	Efectivo
CONTRATACION	2022	PA220-001	7	0	1	6	6	1	0	N.A.
CUENTAS MEDICAS	2022	PA220-009	3	0	0	3	3	0	0	Efectivo
CARTERA	2022	PA 230-003	5	0	1	4	0	5	0	En Seguimiento a la Efectividad
TALENTO HUMANO	2022	PA220-009	13	0	0	13	8	5	0	Efectivo
<b>TOTAL</b>			<b>46</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>44</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	

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

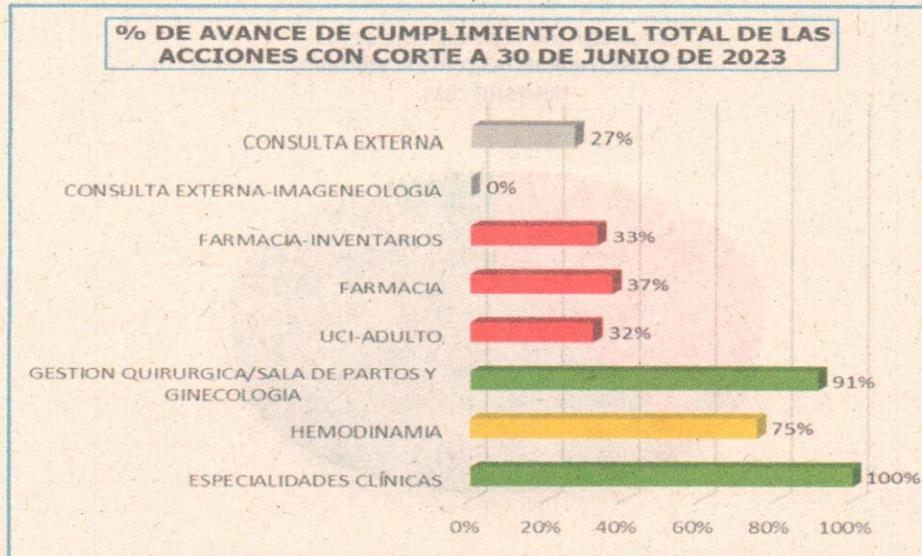
## 1.2 SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD

La oficina de control interno realizo seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por la subgerencia Servicios de Salud con corte a 30 de junio 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 junio del 2023, donde se evidencia que se presentaron avances a las acciones suscritas.

8



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

- 1 de plan de mejoramiento del 2022, PA2212-007 con avance del 100 % y cierre de los mismos correspondientes al Servicio Especialidades clínicas.
- 1 planes de mejoramiento del 2022, PA2218-001 con avance 91% correspondientes proceso de Gestión Quirúrgica sala de parto/ginecología, con **dos acciones vencidas**
- 1 plan de mejoramiento del 2022 PA222-003, con avance total del 75 % correspondiente a servicio Hemodinámia, **con una acción vencida**
- 1 plan de mejoramiento del 2022 PA220-007 con un avance total del 32% correspondiente al proceso UCI Adulto, con **diez y 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 diez y ocho 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 cuatro acciones vencidas**
- 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, **una acción vencida**
- 1 plan de mejoramiento del 2023, PA230-020 correspondientes proceso de consulta externa, con **seis acciones vencidas**

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas, con corte 30 de junio del 2023 de la Subgerencia de Servicios de Salud, producto de las fuentes de hallazgo (Oficina de Control Interno) Cuenta con 118 Acciones formuladas de las cuales 58 acciones de mejora se cerraron que corresponden al (49%), 60 acciones de mejora quedan abiertas que corresponden al (51%), de las cuales 49 se encuentran vencidas (42%) y 11 dentro de los términos (9%). como se muestra en la gráfica siguiente:



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



SC-CER906254 SA-CER580814 OS-CER559527



10

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

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 30 DE JUNIO 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 EN TÉRMINO	VENCIDAS	CERRADAS	SI	NO	
ESPECIALIDADES CLÍNICAS	2022	PA2212-007	12			12		12	EFFECTIVO
HEMODINAMIA	2022	PA222-003	4		1	3	3	1	N.A.
GESTION QUIRURGICA/SALA DE PARTOS Y GINECOLOGIA	2022	PA2218-001	22		2	20	11	11	N.A.
UCI-ADULTO	2022	PA220-007	25		17	8	1	24	N.A.
FARMACIA	2023	PA230-008	26	1	18	7	1	25	N.A.
FARMACIA-INVENTARIOS	2023	PA230-009	12	4	4	4	5	7	N.A.
CONSULTA EXTERNA-IMAGENEOLGIA	2023	PA230-005	2	1	1		1	1	N.A.
CONSULTA EXTERNA	2023	PA230-020	15	5	6	4	14	1	N.A.
<b>TOTAL</b>			<b>118</b>	<b>11</b>	<b>49</b>	<b>58</b>	<b>36</b>	<b>82</b>	

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 118 acciones, el 41% (49) se encuentran vencidas, se recomienda a los líderes de los siguientes procesos: Farmacia, Gestión Quirúrgica, Uci adulto 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 JUNIO DE 2023

Al corte de 30 de junio de 2023, cuarenta y nueve (49) acciones se encuentran en estado vencidas, las cuales se detallan a continuación:

ACCIONES VENCIDAS SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD CORTE 30/06/2023			
AÑO	PROCESO/SERVICIO	No consecutivo plan	ACCIONES VENCIDAS
2022	HEMODINAMIA	PA222-003	1
2022	GESTION QUIRURGICA/SALA DE PARTOS-GINECOLOGIA	PA2218-001	2
2022	UCI ADULTO	PA220-007	17
2023	FARMACIA	PA230-008	18
2023	FARMACIA-INVENTARIOS	PA230-009	4
2023	CONSULTA EXTERNA-IMAGENELOGIA	PA230-005	1
2023	CONSULTA EXTERNA	PA230-020	6
<b>TOTAL</b>			<b>49</b>

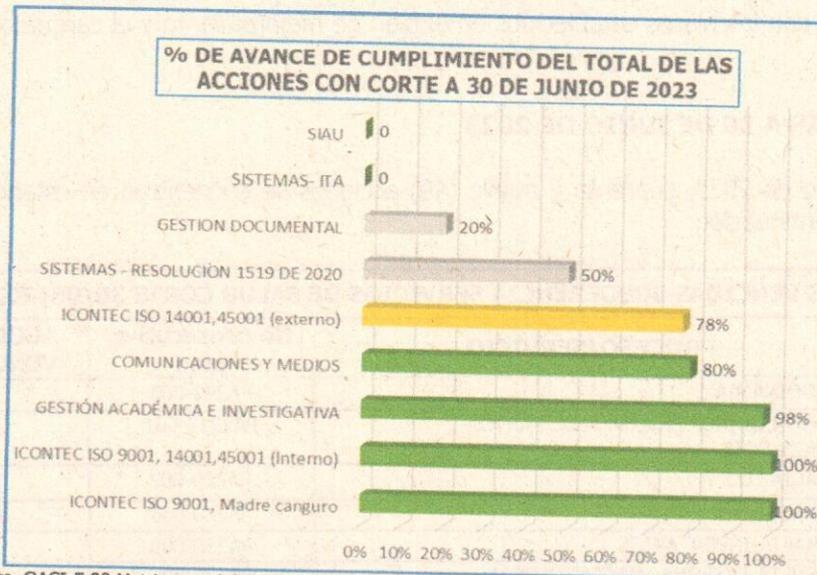
Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

### 1.2 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 junio 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 junio del 2023, donde se evidencia que se presentaron avances a las acciones suscritas



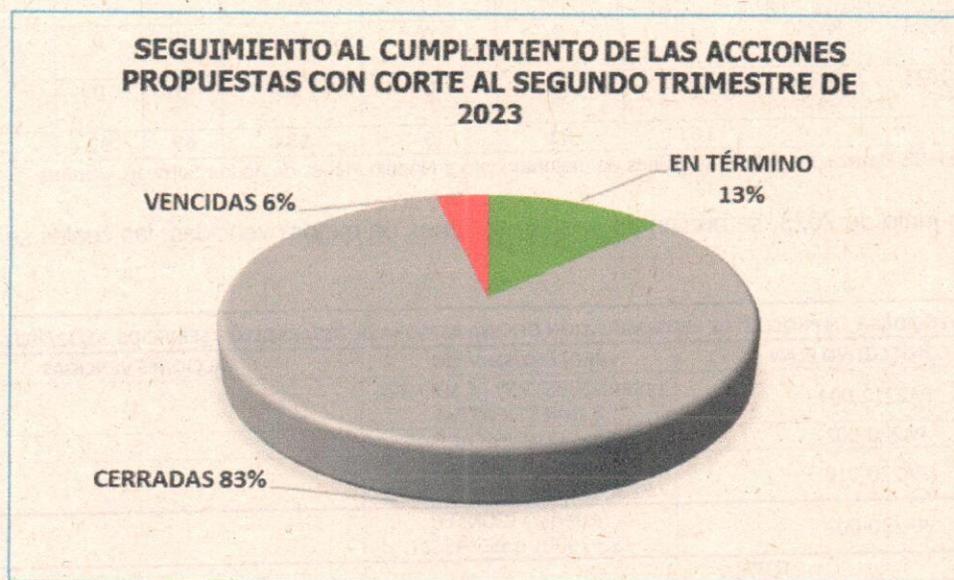
Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

- ✓ 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%.
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA220-002 con avance total de 80%, que corresponde a Comunicaciones y Medios con seguimiento para efectividad.
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA220-010 con avance total de 50% que corresponde a Sistemas /resolución 1519 de 22020
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA220-006 con avance total del 100% que corresponde a auditoría interna ISO 9001, ISO 14001 y 45001.
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-001 con avance total del 100% que corresponde a auditoría externa ICONTEC MADRE CANGURO ISO 9001-2015
- ✓ 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/ITA sin avance y se encuentra en términos de cumplimiento.
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-015 que corresponde a SIAU sin avance y se encuentra en términos de cumplimiento.

Se debe aclarar que esta medición corresponde al porcentaje de ejecución del plan en la anualidad y no al trimestre. De otra parte, el plan PA220-004 de gestión académica aun cuando se encuentra en nivel de ejecución del 98% se encuentra vencido, el PA230-002 ICONTEC ISO 14001 e ISO 45001 tiene una acción vencida y su ejecución anual es del 78%, así mismo el plan PA220-010 de sistemas resolución 1519 de 2020, cuenta con una acción vencida y su ejecución es del 50%.

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas en los planes de mejoramiento con corte 30 de junio 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 161 (100%) Acciones

formuladas, de las cuales 134 acciones de mejora se cerraron que corresponden al 84%, 21 acciones de mejora quedan abiertas en términos que corresponden al 13%, 6 se encuentran vencidas (3 %) como se muestra en la gráfica siguiente:



13

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

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 30 DE JUNIO DE 2023 OFICINA ASESORA DESARROLLO DE SRVICIOS									
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 TÉRMINO	VENCIDAS				
Gestión Académica e investigativa	2021	PA212-004	24	0	1	23	5	19	N.A.
Comunicaciones y Medios	2022	PA220-002	6	0	3	3	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 A LA EFECTIVIDAD
Sistemas/ Resolución 1519 de 2020	2022	PA220-010	6	2	1	3	3	1	N.A.

INCONTEC - MADRE CANGURO	2023	PA230-001	9	0	0	9	2	7	EN SEGUIMIENTO A LA EFECTIVIDAD
INCONTEC ISO 14001 e ISO 45001	2023	PA230-002	33	6	1	26	8	18	N.A.
SISTEMAS / ITA	2023	PA230-004	3	3	0	0	0	0	N.A.
STIAU	2023	PA230-015	6	6	0	0	0	0	N.A.
<b>TOTAL</b>			<b>161</b>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>134</b>	<b>47</b>	<b>92</b>	

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

14

Al corte de 30 de junio de 2023, se presentan seis (6) acciones de mejora vencidas, las cuales se detallan a continuación:

ACCIONES VENCIDAS Y EN PROCESO DE REFORMULACIÓN OFICINA ASESORA DE DESARROLLO Y SERVICIOS 31/12/2022			
AÑO	No CONSECUTIVO PLAN	PROCESO/SERVICIO	ACCIONES VENCIDAS
2021	PA2212-004	(interna)GESTION ACADÉMICA E INVESTIGATIVA	1
2022	PA220-002	(interna) COMUNICACIONES	3
2022	PA220-010	(Interna) SISTEMAS - RESOLUCIÓN 1519 DE 2020	1
2023	PA230-002	(externa) ICONTEC ISO 14001 e ISO 45001	1
<b>TOTAL</b>			<b>6</b>

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

Nota: En lo que respecta a la acción vencida en el plan PA230-002 correspondiente a ICONTEC ISO 14001 e ISO 45001, se debe precisar que debido a la eliminación de usuario en el software Daruma, ejecutado por cambio de líder en el proceso de SST, no permite cargar nueva evidencia y dar cierre a la acción, por tanto se debe dar solución a este inconveniente.

#### 1.4 PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS

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

PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS	TOTAL, PM	%AVANCE GENERAL
INCONTEC ISO 14001 e ISO 45001	1	78%

Fuente: Software Daruma

#### 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 tomarán 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.
- Teniendo en cuenta que el plan de mejoramiento PA 2212-007, correspondiente al proceso Apoyo servicios de salud/Especialidades clínicas, el cual contaba con dos acciones abiertas y que por solicitud radicada en la oficina asesora de control interno se justificó que la responsabilidad de estas acciones no correspondían a este proceso (como evidencias se cuenta con actas y listados de asistencia de las reuniones realizadas con estos dos procesos), como resultado de estas reuniones, las acciones fueron asignadas a los procesos de talento humano y Gestión farmacéutica; de acuerdo a lo anterior se solicita a los procesos en mención radicar los respectivos planes de mejoramiento lo más pronto posible.
- Teniendo en cuenta que el 6 de Julio de 2023, fue radicado el informe final de la auditoría realizada al Sub de sistemas, y que de acuerdo al procedimiento "Definición y seguimiento de planes de mejoramiento por proceso OACI-PR-06", se cuenta con 10 días hábiles posteriores a la recepción del informe para radicar el respectivo plan de mejoramiento, el sub procesos de Sistemas no ha suscrito



plan de mejoramiento, por lo tanto se recomienda que se realice lo antes posible para dar cumplimiento a lo estipulado en el procedimiento anteriormente mencionado

- Teniendo en cuenta que el 16 de mayo de 2023, fue radicado el informe final de la auditoría realizada al Sub proceso de Consulta externa, y que de acuerdo al procedimiento "Definición y seguimiento de planes de mejoramiento por proceso OACI-PR-06", se cuenta con 10 días hábiles posteriores a la recepción del informe para radicar el respectivo plan de mejoramiento, el proceso de Consulta externa cargo en DARUMA el respectivo plan de mejoramiento, quedando pendiente el plan de acción correspondiente a la autoevaluación frente a los requisitos de la resolución 3100 de 2019, de acuerdo a lo anterior se solicita al proceso cargar lo más pronto posible el respectivo plan de acción.
- Se observa plan de mejoramiento PA 2212-001, correspondiente al proceso Gestión Farmacéutica, creado el 05 de enero de 2022 en el software DARUMA, en estado EJECUCION, el cual a la fecha cuenta con acción abierta (9), con responsabilidad de líder que ya no se encuentra en el cargo, se reitera la solicitud al administrador del software DARUMA, dar solución para el cierre de este plan de mejoramiento, teniendo en cuenta que esta acción ya no le aplica al proceso.



ID	Nombre	Tipo de plan	Origenes	Registro relacionado	Líder	Fecha inicial	Fecha de finalización	Estado	Monitores
72	PA2212-004	Plan de Mejora por Proceso	Control Interno		Edda Jimena Horgan Avila	2022-02-01	2023-12-05	Ejecución	66% Acción: 66% Cierre: 21%
71	PA2212-003	Plan de Mejora por Proceso	Control Interno		Ingrid Alejandra Puerto Quintero	2022-01-21	2022-08-17	Cerrado	100% Acción: 100% Cierre: 100%
69	PA2212-002	Plan de Mejora por Proceso	Control Interno		Eileen Silvana Camacho Aparicio	2022-01-11	2022-08-20	Cerrado	100% Acción: 100% Cierre: 100%
68	PA2212-001	Plan de Mejora por Proceso	Control Interno		Dorisol Pantoja Velazquez	2022-01-05	2022-01-26	Ejecución	17% Acción: 17% Cierre: 10%

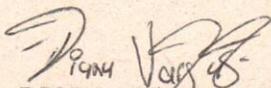
Fuente: pantallazo planes de acción, software DARUMA

- Se reitera la solicitud a los procesos misionales de entregar los planes de mejoramiento producto de las visitas de la secretaria de salud de Boyacá en lo transcurrido de la vigencia 2022 y 2023, teniendo en cuenta que esta Secretaria ha realizado visitas de Auditoria y Seguimiento a la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja y a la fecha no ha sido radicado en la oficina de control interno ningún plan de mejora.
- Los líderes de los procesos responsables de planes de mejoramiento vencidos, cartera, Contratación, Hemodinamia, Gestión quirúrgica/sala de partos y ginecología, UCI adulto, Farmacia y consulta externa, Gestión académica, comunicaciones y medios, 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 queda pendiente según solicitud del líder, hasta el 15 de agosto de 2023, replantear el plan de mejoramiento al hallazgo trasladado del plan de contabilidad sobre la sistematización de cartera en SERVINTE.

- Realizar avances y seguimiento oportuno a las acciones de mejora suscritas dentro de los plazos establecidos en los planes de mejoramiento por los entes de Control y evitar posibles sanciones por incumplimiento.
- Dar cumplimiento a la resolución 124 de 2019 y su modificadorio la Resolución 327 de 2022, Manual de planes de mejoramiento OACI-M-02 y al Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento de los planes de mejoramiento institucional, en lo relacionado al incumplimiento de acciones y solicitud de ajustes de acuerdo a los resultados encontrados en el seguimiento, para dar cierre efectivo a los planes.
- 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, Tecnología, Seguridad del Paciente, donde se plantearon 29 acciones, quedando pendientes por ejecución 19. En ejecución 2, Finalizada 3. Cerradas 5.
  - 2) **Auditorías Externas:** Incluye los siguientes servicios-Procesos; Habilitación, IAMI, Hospital Generador de Vida de los cuales 37 acciones se encuentran suscritas, pendiente por ejecución 10, finalizado 1, cerrado 20 y 10 acciones vencidas que corresponden al proceso de habilitación (7) y al proceso IAMI (3), se hace necesario que los procesos revisen el incumplimiento y tomen acciones de mejora
  - 3) **Eventos adversos:** Se suscribe y se cierran 5 acciones.
  - 4) **Seguridad del paciente- Autoevaluación paquetes institucionales,** Incluye los siguientes servicios-Procesos, Urgencias, Internación UCIS, Laboratorio clínico, se encuentra suscrita 22 Acciones y están pendiente de ejecución, se anexa informe presentado por el referente de mejoramiento.

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

