

INFORME DE SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO
I TRIMESTRE DE 2024

Elaborado por:

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, abril 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 MARZO 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 31/03/2024.

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 Marzo 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) y Talento Humano.

- ✓ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Apoyo servicios de salud- Imagenología, 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, Sistema, , Comunicaciones y medios-

- ✓ FUENTES DE MEJORAMIENTO: Indicadores, Seguridad del paciente, Auditoria-ICONTEC QHS

METODOLOGÍA

El monitoreo a los planes de mejoramiento por procesos con corte a 30 de Marzo de 2024, 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.



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



8-7405030



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



La oficina de control interno a través de correo electrónico de fecha 27 de Marzo 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

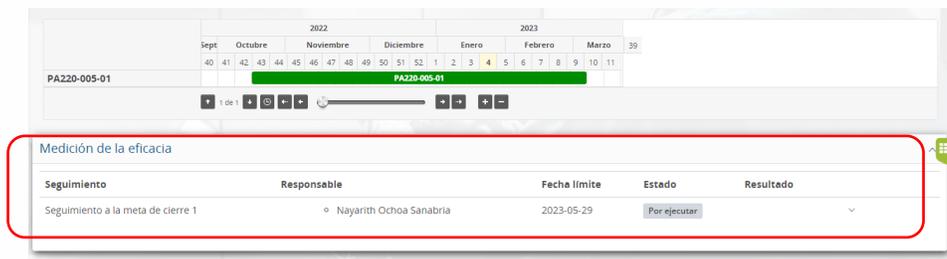
El monitor del software DARUMA visualiza la eficiencia de las acciones y los planes de acción, teniendo en cuenta tres variables las cuales son: La fecha de inicio del plan de Acción, la fecha final del plan de Acción y la fecha en la que se consulta el plan de Acción tomada como un hoy una vez contenidas 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 fórmula
- $R1 / (R2+1) = 0.66 = 66\%$ Resultado monitor de tiempo



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

➤ EFICACIA



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

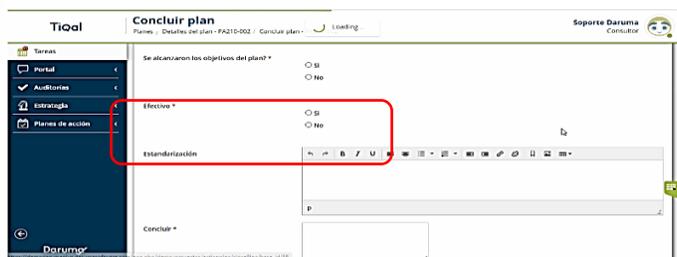
Fuente: Instructivo IN-IN-0016 –V-Vr.3.302 Modulo Planes MJD – Software Daruma

➤ 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.



Concluir plan

Se alcanzaron los objetivos del plan? Si No

Efectivo* Si No

Estandarización

Concluir*

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

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

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

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 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
- Software DARUMA
- Documentación presentada por los procesos.
- Informe seguimiento fuente de mejoramiento oficina con corte al mes de marzo 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 31 de marzo 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 2021-2024, 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 PLANES	PLANES CERRADOS	PLANES ABIERTOS		REFORMULACIÓN DEL PLAN	% PROMEDIO	EFECTIVIDAD DEL PLAN
					VENCIDOS	EN TÉRMINOS			
SAF	2024	GESTION DEL TALENTO HUMANO	1	0	0	1	0	66%	
	2023	GESTION DE CONTRATACION 2023	1	0	0	1	0	62%	
	2022	GESTION DE CONTRATACION 2022	1	0	1	0	0	88%	
	2023	CARTERA	N/A	0	0	0	1	NA	
	2023	CONTABILIDAD / PRESUPUESTO	1	0	0	1	0	68%	



	2023	FACTURACION	1	0	0	1	0	28%	
	2023	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA_TESORERIA_FACTURACION- CAJAS	1	0	0	1	0	15%	
SSS	2022	UCI-ADULTO	1	1	0	0	0	100%	Verificación de efectividad
	2023	CONSULTA EXTERNA	1	1	0	0	0	100%	Verificación de efectividad
	2023	CONSULTA EXTERNA-IMAGENOLOGIA 2023	1	0	1	0	0	94%	
	2023	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	1	0	0	1	0	27%	
	2024	UCI - ADULTO	1	0	0	1	0	NA	
OADS	2021	GESTIÓN ACADEMICA E INVESTIGATIVA	1	1	0	0	0	100%	
	2022	COMUNICACIONES Y MEDIOS	1	1	0	0	0	100%	
	2022	GESTIÓN DOCUMENTAL	1	0	0	1	0	82%	
	2022	SISTEMAS/ RESOLUCIÓN 1519 DE 2020	1	1	0	0	0	100%	
	2023	SISTEMAS/ RESOLUCIÓN 1519 DE 2020	1	0	1	0	0	93%	
	2023	INCONTEC ISO 14001 E ISO 45001	1	1	0	0	0	100%	
	2023	SISTEMAS	1	1	0	0	0	100%	
	2023	AUDITORIA INTERNA PARA LA NORMA ISO 9001 GESTION DE CALIDAD	1	0	1	0	0	83%	
	2023	AUDITORIA INTERNA PARA LA NORMA 14001 GESTION AMBIENTAL	1	0	0	1	0	86%	
	2023	GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	1	1	0	0	0	20%	
	2023	GESTIÓN DOCUMENTAL	1	0	0	1	0	10%	
2023	AUDITORIA INTERNA PARA LA NORMA ISO 45001:2018 SST	1	0	1	0	0	94%		
TOTAL			23	8	5	10	1		

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

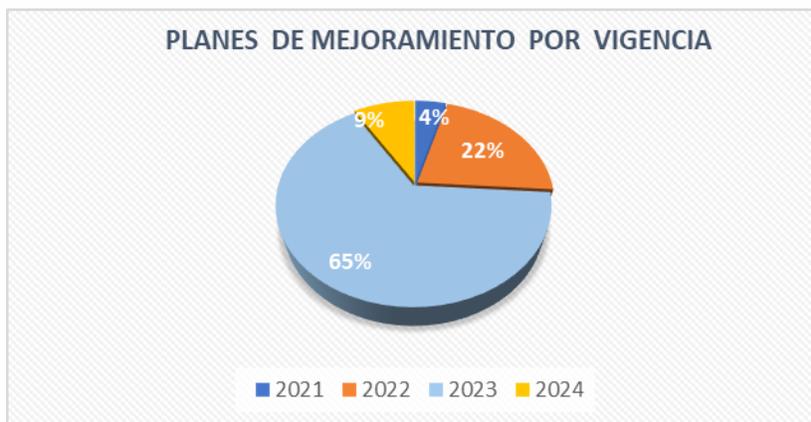
Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



La oficina de control interno realizó seguimiento y evaluación a los 23 planes de mejoramiento vigentes suscritos con corte a 30 de marzo del 2024, donde se cerraron 8 planes de mejoramiento, 5 se encuentran vencidos, 10 en términos de cumplimiento y uno en reformulación.

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

- ✓ 2021: (1) Plan de mejoramiento corresponde al 4%
- ✓ 2022: (5) Planes de mejoramiento Corresponde al 22%
- ✓ 2023: (15) Planes de mejoramiento corresponden al 65%
- ✓ 2024: (2) Planes de mejoramiento corresponden al 9%

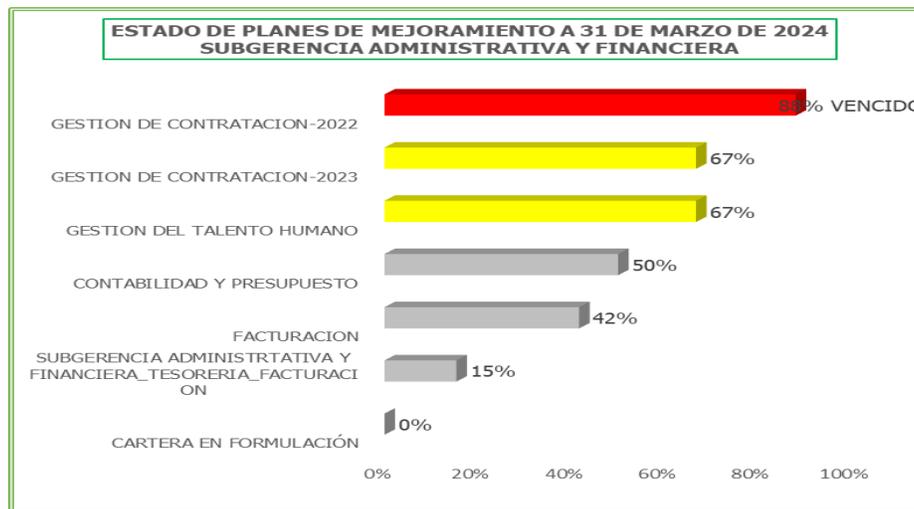


Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Daruma

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 31 de Marzo 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 primer trimestre de 2024, donde se evidencia lo siguiente:

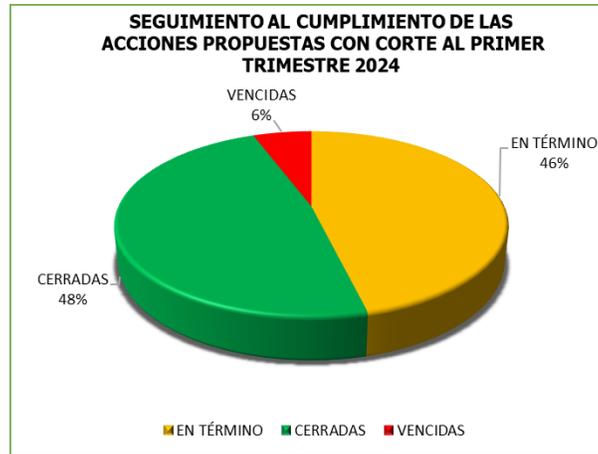


Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software DARUMA

- ✓ 6 planes de mejoramiento suscrito correspondiente a, Gestión de Contratación 2022, Gestión de Contratación 2023, Gestión del Talento Humano, Contabilidad y Presupuesto, Facturación y Subgerencia Administrativa y Financiera -Tesorería -Facturación y Cartera en formulación (Cajas).
- ✓ Un plan de mejoramiento correspondiente al proceso de Gestión de contratación con una acción **vencida**
- ✓ Un plan correspondiente a contabilidad y presupuesto con 2 acciones **vencidas**
- ✓ Cuatro planes correspondientes a Subgerencia Administrativa y financiera en Relación a cajas, facturación, Talento Humano y Contratación vigencia 2023 en términos de ejecución

Se continúa sin replantear la acción de migrar y generar la información de los deudores a través del sistema "SERVINTE" debido a que el sistema 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 6 planes de mejoramiento vigentes de la Subgerencia Administrativa y Financiera con corte a 31 de marzo del 2024, producto de los hallazgos de la Oficina de Control Interno, cuenta con 52 acciones suscritas de las cuales; 24 acciones se encuentran en términos lo cual equivale al 46%, 3 acciones vencidas en peso porcentual del 6% y 25 acciones cerradas que corresponden al 48%.



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 MARZO DE 2024 SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA									
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento)		EFECTIVIDAD DEL PLAN
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS	SI	NO	
				EN TÉRMINO	VENCIDAS				
GESTION DEL TALENTO HUMANO	2024	PA230-041	3	1	0	2	3	0	N.A.
GESTION DE CONTRATACION 2023	2023	PA230-045	13	5	0	8	13	0	N.A.
GESTION DE CONTRATACION 2022	2022	PA220-001	7	0	1	6	6	1	N.A.
CARTERA	2023	NA	0	0	0	0	0	0	N.A.
CONTABILIDAD / PRESUPUESTO	2023	PA230-031	4	0	2	2	0	4	N.A.
FACTURACION	2024	PA240-008	12	7	0	5	12	0	N.A.
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA TESORERIA FACTURACION	2024	PA240-010	13	11	0	2	13	0	N.A.
TOTAL			52	24	3	25	47	5	

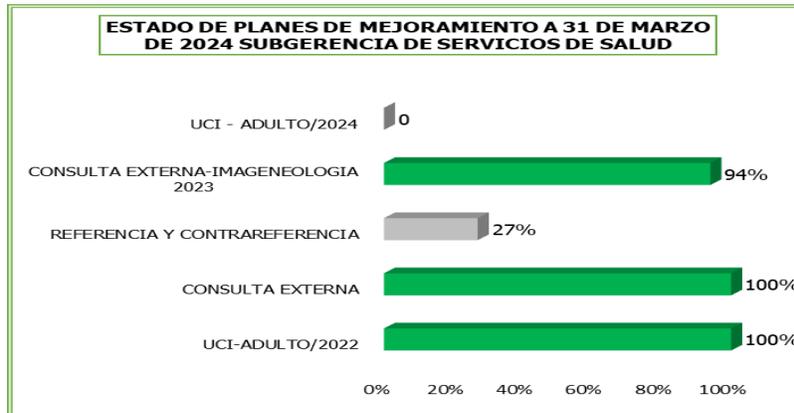
Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software DARUMA

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 31 de marzo 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

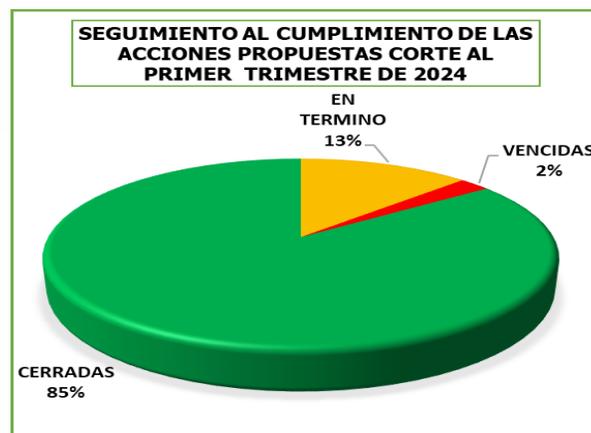
En la gráfica siguiente se muestra el avance de cumplimiento en los planes de mejoramiento suscritos por la Subgerencia de Servicios de Salud con corte a 31 de Marzo del 2024 como se muestra en la siguiente gráfica:



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

- 1 plan de mejoramiento del 2022 PA220-007 con un avance total del 100% correspondiente al proceso UCI ADULTO, se da cierre al plan
- 1 plan de mejoramiento del 2023, PA230-020 correspondientes procesos de consulta externa, con un avance del 100%,
- 1 plan de mejoramiento del 2023, PA230-034 correspondientes procesos de consulta externa-imagenología-2023, con un avance del 94% con **dos (2) acciones vencidas**.
- 1 plan de mejoramiento del 2024 PA240-011, correspondiente al sub proceso Referencia y contra referencia en términos de ejecución, con un avance del 27%
- 1 plan de mejoramiento del 2022 PA240-011 correspondiente al proceso UCI ADULTO estado ejecución.

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas, con corte 31 de marzo de 2024 de la Subgerencia de Servicios de Salud, producto de las fuentes de hallazgo (Oficina de Control Interno) Cuenta con 86 Acciones formuladas correspondientes a los años 2022, 2023 y 2024 de las cuales 73 acciones de mejora se cerraron que corresponden al (85%), 13 acciones de mejora quedan abiertas que corresponden al (15 %), de las cuales 2 se encuentran vencidas que representan (2%) y 11 dentro de los términos que corresponden a un (13%). 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 31 DE MARZO DE 2024 SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD										
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento)			EFECTIVIDAD DEL PLAN
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS	SI	NO	EN EJECUCION	
				EN TÉRMINO	VENCIDAS					
UCI-ADULTO/2022	2022	PA220-007	25			25	1	24	0	EN SEGUIMIENTO A LA EFECTIVIDAD, SE REPLANTEA
CONSULTA EXTERNA	2023	PA230-020	15			15	7	8	1	EN SEGUIMIENTO A LA EFECTIVIDAD
CONSULTA EXTERNA- IMAGENELOGIA 2023	2023	PA230-034	32		2	30	18	14	1	N.A.
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2024	PA240-006	11	8		3	11	0	1	N.A.
UCI - ADULTO/2024	2024	PA-240-011	3	3			3		1	N.A.
TOTAL			86	11	2	73	40	46		

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

ACCIONES VENCIDAS A 31 DE MARZO 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 86 acciones, (2) acciones se encuentran vencidas.

ACCIONES VENCIDAS SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD CORTE 31/03/2024			
2023	CONSULTA EXTERNA-IMAGENELOGIA 2023	PA230-034	2
TOTAL			2

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 31 de marzo 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 31 de marzo del 2024, donde se evidencia que se presentaron avances a las acciones suscritas



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



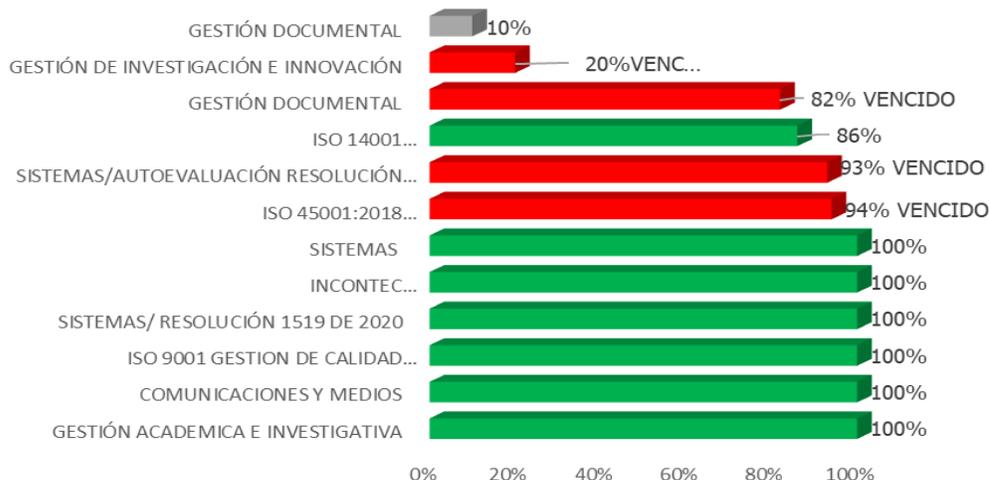
8-7405030



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



ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE MARZO DE 2024
OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS



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 cerrado.
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA220-003, que corresponde a Gestión Documental con avance total del 82%. y **vencido**
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA220-002 que corresponde a Comunicaciones, cerrado y en seguimiento de efectividad
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA220-010 que corresponde a Sistemas cerrado y en seguimiento de efectividad
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-002 que corresponde a auditoría externa de ICONTEC ISO 14001 e ISO 45001, cerrado y en seguimiento de efectividad.
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-026 que corresponde a sistemas/autoevaluación resolución 1519 de 2020, con un avance de 93% y **vencido**
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA220-010 que corresponde a sistemas/autoevaluación resolución 1519 de 2020, cerrado
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-039, que corresponde a ISO 9001, sistema de gestión de calidad cerrado.
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-036 que corresponde a ISO 14001 Gestión ambiental (interna) con avance total de 86% en términos para su ejecución
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-037 que corresponde a ISO 45001 SST, con avance total de 94% y **con una acción vencida**
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA230-046 que corresponde a Gestión de investigación e innovación con un avance total de 20% y **se encuentra vencido**
- ✓ 1 plan de mejoramiento PA240-003 que corresponde a Gestión documental con un avance total de 10% y en términos para su ejecución.



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



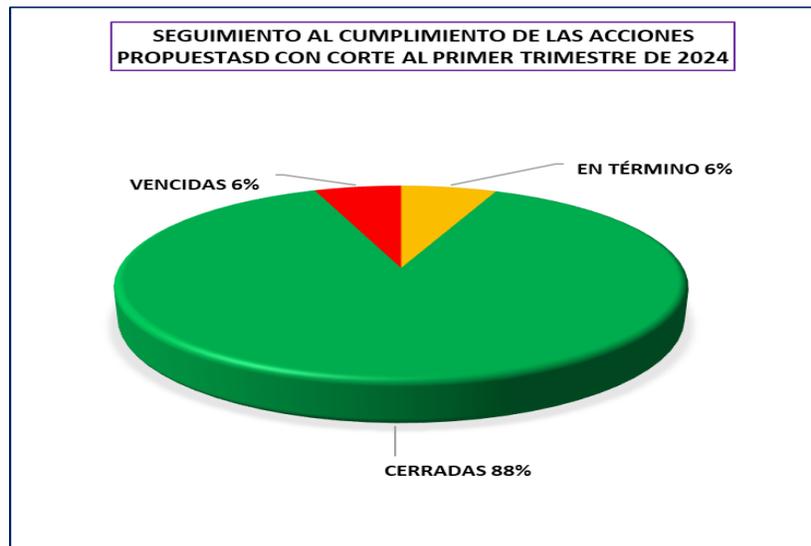
8-7405030



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



A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas en los planes de mejoramiento con corte a 31 de marzo del 2024, de la Oficina Asesora de Desarrollo de servicios, producto de las fuentes de hallazgo (Oficina de Control Interno y CERTIFICACIÓN ISO 9001, 14001,450001). Cuenta con 175 (100%) Acciones suscritas, de las cuales 154 acciones de mejora se cerraron que corresponden al 88%, 11 acciones de mejora quedan abiertas en términos que corresponden al 6% y 10 se encuentran vencidas (6 %) como se muestra en la gráfica siguiente:



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

Al corte de 31 de marzo de 2024, se presentan trece (10) acciones de mejora vencidas, las cuales se detallan a continuación:

ACCIONES VENCIDAS Y EN PROCESO DE REFORMULACIÓN OFICINA ASESORA DE DESARROLLO Y SERVICIOS 31/03/2024			
AÑO	No CONSECUTIVO PLAN	PROCESO/SERVICIO	ACCIONES VENCIDAS
2022	PA220-003	GESTIÓN DOCUMENTAL	1
2023	PA230-026	SISTEMAS/AUTOEVALUACIÓN RESOLUCIÓN 1519 DE 2020	1
2023	PA230-002	ISO 1400GESTION AMBIENTAL (INTERNA)	1
2023	PA230-037	ISO 45001:2018 SST (INTERNO)	1
2023	PA230-046	GESTIÓN ACADEMICA E INVESTIGATIVA	6
TOTAL			10

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 31 de marzo 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
INCONTEC ISO 14001 e ISO 45001	1	100%
ISO 45001:2018 SST (INTERNA)	1	94%
ISO 9001 GESTION DE CALIDAD (interna)	1	100%
ISO 14001 GESTION AMBIENTAL (INTERNA)	1	86%

3 INFORME SEGUIMIENTO FUENTE DE MEJORAMIENTO OFICINA DE CALIDAD I 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: habilitación, indicadores, seguridad del paciente y auditorías externas 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	9	0	6	0	3	0
AUDITORIA- ICONTEC QHSE	58	1	28	0	4	25
Seguridad del paciente-	27	0	8	0	0	19
Eventos adversos	14	0	8	0	0	6
TOTAL	108	1	50	0	7	50

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



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

Acciones suscritas por las fuentes de mejora 108, que corresponden a las siguientes fuentes de mejora: (9) Indicadores, (58) Auditorías internas, (27) Seguridad del paciente -autoevaluación paquetes Institucionales y (14) Eventos adversos

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 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 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.



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



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.

- **SEGUIMIENTO EFECTIVIDAD,** Es importante mencionar que en los meses de abril y mayo de 2024, se realizara seguimiento a la efectividad de los siguientes planes, correspondientes a la Subgerencia servicios de salud.

ITEMS	VIGENCIA	SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO
1	2022	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	PA222-003	HEMODINAMIA
2	2022	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	PA2218-001	GESTION QUIRURGICA/SALA DE PARTOS Y GINECOLOGIA
3	2022	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	PA220-007	UCI-ADULTO
4	2023	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	PA230-008	FARMACIA
5	2023	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	PA230-009	FARMACIA-INVENTARIOS
6	2023	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	PA230-005	CONSULTA EXTERNA-IMAGENEOLGIA-REPLANTEADO
7	2023	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	PA230-020	CONSULTA EXTERNA
8	2023	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	PA230-034	CONSULTA EXTERNA-IMAGENEOLGIA 2023
9	2023	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	PA230-015	SIAU

Fuente: planes de mejoramiento SSS software DARUMA

CONCLUSIONES

- De las 313 acciones de mejora suscritas, 252 (80,51%) se encuentran cerradas y 61 (19,49%) se encuentran abiertas.
- De las 61 Acciones abiertas, 46 (78,4%) acciones de mejora se encuentran en términos y 12 (19,67%) se encuentran vencidas
- De las 15 acciones que se encuentran vencidas, 2 corresponden a la Subgerencia de Salud, 3 Subgerencia administrativa y financiera y 10 a la oficina Asesora de desarrollo de servicios.
- Los 23 planes de mejoramiento que se encuentran con tiempo para su ejecución corresponden a las vigencias 2021 (1), 2022 (5), 2023 (15), 2024 (2)



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



8-7405030



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



- De las 108 acciones de mejora suscritas correspondientes al área de calidad, 50 (46,29%) se encuentran cerradas, 1 (0,93%) se encuentran vencidas y 57 (53%) 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 19,23%, con respecto a la evaluación anterior, puesto que se redujo el inventario de 408 a 313 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 y de la eventual disminución por declaración de efectividad.
- 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.
- Con el proceso de cartera sigue pendiente, replantear el plan de mejoramiento al hallazgo trasladado del plan de contabilidad sobre la sistematización de cartera en SERVINTE. El proceso aportó evidencias de las acciones adelantadas con el fin de replantear el plan de mejoramiento de acuerdo al trabajo realizado en conjunto con el área de sistemas y desarrolladores de SERVINTE.
- Dar cumplimiento a la resolución 124 de 2019 y su modificatorio la Resolución 327 de 2022, Manual de planes de mejoramiento OACI-M-02 y al Procedimiento OACI-PR-06 Definición y seguimiento de los planes de mejoramiento institucional, en lo relacionado al incumplimiento de acciones y solicitud de ajustes de acuerdo 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



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



8-7405030



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

