

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

1

IV TRIMESTRE DE 2025

Elaborado por:

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, enero 2026



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
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.
- Realizar seguimiento de planes y acciones de mejora por subgerencias y oficina asesora de desarrollo de servicios.
- Realizar seguimiento de plan y acciones de mejora planteado por Revisoría Fiscal al proceso de "Tecnología de la Información", en el marco de las funciones de seguimiento, la Oficina de Control Interno.
- Generar alertas de mejora basadas en el seguimiento realizado por las diferentes fuentes de mejora, llevado a cabo por el referente de mejora continua.

METODOLOGÍA

El monitoreo a los planes de mejoramiento se realiza con corte a 31 de diciembre 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 y 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 06 enero del 2026, 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



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



8-7405030



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



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

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:

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 líderes 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 el marco del Plan Anual de Auditoría vigente, se estableció la realización de seguimientos a los planes de mejoramiento en curso, diseñados para corregir las desviaciones identificadas como resultado de auditorías internas de la entidad. Este proceso tiene como propósito fortalecer la ejecución de los procesos y reducir 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.



1.1 CONSOLIDADO PLANES DE MEJORAMIENTO CONTROL INTERNO

FUENTE CONTROL INTERNO									
SUBGERENCIA	VIGENCIA	PROCESO	ID	TOT AL 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	92%
	2024	CONTRATACIÓN	554	1	1	0	0	0	100%
	2025	GESTION FINANCIERA	563	1	0	1	0	0	88%
			564	1	0	1	0	0	95%
			565	1	1	0	0	0	100%
			566	1	1	0	0	0	100%
			567	1	0	1	0	0	80%
			568	1	1	0	0	0	100%
			569	1	1	0	0	0	100%
			570	1	0	1	0	0	70%
	2025	GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA 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 CLINICO	499	1	0	1	0	0	50%
	2025	APOYO DIAGNOSTICO/LABORATORIO CLINICO	500	1	1	0	0	0	100%
	2025	APOYO DIAGNOSTICO/LABORATORIO CLINICO	501	1	1	0	0	0	100%
	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	1	0	0	88%
			869	1	0	1	0	0	97%
			870	1	1	0	0	0	100%
	2025	PRESUPUESTO	1028	1	1	0	0	0	100%
			1039	1	1	0	0	0	100%
			1040	1	1	0	0	0	100%
	2025	GESTION JURIDICA / TESORERIA	1206	1	0	1	0	0	75%
			1207	1	0	1	0	0	94%
			1208	1	0	1	0	0	67%
			1209	1	0	1	0	0	90%
			1210	1	1	0	0	0	100%
			1211	1	0	1	0	0	70%
1212			1	0	1	0	0	65%	
1213			1	0	1	0	0	0%	
1214			1	0	1	0	0	65%	
1215			1	1	0	0	0	100%	
2025	CARTERA	1251	1	0	0	1	0	50%	
		1252	1	0	0	1	0	0%	

4

			1253	1	1	0	0	0	100%	
			1254	1	0	0	1	0	50%	
			1255	1	0	0	1	0	50%	
			1256	1	0	0	1	0	0%	
			1257	1	0	1	0	0	50%	
			1258	1	0	1	0	0	70%	
SSS	2025	GESTIÓN FARMACÉUTICA	1147	1	1	0	0	0	100%	
			1148	1	1	0	0	0	100%	
			1150	1	1	0	0	0	100%	
			1153	1	1	0	0	0	100%	
			1154	1	1	0	0	0	100%	
			ENFERMERIA	1151	1	1	0	0	0	100%
	2025	APOYO DIAGNOSTICO/LABORATORIO CLÍNICO 2025	1133	1	0	1	0	0	50%	
			1134	1	0	1	0	0	83%	
			1135	1	0	0	1	0	75%	
			1136	1	1	0	0	0	100%	
			1137	1	0	1	0	0	100%	
			1138	1	0	1	0	0	75%	
			1139	1	0	1	0	0	80%	
1140			1	0	1	0	0	57%		
			1141	1	0	1	0	0	100%	
			1142	1	0	1	0	0	80%	
OADS	2025	DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN	1237	1	0	0	1	0	0%	
			1238	1	1	0	0	0	100%	
			1239	1	0	0	1	0	0%	
			1240	1	1	0	0	0	100%	
			1241	1	0	0	1	0	50%	
			1242	1	0	1	0	0	40%	
	2025	GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONE	1331	1	0	0	1	0	0%	
			1332	1	0	0	1	0	0%	
			1333	1	0	0	1	0	0%	
			1334	1	0	0	1	0	0%	
			1335	1	0	0	1	0	0%	
				68	27	27	14	0		

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 68 planes de mejoramiento vigentes, suscritos con corte al 31 de diciembre de 2025. De estos, 27 se encuentran cerrados, 14 en cumplimiento y 27 vencidos. Se evidencia un incremento significativo en el número de planes, pasando de 57 en el tercer trimestre a 68 en el cuarto trimestre, situación que obedece al cambio del sistema de información de Daruma a Almera, en el cual no se genera un plan por auditoría de proceso, sino que se registra cada ID o hallazgo como un plan de mejoramiento.

1.2 CONSOLIDADO DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO FUENTE CONTROL INTERNO

ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE DICIEMBRE DE 2025									
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 DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	2024	PA240-030	14	0	1	13	11	3	N.A.
CONTRATACIÓN 2024	2024	PA-240-078 ID:554	28	0	0	28	17	11	N.A.
GESTIÓN FINANCIERA	2025	ID: 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570	23	0	6	17	21	2	N.A.
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA 2024	2025	ID: 490	1	0	0	1	0	1	N.A.
GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS 2025	2025	ID: 498	1	0	0	1	1	0	N.A.
APOYO DIAGNÓSTICO/LABORATORIO CLÍNICO 2025	2025	ID: 599	3	0	1	2	2	1	N.A.
EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CONTABLE CIC: CONTABILIDAD/GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS/GESTIÓN DEL RIESGO	2025	ID: 865, 868, 869, 870	11	0	2	9	2	9	N.A.
PRESUPUESTO	2025	ID: 1028, 1039, 1040	4	0	0	4	3	1	N.A.
GESTION JURIDICA 2025	2025	ID: 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215	22	0	11	11	11	11	N.A.
CARTERA	2025	ID: 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258	11	5	2	4	6	5	N.A.
GESTION FARMACEUTICA	2025	ID 1147, 1148, 1150, 1153, 1154,	9	0	0	9	9	0	N.A.
ENFERMERIA	2025	ID-1151	1	0	0	1	1	0	N.A.
APOYO DIAGNOSTICO LABORATORIO CLÍNICO	2025	ID: 1133, 1142, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141	30	0	10	20	6	24	N.A.
DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN	2025	ID: 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142	9	3	2	4	9	0	N.A.
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN/ TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	2025	ID: 1131, 1132, 1133, 1134, 1135,	5	5	0	0	5	0	N.A.
TOTAL			172	13	35	124	104	68	

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

6



La Oficina de Control Interno realizó seguimiento y evaluación a las 172 acciones de mejoramiento. Este incremento se debe a la inclusión de nuevos planes de mejoramiento correspondientes a las áreas de Docencia Servicio e Investigación y Gestión de la Información/ Tecnología de la información, suscritos con corte al 31 de diciembre de 2025. Para el trimestre actual, se observa que se han cerrado 124 acciones, 13 se encuentran dentro del plazo establecido y 35 están vencidas.

1.3 SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO POR VIGENCIA

7

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

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: en esta vigencia se gestionaron un total de sesenta y cinco (65) planes de mejoramiento, de los cuales se cerraron tres (3): gestión farmacéutica (1), enfermería (1) y presupuesto (1). Permanecen abiertos sesenta y dos (62) planes, vencidos dos (2): gestión financiera (1) y laboratorio clínico – inventarios (1) y los sesenta (60) restantes se encuentran en términos de ejecución.

2024: Durante esta vigencia se gestionaron tres (3) planes de mejoramiento, de los cuales se cerró uno (1) correspondiente al área de Contratación, mientras que permanecen pendientes dos (2) planes relacionados con la gestión de suministros y activos fijos.



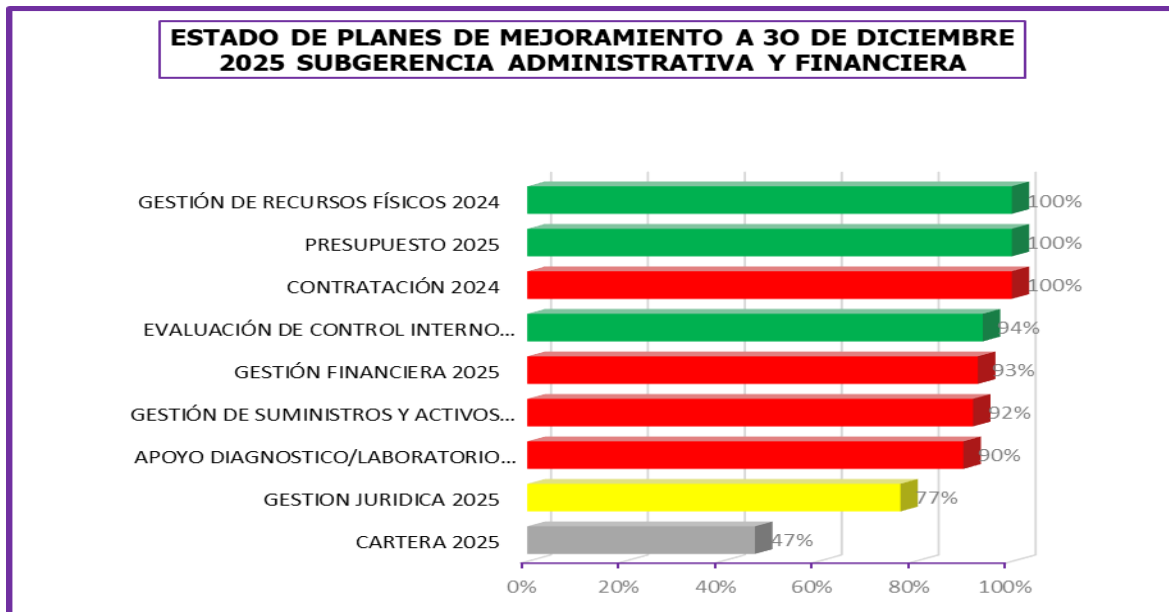
Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo Planes de acción Software Almera

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 31 de diciembre 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 seguimiento consolidado al cuarto trimestre de 2025, donde se evidencia lo siguiente:



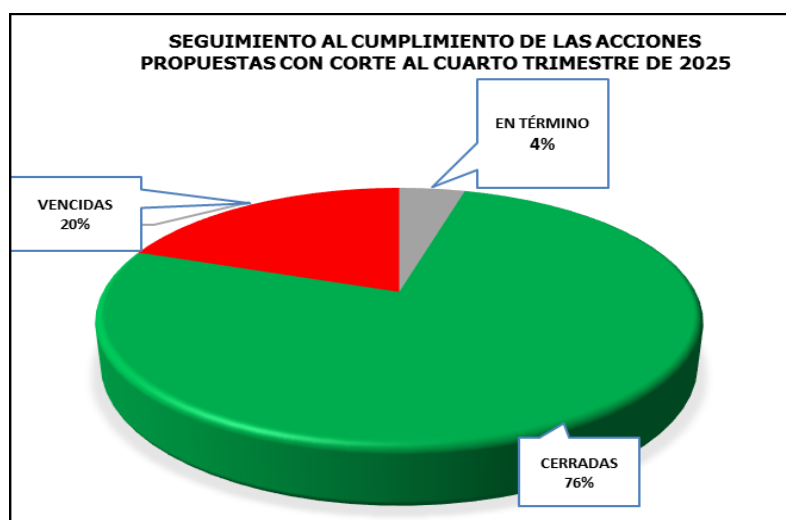
8

La Subgerencia Administrativa y Financiera cuenta con cuarenta y uno (41) planes suscritos de 10 procesos/subprocesos con los siguientes ID relacionados en ALMERA:

- ✓ Dieciocho (18) planes cerrados correspondientes a:
 - Gestión de suministros y activos fijos ID 030.
 - Contratación 2024 ID 554.
 - Gestión financiera ID 565, 566, 568, 569.
 - Gestión de Suministro y Activos Fijos Inventarios (gestión de la tecnología biomédica ID 490, gestión de recursos físicos ID 498, laboratorio clínico ID 500 y 501).
 - Evaluación control interno contable CIC ID 865 y 870.
 - Presupuesto ID 1028, 1039 y 1040.
 - Gestión Jurídica: ID 1210,1215.
 - Cartera: ID 1253.
- ✓ Cinco (5) planes **en términos** de ejecución correspondientes a:
 - Cartera: ID 1251, 1252, 1254, 1255,1256.
- ✓ Dieciocho (18) planes **vencidos** correspondientes a:
 - Gestión de suministros y activos fijos: ID 549.
 - Gestión financiera: ID 563, 564, 567, 570.
 - Laboratorio clínico (Inventarios): ID 499.
 - Evaluación control interno contable ID 568, 869.
 - Gestión Jurídica: ID 1206, 1207, 1208, 1209, 1211, 1212, 1213, 1214.
 - Cartera: ID 1257, 1258.

A continuación, se muestran las acciones de mejora formuladas en los 41 planes de mejoramiento vigentes de la Subgerencia Administrativa y Financiera con corte a 31 de diciembre del 2025, producto de las fuentes de hallazgo de la Oficina de control Interno, en total se cuenta con **118** acciones suscritas de las cuales; 5 acciones se encuentran en términos lo cual equivale al 4.24%, **23** acciones vencidas que representan el 19.49% y **90** acciones cerradas que corresponden al 76.27%.

ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE DICIEMBRE 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	SI	NO
				EN TÉRMINO	VENCIDAS			
GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	2024	PA240-030	14	0	1	13	11	3
CONTRATACIÓN 2024	2024	PA-240-078 ID:554	28	0	0	28	17	11
GESTIÓN FINANCIERA	2025	ID: 563, 564, 567, 570	23	0	6	18	16	7
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	0	1	2	2	1
EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CONTABLE CIC: CONTABILIDAD/GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS/GESTIÓN DEL RIESGO	2025	ID: 865, 868, 869, 870	11	0	3	8	2	9
PRESUPUESTO	2025	ID: 1028, 1039, 1040	4	0	0	4	3	1
GESTION JURIDICA	2025	ID: 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215	22	0	11	11	10	12
CARTERA	2025	ID: 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158	11	5	2	4	6	5
TOTAL			118	5	23	90	74	44



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
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



Las **23 acciones vencidas** son las siguientes:

GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS (1):

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 83%.

10

GESTIÓN FINANCIERA (6):

ID 563: Acción 1: «Actualizar el formato AF-F-03 Libro de Bancos y diligenciar la totalidad de los campos con información clara, precisa y continua, con el fin de garantizar la transparencia de la información y verificar la trazabilidad de los registros», esta acción se encuentra vencida con avance del 70%.

Acción 2: «Registrar de manera detallada la información de las partidas conciliatorias débito o crédito susceptibles de identificar en el formato establecido para tal fin (AF-F-04 Conciliación Bancaria), y realizar las gestiones que garanticen su identificación en un plazo no mayor a tres meses», acciona vencida con avance del 80%.

ID 564: Acción 7: «Implementar diferentes mecanismos de cobro establecidos el manual de cartera para los cobros persuasivos», esta acción se encuentra vencida y con avance del 83%.

Acción 9: «Individualizar por tercero casa uno de los pagarés y notificar a contabilidad para efectuar conciliación frente a la información registrada en el módulo contable», esta acción se encuentra vencida y con avance del 80%.

ID 567: Acción 1: «Presentar previo al giro de tesorería estudio de mercado basado en los precios establecidos por la autoridad competente, debidamente aprobado por los responsables», acción abierta y vencida con avance del 80%.

ID 570: Acción 1: «Inobservancia de la Norma fundamental código (CA-M-00) referente a la elaboración, Modificación, anulación y actualización de documentos», acción abierta y vencida con avance del 70%.

APOYO DIAGNOSTICO/LABORATORIO CLÍNICO 2025 (1)

ID 499: Acción 1. «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 abierta y vencida con avance del 50%.

EVALUACIÓN CONTROL INTERNO CONTABLE CIC 2024 (GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS, GESTIÓN DEL RIESGO) (2)

ID 868: Acción 1: «Realizar el levantamiento del inventario físico para determinar los sobrantes y faltantes», acción abierta y vencida con avance del 90%.

ID 869: Acción 2: «Actualizar el sistema de información de ACTIVOS FIJOS de acuerdo a lo que se defina en mesa técnica con SERVINTE»



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



8-7405030



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



SEGUIMIENTO EFECTIVIDAD

La Subgerencia Administrativa y Financiera cuenta con un total de 118 acciones. De estas, se realizó seguimiento a 39, evidenciándose que 32 fueron efectivas, 6 parcialmente efectivas y 1 no efectiva.

Acciones efectivas parcialmente: Corresponden a los procesos y/o sub procesos de gestión de suministros y activos fijos, gestión financiera, gestión de la tecnología biomédica, gestión farmacéutica/CIC y gestión de recursos físicos /CIC.

11

VIGENCIA	PROCESO	FECHA DE INICIO DEL PLAN	FECHA PROGRAMADA A CIERRE PLAN	EFECTIVIDAD	JUSTIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN
				85,00	
2024	GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	9/07/2024	30/06/2025	1	Se realiza conciliación conciliación trimestral entre almacén y contabilidad para que la información revelada en estados financieros sea fidedigna, sin embargo no se esta presentando de acuerdo a las fechas predeterminadas en el procedimiento
2025	GESTIÓN FINANCIERA 2025	1/03/2025	30/04/2025	1	En relación con la acción "Actualizar y socializar el Manual de Facturación, especialmente en lo referente a los requisitos para el diligenciamiento de pagarés por parte del 100% de los facturadores", se llevó a cabo una evaluación de efectividad mediante la revisión aleatoria de 12 pagarés, durante esta revisión se identificaron inconsistencias en el diligenciamiento, tales como campos incompletos y ausencia de soportes adjuntos requeridos, lo que indica que la acción ha sido parcialmente efectiva, como medida de mejora, se recomienda priorizar este tema en la programación de próximas auditorías, con el fin de reforzar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el manual.
		1/03/2025	30/04/2025	1	En relación con la acción "Revisar, actualizar, socializar y dar cumplimiento al procedimiento CAR-PR-06 'RECALDO PAGARÉS'", se llevó a cabo una evaluación de su efectividad mediante la revisión aleatoria de 12 pagarés, enfocándose en el correcto diligenciamiento de los mismos, durante esta revisión se evidenció que varios documentos presentaban diligenciamiento incompleto y ausencia de soportes adjuntos, lo que permite concluir que la acción ha sido parcialmente efectiva, se recomienda priorizar este aspecto en la programación de futuras auditorías para asegurar el cumplimiento integral del procedimiento.
		1/03/2025	30/04/2025	1	Referente a la acción "Revisar, actualizar, socializar y dar cumplimiento al procedimiento AF-PR-40: AUTORIZACIÓN DE PAGARES", se llevó a cabo una evaluación de la efectividad de la acción mediante la revisión aleatoria de 12 pagarés, enfocándose en el correcto diligenciamiento de los mismos, como resultado, se evidenció que varios documentos presentaban información incompleta y carecían de los soportes requeridos. Por lo tanto, la acción se considera parcialmente efectiva, se recomienda priorizar este aspecto en la programación de futuras auditorías para asegurar el cumplimiento integral del procedimiento.
2025	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA 2025	10/02/2025	30/03/2025	1	Para el III trimestre, se realiza verificación de diligenciamiento de formato IB-F-36 préstamo de repuestos de la bodega correspondiente a los meses de julio a septiembre, evidenciando que esta siendo manejado por el área, se continúa en seguimiento de efectividad, con el resultado del inventario semestral 2025.
2025	GESTIÓN FARMACÉUTICA/CIC 2025	4/04/2025	30/04/2025	1	Se observa que el procedimiento fue actualizado nuevamente el 28/07/2025, sin embargo al dirigirse el subproceso solo un ajuste de los realizados en el inventario del mes de junio fue autorizado por la subgerente de servicios de salud y quienes ejecutan el proceso indican que hasta ahora se dio inicio a la actividad. Por lo anterior se da efectividad parcial.
	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS /CIC 2025	4/04/2025	30/04/2025	1	Se mide efectividad, sin embargo no hay ajustes de inventario en el conteo semestre en el mes de junio debido a que no se presentaron diferencias entre el inventario físico y el del sistema, por lo tanto se deja efectividad parcial.

Acciones no efectivas: Corresponden al proceso de gestión de suministros y activos fijos.

VIGENCIA	PROCESO	FUENTE HALLAZGO/NO CONFORMIDAD	FECHA DE INICIO DEL PLAN	FECHA PROGRAMADA A CIERRE PLAN	EFECTIVIDAD	JUSTIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN
					85,00	
2024	GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	CONTROL INTERNO	9/07/2024	30/06/2025	0	En cumplimiento de los objetivos institucionales de sostenibilidad y eficiencia operativa, se emitió una circular que establece los lineamientos para el control y la reducción del consumo de papel. Posteriormente, se verificó su socialización en el comité correspondiente. No obstante, el seguimiento realizado en el marco del ejercicio de austeridad del segundo trimestre evidencia que no se está dando cumplimiento a lo establecido en dicha circular

Las restantes acciones serán objeto de seguimiento a la efectividad para el primer trimestre 2026 y/o para cierres de plan.

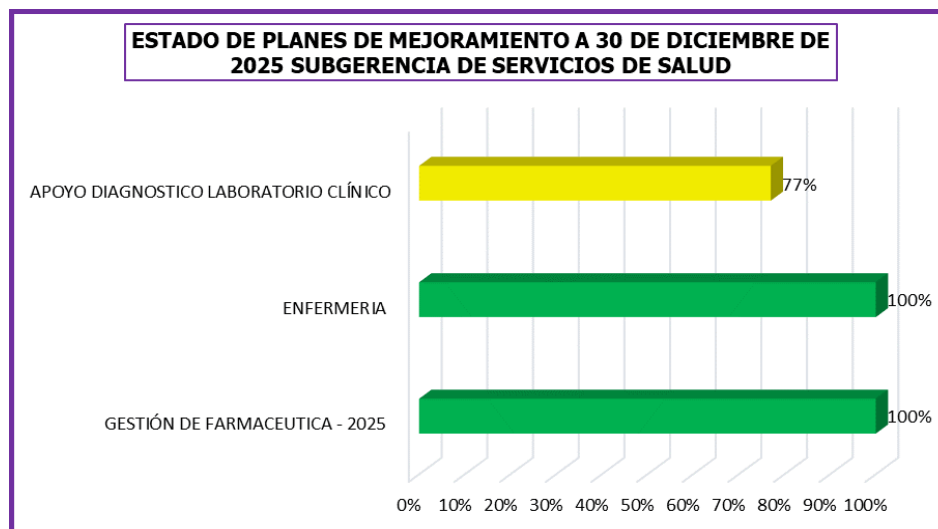
2.2 SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD

La oficina de control interno realizó seguimiento a los planes de mejoramiento y acciones suscritos por la subgerencia Servicios de Salud con corte a 31 de diciembre 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 31 de diciembre del 2025, como se muestra en la siguiente gráfica:

12



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

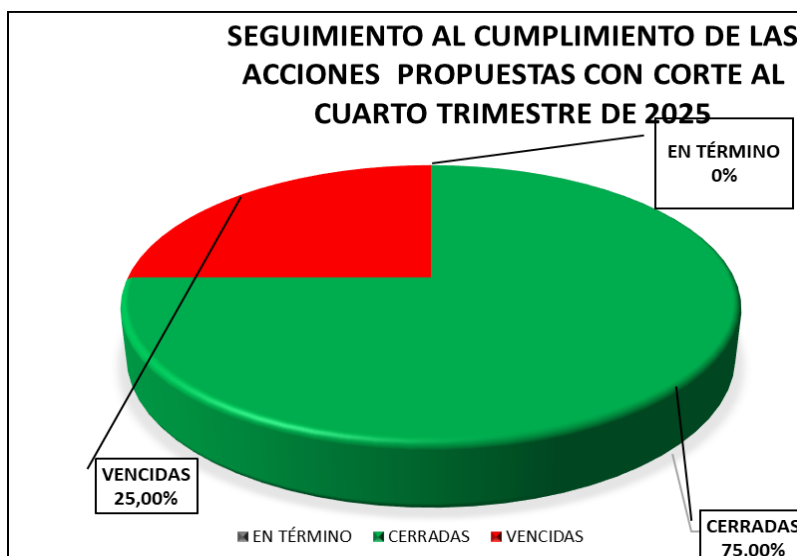
- ✓ Plan de mejoramiento ID: 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142 correspondiente al sub proceso Laboratorio Clínico, estado abierto y en términos.
- ✓ Plan de mejoramiento ID: 1147, 1148, 1150, 1153, 1154, correspondiente al proceso gestión farmacéutica, estado cerrado.
- ✓ Plan de mejoramiento ID: 1151, correspondiente al proceso gestión enfermería, estado cerrado.

A continuación, se presentan las acciones de mejora formuladas por la Subgerencia de Servicios de Salud, con corte al 31 de diciembre de 2025, derivadas de las fuentes de hallazgo identificadas por la Oficina de Control Interno.

En total, se han suscrito **40 acciones de mejora**, distribuidas de la siguiente manera:

- **Cerradas:** 30 acciones, equivalentes al **75.00%**
- **Vencidas:** 10 acciones, correspondientes al **25.62%**
- **En términos:** 0 acciones, correspondientes al **0%**

Estos resultados se ilustran en la gráfica siguiente.



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

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DICIEMBRE 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				
GESTION FARMACEUTICA	2025	ID 1147	2	0	0	2	2	0	N.A.
		ID 1148	3	0	0	3	3	0	N.A.
		ID 1150	1	0	0	1	1	0	N.A.
		ID 1153	1	0	0	1	1	0	N.A.
		ID 1154	2	0	0	2	2	0	N.A.
ENFERMERIA	2025	ID-1151	1	0	0	1	1	0	N.A.
APOYO DIAGNOSTICO LABORATORIO CLÍNICO	2025	ID: 1133	4	0	2	2	0	4	N.A.
		ID: 1142	1	0	1	0	0	1	N.A.
		ID: 1134	2	0	1	1	0	2	N.A.
		ID: 1135	4	0	1	3	1	3	N.A.
		ID: 1136	3	0	0	3	0	3	N.A.
		ID: 1137	2	0	0	2	0	2	N.A.
		ID: 1138	4	0	1	3	0	4	N.A.
		ID: 1139	5	0	2	3	0	5	N.A.
		ID: 1140	3	0	2	1	0	3	N.A.
		ID: 1141	2	0	0	2	0	2	N.A.
TOTAL			40	0	10	30	11	29	

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

Al revisar el avance en el cumplimiento de las acciones suscritas por proceso de la Subdirección de Servicios de Salud, se evidencia que, de las 40 acciones comprometidas, 30 han sido cerradas y 10 se encuentran vencidas, correspondientes a los siguientes procesos:

GESTIÓN DE APOYO DIAGNOSTICO LABORATORIO CLÍNICO

ID 1133: Acción 3: «Implementación de controles para la evaluación de formatos digitales», acción abierta y vencida con avance del 0%.

Acción 4: «Realizar revisión y ajuste de la información de indicadores reportada en Almera y la información generada en COMPRONET, con el fin de que sea concordante», acción abierta y vencida con avance del 0%.

ID 1142: Acción 1: «Revisión, actualización, socialización y cargue en ALMERA de los siguientes documentos del laboratorio clínico: Manual de solicitud, toma, procesamiento de exámenes y entrega de resultados (LB-M-11), Manual de toma y transporte de muestras (LB-M-03), Procedimiento operativo estándar (LB-POES-115), Procedimiento de referencia y contrarreferencia de muestras (LB-PR-15), Protocolo de prevención y manejo de incidentes y/o eventos (LB-PT-10), Protocolo de limpieza y desinfección de áreas de laboratorio clínico (LB-PT-21)», acción abierta y vencida con avance del 80%.

ID 1134: Acción 1: «Actualización, socialización y cargue en ALMERA del manual de toma y transporte de muestras de laboratorio clínico LB-M-03», acción abierta y vencida con avance del 50%.

ID 1135: Acción 3: «Definir periodos de realización de copias de seguridad o el backup con el área de sistemas», acción abierta y vencida con avance del 0%.

ID 1138: Acción 3: «Implementación de controles para la evaluación de formatos digitales», acción abierta y vencida con avance del 0%.

ID 1139: Acción 3: «Registro semanal de ingresos y egresos en Servirte», acción abierta y vencida con avance del 50%.

Acción 5: «Realizar inventario aleatorio mensual con justificación de las diferencias encontradas», acción abierta y vencida con avance del 50%.

SEGUIMIENTO EFECTIVIDAD

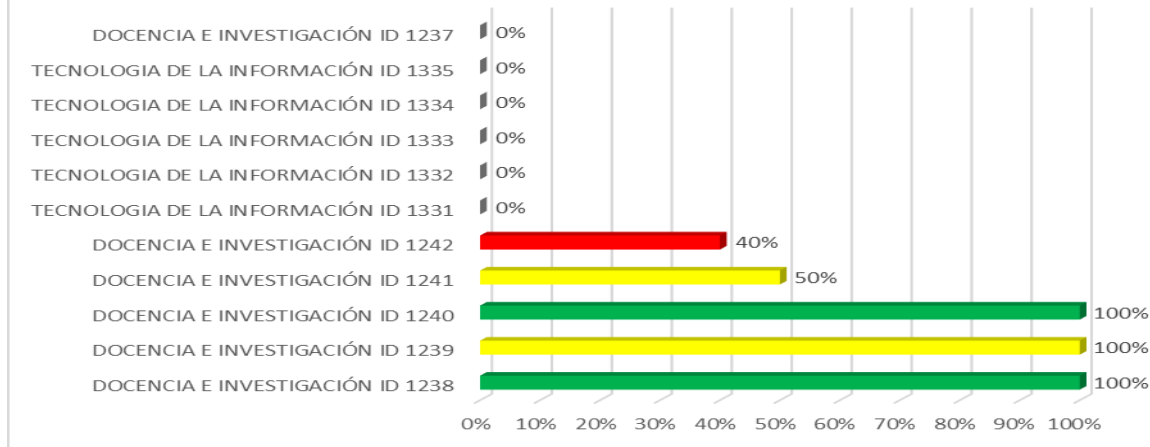
La Subgerencia de Servicios de Salud cuenta con cincuenta y dos (40) acciones. De estas, se realizó seguimiento a la efectividad a tres (3) acciones, las cuales se evidenciaron como efectivas, las acciones restantes continúan pendientes de seguimiento de efectividad.

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 31 de diciembre 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.



ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE DICIEMBRE DE 2025 OFICINA ASESORA DESARROLLO DE SERVICIOS

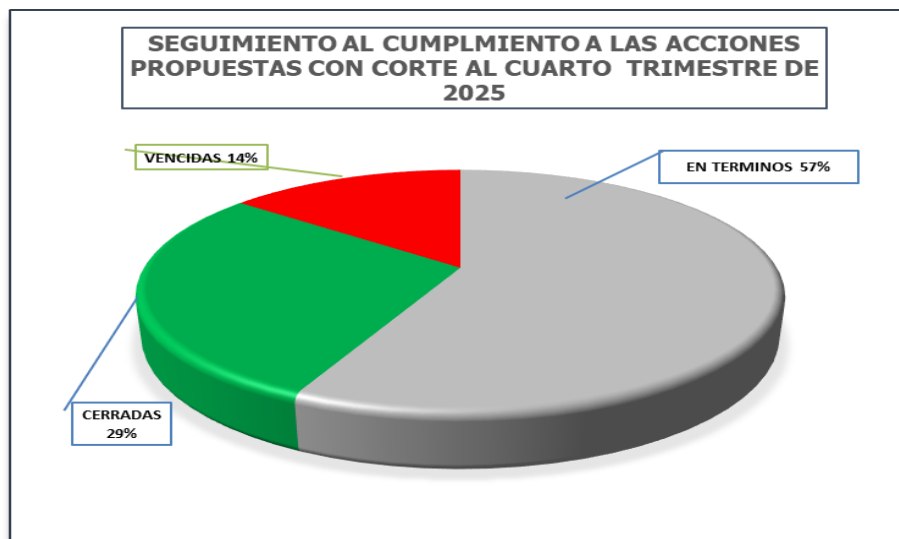


Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo ALMERA

Plan de mejoramiento ALMERA ID: 1331, 1332, 1333, 1334, 1335 correspondiente a Gestión de Sistemas de Información y Comunicaciones, con 5 acciones suscritas y dentro de términos para su ejecución

Plan de mejoramiento ALMERA ID: 1237,1238, 1239, 1240, 1241, 1242 correspondiente a los procesos de docencia con 6 acciones.

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas en los planes de mejoramiento con corte a 31 de diciembre de 2025, el seguimiento de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno, Cuentan con 14 Acciones suscritas, de las cuales 8 acciones de mejora encuentran en término de ejecución, 2 acciones vencidas y 4 acciones cerradas.



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

ESTADO PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE DICIEMBRE DE 2025 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				
DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN	2025	1237, 1238, 1239, 1240, 1241 y 1242	9	3	2	4	7	2	N/A
TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	2025	1331, 1332, 1333, 1334 y 1335	5	5	0	0	5	0	N.A.
TOTAL			14	8	2	4	12	2	

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

16

SEGUIMIENTO EFECTIVIDAD

La Subgerencia oficina asesora de desarrollo de servicios cuenta con un total de 14 acciones, las cuales quedan pendientes de seguimiento de efectividad.

3. PLAN DE MEJORAMIENTO REVISORÍA FISCAL

En el marco de las funciones de seguimiento, la Oficina de Control Interno de Gestión verifico el avance del plan de mejoramiento derivado de la auditoría ejecutada por la Revisoría Fiscal al proceso de «Tecnología de la Información». Como resultado de esta revisión, se identificó lo siguiente:

Se suscribieron un total de siete (7) acciones de mejora, todas con fecha límite de ejecución establecida para el 31 de diciembre de 2025.

Con corte al cuarto trimestre de 2025, el plan presenta un avance acumulado del 100%, es decir se dio cierre a cada una de las acciones y así mismo del plan, quedando pendiente de seguimiento a su efectividad.

4. PLAN DE MEJORAMIENTO DE CONTRALORIA GENERAL DE BOYACA

Como resultado de la auditoría correspondiente a la vigencia 2024, se suscribieron dieciocho (18) acciones dentro del Plan de Mejoramiento acordado con la Contraloría General de Boyacá. Este plan surge como respuesta a once (11) hallazgos identificados durante el proceso de auditoría y constituye un instrumento de gestión orientado a fortalecer los procesos institucionales, garantizar el cumplimiento normativo y promover la eficiencia en el uso de los recursos públicos.

En diciembre de 2025, la Oficina de Control Interno de Gestión realizó seguimiento al avance de las acciones planteadas, obteniendo las siguientes conclusiones:

- Se registró avance en 10 de las 18 acciones, lo que equivale a un 55% de cumplimiento del total del plan.
- Permanecen pendientes de ejecución las siguientes acciones, con plazo máximo hasta el 30 de marzo de 2026:

1 acción correspondiente al hallazgo No. 5, a cargo de la Revisoría Fiscal, que no requiere avance adicional.

6 acciones relacionadas con los hallazgos 1, 6, 7, 8 y 9, vinculadas a procesos de capacitación, socialización, elaboración de estudios previos y actas de entrega a beneficiarios.

Acciones con avance parcial:

4 acciones correspondientes a los hallazgos 2, 3, 4 y 11, que presentan avances parciales debido a: Procesos en curso de actualización de formatos, Evidencias pendientes de carga, requerimiento de próximos avances para su culminación.

El seguimiento evidencia un cumplimiento significativo del plan, aunque persisten acciones críticas que deben ejecutarse en los plazos establecidos para garantizar la efectividad del mejoramiento institucional y el cierre adecuado de los hallazgos.

5. 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, corte tercer trimestre 2025, se observa que la fuente con mayor número de acciones ejecutadas corresponde a Auditorías Externas (182), Control Interno (178), Acreditación (151), seguido de Indicadores (134).

%PARTICIPACION FUENTE DE MEJORA CON CORTE MES DE SEPTIEMBRE 2025				
FUENTE DE MEJORA	N° planes	N° De hallazgos	Acciones por fuente	Total acciones Mejora
PQR	2	2	7	948
CONTROL INTERNO	10	65	178	
REFERENCIACION	2	6	8	
AUDITORIA EXTERNA ISO 14 Y 45	1	5	47	
AUDITORIA INTERNA ISO 14 Y 45	1	18	56	
ISO 9001	4	10	47	
REVISORIA FISCAL	1	8	8	
AUTOCONTROL	5	17	23	
AUDITORIAS EXTERNAS	4	83	182	
SISTEMA UNICO DE HABILITACION	1	6	17	
OPORTUNIDADES DE MEJORA ISO 14, 45, Y 9001	2	32	32	
SUCESOS DE SEGURIDAD	7	17	46	
PAQUETES INSTRUCCIONALES	1	5	12	
ACREDITACION	1	113	151	
INDICADORES	56	56	134	
TOTAL	98	443	948	

Fuente: Referente de mejora continua



Se aclara que la fuente de Control Interno realiza el seguimiento con corte al cuarto trimestre, considerando las acciones acumuladas correspondientes a las vigencias 2024 y 2025. Por esta razón, se presenta una variación respecto al reporte entregado por el área de Calidad.

CONCLUSIONES

- La Oficina de Control Interno realizó seguimiento y evaluación acumulada a cincuenta y siete (57) planes de mejoramiento vigente, suscrito con corte al 31 de diciembre de 2025. De estos, se cerraron veintisiete (27) planes, veintisiete (27) se encuentran en términos de cumplimiento y catorce (14) están vencidos. Se evidencia un incremento significativo en el número de planes, pasando de cincuenta y siete (57) en el tercer trimestre a sesenta y ocho (68) en el cuarto trimestre de la vigencia 2025. Esta variación obedece al cambio del sistema de información de Daruma a Almera, en el cual ya no se genera un plan por auditoría por proceso, sino que se registra cada ID o hallazgo como un plan de mejoramiento independiente
- La oficina de control interno realizó seguimiento y evaluación a las 172 acciones de mejoramiento suscritas con corte a 31 diciembre del 2025, donde se cerraron 124 acciones, 13 están en términos y 35 vencidas

ALERTAS DE MEJORA.

- 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.
- 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.
- Es importante que los procesos carguen las evidencias correspondientes a las acciones de mejora establecidas en los planes de mejoramiento, ya que se ha observado que en muchos casos se incorporan soportes diferentes a los definidos. Esta situación afecta la calidad de la información registrada, genera reprocesos y podría derivar en futuros hallazgos durante auditorías o evaluaciones.
- Durante la vigencia 2025, el proceso de Control Interno ha realizado seguimiento a la efectividad de los planes de mejoramiento. Se ha evidenciado que algunos procesos no continúan con el seguimiento adecuado a las acciones establecidas, o bien aportan evidencias únicamente para cerrar las acciones, sin verificar su cumplimiento real. Por lo anterior, se recomienda revisar cuidadosamente aquellas acciones con efectividad parcial o incumplida, de modo que los procesos implementen planes



de mejora orientados al autocontrol, con el fin de evitar hallazgos reiterativos en auditorías internas o externas.

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.

19

Cordialmente,

(Original Firmado)

WILMER LEONARDO PARADA MARQUEZ
Asesor de Control Interno
ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

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



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



8-7405030



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