

INFORME DE SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

IV TRIMESTRE DE 2023

1

Elaborado por:

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, Enero 2024



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 31 DE DICIEMBRE 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 31/12/2023.

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, Contabilidad, Contratación, Gestión Administrativa (Cartera)

- ✓ 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 31 de diciembre de 2023, se encuentra establecida en la Resolución interna 124 de 2019 y su modificadorio 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 29 de diciembre 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



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 fórmula
- $R1 / (R2+1) = 0.66 = 66\%$ 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



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



➤ EFICACIA



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

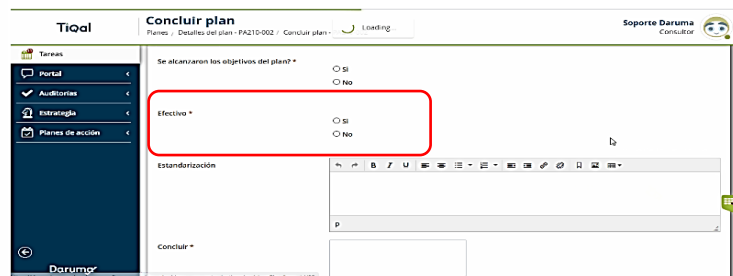
Fuente: Instructivo IN-IN-0016 –V-Vr.3.302 Modulo Planes MJD – Software Daruma

➤ 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.



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 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 31 de diciembre de 2023.

5

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 PLAN	PLANES CERRADOS	PLANES ABIERTOS		REFORMULACIÓN DEL PLAN	% PROMEDIO	EFECTIVIDAD DEL PLAN
					VENCIDOS	EN TERMINOS			
SAF	2022	CONTRATACION	1	0	1	0	0	88%	
	2022	CARTERA	1	1	0	0	0	100%	Efectivo
	2023	CARTERA	N/A	0	0	0	1	NA	En reformulación
	2023	GESTION DE CONTRATACION	1	0	0	1	0	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	1	0	0	0	100%	Verificación de efectividad
	2022	UCI-ADULTO	1	0	1	0	0	88%	



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



	2023	FARMACIA	1	1	0	0	0	100%	Verificación de efectividad
	2023	FARMACIA-INVENTARIOS	1	1	0	0	0	100%	Verificación de efectividad
	2023	CONSULTA EXTERNA(IMAGENOLOGIA) REPLANTEADO	1	1	0	0	0	100%	Verificación de efectividad
	2023	CONSULTA EXTERNA	1	0	1	0	0	93%	
	2023	SIAU	1	1	0	0	0	100%	Verificación de efectividad
	2023	CONSULTA EXTERNA(IMAGENOLOGIA)2023	1	0	0	1	0	47%	
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	1	0	0	76%	
	2022	ICONTEC ISO 9001, 14001, 45001	1	1	0	0	0	100%	Verificación de efectividad
	2022	SISTEMAS/ RESOLUCIÓN 1519 DE 2019	1	1	0	0	0	100%	Verificación de efectividad
	2023	SISTEMAS/ RESOLUCIÓN 1519 DE 2020	1	0	1	0	0	66%	
	2023	INCONTEC MADRE CANGURO ISO 9001-2015	1	1	0	0	0	100%	Verificación de efectividad
	2023	INCONTEC ISO 14001 E ISO 45001	1	0	1	0	0	82%	
	2023	SISTEMAS	1	0	1	0	0	66%	
	2023	AUDITORIA INTERNA PARA LA NORMA ISO 9001 GESTION DE CALIDAD	1	0	1	0	0	78%	
	2023	AUDITORIA INTERNA PARA LA NORMA 14001 GESTION AMBIENTAL	1	0	0	1	0	33%	
	2023	AUDITORIA INTERNA PARA LA NORMA ISO 45001:2018 SST	1	0	1	0	0	60%	
	2023	GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	1	0	0	1	0	N/A	
TOTAL			26	10	11	5	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 26 planes de mejoramiento vigentes suscritos con corte a 30 de diciembre de 2023, donde se cerraron 10 planes de mejoramiento, 11 se encuentran vencidos, 5 en términos de cumplimiento y uno en reformulación.

A continuación, se observa el seguimiento de planes de mejoramiento por vigencia con corte al 30 de diciembre del 2023:

ITEM	VIGENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE AVANCE
1	2021	1	98%
2	2022	9	92%
3	2023	15	79%
4	En reformulación	1	n/a
TOTAL		26	89%

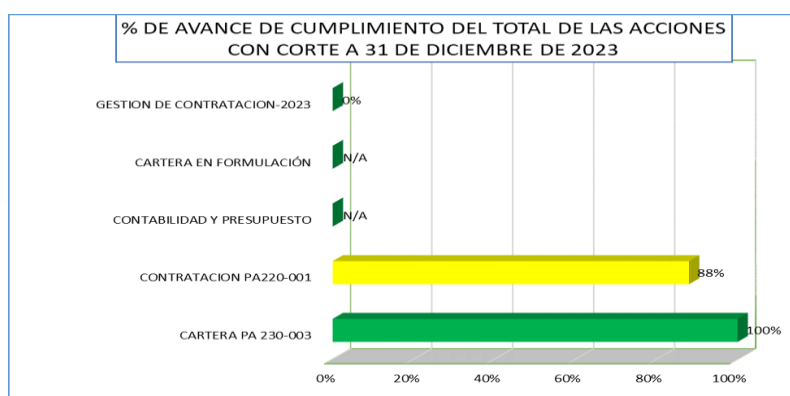
Fuente: OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

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

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 31 de diciembre 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 cuarto 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

5 planes de mejoramiento suscritos correspondiente a la vigencia 2022 y 2023 a los procesos de cartera, contabilidad/presupuesto y contratación los cuales se describen a continuación:



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



8-7405030



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

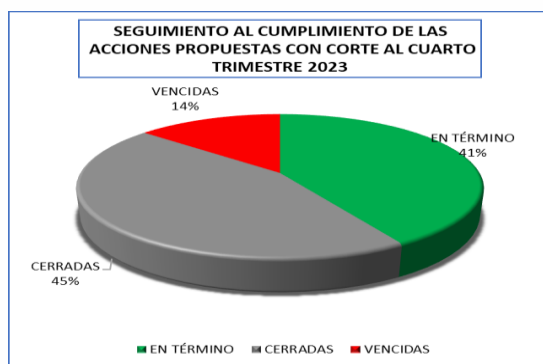
Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



- ✓ En el último trimestre de 2023 se evalúa la efectividad a las acciones cerradas del plan de mejoramiento PA230-003 (a juicio profesional) del proceso de cartera; siendo estas efectivas.
- ✓ 1 plan de mejoramiento vigencia 2022, con 1 acción vencida correspondiente al proceso de contratación.
- ✓ 1 plan de mejoramiento vigencia 2023, con 11 acciones en termino correspondiente al proceso de contratación
- ✓ 3 acciones vencidas del plan de mejoramiento de contabilidad y presupuesto y 1 en término.
- ✓ El proceso de cartera continúa en cuarto trimestre con una acción que fue trasladada de la auditoria del proceso de contabilidad sobre la sistematización de cartera en SERVINTE. No se ha suscrito plan de mejora 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 la fecha del informe el proceso no presento soportes del avance.

8

A continuación, se muestran las acciones de mejora formuladas en los 5 planes de mejoramiento vigentes de la Subgerencia Administrativa y Financiera con corte a 31 de diciembre del 2023, producto de las fuentes de hallazgo de la Oficina de control Interno, cuenta con 29 acciones suscritas de las cuales; doce acciones se encuentran en términos lo cual equivale al 41%, 4 acciones vencidas en color rojo en peso porcentual el 14% y 13 acciones cerradas que corresponden al 45% en color gris:



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

ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE DICIEMBRE DE 2023										
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA										
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento)			EFFECTIVI DAD DEL PLAN
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGE NCIA PLAN	ID PLAN	SU SC RIT AS	ABIERTAS		CERRA DAS	SI	NO	EN EJECU CION	
				EN TÉRMI NO	VENCI DAS					
CONTRATACION	2022	PA220-001	7	0	1	6	6	0	1	N.A.

CARTERA	2022	PA 230-003	5	0	0	5	4	1	0	Efectivo
CARTERA	2023	NA	0	0	0	0	0	0	0	N.A.
GESTION DE CONTRATACION	2023	PA230-045	13	11	0	2	2	n/a	11	N.A.
CONTABILIDAD / PRESUPUESTO	2023	PA230-031	4	1	3	0	0	3	1	N.A.
TOTAL			29	12	4	13	12	15	3	

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

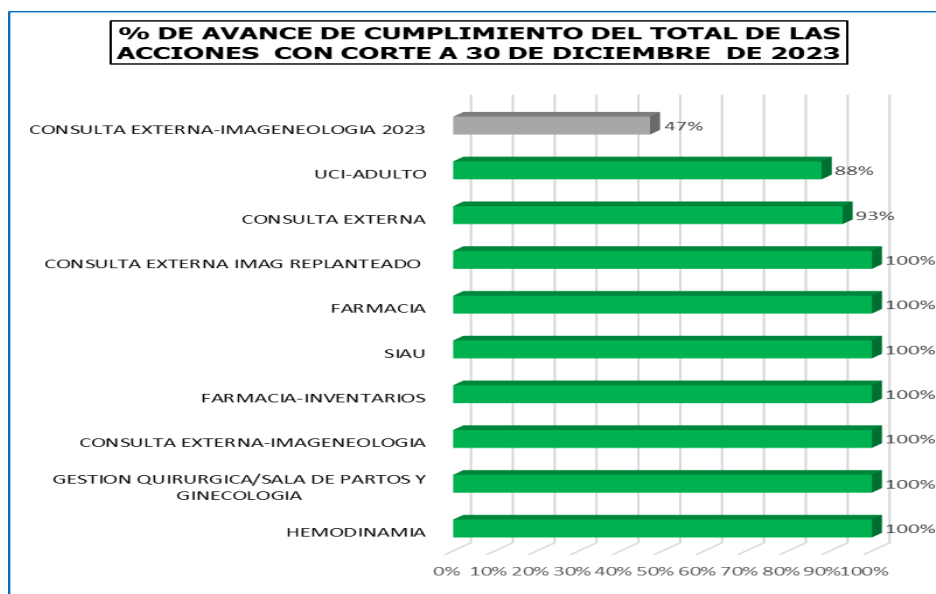
9

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 diciembre 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 diciembre 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



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



8-7405030



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

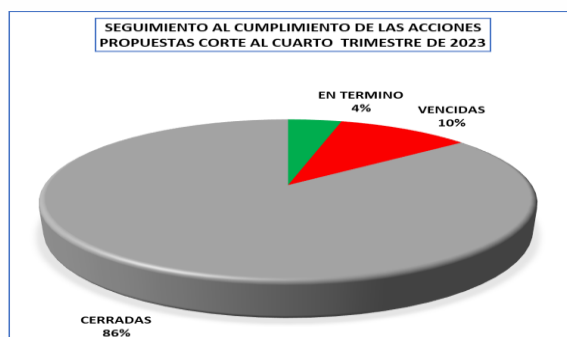
Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



- 1 plan de mejoramiento del 2022 PA220-007 con un avance total del 88% correspondiente al proceso UCI Adulto, **con tres (3) acciones vencidas.**
- 1 plan de mejoramiento del 2023, PA230-020 correspondientes procesos de consulta externa, con un avance del 93%, con **una (1) acción vencida**
- 1 plan de mejoramiento del 2023, PA230-034 correspondientes procesos de consulta externa-imagenología-2023, **con once (11) acciones vencidas.**

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas, con corte 30 de diciembre del 2023 de la Subgerencia de Servicios de Salud, producto de las fuentes de hallazgo (Oficina de Control Interno) Cuenta con 144 Acciones formuladas correspondientes a los años 2022 y 2023, de las cuales 123 acciones de mejora se cerraron que corresponden al (86%), 21 acciones de mejora quedan abiertas que corresponden al (14%), de las cuales 15 se encuentran vencidas que representan (10%) y 6 dentro de los términos que corresponden a un (4%). como se muestra en la gráfica siguiente:

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 DICIEMBRE DE 2023 SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD									
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumpliment o)		EFECTIVIDAD DEL PLAN
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS	SI	NO	
				EN TÉRMINO	VENCIDAS				
HEMODINAMIA	2022	PA222-003	4			4	3	1	EN SEGUIMIENTO O A LA EFECTIVIDAD
GESTION QUIRURGICA/SALA DE PARTOS Y GINECOLOGÍA	2022	PA2218-001	22			22	11	11	EN SEGUIMIENTO O A LA EFECTIVIDAD
UCI-ADULTO	2022	PA220-007	25		3	22	1	24	NA
FARMACIA	2023	PA230-008	26		0	26	2	24	EN SEGUIMIENTO O A LA EFECTIVIDAD



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



FARMACIA-INVENTARIOS	2023	PA230-009	12			12	1	11	EN SEGUIMIENTO O A LA EFECTIVIDAD
CONSULTA EXTERNA-IMAGENELOGIA	2023	PA230-005	2			2		2	EN SEGUIMIENTO O A LA EFECTIVIDAD
CONSULTA EXTERNA	2023	PA230-020	15		1	14	7	8	N.A.
CONSULTA EXTERNA-IMAGENELOGIA 2023	2023	PA230-034	32	6	11	15	14	18	N.A.
SIAU	2023	PA230-015	6	0		6	2	4	EN SEGUIMIENTO O A LA EFECTIVIDAD
TOTAL			144	6	15	123	41	103	

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 10% (15) se encuentran vencidas, se recomienda a los líderes de los siguientes procesos: UCIA, Consulta externa, Imagenología el cumpliendo con los plazos establecidos en el plan de mejoramiento y el cargue oportuno de los soportes.

ACCIONES VENCIDAS A 30 DE DICIEMBRE DE 2023

Al corte de 30 de diciembre de 2023, quince acciones (15) acciones se encuentran en estado vencidas, las cuales reflejan una disminución significativa respecto a los trimestres anteriores

ACCIONES VENCIDAS SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD CORTE 30/12/2023			
2022	UCI ADULTO	PA220-007	3
2022	CONSULTA EXTERNA	PA230-020	1
2023	CONSULTA EXTERNA- IMAGENELOGIA 2023	PA230-034	11
TOTAL			15

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 diciembre 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



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



8-7405030



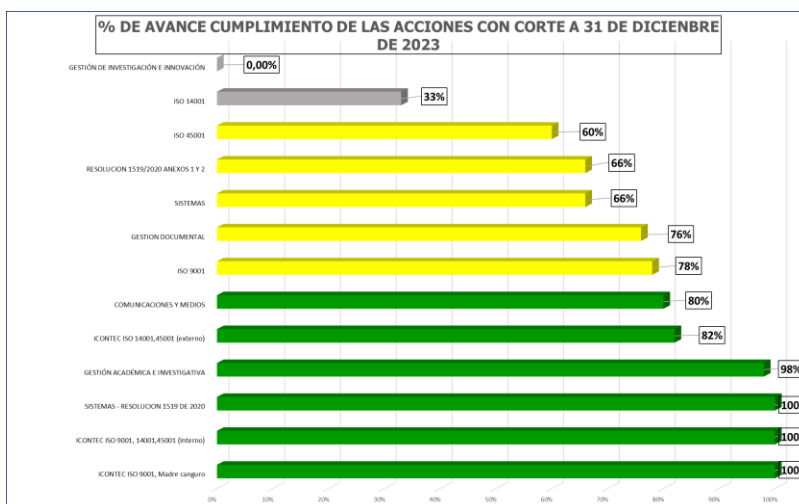
www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



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 diciembre del 2023, donde se evidencia que se presentaron avances a las acciones suscritas

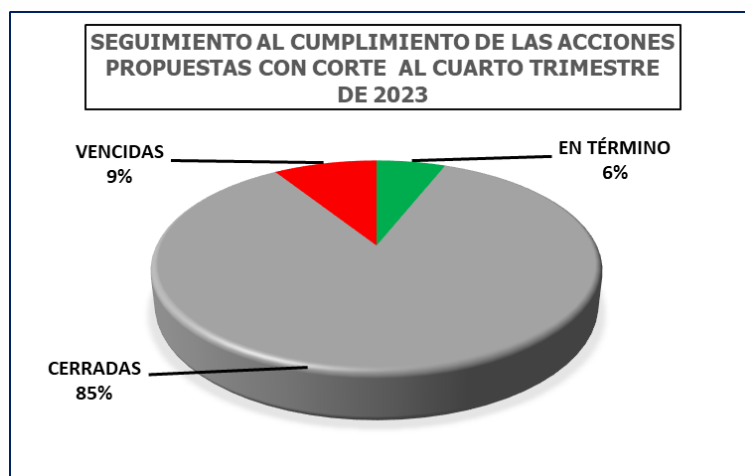


Fuente: OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

- ✓ 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 76% **vencido**
- ✓ 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 83% que corresponde a Sistemas **y vencido**
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-002 con avance total de 82% que corresponde a auditoría externa de ICONTEC ISO 14001 e ISO 45001 **y vencido**
- ✓ 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) con un avance de 78% **vencido**
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-036 que corresponde a ISO 14001 Gestión ambiental (interna) con avance de 33% y en términos de ejecución
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-037 que corresponde a ISO 45001 SST, con avance de 60% y **vencido**
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-046 que corresponde a Gestión investigativa, en ejecución y dentro de términos

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas en los planes de mejoramiento con corte 30 de diciembre 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 243 (100%) Acciones formuladas, de las cuales 208 acciones de mejora se cerraron que corresponden al (85%), 14 acciones de mejora quedan abiertas en término que corresponden al (6%), 21 se encuentran vencidas (9%), 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 31 DE DICIEMBRE DE 2023 OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS									
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				
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	0	1	4	3	2	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	0	0	6	5	1	EN SEGUIMIENTO A LA EFECTIVIDAD
INCONTEC MADRE CANGURO ISO 9001-2015	2023	PA230-001	9	0	0	9	2	7	EN SEGUIMIENTO A LA EFECTIVIDAD



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



INCONTEC ISO 14001 e ISO 45001	2023	PA230-002	33	0	2	31	8	25	N.A.
SISTEMAS	2023	PA230-004	3	0	1	2	0	3	N.A.
SISTEMAS/AUTOEVALUACIÓN RESOLUCIÓN 1519 DE 2020	2023	PA230-026	16	0	3	13	5	11	N.A.
ISO 9001 GESTION DE CALIDAD (interna)	2023	PA230-039	35	0	7	28	18	17	N.A.
ISO 14001 GESTION AMBIENTAL (interna)	2023	PA230-036	10	6	0	4	9	1	N.A.
ISO 45001:2018 SST (interna)	2023	PA230-037	19	0	5	14	8	11	N.A.
Gestión de investigación e innovación	2023	PA230-046	8	8	0	0	8	0	N.A.
TOTAL			243	14	21	208	100	143	

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

Al corte de 30 de diciembre del 2023, se presentan nueve (21) 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
2022	PA220-003	GESTIÓN DOCUMENTAL	1
2023	PA230-002	(externa) ICONTEC ISO 14001 e ISO 45001	2
2023	PA230-004	SISTEMAS	1
2023	PA230-026	SISTEMAS/AUTOEVALUACIÓN RESOLUCIÓN 1519 DE 2020	3
2023	PA230-037	ISO45001: 2018 SST (interna)	5
2023	PA230-039	ISO 9001 GESTION DE CALIDAD (interna)	7
TOTA2			21

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



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. PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS

La ESE. Hospital Universitario San Rafael de Tunja a corte 30 de diciembre 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	82%
ISO 9001 GESTIÓN DE CALIDAD (interna)	1	78%
ISO 14001 GESTIÓN AMBIENTAL (interna)	1	33%
ISO 45001:2018 SST (interna)	1	60%

Fuente: Software Daruma

15

2.1 SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORÍA VIGENCIA 2022 (SUSCRITO)

A continuación, se realiza un seguimiento de avance del plan de mejoramiento resultado de la auditoria efectuada por la contraloría general de Boyacá a la vigencia 2022, el vencimiento del plan es el 28 de febrero de 2024, sin embargo, desde la oficina de control interno se realiza seguimiento a los avances registrados por los diferentes procesos y se recomienda avanzar en el cumplimiento de este plan.

Se plantearon 56 acciones de las cuales nueve (9) acciones vencieron el 31 de diciembre de 2023, siendo estas ejecutadas en su totalidad, quedando pendiente un cargue a DARUMA del hallazgo 3-9 del manual de recaudo de cartera actualizado.

El seguimiento es el siguiente:

No. de hallazgo	Descripción del hallazgo (Según informe definitivo)	Responsable (Nombre y Cargo)	OBSERVACIONES	FECHA VENCIMIENTO
1	Gestión presupuestal Factores de Proyección del presupuesto según normatividad	Helkyn Ramírez Financiera	Se carga como evidencia el proyecto de presupuesto 2024 y la justificación económica del proyecto. El proceso aporta soporte en PDF denominado: INTERNO CARTA_SSB_CONCEPTO; dos comunicaciones dirigidas a la secretaria departamental de salud para solicitud de aclaraciones de la metodología de la proyección del presupuesto 2024.	31/12/2023
2	Gestión presupuestal Discrepancia frente a la clasificación utilizada en los códigos de acuerdo con el catálogo de clasificación	Helkyn Ramírez Financiera	Se encuentran cargados 6 acuerdos y 5 resoluciones de las adiciones presupuestales que se realizaron durante el año 2023.	31/12/2023



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



8	Glosas-cuentas médicas Cobro del valor de glosa injustificada más intereses moratorios liquidados	Neida María Plazas Caro-Daniel Rosas Auditoría de Cuentas Médicas	Presenta evidencias de cobros de interés moratorios hasta el mes de diciembre	31/12/2023
3.-9	Recaudo / cartera ERP NO realizaron los pagos de los servicios dentro de los plazos, condiciones y términos establecidos por el Gobierno de acuerdo con la normatividad	Cartera Javier salamanca	Se cargaron actas de comités de cartera de Julio a Octubre 2023, siete acuerdos de pago, correo electrónico de fecha 14/11/2023 con el borrador del ajuste al manual de cartera enviado a jurídica y subgerencia para aprobación, los cobros por los diferentes conceptos a la ERP realizados en 2023, comunicación a la superintendencia de traslado de queja por prácticas indebidas de CAJACOPI EPS * El Manual de recaudo de cartera queda actualizado según Resolución No. 519 del 29 de Diciembre de 2023, se encuentra publicado en sitio web del hospital. Está pendiente el cargue en DARUMA del manual junto con la resolución de adopción	31/12/2023
4	Glosas-cuentas médicas Glosa no subsanable da lugar a investigación y determinación del presunto responsable de la glosa. Tampoco cuenta con un Comité Evaluador de las mismas	Neida María Plazas Caro-Daniel Rosas/ Javier Alejandro Barreto Auditoría de Cuentas Médicas/ Cartera	* Como evidencia fueron cargados soportes de cobro de fechas 24 de febrero, 4 de mayo, 13 de Julio, noviembre y diciembre de 2023. Igualmente fue cargada matriz de seguimiento de cobro como fuente de verificación	31/12/2023
5	Glosas-cuentas médicas Cobro de las Actas de levantamiento de glosas	Neida María Plazas Caro-Daniel Rosas/ Javier Alejandro Barreto Auditoría de Cuentas Médicas/ Cartera	Se evidencia el cargue de cobros de Actas de levantamiento de glosa desde el mes de febrero hasta el mes de Diciembre	31/12/2023
10	Cartera Presentación del Boletín de Deudores morosos del estado	cartera Javier Salamanca	Como evidencia es cargada acta de información para reporte de deudores morosos del estado correspondiente al segundo semestre de 2023 que contiene el detalle de los deudores morosos reportados y los soportes de motivos para los no reportados.	31/12/2023
54	Contratación – Formato_202214_F13_AGR frente la no coincidencia por el manejo de liberación de saldos	CONTRATACIÓN Laura Rivera PRESUPUESTO Helkyn Ramírez	Se carga oficio de fecha 12 de enero de 2024 dirigido a la Contraloría con solicitud de capacitación y aclaración del manejo del formato de contratación Formato_202214_F13_AGR.	31/12/2023

Con respecto a los hallazgos con vencimiento en el año 2024 en los meses de enero y febrero se han realizado avances importantes y se tienen pendientes actividades que están en ejecución, las 47 acciones con vencimiento en 2024 se detallan a continuación:

No. de hallazgo	Descripción del hallazgo (Según informe definitivo)	Responsable (Nombre y Cargo)	OBSERVACIONES	FECHA VENCIMIENTO
6	Glosas-cuentas médicas Porcentaje de aceptación de glosa e implicaciones financieras	Neida María Plazas Caro-Daniel Rosas Auditoría de Cuentas Médicas Dr. Andrés Montero-Asesoría Jurídica	* Se evidencia cargue de: Indicador 546 actualizado hasta el mes de diciembre Indicador 1341 actualizado hasta diciembre. Indicador 1342 actualizado hasta Diciembre. Cronograma de socialización de glosas y Actas de socialización cargadas hasta el cuarto trimestre de 2023. Matriz de seguimiento cargada a Diciembre	28/02/2024
7	Glosas-cuentas médicas Manejo contable de débitos y créditos de las cuentas de orden para glosas	Neida María Plazas Caro-Daniel Rosas/ María de Jesús Suarez Auditoría de Cuentas Médicas/ Contabilidad	Se carga Libro mayor como evidencia del registro de glosas comunicadas en cuentas de orden con corte a diciembre, así como las certificaciones de conciliación de glosas con contabilidad debidamente actualizadas hasta el mes de diciembre de 2023. y modelo de certificación contable de glosas hasta del mes de diciembre.	28/02/2024
11	Gestión Contractual Procedimiento A-PR-13 "plan anual de adquisiciones"	almacén	Almacén carga como soporte la Resolución 502 de 2023 por medio de la cual se adopta el plan anual de adquisiciones, para la vigencia 2024, igualmente se verifica en secop y en sitio web del hospital la debida publicación. En cuanto al procedimiento A-PR-13 Plan anual de adquisiciones, fue actualizado y se encuentra en estado para socialización en DARUMA de acuerdo con pantallazo de soporte cargado como avance en el plan de mejoramiento. *Acta de seguimiento a comité de adquisiciones, pendiente de cargue de evidencia.	31/01/2024
12-15-16-17-18-22-25-28-29-30-32-34-35-36-42-46-47-48-49	Gestión contractual, relacionado con el Análisis de mercado o análisis de históricos de precios.	Líder Contratación Sub financiera Sub Salud, Asesor desarrollo de servicios	El avance aportada es: el estatuto HUSRT V2 en Word, pantallazos del envío del estatuto a través de WhatsApp y proyección de circular de lineamientos para los procesos contractuales.	28/02/2024

13-20-23-31-33-37-38-39-41-43-44	Gestión de contratación. Riesgos y planeación Los controles del proceso no fueron eficaces ni efectivos. riesgos por "Incorrecta formulación del estudio de conveniencia y oportunidad"	Asesor desarrollo de servicios Líder de riesgos líder de contratación (asesor de seguros) líder de planeación	Como evidencia de avance fue cargado: *Acta de Mesa de trabajo de riesgos ECOS y de riesgos contractuales. *Matriz de riesgos contractuales. *Acta de mesa de trabajo de riesgos contractuales *Borrador de manual de riesgos contractuales * Listado de asistencia para aprobación del manual de riesgos contractuales. Se han realizado avances importantes que se verificarán junto con la líder de riesgos.	31/01/2024
14-19-21-24-26-27	Gestión de contratación. Ejercicio de las funciones del supervisor	Líder Contratación Sub financiera Sub Salud, Asesor desarrollo de servicios apoyo supervisión	No se han cargado evidencias para esta acción: 1) Lineamientos de informes de supervisión, aprobados y socializados 2) Reporte de cumplimiento analizados y gestionados en comité de contratación 3. Actualización del manual de supervisión	28/02/2024
40-45	HALLAZGO 40 Términos de Referencia definitivos, HALLAZGO 45 Proyecto de Términos de referencia, Términos de Referencia definitivos	Oficina Jurídica	Se carga como evidencia: * Proyecto de estatuto de contratación. * Correo de envío para revisión los líderes de área en las fechas 29 de junio y 28 de agosto. * Pantallazos de envío informal a través de WhatsApp a miembros de junta directiva con el documento del proyecto del estatuto de contratación para análisis; la evidencia carece de fecha que corrobore la gestión adelantada para el presente plan de mejoramiento. Para el cierre del plan se requiere cargar la evidencia del Manual de contratación aprobado.	28/02/2024
50	Facturación Manual de facturación que dispuso que (...) Los primeros diez (10) días de cada mes se debe radicar el 100% de las cuentas	FACTURACIÓN Jimmy Alfonso CARTERA Javier salamanca	Como evidencia se aporta pantallazo del manual de facturación actualizado en DARUMA en estado de activo. Se adjunta como soporte Excel de la facturación radicada. Como evidencia carga matriz de seguimiento y control del proceso de facturación y radicación con corte a Diciembre de 2023	28/02/2024
51	cuentas por cobrar: contabilidad/facturación/cartera a Clasificación corriente y no corriente de contabilidad con estado de cartera	FACTURACIÓN Jimmy Alfonso CARTERA Javier salamanca Contabilidad. María de Jesús Suarez	Sin evidencias de avance cargadas	28/02/2024
52	deterioro de cuentas por cobrar	Contabilidad. María de Jesús Suarez Cartera. Javier Salamanca	Se Presenta como avance acta de deterioro de cuentas por cobrar a 30 de septiembre de 2023, en el cual se explican los valores registrados como ingreso por recuperación de deterioro de cartera. Para el cierre se debe cargar la información correspondiente a 31 de diciembre de 2023.	28/02/2024

53	deterioro de cuentas por cobrar	CARTERA Javier salamanca Contabilidad. María de Jesús Suarez	Se Presenta como avance acta de deterioro de cuentas por cobrar a 30 de septiembre de 2023, en el cual se explican los valores registrados como ingreso por recuperación de deterioro de cartera. Para el cierre se debe cargar la información correspondiente a 31 de diciembre de 2023.	28/02/2024
55	Formato OADS-F-36, denominado "Formato de seguimiento y autocontrol gestión de riesgos- Primera Línea"	CARTERA Javier salamanca FACTURACIÓN Jimmy Alfonso Riesgos Lina Patarroyo	Se carga formato OADS-F-36 Diligenciado para verificación en mesa de trabajo con líder del proceso	31/01/2024
56	La calificación obtenida correspondió a 4.74 interpretada en forma cualitativa como "Eficiente", NO se ajusta a la verdad	Líder de riesgos, Control interno, gestión financiera y gestión administrativa	Se adjunta en este avance, evidencia de acta de mesa de trabajo de identificación de riesgos financieros de fecha 28/09/2023. Se requiere para el cierre de la acción evidencia del Mapa de riesgos final actualizado.	28/02/2024
	Conciliaciones entre áreas Actualización de políticas contables Adherencia a procedimientos	oficina de control interno y gestión financiera	Como avance se aporta evidencia de actas de trabajo con contabilidad, control interno y líder financiero para la identificación y formulación de riesgos financieros. Con fechas 28/09/2023, 09/10/2023 y 19/10/2023	28/02/2024
	procedimiento documentado cierre integral de la información	Gestión financiera - contadora	en elaboración	28/02/2024
	directrices, procedimientos, instrucciones, o lineamientos sobre análisis, depuración y seguimiento de cuentas para el mejoramiento y sostenibilidad de la calidad de la información.	Gestión financiera - contadora	en elaboración	28/02/2024
	✓ NO se evidencia por medio de flujogramas, u otra técnica o mecanismo, la forma como circula la información hacia el área contable.	Gestión financiera - contadora	en elaboración	28/02/2024
	✓ Los estados financieros NO se tienen en cuenta para la toma de decisiones en la gestión de la empresa.	Gestión Financiera	en elaboración	28/02/2024
	✓ No se utiliza un sistema de indicadores para analizar e interpretar la realidad financiera de la entidad.	Gestión Financiera Control interno	en elaboración	28/02/2024
	✓ Dentro del plan institucional de capacitación NO se considera el desarrollo de competencias y actualización permanente del personal involucrado en el proceso contable.	Coordinador Talento humano Coordinador de Gestión financiera Coordinador de Auditoria Líder Coordinador de Cuentas medicas Coordinador de facturación Coordinador de Cartera	en elaboración	28/02/2024

Fuente propia: Excel de seguimiento plan de mejoramiento contraloría



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



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	39	1	0	0	7	31
Auditorías externas	209	0	2	0	0	207
Auditorías Internas	43	0	0	0	0	43
Seguridad del paciente- autoevaluación paquetes instruccionales	49	1	12	0	4	32
Eventos adversos	18	3	4	0	11	0
TOTAL	358	5	18	0	22	313

Fuente: Informe seguimiento fuente de mejoramiento oficina de calidad 2023

Acciones suscritas por las fuentes de mejora 133 que corresponden a:

- (39) Acciones de mejora de la fuente Indicadores con una acción de mejora vencida que pertenece al servicio seguridad del paciente.
- (209) Acciones de mejora de la fuente Auditorías externas quedando (2) pendiente por ejecutar.
- (43) Acciones de mejora de la fuente BPM, con cierre total
- (49) Acciones de mejora de la fuente Seguridad del paciente autoevaluación paquetes institucionales, con una acción vencida que corresponde al proceso de Talento Humano
- (18) Acciones de mejora de fuente Eventos adversos con 3 acciones vencidas que corresponde a esterilización

Observando que, para el 30 de diciembre del 2023, se suscribieron (358) acciones de mejora de las diferentes fuentes de las cuales se dio cierre a 313 acciones (87%) y quedando vencidas (5) acciones con (1.3%)

ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA:

Los lineamientos de la resolución 124 de 2019 y su modificatorio 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.

21

➤ **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. En la misma situación se encuentran los planes: PA2212-004 y PA230-001, es importante darles cierre a estos planes para poder medir la efectividad de las acciones.
- Se recomienda a los líderes de procesos dar cumplimiento a lo establecido en la actividad 4 del Procedimiento OACI-PR-06 **DEFINICIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO** referente a «para la ejecución del plan de mejoramiento se fija un plazo máximo de seis meses, contados a partir de la aprobación del plan». Lo anterior teniendo en cuenta que al realizar el seguimiento de este trimestre se observó que dos acciones del plan PA230-045 asociado al proceso Gestión de contratación establecieron un tiempo de ejecución superior a los seis meses (un año), razón por la cual se solicita al proceso con el apoyo del administrador de DARUMA, ajustar el tiempo según lo establecido en el procedimiento en mención.
- Se recomienda al proceso CONSULTA EXTERNA, dar cumplimiento a las acciones pendientes de cierre, relacionada con el hallazgo DIFERENCIAS EN LA INFORMACION GENERADA EN LAS BASES DE DATOS/REPORTES INDICARES DARUMA adicionalmente es importante aportar evidencias de la ejecución



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



del plan de acción resultante de la autoevaluación del servicio de consulta externa frente a requisitos de la Resolución 3100 de 2019

- Se recomienda al líder de mejoramiento, apoyar al líder del proceso Unidad de cuidado intensivo en el replanteamiento de las acciones asociadas al plan de mejoramiento PA220-007 (11 Y 2) relacionadas con el incumplimiento del indicador 1738 TIEMPO PROMEDIO A LA RESPUESTA DE INTERCONSULTA EN UCIA, aportando acta de reunión y solicitud por escrito a la Oficina de control interno. (Actividad 8 "Realizar solicitud de ajuste al plan de mejoramiento" del procedimiento OACI-PR-06 **DEFINICIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO**)

- Se recomienda a líderes de proceso antes de cargar soportes de evidencias relacionadas con documentos, verificar en el listado maestro de DARUMA, si estos se encuentran activos, lo anterior teniendo en cuenta que el proceso GESTION FARMACEUTICA, aporta evidencias del formato SF-F-23 DEVOLUCION DE MERCANCIA A PROVEEDORE en versiones desactualizadas.
- 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.

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. Para este trimestre no se aportó evidencia de avance.

- 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 con los resultados encontrados en el seguimiento, para dar cierre efectivo a los planes.
- Los planes de mejoramiento de las auditorias realizadas por revisoría fiscal se articulen con el sistema de gestión daruma y el Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento del plan de mejoramiento por proceso.

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
Gustavo Molano