

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

1

**I TRIMESTRE DE 2026**

**Elaborado por:**

**OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

**Tunja, mayo 2026**



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



8-7405030



[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)  
[Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co](mailto:Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co)

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES**  
[www.hospitalesporlasaludambiental.net](http://www.hospitalesporlasaludambiental.net)



SC-CER906254 SA-CER980814 OS-CER599527  
ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

## 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 seguimiento a los planes de mejoramiento se realiza con corte al 31 de marzo de 2026, conforme a los lineamientos establecidos en la Resolución Interna No. 225 de 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 E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja".

De igual manera, este proceso se desarrolla en concordancia con lo dispuesto en el Manual OACI-M-02 "Manual de Planes de Mejoramiento" y el 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 abril 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
- Software ALMERA



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



8-7405030



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



- Documentación presentada por los procesos.
- Informe seguimiento fuente de mejoramiento oficina con corte al mes de marzo de 2026.

## 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.

3

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:

<b>P</b>	Problema identificado
<b>A</b>	Análisis
<b>P</b>	Priorización
<b>A</b>	Acciones
<b>S</b>	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



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



8-7405030



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



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	2	0	0	0	100%
	2025	GESTION FINANCIERA	563	1	1	0	0	0	100%
			564	1	1	0	0	0	100%
			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	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 DIAGNÓSTICO/LABORATORIO CLÍNICO	499	1	1	0	0	0	100%
	2025	APOYO DIAGNÓSTICO/LABORATORIO CLÍNICO	500	1	1	0	0	0	100%
	2025	APOYO DIAGNÓSTICO/LABORATORIO CLÍNICO	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	1	0	0	0	100%
			869	1	1	0	0	0	100%
			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%
			1206	1	0	1	0	0	75%
	2025	GESTION JURIDICA / TESORERIA	1207	1	0	1	0	0	94%
			1208	1	0	1	0	0	83%
			1209	1	1	0	0	0	100%
			1210	1	1	0	0	0	100%
			1211	1	0	1	0	0	70%
			1212	1	0	1	0	0	65%
			1213	1	1	0	0	0	100%
			1214	1	0	1	0	0	65%
			1215	1	1	0	0	0	100%
			2025	CARTERA	1251	1	1	0	0
	1252	1			1	0	0	0	100%
	1253	1			1	0	0	0	100%
	1254	1			1	0	0	0	100%
	1255	1			1	0	0	0	100%
	1256	1			1	0	0	0	100%
	1257	1			1	0	0	0	100%
	1258	1			1	0	0	0	100%
	2026	GESTION DE CONTRATACION	ID 1405	1	0	0	1	0	50%
			ID 1406	1	0	1	0	0	0
			ID 1407	1	0	0	1	0	20%
			ID 1408	1	1	0	0	0	100%
			ID 1409	1	0	0	1	0	0%
			ID 1410	1	0	0	1	0	0%
ID 1411			1	0	0	1	0	50%	
ID 1412			1	0	0	1	0	0%	
SSS	2025	APOYO DIAGNÓSTICO/LABORATORIO CLÍNICO 2025	1133	1	0	1	0	0	63%
			1134	1	1	0	0	0	100%
			1135	1	1	0	0	0	100%
			1136	1	1	0	0	0	100%
			1137	1	1	0	0	0	100%
			1138	1	0	1	0	0	88%
			1139	1	0	1	0	0	90%

4

			1140	1	0	1	0	0	57%
			1141	1	1	0	0	0	100%
			1142	1	1	0	0	0	100%
OADS	2025	DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN	1237	1	1	0	0	0	100%
			1238	1	1	0	0	0	100%
			1239	1	1	0	0	0	100%
			1240	1	1	0	0	0	100%
			1241	1	1	0	0	0	100%
			1242	1	1	0	0	0	100%
			1331	1	1	0	0	0	100%
	2025	GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONE	1332	1	0	0	1	0	0%
			1333	1	0	0	1	0	0%
			1334	1	1	0	0	0	100%
1335			1	0	0	1	0	0%	
			<b>66</b>	<b>45</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>0</b>		

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 66 planes de mejoramiento vigentes, suscritos con corte al 31 de marzo de 2026. De estos, 45 se encuentran cerrados, 9 en cumplimiento y 12 vencidos.

## 1.2 CONSOLIDADO DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO FUENTE CONTROL INTERNO

ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE MARZO DE 2026						
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES			
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CUMPLIDAS
				EN TÉRMINO	VENCIDAS	
GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	2024	PA240-030	14	0	0	14
GESTIÓN FINANCIERA	2025	ID: 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570	23	0	1	22
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA 2024	2024	ID: 490	1	0	0	1
GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS 2025	2024	ID: 498	1	0	0	1
APOYO DIAGNOSTICO/LABORATORIO CLÍNICO 2025	2024	ID: 499, 500, 501	3	0	0	3
EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CONTABLE CIC: CONTABILIDAD/GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS/GESTIÓN DEL RIESGO	2025	ID: 865, 868, 869, 870	11	0	0	11
GESTION JURIDICA 2025	2025	ID: 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215	22	0	7	15
CARTERA	2025	ID: 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258	11	0	0	11
GESTION DE LA CONTRATACIÓN	2026	ID; 1405,01406,1407,1408,1409,1410,1411,1412	15	10	1	4
APOYO DIAGNOSTICO LABORATORIO CLÍNICO	2025	ID: 1133, 1142, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141	30	0	6	24
DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN	2025	ID: 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142	9	0	0	9
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN/ TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	2025	ID: 1131, 1132, 1133, 1134, 1135,	5	3	0	2
<b>TOTAL</b>			<b>145</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>117</b>

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 las 145 acciones de mejoramiento. Este incremento se debe a la inclusión de nuevos planes de mejoramiento correspondientes a las áreas de gestión de la contratación, suscritos con corte al 31 de enero de 2026. Para el trimestre actual, se observa que se han cerrado 117 acciones, 13 se encuentran dentro del plazo establecido y 15 están vencidas.

### 1.3 SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO POR VIGENCIA

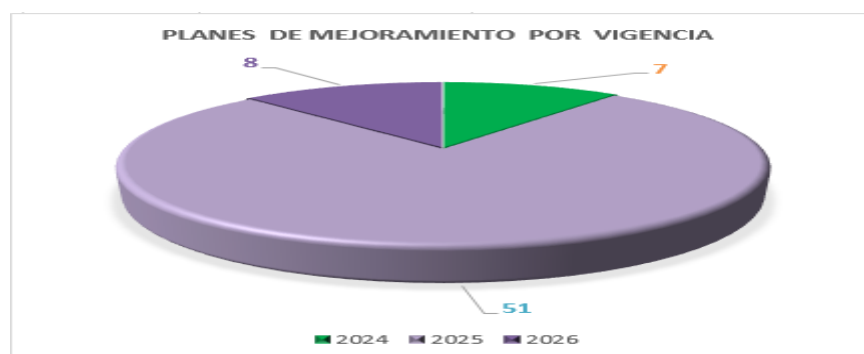
Asimismo, se realizó seguimiento de planes de mejoramiento por vigencia como se observa a continuación:

Se precisa que los planes de mejoramiento suscritos en 2025 abarcan tanto las auditorías ejecutadas durante la vigencia 2024 como las realizadas en 2025. Asimismo, incluyen el plan de mejoramiento correspondiente a la Auditoría de Gestión de Contratación, el cual fue formalizado en 2026.

**2024:** Durante esta vigencia se gestionaron siete (7) planes de mejoramiento, los cuales fueron cerrados y están relacionados con la gestión de suministros y de activo fijo e inventarios.

**2025:** En esta vigencia se gestionaron un total de cincuenta y uno (51) planes de mejoramiento. De ellos, se cerraron treinta y siete (37), permanecen abiertos catorce (14), once (11) se encuentran vencidos y los tres (3) restantes continúan en ejecución.

**2026:** En esta vigencia se gestionaron ocho (8) planes de mejoramiento correspondientes a la Auditoría de Gestión de Contratación. De estos, se cerró uno (1), permanecen abiertos siete (7), uno (1) se encuentra vencido y los seis (6) restantes están en ejecución.



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

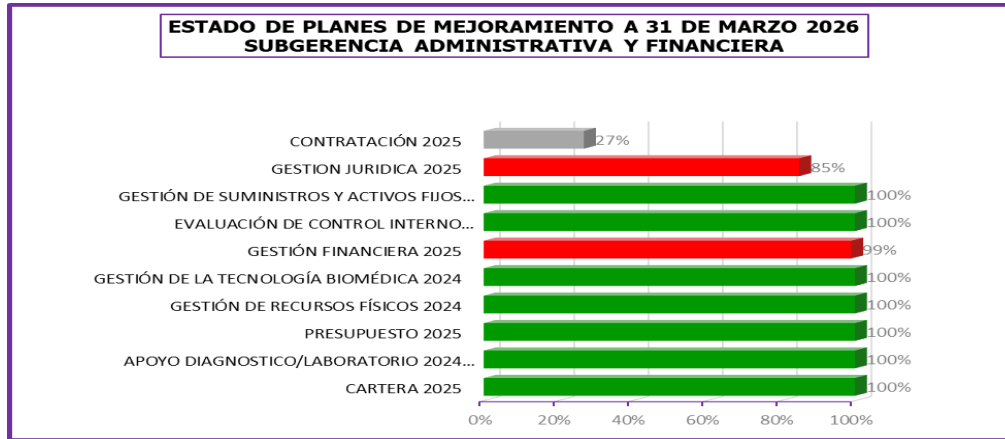
## 2. SEGUIMIENTO DE PLANES Y ACCIONES DE MEJORA POR SUBGERENCIAS Y OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

### 2.1 SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

La oficina de control interno realizó seguimiento a los planes y acciones de mejoramiento suscritos por la Subgerencia Administrativa y Financiera con corte a 31 de marzo del 2026, 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 primer trimestre de 2026, donde se evidencia lo siguiente:



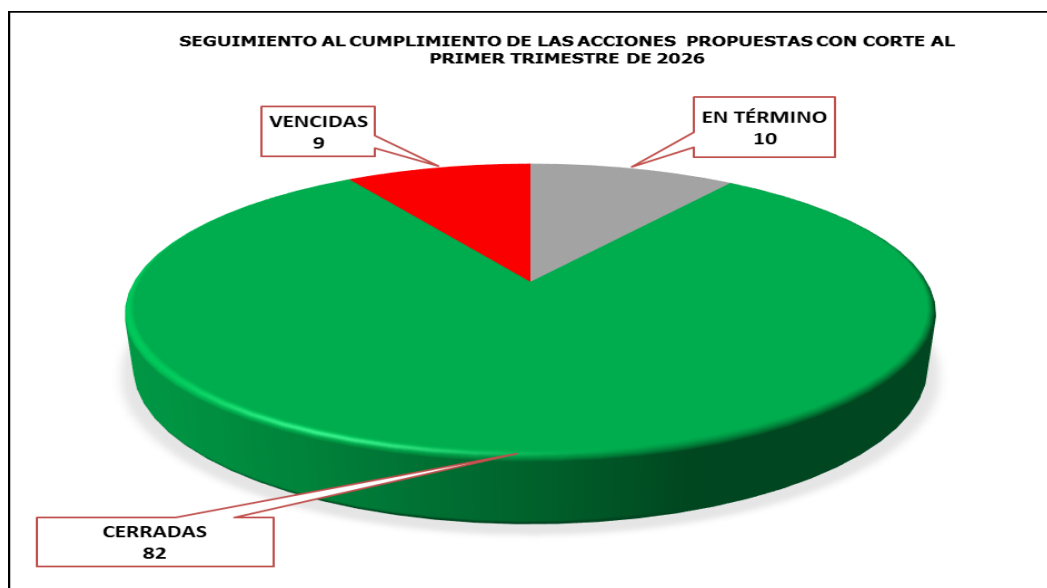
La Subgerencia Administrativa y Financiera cuenta con cuarenta y uno (45) planes suscritos de 10 procesos/subprocesos con los siguientes ID relacionados en ALMERA:

- ✓ Treinta y un (31) planes **cerrados** correspondientes a:
  - Gestión de suministros y activos fijos ID 549\_030.
  - Gestión de Contratación 2024 ID 1408.
  - Gestión financiera ID 563, 564, 565, 566, 567, 568, 570.
  - Gestión de Suministro y Activos Fijos Inventarios (gestión de la tecnología biomédica ID 490, gestión de recursos físicos ID 498, laboratorio clínico ID 499, 500 y 501).
  - Evaluación control interno contable CIC ID 865, 868, 869 y 870.
  - Gestión Jurídica: ID 1209, 1210, 1213 y 1215.
  - Cartera: ID 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257 y 1258.
- ✓ Seis (6) planes **en términos** de ejecución correspondientes a:
  - Gestión de Contratación: ID 1405, 1407, 1409, 1410, 1411 y 1412.
- ✓ Ocho (8) planes **vencidos** correspondientes a:
  - Gestión financiera: ID 567.
  - Gestión Jurídica: 1206, 1207, 1208, 1211, 1212 y 1214.
  - Gestión de Contratación: ID 1406.

A continuación, se muestran las acciones de mejora formuladas en los 45 planes de mejoramiento vigentes de la Subgerencia Administrativa y Financiera con corte a 31 de marzo del 2026, producto de las fuentes de hallazgo de la Oficina de control Interno, en total se cuenta con **101** acciones suscritas de las cuales; **10** acciones se encuentran en términos lo cual equivale al 9.52%, **9** acciones vencidas que representan el 8.57% y **82** acciones cerradas que corresponden al 81.90%, asimismo, se radicó el plan

de mejoramiento del subproceso de **Gestión del Talento Humano**, el cual se encuentra en términos y será objeto de seguimiento durante el segundo trimestre de la vigencia 2026.

ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE MARZO DE 2026						
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES			
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CUMPLIDAS
				EN TÉRMINO	VENCIDAS	
GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	2024	PA240-030	14	0	0	14
GESTIÓN FINANCIERA	2025	ID: 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570	23	0	1	22
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA 2024	2024	ID: 490	1	0	0	1
GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS 2025	2024	ID: 498	1	0	0	1
APOYO DIAGNOSTICO/LABORATORIO CLÍNICO 2025	2024	ID: 499, 500, 501	3	0	0	3
EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CONTABLE CIC: CONTABILIDAD/GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS/GESTIÓN DEL RIESGO	2025	ID: 865, 868, 869, 870	11	0	0	11
GESTION JURIDICA 2025	2025	ID: 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215	22	0	7	15
CARTERA	2025	ID: 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258	11	0	0	11
GESTION DE LA CONTRATACIÓN	2026	ID; 1405,01406,1407,1408,1409,1410,1 411,1412	15	10	1	4
<b>TOTAL</b>			<b>101</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>82</b>



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

**Las 9 acciones vencidas** son las siguientes:

### GESTIÓN FINANCIERA (1):

**ID 567: Acción 1:** « deficiencias en el soporte elaborado por farmacia correspondiente al “análisis de mercado y/o análisis de histórico de precios” de los egresos no. 92049 y 93591 por concepto de avances girados para la adquisición de medicamentos de control especial», esta acción se encuentra vencida con avance del 80%.

## GESTIÓN JURÍDICA (7)

**ID 1206: Acción 2** «Realizar la actualización de los documentos, formatos (anclándolos a los respectivos procedimientos), procedimientos y demás archivos codificados por la oficina jurídica, teniendo en cuenta los parámetros de la norma fundamental», esta acción se encuentra vencida con avance del 50%.

**ID 1207: Acción 3** «Realizar retroalimentación de las sentencias de responsabilidad médica», esta acción se encuentra vencida con avance del 75%.

**ID 1208: Acción 1:** «Consolidar un control semanal con base en la matriz oaj-f-08 de seguimiento, dentro del cual se debe evidenciar el diligenciamiento completo con información verás de las casillas de dicha matriz, además, de los términos dentro del cual se dio respuesta a cada acción de tutela, informando la cantidad de acciones de tutela radicadas en la entidad, las acciones de tutela que ya fueron» esta acción se encuentra vencida con avance del 50%.

**ID 1211: Acción 1:** «Diligenciar por cada uno de los apoderados judiciales responsables de cada proceso, de forma clara, verídica y en la totalidad de los campos la información de cada uno de los procesos asignados por la asesoría jurídica de la entidad», esta acción se encuentra vencida con avance del 70%.

**Acción 2:** «Realizar el seguimiento mediante la aplicación del formato OAJ -F-18, para que asegurar el cumplimiento de las obligaciones de cada uno de los apoderados judiciales y consecuentemente garantizar la realidad de la información suministrada en los informes tanto internos como externos», », esta acción se encuentra vencida con avance del 70%.

**ID 1212: Acción 2:** « Realizar seguimiento a la información suministrada por las áreas encargadas (contabilidad y tesorería) sobre depósitos judiciales», esta acción se encuentra vencida con avance del 30%.

**ID 1214: Acción 2:** «Realizar el archivo físico de las correcciones y/o modificaciones, junto con la trazabilidad de las mismas, de las certificaciones del contingenté judicial a las observaciones posteriores a la reunión de seguimiento con la secretaria de salud», esta acción se encuentra vencida con avance del 30%.

## GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

**ID 1406: Acción 1:** «Realizar capacitación y ajuste en los flujos de aprobación de plataforma SECOP II con los roles responsables», esta acción se encuentra vencida con avance del 0%.

## SEGUIMIENTO EFECTIVIDAD

La Subgerencia Administrativa y Financiera cuenta con un total de **101 acciones**. De estas, se realizó seguimiento a **66 acciones**, evidenciándose que **50 fueron efectivas, 7 parcialmente efectivas y 9 no efectiva**.

**Acciones efectivas parcialmente:** Corresponden a los procesos y/o sub procesos de gestión financiera, gestión farmacéutica/CIC, Apoyo Diagnóstico/Laboratorio Clínico (Inventarios) y gestión del Riesgos /CIC.

SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	PROCESO	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA DE INICIO DEL PLAN	FECHA PROGRAMADA CIERRE	76,89		JUSTIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN
					EFICACIA	EFFECTIVIDAD	
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	GESTIÓN FINANCIERA 2025	CONTROL INTERNO	10/02/2025	30/04/2025	2	1	En el <b>1 trimestre de 2026</b> la acción "Actualizar y socializar el Manual de Facturación, especialmente en lo referente a los requisitos para el diligenciamiento de pagares por parte del 100% de los facturadores", se llevó a cabo una evaluación de efectividad mediante la revisión aleatoria de 12 pagares, 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 <b>parcialmente efectiva</b> , 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.
			10/02/2025	30/04/2025	2	1	En el <b>1 trimestre de 2026</b> , la acción "Revisar, actualizar, socializar y dar cumplimiento al procedimiento CAR-PR-06 RECAUDO PAGARÉS", se llevó a cabo una evaluación de su efectividad mediante la revisión aleatoria de 12 pagares, 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 <b>parcialmente efectiva</b> , se recomienda priorizar este aspecto en la programación de futuras auditorías para asegurar el cumplimiento integral del procedimiento.
			10/02/2025	30/04/2025	2	1	En el <b>1 trimestre de 2026</b> , 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 pagares, enfocándose en el correcto diligenciamiento de los mismos, como resultado, se evidenció que varios documentos presentaban información incompleta y carencia de los soportes requeridos. Por lo tanto, la acción se considera <b>parcialmente efectiva</b> , se recomienda priorizar este aspecto en la programación de futuras auditorías para asegurar el cumplimiento integral del procedimiento.
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA / INVENTARIOS	APOYO DIAGNOSTICO/LABORATORIO CLÍNICO 2025	CONTROL INTERNO	11/02/2025	30/06/2025	2	1	En el <b>1 Trimestre 2026</b> , la acción resulta <b>parcialmente efectiva</b> , dado que en el control se deja constancia de la observación en cuanto a los tiempos para facturar por parte de los prestadores, sin embargo, no existe evidencia del registro de los préstamos en Servinte, ni con proveedores ni con otras entidades.
			11/02/2025	30/07/2025	2	1	En el <b>1 Trimestre 2026</b> , la acción resulta <b>parcialmente efectiva</b> , dado que en el inventario semestral se presentó una diferencia de \$3.766.141, el cual fue justificado, sin embargo el control es débil.
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	GESTIÓN FARMACÉUTICA/ CIC 2025	CONTROL INTERNO	4/04/2025	30/04/2025	1	1	Se observa que el procedimiento fue actualizado nuevamente el 28/07/2025, sin embargo al diligenciar el subproceso solo un ajuste de los realizados en el inventario del mes de junio fue autorizado por la subgerencia de servicios de salud y quienes ejecutan el proceso indican que hasta ahora se dio inicio a la actividad. Por lo anterior se da <b>efectividad parcial</b> .
			4/04/2025	30/04/2025	2	1	Se verificará la efectividad de la acción con los ajustes que se deriven de la toma semestral de inventarios a realizarse en el mes de junio de 2026. Para el <b>segundo trimestre de 2025</b> 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 <b>efectividad parcial</b> . Se verificará la efectividad de la acción con los ajustes que se deriven de la toma semestral de inventarios a realizarse en el mes de junio de 2026.

**Acciones no efectivas:** Corresponden al proceso de gestión de suministros y activos fijos, Gestión Financiera, Laboratorio Clínico (Inventarios) y gestión del Riesgos /CIC.

SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	PROCESO	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA DE INICIO DEL PLAN	FECHA PROGRAMADA CIERRE	75,11		JUSTIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN
					EFICACIA	EFFECTIVIDAD	
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	CONTROL INTERNO	30/07/2024	30/07/2024	2	0	Para el <b>1 trimestre 2026</b> , el plan de mejoramiento radicado el 3 de julio de 2024 por el subproceso de Gestión de Suministros y Activos Fijos (código DARUMA; PA-240-030), contempla 14 acciones con vencimiento el 31 de diciembre de 2024. Al cierre del periodo, se ejecutaron 8 actividades oportunamente, mientras que 6 permanecieron pendientes fuera de término. En 2025, tras la migración del plan a la plataforma ALMERA (ID-549) y la paralización del incumplimiento durante el primer trimestre, se convocó a una mesa de trabajo integrada por la Subgerencia Administrativa y Financiera, la Oficina de Control Interno y la líder del proceso. Se aprobó la reformulación del cronograma, extendiendo el plazo al 30 de junio de 2025. No obstante, 2 de las 6 acciones reprogramadas se finalizaron de forma estemporánea entre el tercer trimestre de 2025 y el primero de 2026. Dada la importancia del 42% en la ejecución y los dificultades en el replanteamiento, la sección de Gestión reportó manual de seguimiento para concluir el inventario físico (Propiedad, Plano y Equipo) frente al sistema SERVINTe, se calificó como no efectiva, debido a la ausencia de periodicidad mensual en su control. A pesar de lo anterior, se concluyó la toma física de activos fijos del hospital, logrando identificar plenamente los activos existentes, los no hallados físicamente y los registros en sistemas sin respaldo físico. Los resultados fueron socializados ante el Comité de Sostenibilidad Contable, donde se definió inicialmente las medidas correctivas sobre los discrepancias detectadas. Por las razones anteriormente expuestas, se deturba el cierre del plan bajo el criterio de no efectividad. No obstante, se recomienda mantener un monitoreo riguroso sobre las acciones definidas, con el fin de fomentar la mejora continua de este proceso, dada su naturaleza transversal, y la importancia para la operación institucional.
			30/07/2024	30/06/2025	2	0	En el <b>IV trimestre de 2025</b> , se dio efectividad al cumplimiento de los objetivos institucionales de sostenibilidad y eficiencia operativa, se emitió un 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 auditoría del segundo trimestre evidencia que <b>no se está dando cumplimiento</b> a lo establecido en dicho circular.
			30/07/2024	30/06/2025	1	0	En el <b>primer trimestre de 2026</b> no se dio efectividad a la acción teniendo en cuenta que no se realizó seguimiento mensual, pero sí se dio terminación a la toma física del inventario de activos fijos del hospital, vinculado en la identificación de los activos fijos de la entidad de acuerdo al informe presentado por la responsable, se determinó con claridad los activos no identificados en físico y los activos en sistemas no encontrados en físico. El resultado fue socializado en comité de sostenibilidad contable y continua en proceso para determinar las medidas pertinentes sobre las discrepancias encontradas.
			30/07/2024	30/06/2025	1	0	De la auditoría de control interno contable se deriva un plan de mejoramiento orientado al movimiento de activos fijos, incluyendo traslados, bajas y donaciones. A través de este plan se establecerán acciones que fortalezcan la acción y permitan mantener un adecuado control del inventario, así mismo control interno acordará a medir la efectividad de las acciones para mejorar la no conformidad.
			30/07/2024	30/06/2025	1	0	En el <b>primer trimestre de 2026</b> no se dio efectividad a la acción debido a que no se continuó haciendo conciliación trimestral entre situación y contabilidad, esta conciliación se realiza solamente contable para que la información resulte en estados financieros sin ningún tipo de discrepancias de unión con los reportes de conciliación de saldos con contabilidad.
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	GESTIÓN FINANCIERA 2025	CONTROL INTERNO	10/02/2025	31/07/2025	1	0	En el <b>1 trimestre de 2026</b> , la acción, la Oficina de Control Interno considera que <b>esta no resulta efectiva</b> , dado que no se logra el objetivo previsto. Persisten inconsistencias relacionadas con la actualización del formato AFF-03 "Libro de Blanco" y con el diligenciamiento de la descripción de las observaciones correspondientes a los puntajes condicionales, por lo que fue necesario continuar su seguimiento a través del plan de mejoramiento que se deriva de la auditoría de control interno contable.
			10/02/2025	31/07/2025	1	0	En el <b>1 trimestre de 2026</b> , la acción, la Oficina de Control Interno concluye que <b>esta no resulta efectiva</b> , dado que no se alcanzó el objetivo previsto. Lo anterior obedece a que no todos los puntajes condicionales con antigüedad superior a tres meses fueron substraídos; en su lugar, se realizó un proceso de reevaluación. Por tal motivo, fue necesario continuar con el seguimiento a través del plan de mejoramiento derivado de la auditoría de control interno contable.
			10/02/2025	31/07/2025	1	0	En el <b>1 trimestre de 2026</b> , se llevó a cabo la verificación de efectividad de la acción, se revisaron los reportes de las condiciones bancarias correspondientes al primer trimestre 2026, identificando que el sub proceso presenta las conciliaciones revisadas, aprobada y legalizada por parte de Tesorería y Contabilidad en los formatos establecidos, sin embargo <b>no se considera efectiva</b> dado que persisten inconsistencias relacionadas con el diligenciamiento de la descripción de las observaciones correspondientes a los puntajes condicionales. Por tal motivo, se es necesario continuar con el seguimiento a través del plan de mejoramiento derivado de la auditoría de control interno contable.
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA / INVENTARIOS	APOYO DIAGNOSTICO/LABORATORIO CLÍNICO 2025	CONTROL INTERNO	11/02/2025	30/06/2025	0	0	En el <b>1 Trimestre 2026</b> , la acción implementada <b>no fue efectiva</b> , dado que no se cumplió con el objetivo propuesto. Por esta razón, se traslada como hallazgo reiterativo a la auditoría del laboratorio clínico programado para la vigencia 2026.
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	GESTIÓN FARMACÉUTICA/ CIC 2025	CONTROL INTERNO	4/04/2025	31/05/2025	1	0	Para el <b>cuarto trimestre de 2025</b> , la efectividad de la acción se medirá con el hallazgo ID 549 Actividad 3 del plan de mejoramiento de suministros, realizado en cuenta el oficio emitido por la líder de atención y el subgerente administrativo y el traslado de la acción para cumplimiento en el ID 549.

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

## 2.2 SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD

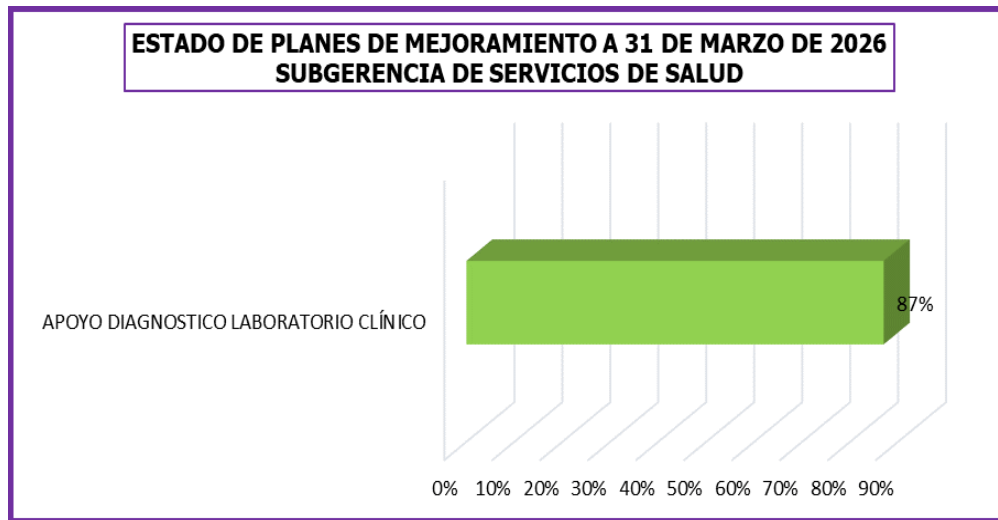
La oficina de control interno realizó seguimiento a los planes de mejoramiento y acciones suscritos por la subgerencia Servicios de Salud con corte a 31 de marzo de 2026, consolidando sus resultados a través de

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 diez (10) planes de mejoramiento suscritos por la Subgerencia de Servicios de Salud con corte a 31 de marzo del 2026, como se muestra en la siguiente gráfica:

11



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

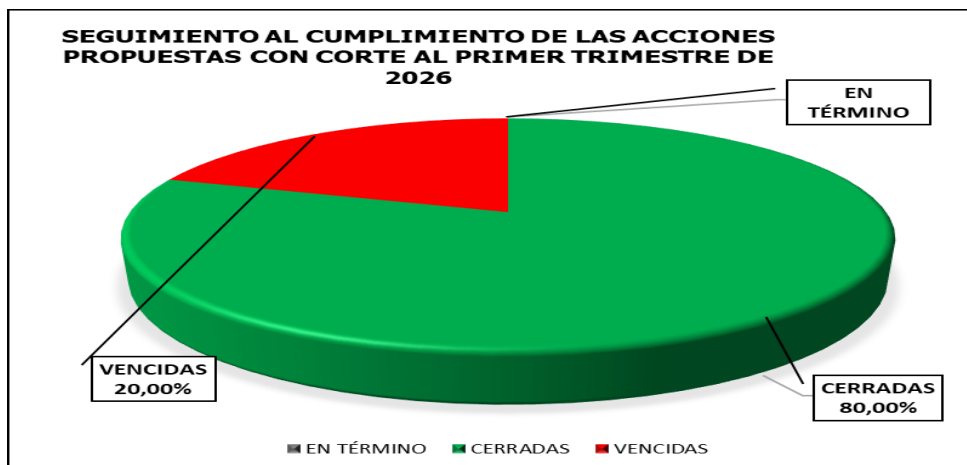
- ✓ Plan de mejoramiento ID: 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142 correspondiente al subproceso Laboratorio Clínico, estado abierto y vencido.

A continuación, se presentan las acciones de mejora formuladas por la Subgerencia de Servicios de Salud, con corte al 31 de marzo 2026, derivadas de las fuentes de hallazgo identificadas por la Oficina de Control Interno.

En total, se han suscrito **30 acciones de mejora**, distribuidas de la siguiente manera:

- **Cerradas:** 24 acciones, equivalentes al **80%**
- **Vencidas:** 6 acciones, correspondientes al **20%**
- **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

12

ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE MARZO DE 2026						
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES			
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CUMPLIDAS
				EN TÉRMINO	VENCIDAS	
APOYO DIAGNOSTICO LABORATORIO CLÍNICO	2025	ID: 1133, 1142, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141	30	0	6	24
<b>TOTAL</b>			<b>30</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>24</b>

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 30 acciones comprometidas, 24 han sido cerradas y 6 se encuentran vencidas, correspondientes a los siguientes procesos:

### GESTIÓN DE APOYO DIAGNOSTICO LABORATORIO CLÍNICO

**ID 1133: Acción 2:** «Implementación de controles para la evaluación de formatos digitales», acción abierta y vencida con avance del 50%.

**Acción 3:** «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 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%.

**ID 1140: Acción 1:** «Revisar información de indicadores respecto a formula, variable, unidad de medida, meta y fuentes de numeror y denominador, con su respectivo ajuste en ficha técnica», acción abierta y vencida con avance del 0%.

**Acción 3:** «Realizar Cargue oportuno de indicadores», acción abierta y vencida con avance del 70%.

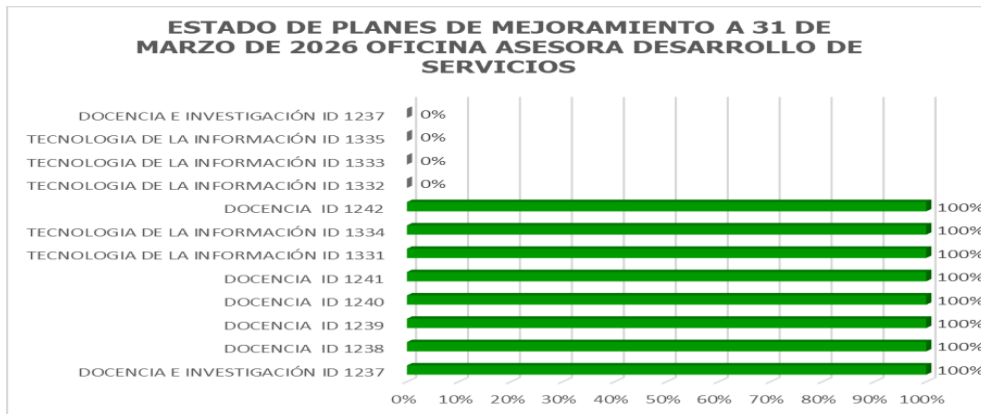
### SEGUIMIENTO EFECTIVIDAD

La Subgerencia de Servicios de Salud cuenta con **30 acciones**. De estas, se realizó seguimiento a la efectividad a **22 acciones**, de las cuales se evidenciaron como efectivas **18 acciones**, y **4 acciones** parcialmente efectivas, las **8 acciones** restantes continúan pendientes de seguimiento de efectividad.

SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	PROCESO	FUENTE HALLAZGO/NO CONFORMIDAD	FECHA DE INICIO DEL PLAN	FECHA PROGRAMADA CIERRE	76,89		JUSTIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN
					EFICACIA	EFFECTIVIDAD	
					86,67	74,44	
SUB GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	APOYO DIAGNOSTICO LABORATORIO CLINICO 2025	CONTROL INTERNO	19/09/2025	30/11/2025	2	1	La acción se considera parcialmente efectiva, por lo que continuará en seguimiento mediante la auditoría programada para la vigencia 2026.
		CONTROL INTERNO	19/09/2025	30/08/2025	1	1	En el trimestre 2026, se evidenció que los documentos del subproceso de laboratorio fueron revisados, actualizados y socializados conforme a las necesidades del mismo, sin embargo para el caso del formato LB-F-108: Limpieza y desinfección, no se evidencian controles para el uso de formatos digitales, en consecuencia, la acción se considera <b>parcialmente efectiva</b> , dado que se alcanzó la totalidad del objetivo planteado.
		CONTROL INTERNO	19/09/2025	30/08/2025	1	1	En el trimestre 2026, la Oficina de Control Interno evidenció manejo del formato LB-F-108: Limpieza y desinfección, por parte del subproceso de laboratorio clínico, no obstante, no se evidencian controles para el uso de formatos digitales, en consecuencia, la acción se considera <b>parcialmente efectiva</b> , dado que se alcanzó la totalidad del objetivo planteado.
		CONTROL INTERNO	19/09/2025	30/11/2025	1	1	En el trimestre 2026, la acción resulta <b>parcialmente efectiva</b> , dado que en el control se deja constancia de la observación en cuanto a los tiempos para facturar por parte de los prestadores, sin embargo, no existe evidencia del registro de los préstamos en Servinte, ni con proveedores ni con otras entidades.

### 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 marzo 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.



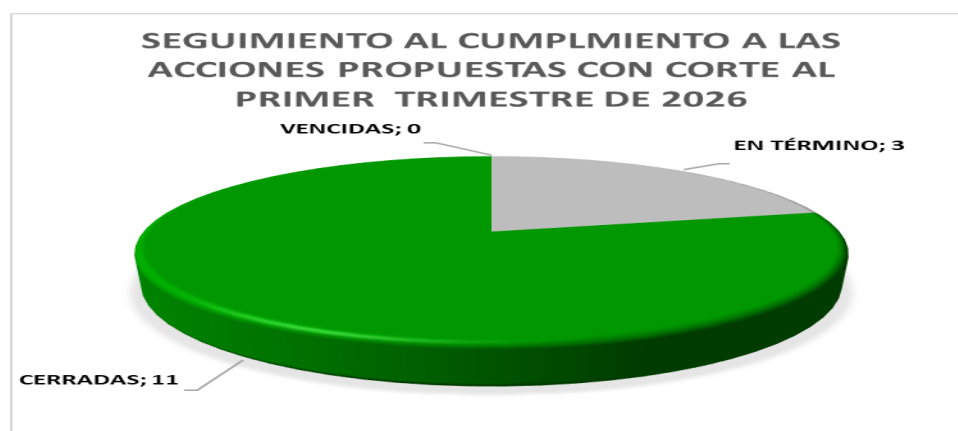
Fuente: OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo ALMERA

Plan de mejoramiento ALMERA ID: 1237, 1238, 1239, 1240, 1241 y 1242 correspondiente a Docencia Servicio e Investigación, con 9 acciones suscritas, de las cuales 2 acciones se cumplen de manera extemporánea.

Plan de mejoramiento ALMERA ID: 1231,1232, 1233, 1234, 1241, 1235 correspondiente a los procesos de Gestión de la Información/ Tecnología de la Información con 5 acciones suscritas y dentro de términos para su ejecución.

A continuación, se muestra las acciones de mejora formuladas en los planes de mejoramiento con corte a 31 de marzo 2026, el seguimiento de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno, Cuentan con 14 Acciones suscritas, de las cuales 3 acciones de mejora encuentran en término de ejecución y 11 acciones cerradas.

14



ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE MARZO DE 2026						
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES			
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CUMPLIDAS
				EN TÉRMINO	VENCIDAS	
DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN	2025	ID: 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142	9	0	0	9
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN/ TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN	2025	ID: 1131, 1132, 1133, 1134, 1135,	5	3	0	2
<b>TOTAL</b>			<b>14</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>11</b>

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

## SEGUIMIENTO EFECTIVIDAD

La Subgerencia oficina asesora de desarrollo de servicios cuenta con un total de **14 acciones**, de las cuales se considera efectiva **1 acción**, quedan pendientes de seguimiento de efectividad las **13 acciones restantes**.

A continuación, se presenta, resumen por subgerencia, de las acciones suscritas por cada plan con corte al 31 de marzo de 2026, así como el número de acciones cerradas con efectividad, acciones que permanecen pendientes de medición de efectividad y aquellas sin efectividad, **las cuales corresponden a la Subgerencia Administrativa y Financiera (9)**.

ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 DE MARZO DE 2026										
INFORMACIÓN DEL PLAN				ESTADO DE LAS ACCIONES				EVALUACIÓN EFECTIVIDAD		
SUBGERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	CUMPLIDAS	ABIERTAS		EFECTIVAS	NO EFECTIVAS	PENDIENTES DE EVALUACIÓN
						EN TÉRMINO	VENCIDAS			
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	2024	PA240-030	14	14	0	0	10	4	0
	GESTIÓN FINANCIERA	2025	ID: 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570	23	22	0	1	19	3	1
	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA 2024	2024	ID: 490	1	1	0	0	1	0	0
	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS 2025	2024	ID: 498	1	1	0	0	1	0	0
	APOYO DIAGNOSTICO/LA BORATORIO CLÍNICO 2025	2024	ID: 499, 500, 501	3	3	0	0	2	1	0
	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CONTABLE CIC: CONTABILIDAD/GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS/GESTIÓN DEL RIESGO	2025	ID: 865, 868, 869, 870	11	11	0	0	10	1	0
	GESTION JURIDICA 2025	2025	ID: 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215	22	15	0	7	2	0	20
	CARTERA	2025	ID: 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258	11	11	0	0	11	0	0
SUB GERENCIA SERVICIOS DE SALUD	GESTION DE LA CONTRATACIÓN	2026	ID; 1405,01406,1407,1408,1409,1410,1411,1412	15	4	10	1	0	0	15
	APOYO DIAGNOSTICO LABORATORIO CLÍNICO	2025	ID: 1133, 1142, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141	30	24	0	6	22	0	8
OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS	DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN	2025	ID: 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142	9	9	0	0	0	0	9
	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN/ TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN	2025	ID: 1131, 1132, 1133, 1134, 1135,	5	2	3	0	1	0	4
<b>TOTAL</b>				<b>145</b>	<b>117</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>79</b>	<b>9</b>	<b>57</b>

15

### 3. PLAN DE MEJORAMIENTO REVISORÍA FISCAL

En el marco de las funciones de seguimiento, la Oficina de Control Interno de Gestión verificó el avance del plan de mejoramiento derivado de la auditoría realizada por la Revisoría Fiscal al proceso de

«Tecnología de la Información». Como resultado de esta revisión se estableció lo siguiente: Se suscribieron un total de siete (7) acciones de mejora, todas con fecha límite de ejecución fijada para el 31 de diciembre de 2025. Una vez verificada la información en ALMERA, se evidenció que la totalidad de las acciones fueron cerradas de manera efectiva por el responsable de la Revisoría Fiscal.

#### 4. PLAN DE MEJORAMIENTO DE CONTRALORIA GENERAL DE BOYACA

16

El día 7 de abril de 2026 se radicó ante la Contraloría General de Boyacá el informe de ejecución del plan de mejoramiento derivado de la auditoría correspondiente a la vigencia 2024. En dicho informe se suscribieron dieciocho (18) acciones en respuesta a once (11) hallazgos identificados durante el proceso de auditoría.

Los responsables aportaron los soportes que evidencian la ejecución y cumplimiento de las acciones establecidas. Al momento de la presentación de este informe, el plan de mejoramiento permanece pendiente de evaluación por parte del ente de control.

#### CONCLUSIONES

- La Oficina de Control Interno realizó seguimiento y evaluación acumulada a cincuenta y siete (66) planes de mejoramiento vigente, suscrito con corte al 31 de marzo de 2026. De estos, se cerraron cuarenta y cinco (45) planes, nueve (9) se encuentran en términos de cumplimiento y doce (12) están vencidos.
- La oficina de control interno realizó seguimiento y evaluación a las 101 acciones de mejoramiento suscritas con corte a 31 marzo del 2026, donde se cerraron 82 acciones, 10 están en términos y 9 vencidas.
- Teniendo en cuenta que, con corte al 31 de marzo, se registran un total de **nueve (9) acciones no efectivas**, la Oficina de Control Interno recomienda a los procesos responsables replantear dichas acciones. Asimismo, se continuará con su seguimiento a través de los informes de seguimiento, auditorías y planes de mejoramiento programados para la vigencia 2026, con el propósito de concluir de manera efectiva las acciones y subsanar las causas de los hallazgos.

#### ALERTAS DE MEJORA.

- El objetivo primordial del plan de mejoramiento es promover que los procesos de la entidad se desarrollen de forma eficiente y transparente a través de la adopción y el cumplimiento de las acciones correctivas o de la implementación de metodologías orientadas al mejoramiento continuo. Con base en los resultados presentados en el Informe producto del seguimiento efectuado, se recomienda a los procesos que han suscrito planes de mejoramiento verificar continuamente las acciones contenidas, su nivel de avance, términos de cumplimiento y soportes que serán presentados en una nueva verificación, especialmente de los planes en donde persisten acciones que no han alcanzado su cierre efectivo, contribuyendo en la formación de una cultura de autocontrol como principio rector de la actividad diaria de los procesos para el mejoramiento continuo en la entidad, al tener relación directa con la gestión Institucional.
- Se recomienda a los responsables de los procesos que tiene acciones vencidas dar cumplimiento a lo establecido en Manual de Planes de Mejoramiento OACI-M-02, numeral 4 INCUMPLIMIENTO A LA



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



8-7405030



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



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 resalta la importancia de fortalecer el proceso de capacitación del personal de la institución en el cargue y la validación de las evidencias derivadas de las acciones implementadas. Este esfuerzo busca optimizar tanto el uso como la efectividad de la herramienta ALMERA en el desarrollo de los procesos institucionales.
- 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 el primer trimestre de la vigencia 2026, 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.

17

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,

(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

