



INFORME
SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO
JULIO 2022


| | | | |
|---|--|---------|---------------|
|  | Informe | Código | IF_01_PL |
| | INFORME SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO JULIO 2022 | Versión | 2 |
| | | Fecha | Julio de 2021 |

TABLA DE CONTENIDO


| | |
|---|---|
| 1. INTRODUCCIÓN | 3 |
| 2. DESARROLLO CONTENIDO DEL INFORME | 3 |
| 3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 6 |

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGÜÍ COMPARACIÓN SOBRE LA DISTRIBUCIÓN CUANTITATIVA DEL CUMPLIMIENTO DE TAREAS CORTE AGOSTO 2022.....3

Gráfico 2: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGÜÍ COMPARACIÓN SOBRE LA DISTRIBUCIÓN CUANTITATIVA DEL CUMPLIMIENTO DE TAREAS CORTE AGOSTO 20224

Gráfico 3: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGÜÍ COMPARACIÓN SOBRE LA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CUMPLIMIENTO DE TAREAS CORTE AGOSTO 2022.....4

| | | | |
|---|--|---------|---------------|
|  | Informe | Código | IF_01_PL |
| | INFORME SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO JULIO 2022 | Versión | 2 |
| | | Fecha | Julio de 2021 |

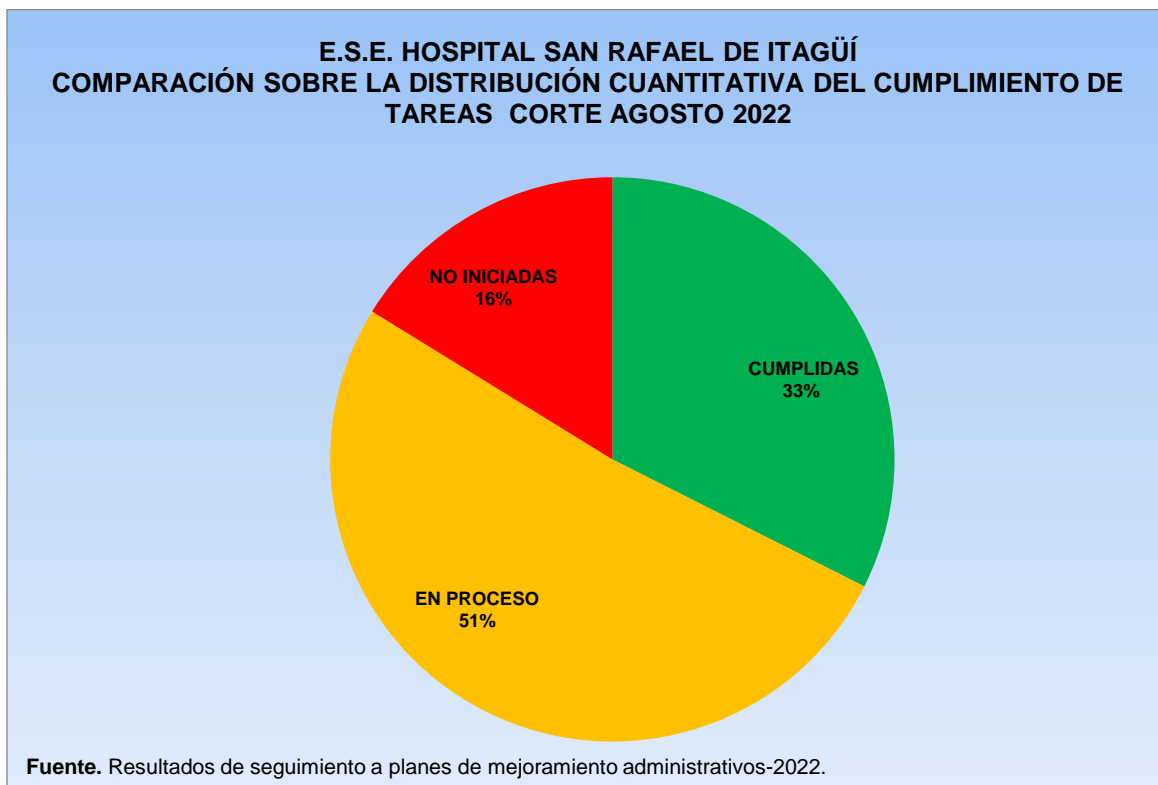
1. INTRODUCCIÓN

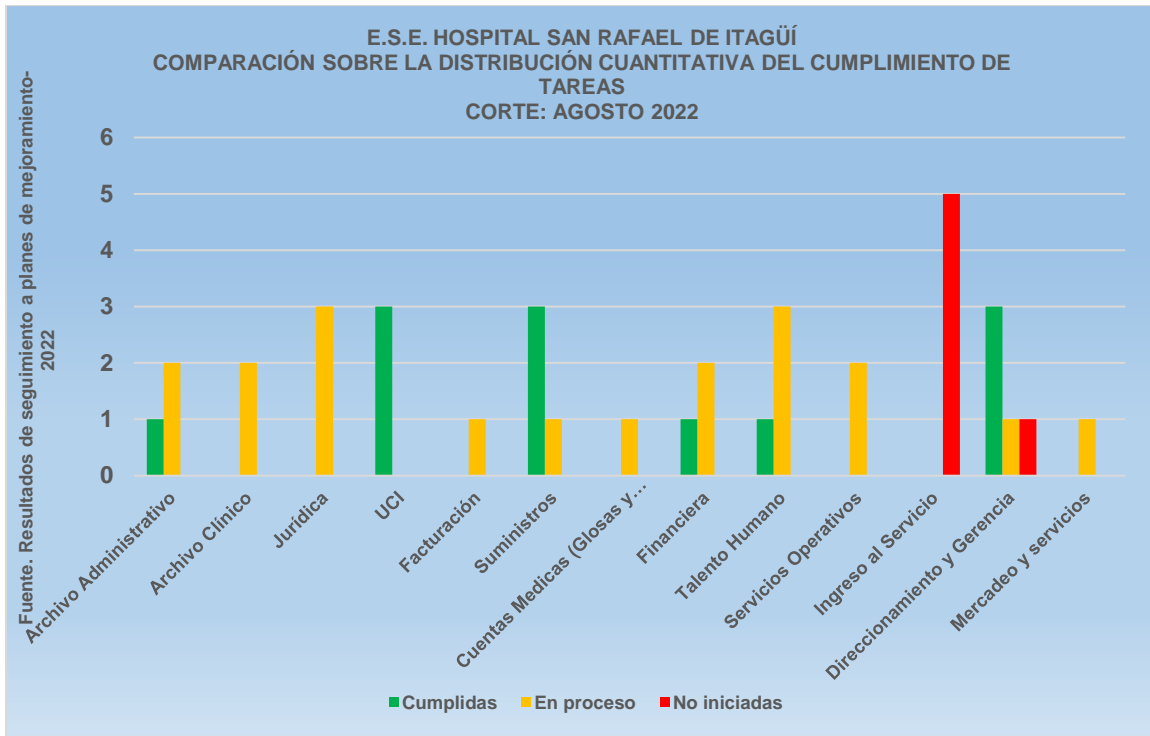
La Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí, en cumplimiento del Plan de auditoría vigencia 2022, realizó seguimiento con corte a julio de 2022, a obligaciones generadas en planes de mejoramiento y normas establecidas. Dada la importancia que tiene el seguimiento en el cumplimiento de los objetivos de la organización, se busca que esta evaluación contribuya a que se adopten buenas prácticas de control interno en el cumplimiento de las obligaciones generadas por las evaluaciones a los procesos o nuevas normas aplicables al sector.

2. DESARROLLO CONTENIDO DEL INFORME

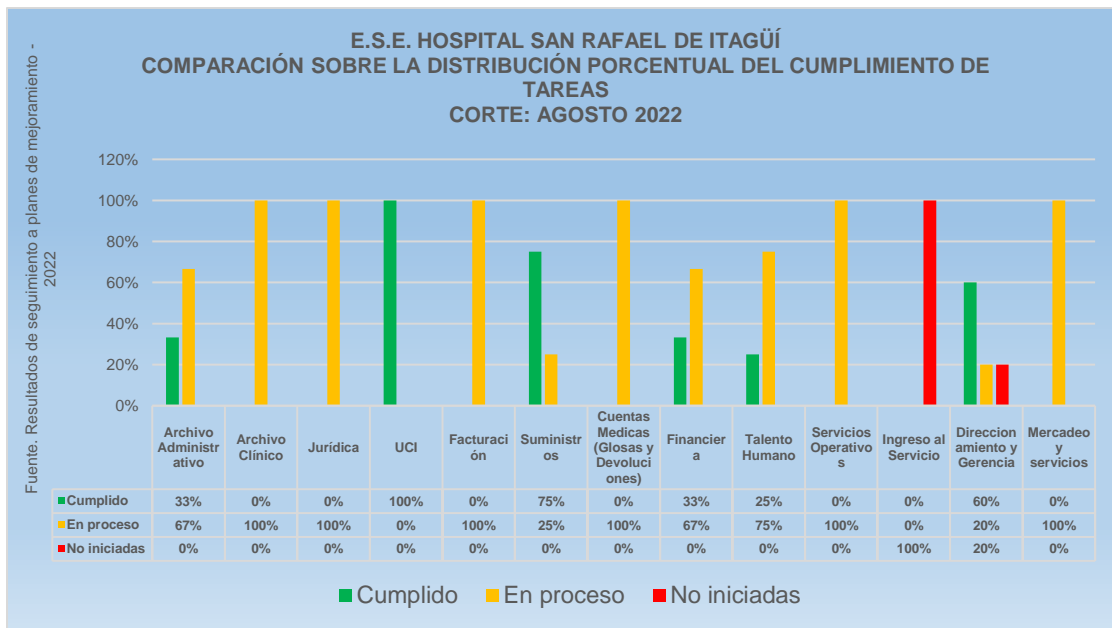
En las siguientes gráficas, las tareas se identifican como cumplidas o cerradas en color verde, abiertas o en proceso en color amarillo y no iniciadas en color rojo; a continuación, se presentan los resultados del seguimiento:


A la fecha del seguimiento, del total de tareas existentes las que están en proceso son un 51%, las cumplidas un 33% y actividades no iniciadas representan 16%





La gráfica anterior muestra por cada una de las áreas, la cantidad de tareas en cada uno de los tres estados (cumplidas, en proceso y no iniciadas). La siguiente gráfica muestra la misma información en forma porcentual



| | | | |
|---|--|---------|---------------|
|  | Informe | Código | IF_01_PL |
| | INFORME SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO JULIO 2022 | Versión | 2 |
| | | Fecha | Julio de 2021 |

Los hallazgos del área de gestión documental en cuanto a Archivo Clínico y Administrativo siguen pendientes de cierre a razón de la aprobación de las tablas de retención documental que no depende de esa área, este proceso depende del Archivo Departamental, se han visto afectadas las acciones de gestiones de inventario y clasificación inicial de documentos por las modificaciones locativas que se han adelantado dentro de la institución

En el área de financiera los hallazgos correspondientes al no pago de las estampillas de vigencias anteriores, sigue sin avances, si bien se tiene los conceptos de no ser entes retenedores por ser dineros de la salud, no se da razón clara sobre los dineros retenidos y no pagados en su momento.

Los hallazgos correspondientes a Suministro, se ha adelantado las gestiones para el cierre de estos por ser de actualización de documentación del área y estando pendientes de aprobación por el área de planeación y calidad

Desde el área de talento humano se han adelantado las gestiones para el uso correcto de los formatos concernientes a los cuadros de turno, pero aún se presentan falencias en la adhesión a los mismos por parte de los líderes de los procesos. En lo referente a los certificados para el personal asistencial y que dentro de la contratación se exigen, aun no se logra que la totalidad del personal los aporte.


Desde el área de servicios operativos los hallazgos no presentan avance en virtud de las adecuaciones en la infraestructura que no permite tener espacios definitivos para el archivo clínico y administrativo, además del cierre de servicios y traslados de áreas entre sedes.

Desde direccionamiento y gerencia se han adelantado las acciones pertinentes para el cumplimiento y en lo posible cierre de los hallazgos, y en los casos en los que no se han adelantado acciones se debe a que son de evaluación y cumplimiento anual y solo podrán ser verificadas a l final de la vigencia

Para los hallazgos de las áreas de jurídica y contratación, ingreso al servicio y facturación no es posible determinar avances en las acciones puesto que no fue posible concertar fecha para el seguimiento respectivo.

NOTAS:

1. Los hallazgos del área financiera concernientes a conciliaciones bancarias, los de tiempos de facturación no se cierran en virtud del continuo monitoreo a realizar por parte de los líderes y de la Oficina de Control Interno. En cuanto al seguimiento al punto de equilibrio solo se evaluará al inicio de la vigencia ya que este solo es posible de medir con el cierre del año contable.
2. Dentro de los formatos de los planes de mejoramiento se encuentran demarcados los campos que cada área deberá diligenciar, estos no pueden ser modificados por áreas o personas diferentes.

| | | | |
|---|--|---------|---------------|
|  | Informe | Código | IF_01_PL |
| | INFORME SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO JULIO 2022 | Versión | 2 |
| | | Fecha | Julio de 2021 |

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Adelantar las gestiones necesarias para la obtención de los conceptos pendientes de rentas departamentales a fin de adelantar las acciones necesarias para el cierre de los hallazgos pendientes por pago de estampillas.
- Avanzar en los procesos de actualización documental desde la Oficina de Planeación y Calidad a fin de agilizar las auditorías internas de la institución.
- Realizar los seguimientos a planes de mejora y tablero de indicadores de manera oportuna por parte de los líderes de los procesos para dar cierre definitivo a los hallazgos. Solo haciendo cambios en los formatos según la responsabilidad que exista dentro de los mismos y sin modificar los hallazgos.
- Dar cumplimiento a las cláusulas de los contratos en lo referente a las certificaciones del personal asistencial.

Diana Rivera

DIANA MARCELA RIVERA OSORNO
Jefe Oficina de Control Interno

| Elaboró | Revisó |
|---|--|
| LINA MARÍA RINCÓN CIFUENTES Profesional apoyo de Control Interno | DIANA MARCELA RIVERA OSORNO Jefe Oficina de Control Interno |
| Fecha: agosto 2022 | Fecha: agosto 2022 |