



INFORME DE SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

II TRIMESTRE DE 2024

Elaborado por:

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, julio 2024

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 2024

OBJETIVO

Evaluar y realizar seguimiento al avance y nivel de cumplimiento en las acciones suscritas en planes de mejoramiento vigentes, con corte a 30/06/2024.

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.
- ✓ Articular el seguimiento de las diferentes fuentes de mejoramiento con corte al mes de junio 2024.
- ✓ 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, Contabilidad, Contratación, Gestión Administrativa (Cartera), Tesorería, facturación y Talento Humano.

✓ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Apoyo servicios de salud- Imagenología, Uci Adulto, Referencia y contrarreferencia.

✓ OFICINA ASESORA DESARROLLO DE SERVICIOS

Gestión documental, Sistemas Resolución 1519 de 2020, Sistema, ISO 9001, ISO 14001 Gestión académica.

FUENTES DE MEJORAMIENTO: Indicadores, seguridad del paciente, auditorías externas y eventos adversos.

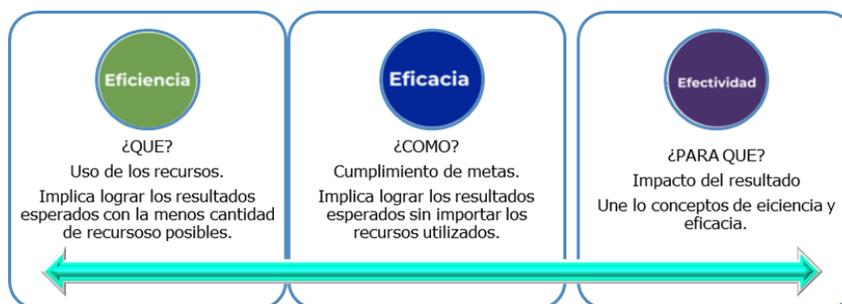
METODOLOGÍA

El monitoreo a los planes de mejoramiento por procesos con corte a 30 de junio de 2024, se encuentra establecida en la «Resolución interna 225 del 2024 «Por medio de la cual se definen los lineamientos

institucionales para que la oficina de control interno cumpla con las actividades de evaluación independiente u de auditoría interna de la ESE. Hospital Universitario San Rafael de Tunja», en el manual OACI-M-02 Manual de Planes de mejoramiento y Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento del plan de mejoramiento por procesos.

La oficina de control interno a través de correo electrónico de fecha 28 de junio del 2024, realizó comunicado a los procesos, solicitando las evidencias y avances de cada uno de los planes de mejoramiento, así como el cargue de estos y avances en el módulo de planes de acción del Software DARUMA, la información fue validada teniendo en cuenta el indicador, producto, fechas y evidencias con lo cual se estableció un porcentaje de avance y cumplimiento de las acciones implementadas.

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:



• 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:

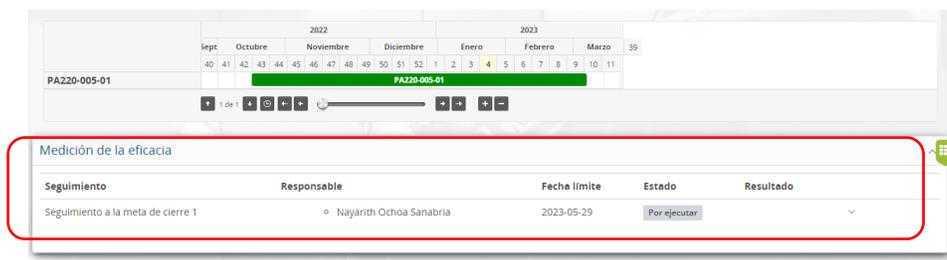
- **Fecha de inicio:** 22 noviembre de 2017 = 22/11/2017
- **Fecha final:** 30 noviembre de 2017 = 30/11/2017
- **Fecha de consulta (Hoy):** 24 De noviembre de 2017 = 24/11/2017 Una vez se tienen definidas las variables se procesa a generar los cálculos matemáticos
- $HOY - FECHA FINAL = -6 =$ Lo llamaremos 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



Monitores		
N/A	N/A	100%
Alcance	Costo	Tiempo
N/A	N/A	87%
Alcance	Costo	Tiempo
N/A	N/A	100%
Alcance	Costo	Tiempo

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

➤ EFICACIA



Seguimiento	Responsable	Fecha límite	Estado	Resultado
Seguimiento a la meta de cierre 1	Nayarith Ochoa Sanabria	2023-05-29	Por ejecutar	

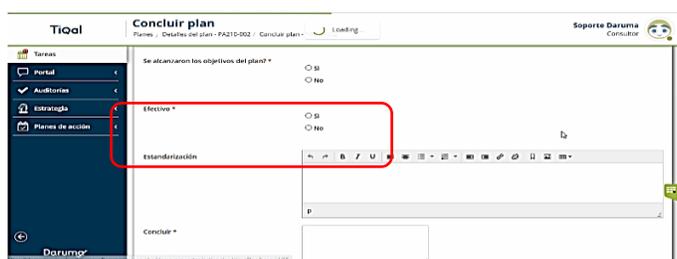
Fuente: Instructivo IN-IN-0016 –V-Vr.3.302 Modulo Planes MJD – Software Daruma

➤ 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.



Formulario de 'Concluir plan' con los siguientes campos:

- Se alcanzaron los objetivos del plan* (Radio botones SI/NO)
- Efectivo* (Radio botones SI/NO)
- Estandarización (Campo de texto)
- Concluir* (Botón de acción)

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

Para el seguimiento de las fuentes de mejora se tendrá en cuenta lo descrito en el procedimiento «DEFINICION Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS, lo relacionado con los planes de acción resultantes de auditorías de habilitación, indicadores, seguridad del paciente, auditorías externas EPS, el seguimiento se realizará de manera mensual mediante la consulta del módulo plan de acción Daruma por el rol asignado según la fuente de mejora».

SOPORTES

- Decreto 648 de 2017 «Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública»

- Resolución Interna 225 del 2024
- Manual de planes de mejoramiento OACI-M-02
- Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento del plan de mejoramiento por proceso
- Software DARUMA
- Documentación presentada por los procesos.
- Informe seguimiento fuente de mejoramiento oficina con corte al mes de junio 2024.

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 con 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 junio de 2024

1. RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO DE AVANCE 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 2022-2024, que se estructuraron para corregir desviaciones encontradas como resultado de auditorías internas y externas de la entidad, con el propósito de fortalecer la ejecución de los procesos y minimizar el riesgo en el desarrollo de la gestión institucional.

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

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

SUBGERENCIA	VIGENCIA	PROCESO	TOTAL PM	PLANES CERRADOS	PLANES ABIERTOS		REFORMULACIÓN DEL PLAN	%PROMEDIO
					VENCIDOS	EN TÉRMINOS		
SAF	2024	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1	0	0	1	0	67%
	2023	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN 2023	1	0	0	1	0	85%
	2022	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN 2022	1	0	1	0	0	88%
	2023	CARTERA	N/A	0	0	0	1	NA
	2023	CONTABILIDAD / PRESUPUESTO	1	0	1	0	0	75%

	2023	FACTURACIÓN	1	0	1	0	0	92%
	2024	CONTABILIDAD	1	0	0	1	0	NA
	2023	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA_TESORERIA_FACTURACION- CAJAS	1	0	1	0	0	85%
SSS	2023	CONSULTA EXTERNA-IMAGENOLOGIA 2023	1	0	1	0	0	97%
	2023	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	1	0	0	1	0	91%
	2024	UCI - ADULTO	1	0	0	1	0	NA
OADS	2022	GESTIÓN DOCUMENTAL	1	1	0	0	0	100%
	2023	ISO 14001 GESTIÓN AMBIENTAL	1	0	1	0	0	90%
	2023	ISO 9001 GESTIÓN DE CALIDAD (INTERNO)	1	1	0	0	0	100%
	2023	SISTEMAS/ RESOLUCIÓN 1519 DE 2020	1	1	0	0	0	100%
	2023	GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	1	1	0	0	0	100%
	2024	GESTIÓN DOCUMENTAL	1	0	0	1	0	20%
TOTAL			16	4	6	6	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 16 planes de mejoramiento vigentes suscritos con corte a 30 de junio del 2024, donde se cerraron 4 planes de mejoramiento, 6 se encuentran vencidos, 6 en términos de cumplimiento y uno en reformulación.

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

- ✓ 2022: (1) Plan de mejoramiento corresponde al 6%
- ✓ 2023: (12) Planes de mejoramiento corresponden al 75%
- ✓ 2024: (3) Planes de mejoramiento corresponden al 19%

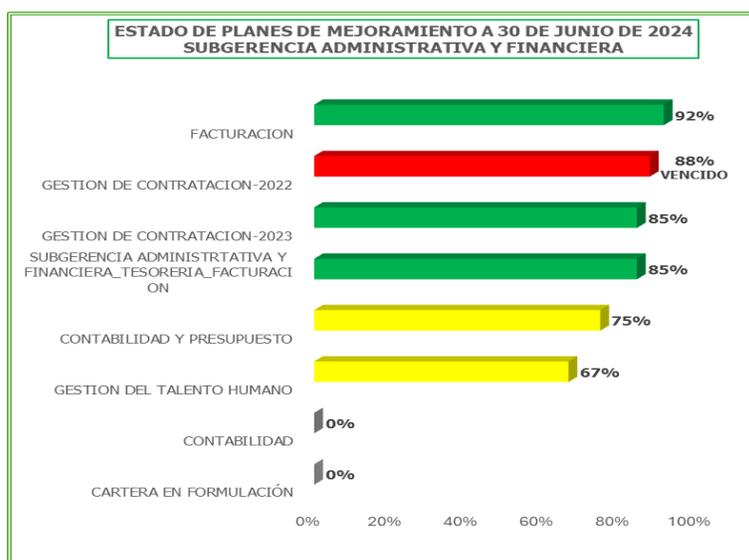


Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

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

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

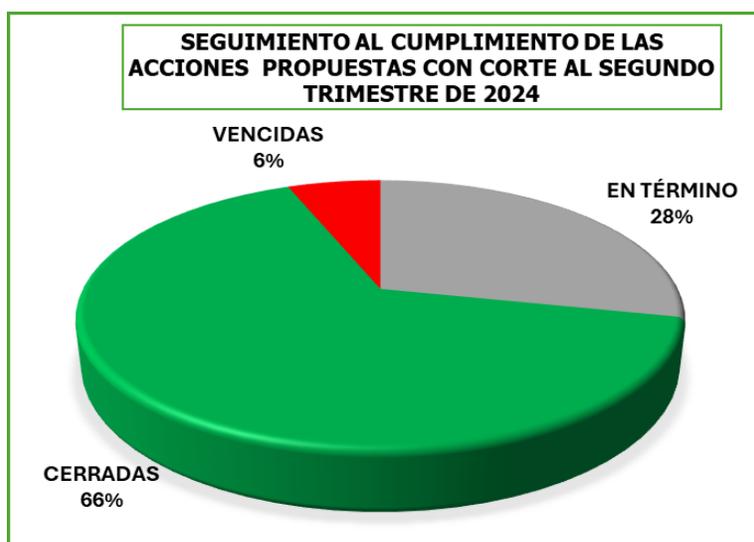


Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software DARUMA

- ✓ **8 planes** de mejoramiento **suscritos** correspondientes a: Facturación, Gestión de Contratación 2022, Gestión de Contratación 2023, Subgerencia Administrativa y Financiera -Tesorería -Facturación, Contabilidad y Presupuesto, Gestión del Talento Humano, contabilidad y Cartera en formulación (Cajas).
- ✓ Un (1) plan de mejoramiento con una acción **vencida** correspondientes a los procesos de: Gestión de contratación-2022.
- ✓ Tres (3) planes de mejoramiento con una acción **vencida** correspondientes a:
 - Contabilidad y presupuesto.
 - Facturación.
 - Tesorería -Facturación.

- ✓ Tres (3) planes **en términos** de ejecución correspondientes a: contabilidad, talento humano y Gestión de Contratación 2023.
- ✓ Un (1) plan de mejoramiento de cartera que continúa **sin replantear** la acción de: "migrar y generar la información de los deudores a través del sistema SERVINTE" debido a que sistemas manifiesta que SERVINTE reinició el desarrollo que corrige los errores presentados para hacer pruebas y finalizar, así dar continuidad al plan de mejora.

A continuación, se muestran las acciones de mejora formuladas en los 8 planes de mejoramiento vigentes de la Subgerencia Administrativa y Financiera con corte a 30 de junio del 2024, producto de las fuentes de hallazgo de la Oficina de control Interno, cuenta con 61 acciones suscritas de las cuales; 12 acciones se encuentran en términos lo cual equivale al 28%, 5 acciones vencidas en peso porcentual del 6% y 44 acciones cerradas que corresponden al 66%.



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 JUNIO DE 2024 SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento)	
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA A PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS	SI	NO
				EN TÉRMINO	VENCIDAS			
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024	PA230-041	3	1	0	2	3	0
GESTIÓN DE CONTRATACIÓN 2023	2023	PA230-045	13	2	0	11	13	0

GESTIÓN DE CONTRATACIÓN 2022	2022	PA220-001	7	0	1	6	6	1
CARTERA	2023	NA	0	0	0	0	0	0
CONTABILIDAD / PRESUPUESTO	2023	PA230-031	4	0	1	3	0	4
FACTURACIÓN	2024	PA240-008	12	0	1	11	12	0
CONTABILIDAD	2024	PA240-013	9	9	0	0	9	0
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA_TESORERÍA_FACTURACIÓN	2024	PA240-010	13	0	2	11	11	2
TOTAL			61	12	5	44	54	7

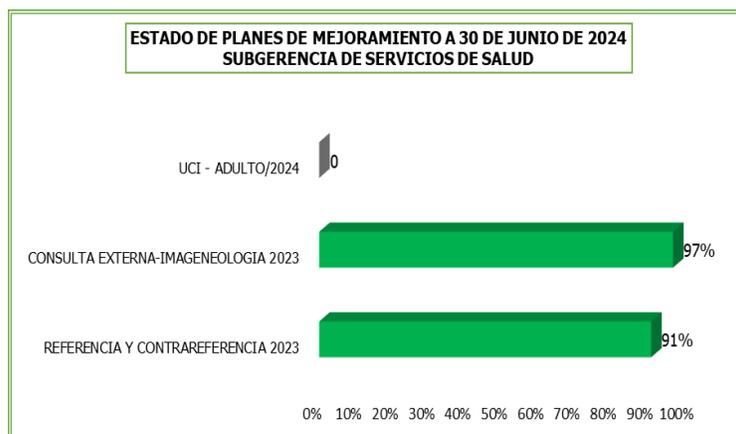
Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software DARUMA

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 de 2024, 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 en los planes de mejoramiento suscritos por la Subgerencia de Servicios de Salud con corte a 30 de junio del 2024 como se muestra en la siguiente gráfica:



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

- 1 plan de mejoramiento del 2023, PA230-034 correspondientes procesos de consulta externa-imagenología-2023, con un avance del 97% con una (1) acción vencida.
- 1 plan de mejoramiento del 2024 PA240-011, correspondiente al subproceso Referencia y contra referencia en términos de ejecución, con un avance del 91%, con 10 acciones cerradas y una en términos de ejecución.
- 1 plan de mejoramiento del 2024 PA240-011 correspondiente al proceso UCI ADULTO estado ejecución y en términos.

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas, con corte 30 de junio de 2024 de la Subgerencia de Servicios de Salud, producto de las fuentes de hallazgo (Oficina de Control Interno) Cuenta con 46 Acciones formuladas correspondientes a los años 2023 y 2024 de las cuales 41 acciones de mejora se cerraron que corresponden al (89%), 5 acciones de mejora quedan abiertas que corresponden al (11 %), de las cuales 1 se encuentran vencida que representan (2%) y 4 dentro de los términos que corresponden a un (9 %). 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 JUNIO DE 2024 SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD								
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento)	
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS	SI	NO
				EN TÉRMINO	VENCIDAS			
CONSULTA EXTERNA-IMAGENEOLÓGÍA 2023	2023	PA230-034	32		1	31	18	14
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2024	PA240-006	11	1		10	9	2
UCI - ADULTO/2024	2024	PA-240-011	3	3			3	
TOTAL			46	4	1	41	30	16

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

ACCIONES VENCIDAS A 30 DE JUNIO DE 2024

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 46 acciones, (1) acciones se encuentra vencida,

ACCIONES VENCIDAS SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD CORTE 30/06/2024			
2023	CONSULTA EXTERNA-IMAGENELOGIA 2023	PA230-034	1
TOTAL			1

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

- **SEGUIMIENTO EFECTIVIDAD,** En los meses de abril y mayo de 2024, se realizará seguimiento a la efectividad de los siguientes planes, correspondientes a la Subgerencia servicios de salud.

ÍTEM(S)	VIGENCIA	SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO	FECHA	OBSERVACIONES
1	2022	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	PA222-003	HEMODINAMIA	12/06/2024	Se observó acta de reunión del mes de abril, cuyo tema era validar con el líder del área los documentos asociados al servicio, a la fecha cuentan con 18 documentos, reunión en la cual se establecen compromisos que es actualizar 4 formatos para el mes de junio de 2024. Se recomienda al líder revisar el indicador 1753 con el fin de establecer meta del indicador y por ende la ficha técnica del mismo.
2	2022	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	PA2218-001	GESTIÓN QUIRÚRGICA/SALA DE PARTOS Y GINECOLOGÍA	13/06/2024	Se evidencia que el líder del proceso realiza continuo seguimiento a la actualización documental, de los 74 documentos asociados al proceso en DARUMA, tienen vencidos 3, de los cuales uno, se encuentra en elaboración y otro en socialización. En cuanto a la medición de indicadores se observa compromiso y cumplimiento en la periodicidad de medición y a las metas establecidas en los mismos.
3	2022	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	PA220-007	UCI-ADULTO	13/06/2024	Se evidencia que el líder del proceso junto con su equipo de trabajo realiza continuo seguimiento a la actualización documental, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Norma fundamental, pendiente actualizar la Caracterización. En cuanto a la medición de indicadores se observa compromiso y cumplimiento en la periodicidad de medición y a las metas establecidas en los mismos, para el caso del indicador 1738 Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos, indicador objeto de seguimiento por esta auditoría, se evidenció cumplimiento de meta en los meses de abril y mayo de 2024. Observándose una disminución considerable en el tiempo de respuesta a interconsultas en relación con los meses anteriores. El cual cuenta con Plan de Acción PA-240-011 asociado con fecha cierre 30 de septiembre

4	2023	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	PA230-008	FARMACIA	8/07/2024	Dando cumplimiento al plan anual de auditoria de la vigencia 2024, se realiza auditoria al proceso Gestión farmacéutica en la que se identifican hallazgos reiterativos relacionados con SF-PR-04 almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos, actividad 14,15 y 18. (SF-F-58, control de loes y fechas de vencimiento, SF-F-31 control de factores ambientales, SF-F-32 control temperatura neveras de medicamentos, como resultado de esta auditoria se debe elaborar plan de mejora, acciones que se verificaran posteriormente.
5	2023	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	PA230-009	FARMACIA- INVENTARIOS	13/06/2024	Se realizaron inventarios aleatorios a las bodegas general dispensación entre los meses de marzo a junio de 2024, los cuales no arrojaron diferencias
6	2023	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	PA230-034	CONSULTA EXTERNA- IMAGENOLÓGIA 2023		Pendiente de realizar efectividad
7	2023	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	PA230-015	MIAU		Pendiente de realizar efectividad

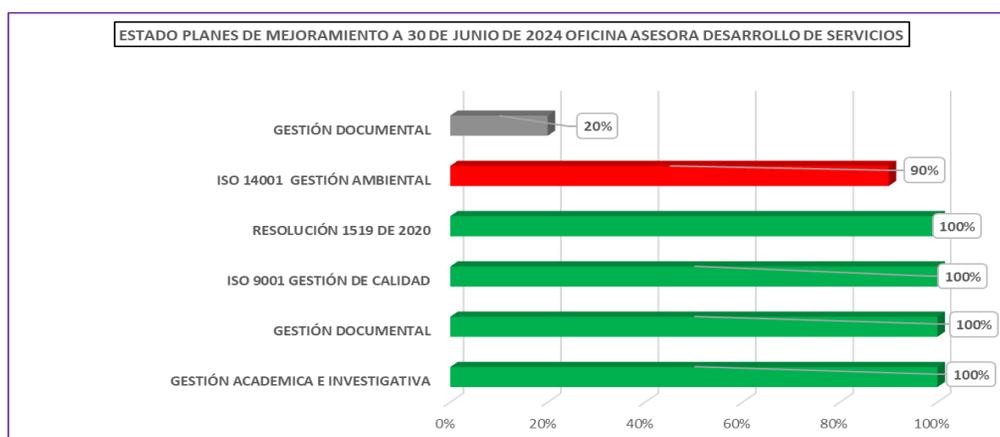
Fuente: planes de mejoramiento SSS software DARUMA

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 junio del 2024, consolidando sus resultados a través de la matriz de seguimiento planes de mejoramiento (por proceso) con código OACI-F-03, teniendo en cuenta: Vigencia, consecutivo, proceso responsable, fuente de Hallazgo, fecha de Cierre, Avances, Cierre de plan y Observaciones. A continuación, se presentan en forma resumida el resultado de este seguimiento.

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 e la oficina de Desarrollo y servicios con corte a 30 de junio del 2024, donde se evidencia que se presentaron avances a las acciones suscritas



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

- ✓ 1 plan de mejoramiento PA220-003, que corresponde a Gestión Documental cerrado
En este periodo se dio cierre a la acción # 6, y así mismo al plan, de acuerdo con evidencia documental, presentada por el proceso y remitida desde el área de sistemas, en la que se indica, las UPD que efectuaron la migración y de acuerdo con el cronograma establecido queda pendiente para efectividad.
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-026 que corresponde a sistemas/autoevaluación resolución 1519 de 2020, cerrado y pendiente de efectividad
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-036 que corresponde a ISO 14001 Gestión ambiental (interna) con avance total de 90%, **una acción abierta y vencida**
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-039 que corresponde a ISO 9001 Gestión de Calidad, cerrado
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-046 que corresponde a Gestión de investigación e innovación cerrado, pendiente de efectividad
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA240-003 que corresponde a Gestión documental con un avance total de 20%, en términos para su ejecución.

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas en los planes de mejoramiento con corte a 30 de junio del 2024, el seguimiento de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno, Cuentan con 84 (100%) Acciones suscritas, de las cuales 75 acciones de mejora se cerraron que corresponden al (89%), 9 acciones de mejora se encuentran abiertas, de las cuales 7 acciones se encuentran términos que corresponden al (8%) y 2 acciones vencidas que corresponden al (2 %) como se muestra en la gráfica siguiente:



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

Es importante tener en cuenta que, de acuerdo con el manual de planes de mejoramiento, en su numeral #6 quedo estipulado lo siguiente «*El seguimiento a los planes de mejoramiento está liderado por la oficina de control interno en cabeza del asesor de control interno y el grupo de auditores internos. Para el caso de las auditorías realizadas desde la oficina de calidad frente al Sistema Obligatorio de la Garantía de la calidad SOGC, el responsable del seguimiento a los planes de mejora en cabeza del profesional coordinador de calidad y/o de acuerdo con la naturaleza del proceso auditado se designará el responsable*».

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 30 DE JUNIO DE 2024 OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS								
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento)	
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS	SI	NO
				EN TÉRMINO	VENCIDAS			
GESTIÓN DOCUMENTAL	2022	PA220-003	5	0	0	5	3	2
SISTEMAS/AUTOEVALUACIÓN RESOLUCIÓN 1519 DE 2020	2023	PA230-026	16	0	0	16	7	9
ISO 14001 GESTIÓN AMBIENTAL (INTERNO)	2023	PA230-036	10	0	1	9	3	7
GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA	2023	PA230-046	8	0	0	8	7	1
ISO 9001 GESTIÓN DE CALIDAD (INTERNO)	2023	PA230-039	35	0	0	35	19	16
GESTIÓN DOCUMENTAL	2024	PA240-003	10	7	1	2	7	3
TOTAL			84	7	2	75	46	38

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

Al corte de 30 de junio de 2024, se presentan dos (2) acciones de mejora vencidas, las cuales se detallan a continuación:

ACCIONES VENCIDAS Y EN PROCESO DE REFORMULACIÓN OFICINA ASESORA DE DESARROLLO Y SERVICIOS 30/06/2024			
AÑO	No CONSECUTIVO PLAN	PROCESO/SERVICIO	ACCIONES VENCIDAS
2024	PA240-003	GESTIÓN DOCUMENTAL	1
2023	PA230-036	ISO 14001 GESTIÓN AMBIENTAL (INTERNA)	1
TOTAL			2

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

2. PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS

La ESE. Hospital Universitario San Rafael de Tunja a corte 30 de junio de 2024 tiene suscritos planes de mejoramiento con entes externos, los cuales se relacionan a continuación:

PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS	TOTAL PM	%AVANCE GENERAL
CONTRALORÍA	1	Radicado y espera de respuesta
ISO 9001 GESTIÓN DE CALIDAD (interna)	1	100%
ISO 14001 GESTIÓN AMBIENTAL (INTERNA)	1	90%

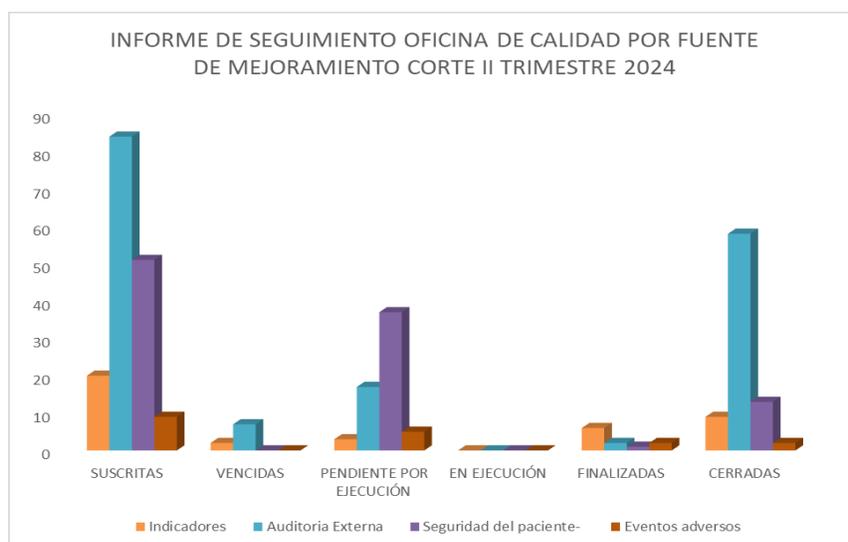
Fuente: OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

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

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

FUENTE MEJORA	SUSCRITAS	VENCIDAS	PENDIENTE POR EJECUCIÓN	EN EJECUCIÓN	FINALIZADAS	CERRADAS
Indicadores	20	2	3	0	6	9
Auditoría Externa	84	7	17	0	2	58
Seguridad del paciente-	51	0	37	0	1	13
Eventos adversos	9	0	5	0	2	2
TOTAL	164	9	62	0	11	82

Fuente: Informe seguimiento fuente de mejoramiento oficina de calidad II trimestre del 2024



Fuente: Informe seguimiento fuente de mejoramiento oficina de calidad II trimestre del 2024

Acciones suscritas por las fuentes de mejora 164, que corresponden a las siguientes fuentes de mejora: (20) indicadores, (84) auditorías externas, (51) seguridad del paciente y Eventos adversos (9). Es importante que se reviden las acciones vencidas que corresponden a (2) Indicadores y (7) auditorías externas.

ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA:

Los lineamientos de la resolución 225 de 2024 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 calendario 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 contara con los tiempos y procedimientos establecidos en el Artículo 6 de esta resolución para elaboración y presentación de este.

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 dos (2) meses de su gestión, por una sola vez.

ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO. 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.

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

PARÁGRAFO 2. Cuando exista incumplimiento a Planes de Mejora suscritos con un ente de Control externo, o no se envíe el informe correspondiente por parte del responsable, o el informe no justifique en debida forma el incumplimiento, las Subgerencias y/u Oficina Asesora tomaran las medidas correctivas (requerimientos, llamado de atención...) a los responsables teniendo en cuenta su modalidad de contratación.

CONCLUSIONES

- De las 191 acciones de mejora suscritas, 161 (84,30%) se encuentran cerradas y 30 (15.70%) se encuentran abiertas.
- De las 30 Acciones abiertas, 22 (73%) acciones de mejora se encuentran en términos y 8 (27%) se encuentran vencidas
- De las 8 acciones que se encuentran vencidas, 1 corresponden a la Subgerencia de Salud, 5 Subgerencia administrativa y financiera y 2 a la oficina Asesora de desarrollo de servicios.
- Los 16 planes de mejoramiento que se encuentran con tiempo para su ejecución corresponden a las vigencias 2022 (1), 2023 (8), 2024 (7)

- De las 164 acciones de mejora suscritas correspondientes al área de calidad, 82 (50%) se encuentran cerradas, 9 (5%) se encuentran vencidas y 73 (45%) se encuentran abiertas.

ALERTAS DE MEJORA

- Como resultado del seguimiento a los Planes de mejoramiento, se concluye que, dentro del periodo evaluado, se disminuyeron los planes de mejoramiento, en un 39%, con respecto a la evaluación anterior, puesto que se redujo el inventario de 313 a 191 Acciones de mejora. No obstante, lo anterior, hay que tener en cuenta que el inventario es maleable en función del incremento de hallazgos por auditorías nuevas.
- 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.
- Para el caso del plan de mejoramiento PA220-001 vigencia 2022 correspondiente al proceso Gestión de contratación, es necesario replantear el plan teniendo en cuenta que cambio la líder del proceso, a su vez como producto de la auditoría realizada por la Contraloría General de Boyacá se generó plan de mejoramiento en el cual se observan acciones relacionadas con este hallazgo.
- 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 área de sistemas informa que el caso depende del desarrollo del proveedor de SERVINTE, proceso que se retomó en el segundo trimestre de 2024.
- El subproceso de **presupuesto** radicó el día 16 de junio de 2024 ante control interno plan de mejoramiento y posteriormente el día 15 de julio de 2024 es cargado a DARUMA, Por lo anterior y teniendo en cuenta que las acciones propuestas están en término no se tomó en el presente seguimiento. Adicionalmente presupuesto incumplió con la actividad 5 del procedimiento OACI-PR-06 "Definición y seguimiento del plan de mejoramiento por procesos" en donde se indica que se debe radicar a la oficina de control interno el plan de mejoramiento aprobado y realizar el cargue en el módulo planes de mejoramiento de acción del software Daruma, dentro de los 3 días hábiles siguientes a la aprobación del plan de mejoramiento, actividad que se realizó fuera de este tiempo.
- Es importante tener en cuenta que, de acuerdo con el manual de planes de mejoramiento, en su numeral #6 quedo estipulado lo siguiente «*El seguimiento a los planes de mejoramiento está liderado por la oficina de control interno en cabeza del asesor de control interno y el grupo de auditores internos. Para el caso de las auditorías realizadas desde la oficina de calidad frente al Sistema Obligatorio de la Garantía de la calidad SOGC, el responsable del seguimiento a los planes de mejora en cabeza del profesional coordinador de calidad y/o de acuerdo con la naturaleza del proceso auditado se designará el responsable*».

- Como alerta de mejora al plan PA240-013 de contabilidad se deben tomar las medidas para que en cumplimiento de la acción No. 1 sobre el seguimiento a la entrega de información de los procesos a contabilidad, los procesos de tesorería, cartera y almacén efectúen oportunamente la acción ya que en el avance que aporta contabilidad se está incumpliendo.
- Dar cumplimiento a la resolución 225 de 2024, Manual de planes de mejoramiento OACI-M-02 y al Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento de los planes de mejoramiento institucional, en lo relacionado al incumplimiento de acciones y solicitud de ajustes de acuerdo con los resultados encontrados en el seguimiento, para dar cierre efectivo a los planes.

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,

ORIGINAL FIRMADO

DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ

Asesora de Control Interno
ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Proyecto:
Liliana Rodríguez
Claudia Sáenz Jiménez
Carmenza Garzón
Gustavo Molano