

**SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO FUENTE DE MEJORA CONTROL
INTERNO ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.**

1

II TRIMESTRE DE 2025

Elaborado por:

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, julio 2025



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO FUENTE DE MEJORA CONTROL INTERNO ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.

OBJETIVO

Evaluar y realizar seguimiento al avance y nivel de cumplimiento de los planes de mejoramiento originados a partir de la fuente de mejora de control interno

2

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Verificar y realizar un seguimiento constante del cumplimiento de los planes y acciones de mejora registradas en el software ALMERA, así como de las evidencias presentadas a la fuente de mejora de control interno.
- Identificar y hacer seguimiento al estado, efectividad y eficiencia de las acciones, incluyendo las vencidas en cada uno de los procesos.
- Realizar alertas de mejora producto de este seguimiento.

METODOLOGÍA

El monitoreo a los planes de mejoramiento se realiza con corte a 30 de junio de 2025, 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 de 01 julio del 2025, 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 software ALMERA.

Cabe resaltar que la medición de la eficiencia, eficacia y efectividad de los planes de mejoramiento se realizó a través del formato MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS) con código: OACI-F-03

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 ALMERA
- Documentación presentada por los procesos.
- Informe seguimiento fuente de mejoramiento oficina con corte al mes de junio de 2025.



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

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 por fuente institucional con el fin de revisar el estado de avance de las acciones establecidas.

Adicionalmente la oficina de control interno se articula con el modelo de mejoramiento con enfoque de acreditación y se realiza bajo el **PAPAS** que a continuación se describe por cada una de las fuentes de mejora establecidas:

3

P	Problema identificado
A	Análisis
P	Priorización
A	Acciones
S	Seguimiento

Es importante tener en cuenta que en relación del seguimiento se refiere al proceso sistemático y continuo para supervisar el progreso de las acciones de mejora determinadas:

1. El responsable de las acciones debe cargar en Almera las evidencias de su realización.
2. Control interno y/o Calidad revisan periódicamente que las evidencias cargadas en sistema de información correspondan.
3. El plan se cierra con el cumplimiento de las acciones propuestas.
4. Control interno o Calidad hacen revisión por muestreo de la efectividad de los planes
5. Se elabora informe y se comunicara al gerente subproceso y lideres de procesos

1. RESULTADOS SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO Y ACCIONES DE MEJORA ORIGINADOS A PARTIR DE LA FUENTES DE MEJORA DE CONTROL INTERNO

En desarrollo del Plan anual de auditoría de esta vigencia se realizó el monitoreo a los planes de mejoramiento de las vigencias 2024-2025, que se estructuraron para corregir desviaciones encontradas como resultado de auditorías internas 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 79.9% 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.



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

1.1 CONSOLIDADO PLANES DE MEJORAMIENTO CONTROL INTERNO

FUENTE CONTROL INTERNO									
SUBGERENCIA	VIGENCIA	PROCESO	ID	TOTAL PM	PLANES CERRADOS	PLANES ABIERTOS		REFORMULACIÓN DEL PLAN	%PROMEDIO
						VENCIDOS	EN TERMINOS		
SAF	2024	GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	549_030	2	1	1	0	0	67%
	2024	GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO	600	1	0	0	1	0	74%
	2024	CONTRATACIÓN 2024	554	1	0	1	0	0	56%
	2025	GESTIÓN FINANCIERA	563	1	0	0	1	0	0%
			564	1	0	0	1	0	66%
			565	1	1	0	0	0	100%
			566	1	1	0	0	0	100%
			567	1	0	0	1	0	0%
			568	1	1	0	0	0	100%
			569	1	0	1	0	0	75%
			570	1	1	0	0	0	100%
	2025	TESORERÍA/FACTURACIÓN	421	1	1	0	0	0	100%
	2025		422	1	1	0	0	0	100%
	2025	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA 2024	490	1	1	0	0	0	100%
	2025	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS 2025	498	1	1	0	0	0	100%
	2025	APOYO DIAGNOSTICO/LABORATORIO CLÍNICO	499	1	0	1	0	0	0%
	2025	APOYO DIAGNOSTICO/LABORATORIO CLÍNICO	500	1	0	1	0	0	0%
	2025	APOYO DIAGNOSTICO/LABORATORIO CLÍNICO	501	1	0	0	1	0	0%

4



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



SC-CER906254



SA-CER580814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

	2025	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CONTABLE CIC: CONTABILIDAD/GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS/GESTIÓN DEL RIESGO	865	1	1	0	0	0	100%
			868	1	0	0	1	0	60%
			869	1	0	0	1	0	33%
			870	1	0	1	0	0	40%
SSS	2024	EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PUBLICA	552_85 5	2	2	0	0	0	100%
	2024	GESTIÓN FARMACÉUTICA	553	1	0	1	0	0	92%
OADS	2025	GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES	557	1	0	1	0	0	80%
			558	1	1	0	0	0	100%
			559	1	1	0	0	0	100%
			560	1	1	0	0	0	100%
			561	1	0	0	1	0	30%
			562	1	1	0	0	0	100%
				32	16	8	8	0	

5

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

La oficina de control interno realizó seguimiento y evaluación a los 32 planes de mejoramiento vigentes suscritos con corte a 30 de junio del 2025, donde se cerraron 16 planes de mejoramiento, 8 en términos de cumplimiento y 8 vencido, evidenciando un incremento significativo en el número de planes de un total de 15 presentados en el primer trimestre a 32 en el segundo trimestre de la vigencia 2025, situación que obedece al cambio de sistema de información de Daruma a Almera, donde no se genera plan por auditoria, sino que se realiza ingreso de cada hallazgo como un plan de mejoramiento.



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

1.2 CONSOLIDADO DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO FUENTE CONTROL INTERNO

ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 30 DE JUNIO DE 2025 SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA								
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento)	
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS		
				EN TÉRMINO	VENCIDAS		SI	NO
GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	2024	PA240-030	14	0	2	12	12	2
GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO	2024	PA240-056	8	2	0	6	5	3
CONTRATACIÓN 2024	2024	PA-240-078 ID:554	28	0	8	20	17	11
GESTIÓN FINANCIERA	2025	ID: 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570	23	8	2	13	17	6
TESORERÍA/FACTURACIÓN	2025	ID 421, 422	4	0	0	4	4	0
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA 2024	2025	ALMERA ID: 490	1	0	0	1	0	1
GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS 2025	2025	ALMERA ID: 498	1	0	0	1	1	0
APOYO DIAGNOSTICO/LABORATORIO CLÍNICO 2025	2025	ID: 499, 500, 501	3	1	2	0	1	2
EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CONTABLE CIC: CONTABILIDAD/GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS/GESTIÓN DEL RIESGO	2025	ID: 865, 868, 869, 870	11	3	3	5	3	8
GESTIÓN PREVENTIVA Y PREDICTIVA	2024	PA240-053	32	0	0	32	25	7
GESTIÓN FARMACÉUTICA	2024	PA240-054	12	0	1	11	10	2
GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES	2025	PA250-003 ALMERA ID: 557,558,559,560,561, 562	10	1	1	8	8	2
TOTAL			147	15	19	113	103	44

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

6



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



SC-CER906254



SA-CER580814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

La oficina de control interno realizó seguimiento y evaluación a las 147 acciones de mejoramiento suscritas con corte a 30 junio del 2025, donde se cerraron 113 acciones, 15 están en términos y 19 vencidas.

1.3 SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO POR VIGENCIA

Asimismo, se realizó seguimiento de planes de mejoramiento por vigencia como se observa a continuación:

7

Se hace claridad que los planes de mejoramiento suscritos en 2025 incluyen las auditorías ejecutadas en el cuarto trimestre de la vigencia 2024 y las auditorías realizadas y cerradas en la vigencia 2025.

- ✓ 2025: (25) Plan de mejoramiento corresponde al 78%, que corresponden a: Auditoría de Gestión Financiera (8 planes), Tesorería/Facturación (2 planes), Auditoría de Inventarios, (Gestión de la Tecnología Biomédica (1 plan), Gestión de Recursos Físicos (1 plan), Apoyo Diagnóstico/Laboratorio Clínico) (3 planes), Gestión de Sistemas de Información y Comunicaciones (6 planes) y Evaluación de Control Interno Contable CIC: Contabilidad/Gestión de Recursos Físicos/Gestión del Riesgo (4 planes).
- ✓ 2024: (7) Planes de mejoramiento (22%), que corresponden a las auditorías de Gestión de Suministros y Activos Fijos (2 planes), Gestión Ambiente Físico (1 plan), Contratación (1 plan), Epidemiología y Salud Pública (2 planes), Gestión Farmacéutica (1 plan).



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



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

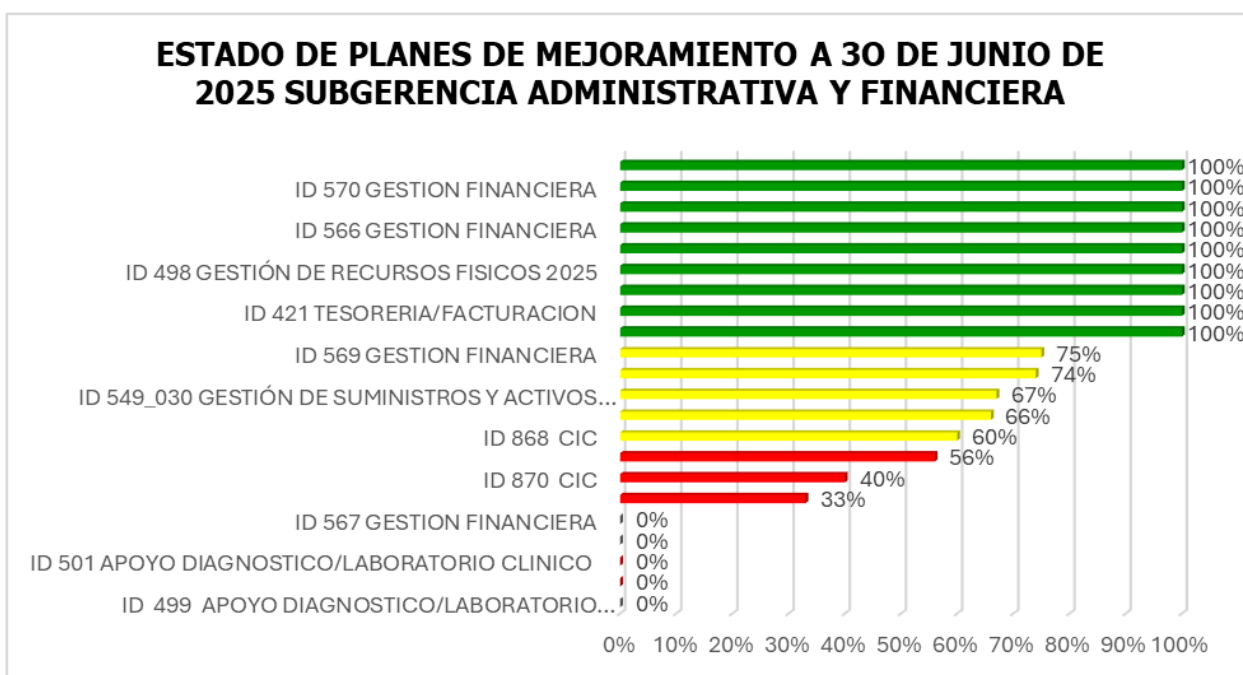
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

2. SEGUIMIENTO DE PLANES Y ACCIONES DE MEJORA POR SUBGERENCIAS Y OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

2.1 SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

La oficina de control interno realizó seguimiento a los planes y acciones de mejoramiento suscritos por la subgerencia Financiera con corte a 30 de junio del 2025, 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. **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 2025, donde se evidencia lo siguiente:



- ✓ Veintitrés (23) planes de mejoramiento **suscritos** de 9 procesos/subprocesos con en los siguientes ID relacionados en ALMERA:

Inventarios (gestión de la tecnología biomédica ID 490, gestión de recursos físicos ID498, laboratorio clínico ID 499, 500 y 501).

Evaluación control interno contable CIC 2024 (Contabilidad, gestión de recursos físicos, gestión del riesgo con los ID 865, 868 869 y 870).

Gestión financiera ID 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569,570.



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Gestión de suministros y activos fijos ID 549-030.

Gestión de ambiente físico ID 600.

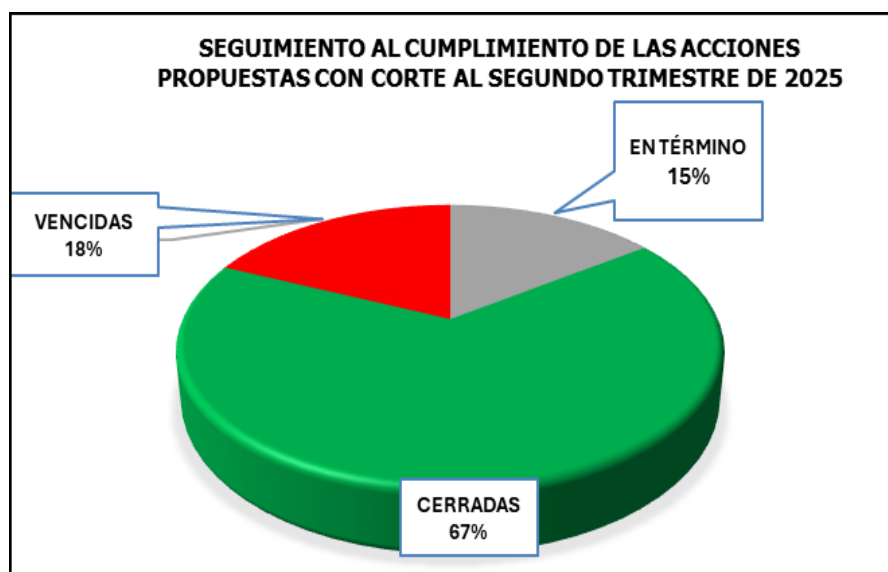
Contratación 2024 ID 554.

Tesorería /facturación ID 421 y 422.

- ✓ Siete (7) planes **en términos** de ejecución correspondientes a:
 - (1) De Gestión de Ambiente Físico ID 600.
 - (2) De Gestión financiera ID 563, 564 Y 567.
 - (2) De Evaluación control interno contable CIC 2024 (Contabilidad, gestión de recursos físicos, gestión del riesgo ID 868 Y 869).
 - (1) De Inventarios (Laboratorio clínico) ID 501.
- ✓ Dos (6) planes **vencidos** correspondientes a:
 - (1) De Gestión de suministros y activos fijos ID 549.
 - (1) De Contratación 2024 ID 554.
 - (1) De Gestión financiera ID 569.
 - (2) De Inventarios (Laboratorio clínico) ID 499 Y 500.
 - (1) De Evaluación control interno contable CIC 2024 (Contabilidad, gestión de recursos físicos, gestión del riesgo ID 870).
- ✓ Diez (10) planes de mejoramiento **cerrados** correspondiente a:
 - (1) De Gestión de suministros y activos fijos ID 549.
 - (4) De Gestión Financiera ID 565, 566, 568 y 570.
 - (2) De Tesorería /facturación ID 421 Y 422.
 - (1) De la tecnología biomédica ID 490.
 - (1) De gestión de recursos físicos ID 498.
 - (1) De Evaluación control interno contable CIC 2024 (Contabilidad, gestión de recursos físicos, gestión del riesgo ID 865).

A continuación, se muestran las acciones de mejora formuladas en los 23 planes de mejoramiento vigentes de la Subgerencia Administrativa y Financiera con corte a 30 de junio del 2025, producto de las fuentes de hallazgo de la Oficina de control Interno, en total se cuenta con 93 acciones suscritas de las cuales; 14 acciones se encuentran en términos lo cual equivale al 15%, 17 acciones vencidas que representan el 18% y 62 acciones cerradas que corresponden al 67%.





10

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

ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 30 DE JUNIO DE 2025 SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA								
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento)	
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS		
				EN TÉRMINO	VENCIDAS		SI	NO
GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	2024	PA240-030	14	0	2	12	12	2
GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO	2024	PA240-056	8	2	0	6	5	3
CONTRATACIÓN 2024	2024	PA-240-078 ID:554	28	0	8	20	17	11
GESTIÓN FINANCIERA	2025	ID: 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570	23	8	2	13	17	6



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

TESORERÍA/FACTURACIÓN	2025	ID 421, 422	4	0	0	4	4	0
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA 2024	2025	ALMERA ID: 490	1	0	0	1	0	1
GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS 2025	2025	ALMERA ID: 498	1	0	0	1	1	0
APOYO DIAGNOSTICO/LABORATORIO CLÍNICO 2025	2025	ID: 599	3	1	2	0	1	2
EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CONTABLE CIC: CONTABILIDAD/GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS/GESTIÓN DEL RIESGO	2025	ID: 865, 868, 869, 870	11	3	3	5	3	8
TOTAL			93	14	17	62	60	33

11

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

Con respecto al plan de mejoramiento de la evaluación de control interno contable CIC, acción 2 del ID 868, "Para los bienes que se identificaron que no se encuentran en el sistema, verificar si al momento de la adquisición reunían requisitos de activo" la responsable de la acción ha informado que no es posible cumplir con lo establecido, argumentando causas que impiden la verificación mencionada. Ante esta situación, la Subgerencia Administrativa y el área de Almacén han presentado una solicitud formal para el cierre de dicha acción

Esta solicitud se ha revisado y se fundamenta en la existencia de actividades afines que garantizan el control requerido. Específicamente, se refiere la Actividad 3 del plan de mejora de auditoría de gestión de recursos fijos, ID 549 "Generar de manera mensual un reporte de seguimiento que asegure que no se presenten inconsistencias en el momento de conciliar el inventario físico de propiedad planta y equipo contra el sistema de información SERVINTE"

Dado que ambas actividades comparten similitud en cuanto a propósito, naturaleza y alcance, se considera procedente incorporar la acción en el plan de mejora de la auditoría de suministros y activos fijos 2024, asegurando de manera eficiente su ejecución y seguimiento

Las 17 acciones vencidas por auditoría son las siguientes:

GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS (2):

Acción 3: «Generar de manera mensual un reporte de seguimiento que asegure que no se presentaran inconsistencias en el momento de conciliar el inventario físico propiedad planta y equipo contra el sistema de información SERVINTE.» se encuentra vencida y con avance del 33%

Acción 4: Realizar conciliación trimestral entre almacén y contabilidad para que la información revelada en estados financieros sea fidedigna.» vencida y con 0% de avance.



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



Contratación 2024 (8):

Acción 4. Realizar Capacitación a los supervisores y sus apoyos de la actualización del Manual de contratación

Acción 5. Verificar la aplicación del Manual de contratación (artículo acta de inicio)

Acción 6. Realizar capacitación de la actualización del Manual de supervisión con supervisores y sus apoyos dejando claro los roles y responsabilidades de publicación en la plataforma SECOP II.

Acción 9. Jornada de capacitaciones en la aplicación del Manual Contra el Lavado de Activos (SARLAFT/PADM Y SICOF) con el área de contratación. (Acción reabierta, la responsable convoco la jornada, pero no asistieron los procesos invitados)

Acción 11 Jornada de capacitaciones a los responsables de la aplicación al procedimiento consulta en listas restrictivas SARLAFT AF-PR-45 con el área de contratación. (Acción reabierta, la responsable convoco la jornada, pero no asistieron los procesos invitados)

Acción 13. Realizar actualización y socialización Manual de supervisión dejando claro obligaciones y responsabilidades de cada supervisor e interventor y planilla

Acción 14. Realizar actualización y socialización a los formatos C-F-41 y C-F-50 y PROCEDIMIENTO CÓDIGO: C-PR-04 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES

Acción 15. Realizar socialización de los documentos actualizados por el proceso Gestión contractual a las partes interesadas

Se aclara que el plazo de ejecución del plan se amplía a (30/06/2025) teniendo en cuenta oficio radicado en la Oficina de control interno el 28/03/2025, en el cual solicitan ampliación de tiempo de ejecución del PM.

Gestión Financiera (2):

Acción 9. ID 564: Individualizar (por tercero) cada uno de los pagarés y notificar a contabilidad para efectuar conciliación frente a la información registrada en el módulo contable

Acción 2. ID 569: Elaborar la certificación de pasivo contingente de tal manera que las cifras de cada una de sus componentes sean coherentes con el total a certificar"

Apoyo Diagnostico/Laboratorio Clínico 2025 (2)

Acción 1. ID 499: "Realizar ingresos y salidas en el sistema servinte semanalmente cuando se realiza movimientos internos de inventario al entregarse reactivos e insumos a las diferentes áreas del laboratorio"

Acción 1. ID 500: "Ingresar las remisiones del proveedor por el módulo de suministros, entrada de artículos con el fin de llevar control en el sistema"

Evaluación Control Interno Contable CIC 2024 (Gestión De Recursos Físicos, Gestión Del Riesgo) (3)



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



Acción 1 Y 3 ID 868: Para los bienes que se identificaron que no se encuentran en el sistema, verificar si al momento de la adquisición reunían requisitos de activo

Acción 1 ID 870: Actualizar mapa de riesgos de índole contable

SEGUIMIENTO EFECTIVIDAD

La subgerencia administrativa y financiera cuenta con 93 acciones distribuidas en 23 planes de mejoramiento de las cuales se le realizó seguimiento a la efectividad de tres acciones y se relacionan a continuación:

13

SUBGERENCIA / PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO	ESTADO DE LAS ACCIONES			ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento según reporte daruma)		79.47		JUSTIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN
			SUSCRITAS	ABIERTAS	CERRADAS	SI	NO	EFICACIA	EFFECTIVIDAD	
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	ALMERA ID: 565	GESTIÓN FINANCIERA 2024	1	0	0	1	0	2	2	Se da efectividad a la acción una vez verificado en estados financieros que se reveló en las cuentas de efectivo y equivalentes al efectivo los saldos de las cuentas embargadas.
			1	0	0	1	0	2	2	Se da efectividad a la acción una vez verificados estados financieros donde se reflejan en las cuentas de efectivo y equivalentes al efectivo los saldos de las cuentas embargadas.
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	ALMERA ID: 498	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS 2025	1	0	0	1	1	2	2	Se realiza verificación de efectividad con soportes que corresponden al segundo trimestre de la vigencia 2025, mostrando que la acción es efectiva en un 100%.

Fuente: planes de mejoramiento SAF software ALMERA

Adicionalmente, Como resultado de los inventarios semestrales del I semestre 2025, donde se presenta salida de la bodega de biomédica de las paletas completas para TEC-5500 código PM2019, salida sin registro en el formato IB-F-36 "PRÉSTAMO DE REPUESTO DE LA BODEGA", por lo tanto, se puede observar falta de efectividad, sin embargo, se continúa haciendo seguimiento para el tercer trimestre, como se observa a continuación:

SUBGERENCIA / PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO	ESTADO DE LAS ACCIONES			ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento según reporte daruma)		79.47		JUSTIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN
			SUSCRITAS	ABIERTAS	CERRADAS	SI	NO	EFICACIA	EFFECTIVIDAD	
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	ALMERA ID: 490	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA 2024	1	0	0	1	0	1	0	Como resultado de los inventarios semestrales del I semestre 2025, donde se presenta salida de la bodega de biomédica de las paletas completas para TEC-5500 código PM2019, salida sin registro en el formato IB-F-36 "PRÉSTAMO DE REPUESTO DE LA BODEGA", por lo tanto se puede observar falta de efectividad, sin embargo se continua haciendo seguimiento para el tercer trimestre.

Fuente: planes de mejoramiento SAF software ALMERA

Las restantes 89 acciones serán objeto de seguimiento a la efectividad para el tercer trimestre y/o para cierres de plan.

SEGUIMIENTO EFICACIA

La Subgerencia Administrativa y Financiera para el segundo trimestre 2025 cuenta con 30 acciones eficaces, teniendo en cuenta la oportunidad que tuvieron los procesos auditados para el cargue de evidencias en el sistema de información Almera, las cuales se relacionan a continuación:



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

SUBGERENCIA / PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO	ESTADO DE LAS ACCIONES			ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento según reporte daruma)		79,47		JUSTIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN
			SUSCRITAS	ABIERTAS	CERRADAS	SI	NO	EFICACIA	EFFECTIVIDAD	
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	PA240-030	GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS ID:549	8	0	0	8	0	2	N/A	Se verificara aleatoriamente en el proximo trimestre
				0	0	1	1	0	2	Pendiente medir efectividad hasta se cierre el plan
			6	0	0	1	1	0	2	Pendiente medir efectividad hasta se cierre el plan
				0	0	1	1	0	2	Pendiente medir efectividad hasta se cierre el plan
				0	0	1	1	0	2	Pendiente medir efectividad hasta se cierre el plan
		ALMERA ID: 564 GESTIÓN FINANCIERA 2024		0	0	1	1	0	2	Pendiente medir efectividad hasta se cierre el plan
				0	0	1	1	0	2	Pendiente medir efectividad hasta se cierre el plan
				0	0	1	1	0	2	Pendiente medir efectividad hasta se cierre el plan
				0	0	1	1	0	2	Pendiente medir efectividad hasta se cierre el plan
				0	0	1	1	0	2	Pendiente medir efectividad hasta se cierre el plan
		ALMERA ID: 565 GESTIÓN FINANCIERA 2024	1	0	0	1	0	1	2	Se da efectividad a la acción una vez verificado en estados financieros que se reveló en las cuentas de efectivo y equivalentes al efectivo los saldos de las cuentas embargadas.
			1	0	0	1	0	1	2	Se da efectividad a la acción una vez verificados estados financieros donde se reflejan en las cuentas de efectivo y equivalentes al efectivo los saldos de las cuentas embargadas.
			1	0	0	1	0	1	2	Pendiente medir efectividad con evaluación de control interno contable
			1	0	0	1	1	0	2	Pendiente medir efectividad con evaluación de control interno contable
			1	0	0	1	1	0	2	Pendiente medir efectividad con evaluación de control interno contable
		ALMERA ID: 421 TESORERÍA / FACTURACIÓN 2024	1	0	0	1	1	0	2	Pendiente medir efectividad, esta se medira con el seguimiento de arqueo de cajas para el trimestre 2025
			1	0	0	1	1	0	2	Pendiente medir efectividad, esta se medira con el seguimiento de arqueo de cajas para el trimestre 2025
		ALMERA ID: 422 TESORERÍA / FACTURACIÓN 2024	1	0	0	1	1	0	2	Pendiente medir efectividad, esta se medira con el seguimiento de arqueo de cajas para el trimestre 2025
			1	0	0	1	1	0	2	Pendiente medir efectividad, esta se medira con el seguimiento de arqueo de cajas para el trimestre 2025
		ALMERA ID: 498 GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	1	0	0	1	1	0	2	Se realiza verificación de efectividad con soportes que corresponden al segundo trimestre de la vigencia 2025, mostrando que la acción es efectiva en
		ALMERA ID: 865 GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	1	0	0	1	1	0	2	Se continua para medir efectividad, se realizara en el seguimiento de control interno contable

Fuente: planes de mejoramiento SAF software ALMERA

Además, cuenta con cinco (5) acciones con cargue inoportuno de evidencias en Almera, relacionadas a continuación:

SUBGERENCIA / PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO	ESTADO DE LAS ACCIONES			ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento según reporte daruma)		99,47		JUSTIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN
			SUSCRITAS	ABIERTAS	CERRADAS	SI	NO	EFICACIA	EFFECTIVIDAD	
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	ALMERA ID: 570	GESTIÓN FINANCIERA 2024	1	0	0	1	0	1	1	Pendiente medir efectividad para el tercer trimestre
	ALMERA ID: 490	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA 2024	1	0	0	1	0	1	1	Como resultado de los inventarios semestrales del I semestre 2025, donde se presenta salida de la bodega de biomédica de las paletas completas para TEC-5500 código PM2019, salida sin registro en el formato B-F-36 "PRÉSTAMO DE REPUESTO DE LA BODEGA", por lo tanto se puede observa falta de efectividad, sin embargo se continua haciendo seguimiento para el tercer trimestre.
	ALMERA ID: 865	GESTIÓN FARMACÉUTICA/CIC	1	0	0	1	0	1	1	Se continua para medir efectividad
	ALMERA ID: 868	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS /CIC	1	0	0	1	0	1	1	Se continua para medir efectividad ; se verificara el retiro del sistema
	ALMERA ID: 869	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS /CIC	1	0	0	1	0	1	1	Se continua para medir efectividad una vez se actualicen en servinte todas las vidas útiles certificadas por los 3 subprocesos.

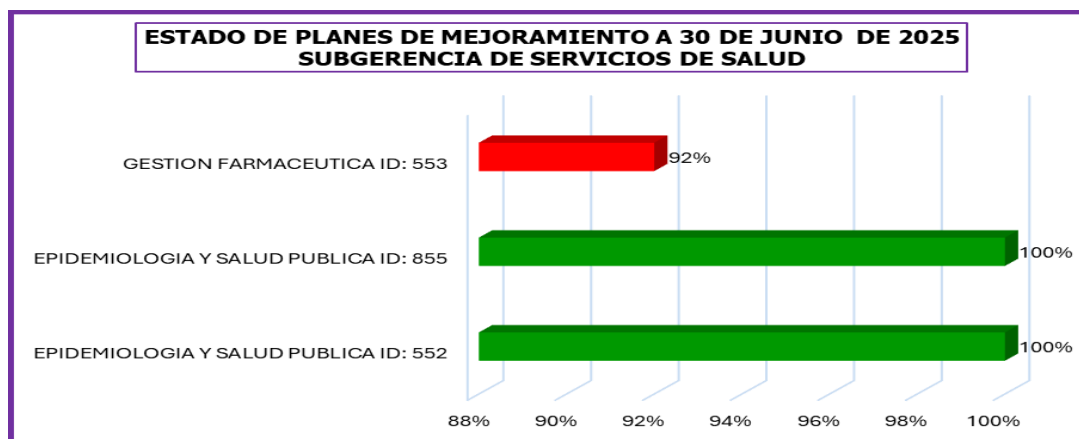
Fuente: planes de mejoramiento SAF software ALMERA

2.2 SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD

La oficina de control interno realizo seguimiento a los planes de mejoramiento y acciones suscritos por la subgerencia Servicios de Salud con corte a 30 de junio de 2025, 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.

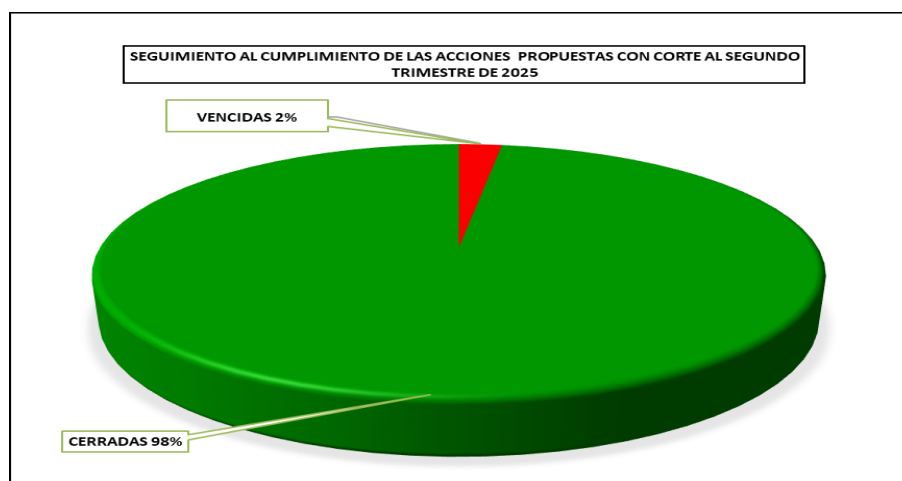
En la gráfica siguiente se muestra el avance de cumplimiento en los planes de mejoramiento suscritos por la Subgerencia de Servicios de Salud con corte a 30 de junio del 2025, como se muestra en la siguiente gráfica:



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

- ✓ 2 planes de mejoramiento del 2024 Identificado en DARUMA PA240-053, ALMERA ID: 855 Y 552 correspondiente al proceso EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PUBLICA estado CERRADO
- ✓ 1 plan de mejoramiento del 2024 en DARUMA PA240-054, ALMERA ID: 553 correspondiente al proceso GESTIÓN 02 FARMACÉUTICA, ESTADO **ABIERTO-VENCIDO**

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas, con corte 30 junio de 2025 de la Subgerencia de Servicios de Salud, producto de las fuentes de hallazgo (Oficina de Control Interno) Cuenta con 44 Acciones suscritas correspondientes a la vigencia 2024 de las cuales 43 acciones de mejora se cerraron que corresponden al (97.72%), y vencidas 1 que corresponden a un 2.27% como se muestra en la gráfica siguiente:



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



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 30 JUNIO DE 2025 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 TÉRMINO	VENCIDAS				
EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PUBLICA	2024	PA240-053	32	0	0	32	25	7	N.A.
GESTION FARMACEUTICA	2024	PA240-054	12	0	1	11	10	2	N.A.
TOTAL			44	0	1	43	35	9	

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

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 44 acciones suscritas, 1 se encuentran vencidas las cuales corresponden a los siguientes procesos:

GESTIÓN FARMACÉUTICA

Acción 3: Actualizar y socializar formato SF-F-103 MEDICAMENTOS LASA Y ALTO RIESGO, a todos los involucrados

SEGUIMIENTO EFECTIVIDAD

La subgerencia de servicios de salud cuenta con 44 acciones distribuidas en 3 planes de mejoramiento de las cuales se le realizó seguimiento a la efectividad de 43 acciones, con 1 acción pendiente de seguimiento de efectividad y se relacionan a continuación:

SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO Y SUBPROCESO	ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento según reporte daruma)		100,00		JUSTIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN
			SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS	SI	NO	EFICACIA	EFECTIVIDAD	
				EN TERMINO	VENCIDAS				100,00	100,00	
SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	DARUMA PA240 ALMERA ID: 855	EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PUBLICA	32	0	0	32	25	7	2	2	En los seguimientos realizados por el auditor responsable a las actividades se verificó la efectividad de las mismas
	DARUMA PA240 ALMERA ID: 552	EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PUBLICA							2	2	En los seguimientos realizados por el auditor responsable a las actividades se verificó la efectividad de las mismas
SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	PA240-054 ID: 553	GESTION FARMACEUTICA	12	0	1	11	10	2	N/A	N/A	Pendiente medir efectividad hasta se cierre el plan

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

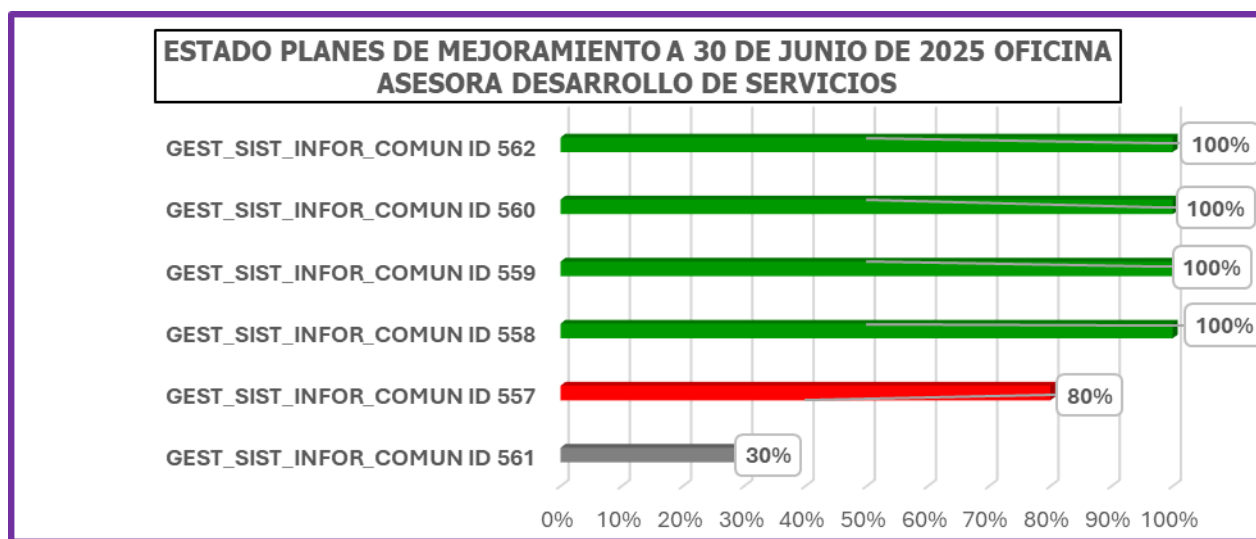
SEGUIMIENTO EFICACIA

La subgerencia de Servicios de Salud presento 43 acciones eficaces, teniendo en cuenta la oportunidad de cargue de evidencias a Almera, por parte de los procesos auditados.

2.3 OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

La oficina de control interno, realizó seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos y acciones por la Oficina Asesora Desarrollo y Servicios, con corte a 30 de junio del 2025, 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 del estado de los planes de mejoramiento

17



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

- ✓ 6 plan de mejoramiento PA250-003 ALMERA ID: 557, 558, 559, 560, 561, 562 que corresponde a GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES, con 10 acciones, de las cuales 8 acción se encuentra cerradas, 1 acción abierta vencida y 1 acción en ejecución.

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas en los planes de mejoramiento con corte a 30 de junio de 2025, el seguimiento de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno, Cuentan con 10 Acciones suscritas, de las cuales 8 acciones de mejora se cerraron que corresponden al (80%), 2 acción de mejora se encuentran abiertas: 1 vencida (10%) y 1 en termino (10%)



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



SC-CER906254

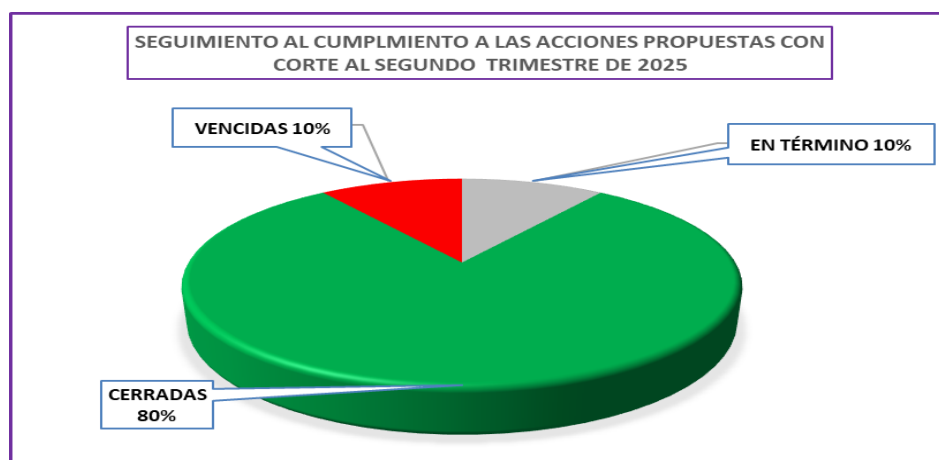


SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO



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

18

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 30 DE JUNIO DE 2025 OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS									
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento)		EFFECTIVIDAD DEL PLAN
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS	SI	NO	
				EN TÉRMINO	VENCIDAS				
GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES	2025	PA250-003 ALMERA ID: 557,558,559,5 60,561,562	10	1	1	8	9	2	N.A.
TOTAL			10	1	1	8	9	2	

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

Al verificar el avance en el cumplimiento de las acciones suscritas por proceso de la Oficina Asesora de Servicios de Salud, se observa que, de las 10 acciones suscritas, 1 se encuentran **vencida** la cual corresponden a:

Acción 2: «Realizar Seguimiento e implementar medidas de intervención a la oportunidad de los casos registrados en la mesa de servicios», se reabrió la acción y el proceso no adjunta evidencias complementarias.

Y una acción abierta dentro de términos para ejecución, que corresponde a:

Acción 5: «Realizar verificación aleatoria al cumplimiento de los procedimientos del proceso de comunicaciones: CO-PR-01, CO-PR-07, CO-PR-05, CO-PR-06 teniendo en cuenta los controles establecidos»



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



SEGUIMIENTO EFECTIVIDAD

La oficina asesora de desarrollo de servicios cuenta con 10 acciones distribuidas en 6 planes de mejoramiento de las cuales no se realizó seguimiento de efectividad para el segundo trimestre de 2025, este se realizará posteriormente

SEGUIMIENTO A LA EFICACIA

La Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios presenta 7 acciones eficaces, para el segundo trimestre 2025, teniendo en cuenta la oportunidad de cargue de información por parte del proceso auditado, así mismo 1 acción con inoportunidad en el cargue de evidencia.

19

SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO Y SUBPROCESO	ESTADO DE LAS ACCIONES				ACCIONES EFICIENTES (Cumplimiento según reporte daruma)		18,75		JUSTIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN
			SUSCRITAS	ABIERTAS		CERRADAS	SI	NO	EFICACIA	EFECTIVIDAD	
				EN TERMINO	VENCIDAS						
									33,75	0,00	
OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS	PA250-003 ALMERA ID: 557	Gestiónde Sistemas de Información y Comunicaciones	1	0	0	1	0	1	1	N/A	Pendiente medir efectividad hasta se cierre el plan
	1		0	1	0	0	1	N/A	N/A	N/A	
	1		0	0	1	1	0	2	N/A	Pendiente medir efectividad hasta se cierre el plan	
	1		0	0	1	1	0	2	N/A	Pendiente medir efectividad hasta se cierre el plan	
	1		0	0	1	1	0	2	N/A	Pendiente medir efectividad hasta se cierre el plan	
	1		0	0	1	1	0	2	N/A	Pendiente medir efectividad hasta se cierre el plan	
	1		0	0	1	1	0	2	N/A	Pendiente medir efectividad hasta se cierre el plan	
	1		0	0	1	1	0	2	N/A	Pendiente medir efectividad hasta se cierre el plan	
	1		1	0	0	1	0	N/A	N/A	N/A	
	1		0	0	1	1	0	2	N/A	Pendiente evaluación de efectividad	

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

3. SEGUIMIENTO POR DIFERENTES FUENTES DE MEJORA

A continuación, se presenta el seguimiento realizado por las diferentes fuentes de mejora, llevado a cabo por el referente de mejora continua. Se observa que la fuente con mayor número de acciones ejecutadas corresponde a Control Interno, con un total de (113) acciones, seguida por Acreditación con (83), y Auditoría al Laboratorio Clínico con (26).

MES	FUENTE	ACCIONES PLANEADAS	ACCIONES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	VENCIMIENTOS
2 TRIMESTRE DE 2025 (ABRIL MAYO-JUNIO)	CONTROL INTERNO	147	113	77%	19
	INDICADORES	47	46	98%	1
	ACREDITACIÓN	83	70	84%	13
	SUCESOS DE SEGURIDAD	12	9	75%	3
	OPORTUNIDADES DE MEJORA ISO 9001:2015	5	5	100%	0
	AUTOEVALUACIÓN CENTRO DE EXCELENCIA PMC/ISO 9001	10	9	90%	1
	AUDITORIA EXTERNA 14001 Y 45001	3	3	100%	0
	AUDITORIA INTERNA 14001 Y 45001	1	1	100%	0
	PLAN DE MEJORA AUDITORIA EXTERNA ISO	1	1	100%	0

	9001:2015				
	AUDITORIA LABORATORIO CLÍNICO	26	16	62%	10
	REFERENCIACIÓN PAQUETES INSTRUCCIONALES - SEGURIDAD DEL PACIENTE	2	2	100%	0
		4	4	100%	0
TOTAL		249	208	84%	41

Fuente: Referente de mejora continua

20

Asimismo, se evidencia que la fuente con el mayor número de acciones vencidas corresponde a Control Interno, con un total de 19 acciones pendientes de cierre. Le siguen Acreditación, con 13 acciones vencidas, y Auditoría al Laboratorio Clínico, con 10. Esta situación resalta la necesidad de fortalecer el seguimiento y cumplimiento de los planes de mejora en estas áreas, con el fin de garantizar la efectividad de las acciones implementadas y el cierre oportuno de los hallazgos identificados

CONCLUSIONES

- La fuente de mejora control interno cuenta con 32 planes de mejoramiento, de los cuales con corte a 30 de junio de 2025 se realizó cierre de 16 planes, quedando 8 en ejecución y 8 vencidos evidenciando un incremento significativo en el número de planes de un total de 15 presentados en el primer trimestre a 32 en el segundo trimestre de la vigencia 2025, situación que obedece al cambio de sistema de información de Daruma a Almera, donde no se genera plan por auditoria, sino que se realiza ingreso de cada hallazgo como un plan de mejoramiento.
- Actualmente se cuenta con un total de 208 acciones ejecutadas, lo que representa un cumplimiento del 84%. Sin embargo, se identifican 41 acciones vencidas distribuidas entre varias fuentes de mejora. La mayor concentración de acciones vencidas corresponde a Control Interno, con 19 casos, seguida por Acreditación con 13, Auditoría al Laboratorio Clínico con 10, Sucesos de Seguridad con 3, Indicadores con 1, y Autoevaluación del Centro de Excelencia PMC/ISO 9001 con 1. Esta situación evidencia la necesidad de continuar realizando seguimiento con el fin de tener un cierre oportuno de las acciones en curso, especialmente en las fuentes con mayor número de pendientes.
- De las 147 acciones suscritas por la Fuente de Mejora de Oficina de Control Interno, 93 corresponde a la subgerencia Administrativa y financiera, 44 acciones a la Subgerencia de Servicios de Salud y 10 corresponden a la Oficina Asesora de Servicios de Salud.
- En la fuente de mejora de control interno se cuenta con 17 **acciones vencidas**.



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

ALERTAS DE MEJORA.

- 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».
- 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.
- Se recomienda a los responsables de los procesos que tiene acciones vencidas dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 9.4 INCUMPLIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO «Cuando se presenten incumplimiento a las acciones propuestas en los planes de mejoramiento el responsable deberá presentar informe a la subgerencia y/o Oficina asesora correspondiente, sustentando las razones o dificultades presentadas para el desarrollo de la actividad y si es el caso replantear la acción y/o el tiempo establecido debidamente justificado.»
- Los responsables de 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 ALMERA, 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.
- Dado que se tuvo en cuenta la solicitud de la coordinadora de almacén y de la subgerencia administrativa y financiera respecto de la acción 2. "Para los bienes que se identificaron que no se encuentran en el sistema, verificar si al momento de la adquisición reunían requisitos de activo" del plan de mejoramiento de la evaluación de control interno contable de 2024 para ser cerrada.
- Revisada y fundamentada la solicitud en la existencia de actividades afines que garantizan el control requerido. Específicamente, se refiere la Actividad 3 del plan de mejora de auditoría de gestión de recursos fijos, ID 549 "Generar de manera mensual un reporte de seguimiento que asegure que no se presenten inconsistencias en el momento de conciliar el inventario físico de propiedad planta y equipo contra el sistema de información SERVINTE" se genera alerta de mejora para la responsable de la acción para su eficiente ejecución y seguimiento.
- Es necesario que el proceso de gestión de suministros y activos fijos ejecute las acciones dentro de términos establecidos en el plan de mejoramiento, ya que este plan fue radicado en la oficina de control interno el día el 4 de julio de 2024 y se tenía previsto finalizar el 31 de enero de 2025, sin embargo, para el seguimiento al cuarto trimestre del año 2024 se encontraban vencidas y en ejecución 6 acciones.
- Adicionalmente este plan migro a la plataforma ALMERA y quedo registrado con el ID -549. Teniendo en cuenta que se continua con acciones vencidas para el primer trimestre de 2025, se toma la decisión de convocar a una mesa de trabajo, en la cual estuvieron presentes: el subgerente



administrativo y financiero, el coordinador financiero, la contadora, la asesora de control interno y un funcionario de la oficina de control interno y la líder del proceso de gestión de suministros y activos fijos. Producto de esta reunión se pactó una reformulación en tiempo del plan de mejoramiento, y se reprogramó la fecha de terminación de actividades hasta el 30/06/2025. Tal como quedó consignado en el acta de reunión suscrita el 8 de abril y la carta de solicitud de ampliación en tiempos aprobada por la subgerencia administrativa y financiera.

Realizado el seguimiento al segundo trimestre se encontró que aún continúan dos acciones con evidencias abiertas fuera de término.

- La Oficina de Control Interno reitera la necesidad de continuar con el proceso de capacitación al personal de la institución, así como la realización de los ajustes necesarios, con el fin de facilitar el uso y efectividad de la herramienta en el desarrollo de los procesos.

Agradecemos la atención prestada y esperamos contar con la disposición y el compromiso de los líderes y referentes de proceso, teniendo en cuenta las recomendaciones de este informe en pro del fortalecimiento del enfoque de acreditación, específicamente los estándares de mejoramiento continuo.

Cordialmente,

DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ

Asesora de Control Interno
ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Proyecto:
Liliana Rodríguez
Carmen C Garzón
Gustavo Molano
Claudia Sáenz Jiménez

