

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

1

II TRIMESTRE DE 2026

Elaborado por:

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, julio 2026



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



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 30 de junio 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 Programa CA-PG-02 "Programa de mejoramiento continuo" 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 02 julio 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



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

- 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 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.

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.

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. SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO POR VIGENCIA

2025: En esta vigencia se gestionaron un total de cuarenta y ocho (**48**) planes de mejoramiento, de ellos, se cerraron treinta y seis (**36**), diez (**10**) se encuentran vencidos los dos (**2**) restantes continúan en ejecución, con un porcentaje de avance del 92%.

2026: En esta vigencia se gestionaron dieciocho (**18**) planes de mejoramiento, se cerraron cinco (**5**), dos (**2**) se encuentra vencidos y los once (**11**) restantes están en ejecución, con un porcentaje de avance del 31%.

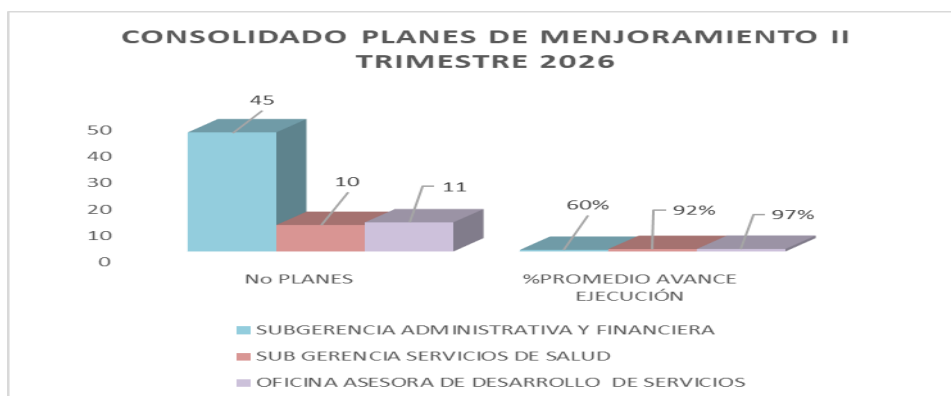
4

VIGENCIA	PROCESO	TOTAL PM	PLANES CERRADOS	PLANES VENCIDOS	PLANES EN TERMINO	%PROMEDIO
2025	GESTION FINANCIERA	8	8	0	0	100%
2025	GESTION JURIDICA / TESORERIA	10	5	5	0	86%
2025	GESTION DE TALENTO HUMANO	9	7	1	1	81%
2025	APOYO DIAGNOSTICO/LABORATORIO CLÍNICO 2025	10	6	4	0	92%
2025	DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN	6	6	0	0	100%
2025	GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES	5	4	0	1	94%
TOTAL VIGENCIA 2025		48	36	10	2	92%
2026	GESTIÓN DE CONTRATACION	8	5	2	1	75%
2026	GESTIÓN FINANCIERA_CIC	7	0	0	7	6%
2026	TESORERÍA_CAJA_GENERAL	3	0	0	3	11%
TOTAL VIGENCIA 2026		18	5	2	11	31%
TOTAL		66	41	12	13	

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 30 de junio de 2026, de estos, 41 se encuentran cerrados, 13 en cumplimiento y 12 vencidos.

A continuación, se presenta el consolidado de los planes de mejoramiento por subgerencia u oficina asesora, junto con su respectivo porcentaje de avance.



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
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

1.1 CONSOLIDADO DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO FUENTE CONTROL INTERNO

ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 30 DE JUNIO DE 2026						
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES			
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	ABIERTAS		CUMPLIDAS
				EN TÉRMINO	VENCIDAS	
GESTIÓN FINANCIERA	2025	ID: 563, 564, 567, 570	23	0	0	23
GESTIÓN JURÍDICA	2025	ID: 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215	22	0	7	15
GESTIÓN CONTRACTUAL	2026	ID: 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412	15	1	3	11
GESTIÓN TALENTO HUMANO	2025	ID: 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373	21	3	1	17
GESTIÓN FINANCIERA_CIC	2026	ID: 1698, 1699, 1700, 1713, 1714, 1715, 1716	19	19	0	0
TESORERÍA_CAJA_GENERAL	2026	ID: 1748, 1749, 1750	6	6	0	0
APOYO DIAGNÓSTICO LABORATORIO CLÍNICO	2026	ID: 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142	30	0	6	24
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	1	0	4
TOTAL			150	30	17	103

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 150 acciones de mejoramiento, este incremento se debe a la inclusión de nuevos planes de mejoramiento correspondientes a las áreas de gestión de Talento Humano, Gestión Financiera / CIC Tesorería /Caja General suscritos con corte al 30 de junio de 2026. Para el trimestre actual, se observa que se han cumplido **103** acciones, **30** se encuentran dentro del plazo establecido y **17** están vencidas.

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 30 de junio 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 segundo trimestre de 2026, donde se evidencia lo siguiente:



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



8-7405030

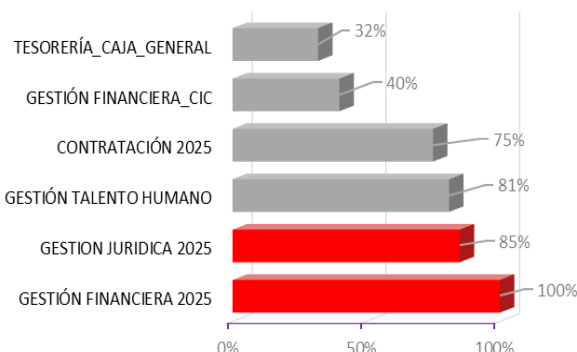


www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 30 DE JUNIO 2026
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA



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

La Subgerencia Administrativa y Financiera cuenta con cuarenta y uno (45) planes suscritos de 6 procesos/subprocesos con los siguientes ID relacionados en ALMERA:

- ✓ Veinticinco (25) planes **cerrados** correspondientes a:
 - Gestión financiera ID 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569 y 570.
 - Gestión Jurídica: ID 1209, 1210, 1213, 1214 y 1215.
 - Gestión de Contratación: ID 1407, 1408, 1409, 1410 y 1412.
 - Gestión de Talento Humano: ID 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372 y 1373.
- ✓ Doce (12) planes **en términos** de ejecución correspondientes a:
 - Gestión de Contratación: ID 1411.
 - Gestión de Talento Humano: ID 1366.
 - Gestión Financiera / CIC: ID 1698, 1699, 1700, 1713, 1714, 1715 y 1716
 - Tesorería /Caja General: ID 1748, 1749 y 1750.
- ✓ Ocho (8) planes **vencidos** correspondientes a:
 - Gestión Jurídica: ID 1206, 1207, 1208, 1211 y 1212
 - Gestión de Contratación: ID 1405 y 1406
 - Gestión de Talento Humano: ID 1365

A continuación, se muestran las acciones de mejora formuladas en los cuarenta y cinco (45) planes de mejoramiento vigentes de la Subgerencia Administrativa y Financiera con corte a 30 de junio del 2026, producto de las fuentes de hallazgo de la Oficina de control Interno, en total se cuenta con **106** acciones suscritas de las cuales; **29** acciones se encuentran en términos (27%), **11** acciones vencidas (10%) y **66** acciones cumplidas (62%).



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



8-7405030



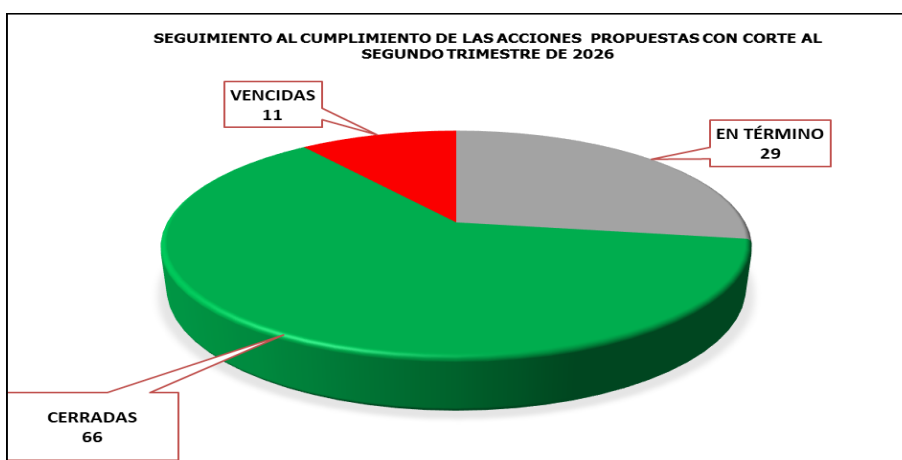
www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 30 DE JUNIO DE 2026						
INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES			
PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRIT AS	ABIERTAS		CUMPLIDAS
				EN TÉRMINO	VENCIDAS	
GESTIÓN FINANCIERA	2025	ID: 563, 564, 567, 570	23	0	0	23
GESTION JURIDICA	2025	ID: 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215	22	0	7	15
GESTION CONTRACTUAL	2026	ID; 1405,1406,1407,1408,1409,1410,1411,1412	15	1	3	11
GESTIÓN TALENTO HUMANO	2025	ID; 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372 1373	21	3	1	17
GESTIÓN FINANCIERA_CIC	2026	ID; 1698, 1699, 1700, 1713, 1714, 1715, 1716	19	19	0	0
TESORERÍA_CAJA_GENERAL	2026	ID; 1748, 1749, 1750	6	6	0	0
TOTAL			106	29	11	66

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



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

Las 11 acciones vencidas son las siguientes:

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 2: « 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



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



8-7405030



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



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%.

ID 1212: Acción 1: « Diligenciar la Matriz Vigente y los Riesgos. 2. 3. 4. », esta acción se encuentra vencida con avance del 35%.

8

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 (3)

ID 1405: Acción 2: «Realizar seguimiento para verificar que los controles establecidos están siendo efectivos», esta acción se encuentra vencida con avance del 0%.

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%.

ID 1412: Acción 1: «Realizar seguimiento a la publicación oportuna liquidación de contratos», esta acción se encuentra vencida con avance del 98%.

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO (1)

ID 1365: Acción 1: « Adelantar el proceso de formalización laboral en cumplimiento de la ley 1444 de 2025 del Ministerio de Salud y la Protección Social, orientadas a garantizar vínculos laborales dignos conforme con el marco normativo vigente», esta acción se encuentra vencida con avance del 25%.

SEGUIMIENTO EFECTIVIDAD

La Subgerencia Administrativa y Financiera cuenta con un total de **106 acciones**, de estas, se realizó seguimiento a **36 acciones**, evidenciándose que **24 fueron efectivas, 4 parcialmente efectivas y 8 no efectiva**, las **70 acciones** restantes serán objeto de seguimiento a la efectividad para el tercer trimestre 2026 y/o para cierres de plan.

Acciones efectivas parcialmente: Corresponden a los procesos y/o sub procesos de gestión financiera y Gestión Jurídica.



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA									
MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)					FECHA: 01/03/2024				
DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO					EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				
SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	PROCESO	FUENTE HALLAZGO/NO CONFORMIDAD	FECHA DE INICIO DEL PLAN	FECHA PROGRAMADA CIERRE PLAN	82,61		JUSTIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN		
					EFICACIA	EFFECTIVIDAD			
					91,30	80,43			
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	GESTIÓN FINANCIERA 2025	CONTROL INTERNO	1/03/2025	30/04/2025	2	1	En el I trimestre de 2026, 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.		
	GESTIÓN FINANCIERA 2025		1/03/2025	30/04/2025	2	1	En el I trimestre de 2026, la acción "Revisar, actualizar, socializar y dar cumplimiento al procedimiento CAR-PR-06 RECALCULO PAGARES", 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.		
	GESTIÓN FINANCIERA 2025		1/03/2025	30/04/2025	2	1	En el I trimestre de 2026, 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.		
	GESTIÓN JURÍDICA 2025	CONTROL INTERNO	1/08/2025	31/12/2025	2	1	La acción se considera efectiva, ya que se está realizando en debida forma la radicación en el sistema ORFEO, lo que permite tener un mejor control sobre las acciones constitucionales en las que esta involucrada la entidad.		

Acciones no efectivas: Corresponden a los procesos y/o sub procesos de gestión financiera y Gestión Jurídica.

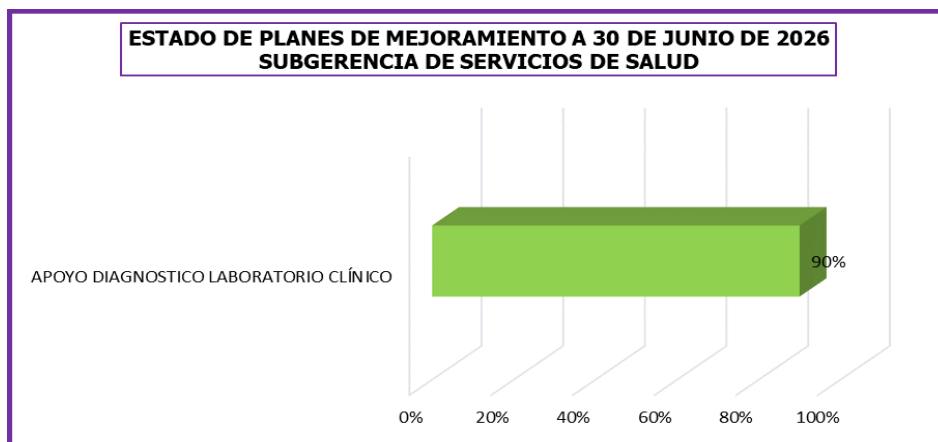
ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA									
MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)					FECHA: 01/03/2024				
DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO					EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN				
SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	PROCESO	FUENTE HALLAZGO/NO CONFORMIDAD	FECHA DE INICIO DEL PLAN	FECHA PROGRAMADA CIERRE PLAN	82,61		JUSTIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN		
					EFICACIA	EFFECTIVIDAD			
					91,30	80,43			
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	GESTIÓN FINANCIERA 2025	CONTROL INTERNO	1/02/2025	31/07/2025	1	0	En el I trimestre de 2026, la acción, la Oficina de Control Interno considera que esta no resulta efectiva , dado que no se logra el objetivo previsto. Persisten inconsistencias relacionadas con la actualización del formato AF-F-03 "Libro de Bancos" y con el diligenciamiento de la descripción de las observaciones correspondientes a las partidas conciliatorias, por lo que fue necesario continuar su seguimiento a través del plan de mejoramiento que se derivó de la auditoría de control interno contable.		
	GESTIÓN FINANCIERA 2025		1/02/2025	31/07/2025	1	0	En el I trimestre de 2026, la acción, la Oficina de Control Interno concluye que esta no resulta efectiva , dado que no se alcanzó el objetivo previsto. Lo anterior obedece a que no todas las partidas conciliatorias con antigüedad superior a tres meses fueron subsanadas; en su lugar, se realizó un proceso de reclasificación. Por tal motivo, fue necesario continuar con su seguimiento a través del plan de mejoramiento derivado de la auditoría de control interno contable.		
	GESTIÓN FINANCIERA 2025		1/02/2025	31/07/2025	1	0	En el I trimestre de 2026, se llevó a cabo la verificación de efectividad de la acción, se revisaron los soportes de las conciliaciones bancarias correspondientes al primer trimestre 2025, identificando que el sub proceso presenta las conciliaciones revisadas, aprobada y legalizada por parte de Tesorería y Contabilidad en los formatos establecidos, sin embargo no se considera efectiva dado que persisten inconsistencias relacionadas con el diligenciamiento de la descripción de las observaciones correspondientes a las partidas conciliatorias. Por tal motivo, no es efectiva y es necesario continuar con su seguimiento a través del plan de mejoramiento derivado de la auditoría de control interno contable.		
	GESTIÓN JURÍDICA 2025	CONTROL INTERNO	1/08/2025	30/12/2025	2	0	La acción no es efectiva, ya que a pesar de realizar la solicitud, no se ha generado ninguna alerta que permita identificar las acciones constitucionales próximas a vencer.		
	GESTIÓN JURÍDICA 2025	CONTROL INTERNO	1/08/2025	31/12/2025	1	0	Se considera que la acción no fue efectiva, ya que la matriz derechos de petición OAJ-F-07, no se diligenció de forma completa, sigue presentando inconsistencias, lo que impide acceder a información de calidad.		
	GESTIÓN JURÍDICA 2025	CONTROL INTERNO	1/08/2025	31/12/2025	1	0	El seguimiento realizado por medio de la matriz OAJ-F-07, no resultó efectivo ya que se siguen presentando inconsistencias en el diligenciamiento, y respuestas entemporaneas.		
	GESTIÓN JURÍDICA 2025	CONTROL INTERNO	1/08/2025	31/12/2025	2	0	Si bien la actividad se realiza de forma oportuna, no genero impacto positivo ya que, aun no se ha implementado ninguna alerta que permita identificar las peticiones próximas a vencer y así evitar las respuestas entemporaneas.		
	GESTIÓN JURÍDICA 2025	CONTROL INTERNO	1/08/2025	31/12/2025	1	0	La acción no es efectiva, debido a que no se tiene información real sobre los títulos o depósitos judiciales que existen a favor de la entidad en las diferentes entidades financieras.		

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 30 de junio 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 30 de junio del 2026, como se muestra en la siguiente gráfica:



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

- ✓ Plan de mejoramiento ID: 1133, 1138, 1139, 1140, 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 30 de junio 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%**

ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 30 DE JUNIO 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
TOTAL			30	0	6	24

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



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

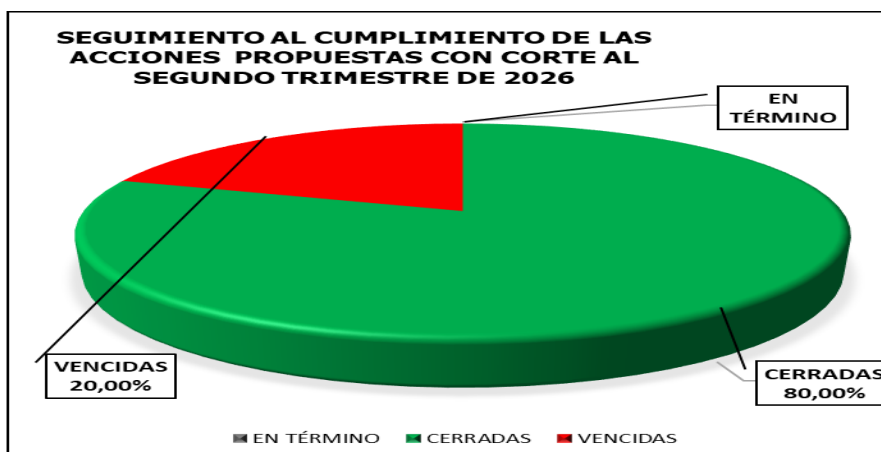


8-7405030



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





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 30%.

ID 1138: Acción 3: «Implementación de controles para la evaluación de formatos digitales», acción abierta y vencida con avance del 50%.

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 numerador y denominador, con su respectivo ajuste en ficha técnica», acción abierta y vencida con avance del 30%.

Acción 3: «Realizar Cargue oportuno de indicadores», acción abierta y vencida con avance del 80%.

SEGUIMIENTO EFECTIVIDAD

La Subgerencia de Servicios de Salud cuenta con **30 acciones**. De estas, se realizó seguimiento a la efectividad a **23 acciones**, de las cuales se evidenciaron como efectivas **18 acciones**, y **5 acciones**

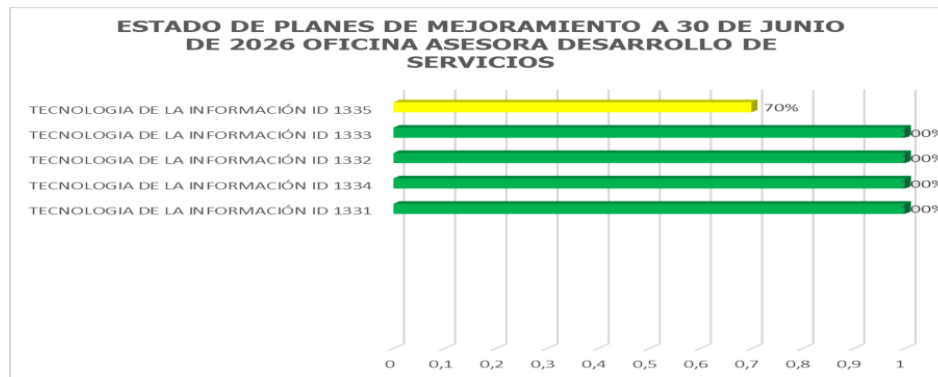
parcialmente efectivas, las **7 acciones** restantes serán objeto de seguimiento a la efectividad para el tercer trimestre 2026 y/o para cierres de plan.

Acciones efectivas parcialmente: Corresponden a los ID 1135(acción 2), 1138(acción 1y2), 1139 (acción 4) y 1140 (acción 2).

ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA							
MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS)						FECHA: 05/07/2023	
DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO					EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL SIG		
SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	PROCESO Y SUBPROCESO	FUENTE HALLAZGO NO CONFORMIDAD	FECHA DE INICIO DEL PLAN	FECHA PROGRAMADA A CIERRE PLAN	83.97		JUSTIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN
					EFICACIA	EFECTIVIDAD	
					63.33	89.13	
SUB GERENCIA SERVICIOS DE SALUD	APOYO DIAGNOSTICO LABORATORIO CLÍNICO 2025	CONTROL INTERNO	10/9/2025	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	13/08/2025	31/08/2025	1	1	En el I 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-138: Limpieza y desinfección, no se evidencian controles para el uso de formatos digitales, en consecuencia, la acción se considera parcialmente efectiva , dado que se alcanzó la totalidad del objetivo planteado.
		CONTROL INTERNO	13/08/2025	31/08/2025	1	1	En el I trimestre 2026, la Oficina de Control Interno evidenció manejo del formato LB-F-138: 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 parcialmente efectiva , dado que se alcanzó la totalidad del objetivo planteado.
		CONTROL INTERNO	13/08/2025	30/11/2025	1	1	En el I trimestre 2026, la acción resulta parcialmente efectiva , dado que en el contrato 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.
		CONTROL INTERNO	13/08/2025	31/10/2025	1	1	En el II Trimestre se realiza evaluación de efectividad, respecto a la oportunidad en el cargo de indicadores, concluyendo que la acción es parcialmente efectiva , dado que aun se presentan situaciones inoportuna, meta desviada, sin análisis, sin meta y sin medición.

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.



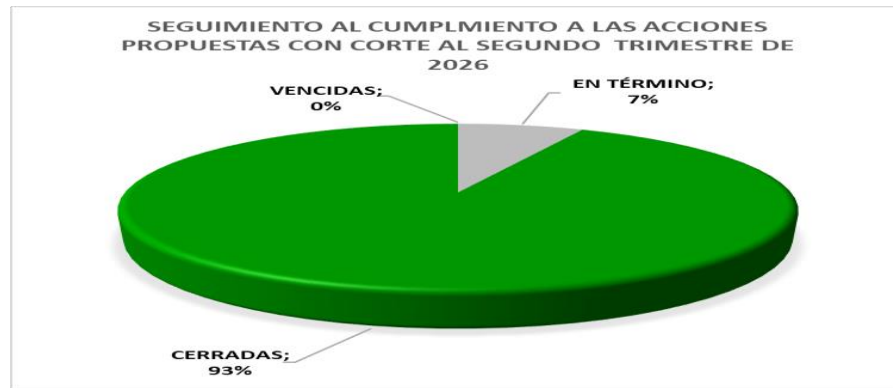
Fuente. OACI-F-03 Matriz consolidada de planes de mejoramiento y Modulo ALMERA

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 30 de junio 2026, el seguimiento de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno, Cuentan con **14** Acciones suscritas, de las cuales **1** acciones de mejora encuentran en término de ejecución y **13** acciones cerradas.

13



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

ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 30 DE JUNIO 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	1	0	4
TOTAL			14	1	0	13

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

SEGUIMIENTO EFECTIVIDAD

La Subgerencia Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios gestiona un total de **14 acciones**, de estas, **8 acciones** han sido evaluadas en su efectividad, con un resultado de **7 acciones** efectivas y **1 acción** no efectiva, las **6 acciones** restantes recibirán seguimiento durante el tercer trimestre de 2026 o al momento del cierre del plan.

Acciones no efectivas: Corresponden al ID 1240.



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



8-7405030



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



ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

					FECHA: 05/07/2023			
DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO					EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL SIG			
SUBGERENCIA/PROCESO RESPONSABLE	PROCESO Y SUBPROCESO	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA DE INICIO DEL PLAN	FECHA PROGRAMADA CIERRE PLAN	88,57		JUSTIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN	
					EFICACIA	EFECTIVIDAD		
					92,86	87,50		
OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS	DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN	CONTROL INTERNO	17/10/2025	31/12/2025	2	0	teniendo en cuenta que el proceso aporó documentación mediante la cual se evidencia la realización de las capacitaciones respecto a la adherencia a la «norma fundamental» CA-M-00, EN SU NUMERAL 8.1.1. «diligenciamiento», PENDIENTE	

14

A continuación, se presenta, resumen por subgerencia, de las acciones suscritas por cada plan con corte al 30 de junio de 2026, así como el número de acciones cerradas con efectividad, acciones que permanecen pendientes de medición de efectividad y aquellas sin efectividad.

Subgerencia Administrativa y Financiera: Acciones (8), corresponden a los procesos de Gestión Financiera (3), Gestión Jurídica (5).

Oficina asesora de desarrollo de servicios: Acciones (1) corresponden al sub procesos de docencia servicio e investigación.

ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO A 30 DE JUNIO DE 2026										
SUBGERENCIA	INFORMACIÓN DEL PLAN			ESTADO DE LAS ACCIONES				EVALUACIÓN EFECTIVIDAD		
	PROCESO/ SUBPROCESO	VIGENCIA PLAN	ID PLAN	SUSCRITAS	CUMPLIDAS	ABIERTAS		EFECTIVAS	NO EFECTIVAS	PENDIENTES DE EVALUACIÓN
						EN TÉRMINO	VENCIDAS			
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	GESTIÓN FINANCIERA	2025	ID: 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570	23	23	0	0	20	3	0
	GESTIÓN JURÍDICA	2025	ID: 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215	22	15	0	7	6	5	11
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	2026	ID: 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412	15	11	1	3	4	0	11
	GESTIÓN TALENTO HUMANO	2025	ID: 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373	21	17	3	1	0	0	21
	GESTIÓN FINANCIERA CIC	2026	ID: 1698, 1699, 1700, 1713, 1714, 1715, 1716	19	0	19	0	0	0	19
	TESORERÍA CAJA GENERAL	2026	ID: 1748, 1749, 1750	6	0	6	0	0	0	6
SUB GERENCIA SERVICIOS DE SALUD	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	5	1	3
	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN/ TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN	2025	ID: 1131, 1132, 1133, 1134, 1135,	5	2	3	0	2	0	3
TOTAL				150	101	32	17	59	9	82

3. PLAN DE MEJORAMIENTO DE CONTRALORÍA GENERAL DE BOYACA

Plan de mejoramiento de la vigencia 2024, este documento incluye dieciocho (18) acciones formuladas en respuesta a los once (11) hallazgos identificados en la auditoría, a la fecha de

presentación de este informe, el plan se encuentra pendiente de evaluación por parte del ente de control.

4. PLANES DE MEJORAMIENTO PENDIENTES DE RADICAR

Teniendo en cuenta las auditorias y seguimientos adelantados por la Oficina de Control Interno en la vigencia 2026, se encuentra pendiente la elaboración, aprobación y radicación de los planes de mejoramiento de las auditorías realizadas a los siguientes procesos:

15

NUMERO	AÑO AUDITORIA	PROCESO AUDITADO	SUBGERENCIA
1.	2026	Gestión de la Tecnología Biomédica	Subgerencia Administrativa y Financiera
2.	2026	Gestión Farmacéutica	Subgerencia Servicios de Salud

Es necesario fortalecer tanto la elaboración como el seguimiento a la radicación de los planes de mejoramiento por parte de la primera y segunda línea de defensa. A la fecha, no se ha radicado el plan correspondiente a las auditorías realizadas durante el año 2026, situación que afecta el adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno, especialmente en el cierre de los ciclos de mejora. Se recuerda que los planes de mejoramiento suscritos por la entidad deben ser radicados ante la Oficina de Control Interno de Gestión, producto de las auditorias realizadas por esta oficina.

CONCLUSIONES

- La Oficina de Control Interno realizó seguimiento y evaluación acumulada a cincuenta y siete (66) planes de mejoramiento vigente, suscrito con corte al 30 de junio de 2026. De estos, se cerraron cuarenta y uno (41) planes, trece (13) se encuentran en términos de cumplimiento y doce (12) están vencidos.
- La oficina de control interno realizó seguimiento y evaluación a las 150 acciones de mejoramiento suscritas con corte a 30 junio del 2026, donde se cerraron 101 acciones, 32 están en términos y 17 vencidas.
- Teniendo en cuenta que, con corte al 30 de junio, 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



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



8-7405030



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



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 tienen acciones vencidas dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución No. 225 de 2024, artículo decimo primero 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 resalta la importancia de fortalecer el proceso de capacitación del personal de la institución en el cargue **oportuno** 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 segundo 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 cumplimiento de 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.

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 Montejó

Gustavo Molano

Claudia Sáenz Jiménez

17



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



ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO