	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022
		Página 1 de 43

TABLA DE CONTENIDO

1. RESPONSABLE.....	2
2. PRESENTADO A.....	2
3. PERIODO DEL INFORME.....	2
4. OBJETIVO.....	2
5. RESUMEN.....	2
6. DESARROLLO.....	3
Auditorías Externas.....	4
Auditoría Interna/Control Interno.....	36
Auto Evaluaciones Internas.....	39
Auditorías Revisoría Fiscal.....	42
7. CONCLUSIONES.....	42
8. RECOMENDACIONES.....	43

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022 Página 2 de 43

Duitama, abril 2026

1. RESPONSABLE

JULY CECILIA NIETO GRANADOS
ASESOR DE CONTROL INTERNO

2. PRESENTADO A

JAIRO MAURICIO SANTOYO GUTIÉRREZ
GERENTE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

3. PERIODO DEL INFORME


01 de enero al 31 de marzo de 2026

4. OBJETIVO.

Verificar el grado de avance, cumplimiento y efectividad de las acciones contenidas en los Planes de Mejoramiento Institucional y por procesos formulados por la E.S.E. Hospital Regional de Duitama, orientados a subsanar las causas que dieron origen a los hallazgos, observaciones y oportunidades de mejora identificadas en auditorías externas, auditorías internas, autoevaluaciones internas y demás ejercicios de seguimiento y control, en el marco del fortalecimiento del Sistema de Control Interno, la gestión institucional y la mejora continua.

5. RESUMEN.

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de su rol de evaluación y seguimiento establecido en el Decreto 648 de 2017 y demás disposiciones aplicables al Sistema de Control Interno, realizó el seguimiento y monitoreo a los Planes de Mejoramiento Institucional y por procesos suscritos por la entidad, con el propósito de verificar el estado de avance de las acciones formuladas, el cumplimiento de los compromisos adquiridos y la oportunidad en la implementación de medidas correctivas, preventivas y de mejora.

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022 Página 3 de 43

El presente informe consolida la información registrada en el Sistema de Gestión Integral – Almera, correspondiente a los planes de mejoramiento derivados de auditorías externas, auditorías internas efectuadas por la Oficina de Control Interno, revisoría fiscal, autoevaluaciones internas y otros ejercicios de evaluación institucional, con corte al 31 de marzo de 2026.

El análisis efectuado permite identificar el nivel de cumplimiento alcanzado, las acciones finalizadas, aquellas que continúan en ejecución y los compromisos que requieren fortalecimiento o seguimiento prioritario, generando insumos para la toma de decisiones y la mejora del desempeño institucional.

6. DESARROLLO.

En cumplimiento del Plan Anual de Auditoría de la vigencia fiscal 2026, se programó el seguimiento trimestral a los planes de mejoramiento suscritos por los procesos administrativos y asistenciales de la E.S.E. Hospital Regional de Duitama, formulados para corregir las desviaciones identificadas como resultado de auditorías internas, auditorías externas, autoevaluaciones y demás ejercicios de control.

El seguimiento tuvo como finalidad evaluar la ejecución de las acciones propuestas por cada proceso, verificar la existencia y suficiencia de las evidencias aportadas, revisar el cumplimiento de los plazos establecidos y determinar la contribución de las acciones implementadas al cierre de los hallazgos y al fortalecimiento institucional.

De conformidad con el procedimiento institucional HRD-PE-PI-PR-06 “Elaboración Plan de Mejoramiento”, el ciclo de gestión de los planes comprende las etapas de formulación, ejecución, seguimiento, evaluación y cierre. Dicho proceso inicia con la emisión del informe final de auditoría o del ejercicio de evaluación correspondiente y continúa con la formulación del respectivo plan de mejoramiento dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, conforme a lo establecido institucionalmente, finalizando con la validación del cumplimiento y cierre de las acciones definidas.

Asimismo, se verificó que los responsables de cada proceso adelantaran las acciones correctivas y preventivas orientadas a eliminar las causas de los hallazgos, reducir riesgos operativos y administrativos, optimizar el desempeño institucional y promover la mejora continua en la prestación de los servicios de salud.

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022
		Página 4 de 43

Metodología

Para el desarrollo del presente seguimiento, la información fue consultada y validada en el Sistema de Gestión Integral – Almera, tomando como referencia el estado de cada plan, porcentaje de avance, fechas de ejecución, responsables, evidencias disponibles y observaciones registradas.

Posteriormente, los planes de mejoramiento fueron clasificados según su fuente de origen, con el fin de facilitar el análisis, la trazabilidad y la presentación de resultados. Para tal efecto, el seguimiento se estructuró en las siguientes categorías:

1. Auditorías Externas

Planes de mejoramiento derivados de visitas, auditorías, inspecciones o requerimientos realizados por organismos externos de vigilancia, control o certificación.

2. Auditorías Internas – Oficina de Control Interno

Planes formulados como resultado de auditorías internas independientes ejecutadas por la Oficina de Control Interno.

3. Auditorías de la Revisoría Fiscal

Planes de mejoramiento derivados de revisiones financieras, contables, presupuestales y de cumplimiento efectuadas por la Revisoría Fiscal.

4. Autoevaluaciones Internas

Acciones de mejora originadas en ejercicios de autodiagnóstico, autoevaluación de procesos, clima organizacional, calidad, gestión del riesgo u otros mecanismos internos de evaluación.

Los resultados obtenidos se presentan a continuación por cada tipo de auditoría evaluada:

Auditorías Externas

En el marco del seguimiento a los Planes de Mejoramiento Institucional, se realizó la verificación de los compromisos derivados de las auditorías externas practicadas a la E.S.E. Hospital Regional de Duitama, correspondiente al periodo comprendido entre el 01 de enero y el 31 de marzo de 2026, con base en la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA. Si bien el presente informe corresponde al primer trimestre de 2026, incluye el seguimiento al cumplimiento, avance y cierre de los planes de mejoramiento pendientes de vigencias anteriores, con el fin de garantizar su gestión integral y cierre oportuno.

De acuerdo con la información consultada, se identificaron planes de mejoramiento derivados de auditorías externas en diferentes componentes, entre los que se destacan: asistencia técnica

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022
		Página 5 de 43

en gestión de la calidad para la prevención y detección temprana del cáncer, implementación de la ruta de atención en desnutrición aguda moderada y severa, vigilancia a establecimientos farmacéuticos, verificación de estándares en laboratorio clínico, cumplimiento de condiciones de habilitación en servicios asistenciales y revisión documental de procesos.

En cuanto a la distribución por vigencia, se evidenció que para el año 2024 persiste un (1) plan de mejoramiento con ocho (8) hallazgos asociados y ocho (8) acciones de mejora implementadas. Para la vigencia 2025 se identifican cinco (5) planes de mejoramiento que agrupan cuarenta y cinco (45) hallazgos y cincuenta y cinco (55) acciones de mejora; y para la vigencia 2026 se registran tres (3) planes de mejoramiento con un total de cuarenta y cinco (45) hallazgos y cuarenta y siete (47) acciones de mejora. En conjunto, se consolidan noventa y ocho (98) hallazgos y ciento once (111) acciones de mejora, los cuales fueron objeto de análisis en términos de su avance, estado de cumplimiento, oportunidad en la ejecución y suficiencia de las acciones

Figura 1: Consolidado de Hallazgos y Acciones de Mejora por Unidad Auditable – Auditorías Externas Vigencias 2024–2026












Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, 2026.

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022
		Página 6 de 43


El presente seguimiento incluye planes de mejoramiento formulados en vigencias anteriores que continúan activos en el Sistema de Gestión Integral – Almera, evidenciándose que algunos de ellos presentan acciones vencidas, cumplimiento parcial o ausencia de cierre administrativo, pese a haber sido objeto de seguimiento en informes anteriores.

El seguimiento a estos planes permite evaluar el nivel de respuesta institucional frente a los requerimientos formulados por los entes de control externo, así como identificar fortalezas en la gestión, brechas existentes y oportunidades de mejora. Lo anterior contribuye al fortalecimiento del Sistema de Control Interno, al mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud y al cumplimiento de los objetivos estratégicos del hospital.

Tabla 1: Planes de Mejoramiento Auditoría Externa Vigencias 2024-2026


<input type="checkbox"/>	Año	Empresa	Sistema de referencia	Emisor	Informe	Cantidad hallazgos	Cantidad planes de mejora		
<input type="checkbox"/>	2024	ESE Hospital Regional de	AE Auditoria Externa	Dueños de proceso /	de	6-24. MP ESTRATEGICO: GESTIÓN DE CALIDAD : Asistencia técnica prevención y detección	8	8	
<input type="checkbox"/>	2025	ESE Hospital Regional de Duitama	AE Auditoria Externa	Dueños de proceso /	de	1-25. MP ESTRATEGICO: GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA: Ruta de desnutrición aguda moderada o severa	1	1	
<input type="checkbox"/>	2025	ESE Hospital Regional de Duitama	AE Auditoria Externa	Dueños de proceso /	de	Visita de vigilancia para establecimiento farmacéutico - concepto técnico	8	8	
<input type="checkbox"/>	2025	ESE Hospital Regional de Duitama	AE Auditoria Externa	Dueños de proceso /	de	Acta de Visita de verificación de estándares Laboratorio clínico 03-04-05 Junio de 2025	16	16	
<input type="checkbox"/>	2025	ESE Hospital Regional de Duitama	AE Auditoria Externa	Dueños de proceso /	de	Visita de estándares de habilitación Hospitalización - Urgencias -UCIN -UCIA - Consulta Externa -Imá	19	19	
<input type="checkbox"/>	2025	ESE Hospital Regional de Duitama	AE Auditoria Externa	Dueños de proceso /	de	Revisión Documental de Procesos	1	1	
<input type="checkbox"/>	2026	ESE Hospital Regional de Duitama	AE Auditoria Externa	Dueños de proceso /	de	Acta visita de Asistencia Técnica Habilitación Secretaria de Salud de Boyacá	43	41	
<input type="checkbox"/>	2026	ESE Hospital Regional de Duitama	AE Auditoria Externa	Dueños de proceso /	de	Tamizaje neonatal auditivo y visual secretaria de salud de Boyacá	5	3	
<input type="checkbox"/>	2026	ESE Hospital Regional de Duitama	AE Auditoria Externa	Dueños de proceso /	de	Plan de Mejora Visita Auditoria Delta Salud	1	1	


Fuente. Sistema de Información ALMERA

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022
		Página 7 de 43

1. MP ESTRATEGICO: GESTIÓN DE CALIDAD Asistencia técnica prevención y detección temprana del cáncer

El plan de mejoramiento presenta un nivel de cumplimiento alto, evidenciando que la mayoría de los hallazgos se encuentran ejecutados al 100%, con dos acciones cercanas a su cierre total. No obstante, es importante precisar que este plan, cuya fecha de cumplimiento estaba prevista para la vigencia 2024 y que ya había sido objeto de seguimiento en el informe correspondiente al año 2025, continúa presentando acciones pendientes, lo que evidencia incumplimiento en los plazos inicialmente establecidos.

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
1	El 80% del personal de la institución no cuenta con curso de actualización en citología ofertado por el Instituto Nacional de Cancerología.	1768	1	Gestión del Talento Humano	07/02/2024	15/10/2024	10%	ACTIVO	Último seguimiento Julio 23 de 2024
Acciones de mejoramiento propuestas (1)									
							Inicio	Terminación	Seguimiento
1. Ofertar al personal de la especialidad ginecología y obstetricia y pediatría el curso de seguridad de la vacuna contra el cáncer del cuello uterino VPH ofertado por el Instituto Nacional de Cancerología									
 2024-07-02							2024-10-15	10%	
<i>lysalcdo</i>									
Avance ponderado: 10,00%									
2	El 80% del personal de la institución no cuenta con curso Virus del Papiloma Humano (VPH).	1769	1	Gestión del Talento Humano	07/02/2024	25/10/2024	98.64%	ACTIVO	Último seguimiento Mayo 29 de 2025
3	El 80% del personal de la institución no cuenta con curso de seguridad de la vacuna contra cáncer de cuello uterino VPH.	1795	1	Gestión del Talento Humano	07/02/2024	15/10/2024	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad con el último seguimiento el 29 de mayo de 2025
4	El 80% del personal de la institución no cuenta con curso de detección temprana de cáncer de próstata.	1770	1	Gestión del Talento Humano	07/02/2024	25/10/2024	98.03%	ACTIVO	Último seguimiento Mayo 30 de 2025
5	La IPS no realiza seguimiento a la cohorte de usuarias con orden de mamografías.	1772	1	Gestión de la Atención Ambulatoria	07/02/2024	25/08/2024	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad con el último seguimiento el 26 de agosto de 2024
6	No cuenta con RIAS para cáncer de mama y de próstata y su socialización en la IPS.	1771	1	Consulta Externa General	07/02/2024	25/08/2024	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad con el último seguimiento el 14 de agosto de 2024
7	No socialización del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Cáncer de Cuello Uterino,	1766	2	Gestión en Salud Pública	07/02/2024	25/10/2024	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 10 de

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA		Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD		Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO		Fecha: 21 febrero 2022
			Página 8 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	ni evaluación de adherencia al protocolo.								septiembre de 2024
8	No soporta registro de entrega de elementos informativos de las acciones de promoción y prevención por grupo de edad y género.	1767	1	Gestión de la Atención Ambulatoria	07/02/2024	25/08/2024	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 13 de septiembre de 2024


Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, 2026.

En particular, persiste un hallazgo crítico con un avance del 10%, asociado a la no ejecución de la acción orientada a garantizar la participación del personal de ginecología, obstetricia y pediatría en el curso de seguridad de la vacuna contra el cáncer de cuello uterino (VPH) ofertado por el Instituto Nacional de Cancerología. Esta situación refleja la necesidad de fortalecer el seguimiento focalizado y la gestión de las actividades de capacitación del talento humano. En este sentido, se recomienda efectuar el cierre administrativo de las acciones cumplidas y establecer un plan de choque que permita la ejecución inmediata de la capacitación pendiente y el cierre definitivo del hallazgo.

2. MP ESTRATEGICO: GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA: Ruta de desnutrición aguda moderada o severa

El plan de mejoramiento, cuya fecha de finalización estaba prevista para el 31 de mayo de 2025 y que fue reportado en el informe de la vigencia 2025, continúa evidenciando un avance del 50% a la fecha de seguimiento, manteniéndose en estado activo. Lo anterior indica que no se dio cumplimiento oportuno a la totalidad de las acciones formuladas dentro del plazo establecido, persistiendo actividades pendientes, entre ellas la capacitación en la ruta de atención de desnutrición aguda moderada a severa. En consecuencia, se requiere priorizar el cierre de dichas acciones, considerando el impacto asistencial y de salud pública asociado al hallazgo identificado, así como fortalecer el seguimiento para garantizar su cumplimiento efectivo.

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
1	Falla en la activación de la ruta de atención para desnutrición en una lactante de 4 meses, remitida por FAMEDIC con diagnóstico de desnutrición aguda moderada	2225	2	Gestión Clínica Multidisciplinaria	11/04/2025	31/05/2025	50%	ACTIVO	Último seguimiento 23 de mayo 2025

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022 Página 9 de 43


No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES	
Acciones de mejoramiento propuestas (2)							Inicio	Terminación	Seguimiento	
01.	Capacitación de ruta de desnutrición aguda moderada o severa en equipos primarios de pediatría. <i>jlpna, jlaponte, yralba</i>						2025-04-10	2025-05-31	0%	
02.	Socialización ruta de desnutrición en equipos primarios de medicina general. <i>djaraque, mgongora</i>						2025-04-11	2025-05-31	100%	
							Avance ponderado: 50,00%			

Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, 2026.

3. Visita de vigilancia para establecimiento farmacéutico – concepto técnico

El plan de mejoramiento evidencia ejecución del 100% en las acciones formuladas; sin embargo, es importante precisar que este ya había sido reportado en el informe de la vigencia 2025 y, a la fecha, no se evidencia su cierre administrativo en la plataforma correspondiente. Adicionalmente, al revisar las fechas de ejecución, se observa que varias acciones tenían vencimiento entre el 10 y el 15 de octubre de 2025, mientras que los seguimientos finales fueron registrados entre el 22 y el 27 de octubre de 2025, lo que evidencia una ejecución extemporánea frente a los plazos inicialmente definidos. En consecuencia, aunque las acciones fueron desarrolladas en su totalidad, se debe dejar constancia del cumplimiento fuera de término y proceder con el cierre administrativo del plan, a fin de evitar su continuidad en los informes de seguimiento.

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
1	establecimiento no cuenta con una central de mezclas donde se puedan realizar las adecuaciones observadas durante la visita a medicamentos controlados, no se encuentra inscrito ante el Fondo Nacional de Estupefacientes para tal fin.	2279	1	Gestión de la Atención en el Servicio Farmacéutico	10/10/2025	10/10/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 22 de octubre 2025
2	El termohigrómetro del carro de paro de reanimación pediátrica se encuentra con fecha de calibración del 24 de septiembre de 2024, según lo informado en el sticker ubicado en su parte posterior y verificado mediante el certificado de calibración número GA0609.24.	2276	4	Gestión Biomédica Industrial y de soporte tecnológico Asistencial	10/10/2025	17/10/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 27 de octubre 2025
3	No cuenta con acta de apertura donde se registran las entradas y salidas de los medicamentos de control especial.	2280	1	Gestión de la Atención en el Servicio Farmacéutico	10/10/2025	15/10/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 15 de octubre 2025
4	*No presenta acta de delegación de funciones; sin embargo, manifiesta que	2275	2	Gestión de la Atención en el	10/10/2025	15/10/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el


	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA		Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD		Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO		Fecha: 21 febrero 2022
			Página 10 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	mediante el contrato de la química farmacéutica se mencionan funciones relacionadas con medicamentos de control especial. Es necesario que, mediante un documento firmado por el director técnico, se realice la delegación de una o más personas capacitadas en el tema, debido a que el servicio farmacéutico es de mediana complejidad y funciona las 24 horas.			Servicio Farmacéutico					último seguimiento el 24 de octubre 2025
5	Se encontró en los carros de paro y en el servicio farmacéutico el siguiente inventario.	2282	1	Gestión de la Atención en el Servicio Farmacéutico	10/10/2025	15/10/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 22 de octubre 2025
6	Se evidencia adecuación de medicamentos de control especial en áreas específicas de los servicios que brinda el hospital, particularmente en las áreas de reanimación, urgencias pediátricas y observación de adultos. La enfermera del área de observación adultos indica que las adecuaciones se realizan conforme a procedimientos detallados; no obstante, no se efectúa trazabilidad de las cantidades de medicamentos adecuadas ni de la relación con los sobrantes. Esta práctica se extiende a otras áreas del hospital, algunas con mayor frecuencia, indicando que en UCI y hospitalización es donde más se realiza. Se identifica que estas acciones se ejecutan sin contar con las instalaciones, capacitación idónea ni demás requisitos normativos para realizar actividades propias de establecimientos certificados en Buenas Prácticas de Elaboración.	2278	3	Gestión de la Atención en el Servicio Farmacéutico	10/10/2025	15/10/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 23 de octubre 2025
7	Se presenta el documento código HRD-PM-GASF-PR-03 denominado "Almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos"; sin embargo, este no presenta las estrategias que se implementarán en caso de mediciones fuera de rango para la humedad.	2277	1	Gestión de la Atención en el Servicio Farmacéutico	10/10/2025	15/10/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 23 de octubre 2025
8	Se presentan los anexos 6 y 7; sin embargo, se verifica que los medicamentos son entregados a la Secretaría de Boyacá y se emite un documento que solo presenta una firma y una fecha, sin mayor detalle de las condiciones en que se efectuó la destrucción.	2281	2	Gestión de la Atención en el Servicio Farmacéutico	10/10/2025	15/10/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 22 de octubre 2025

Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, 2026.

4. Acta de Visita de verificación de estándares Laboratorio clínico 03-04-05 Junio de 2025

El plan de mejoramiento derivado de la visita de verificación de estándares al laboratorio clínico evidencia un nivel de cumplimiento parcial, con resultados heterogéneos en la ejecución de las

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022 Página 11 de 43

acciones formuladas. Si bien un grupo de acciones presenta cumplimiento del 100%, se identifican otras con avances intermedios (50%) y algunas sin ejecución (0%) al cierre del periodo evaluado, a pesar de contar con fecha límite de cumplimiento establecida al 31 de diciembre de 2025.

Cabe resaltar que este plan ya había sido objeto de seguimiento en la vigencia 2025 y, a la fecha del presente informe, aún persisten acciones pendientes de cierre, lo que evidencia incumplimiento en los plazos definidos y debilidades en la gestión oportuna de los compromisos adquiridos.

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
1	Además, en el área de almacenamiento de insumos y reactivos, se evidencia la matriz de compatibilidad, lo que representa un riesgo para la correcta organización y preservación de los materiales.	2300	1	Gestión de la atención en el Servicio de Laboratorio Clínico 1	15/10/2025	31/12/2025	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
1. Se debe realizar revisión por parte de programa de reactivovigilancia, gestión ambiental y seguridad y salud en el trabajo la actualización de matriz de compatibilidad de sustancias químicas y exponerla en las áreas de almacenamiento de insumos y/o reactivos. <i>jfgonzalez, lmbarrera, cpamezquita</i>							2025-10-15	2025-12-31	0%
							Avance ponderado: 0,00%		
2	Además, se identificó el almacenamiento conjunto de un MASTER MIX, lo que representa un riesgo de contaminación cruzada.	2288	1	Gestión de la atención en el Servicio de Laboratorio Clínico 1	17/07/2025	31/12/2025	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
1. Se debe realizar revisión por parte de programa de reactivovigilancia con respecto a ubicación correspondiente de reactivos y/o insumos Capacitación en manejo de termómetros y termohigrómetros <i>apamaya, lmbarrera</i>							2025-07-17	2025-12-31	0%
							Avance ponderado: 0,00%		
3	El laboratorio clínico documenta el proceso de referencia y contra referencia y cuentan con un formato de registro de envío de muestras de referencia donde realizan registro de muestras enviados a colcan y a la secretaria de salud sin embargo no realizan seguimiento a las muestras que reciben de las unidades básicas de atención, no se puede evidenciar verificación de temperaturas adicionalmente el transporte	2294	1	Gestión de la atención en el Servicio de Laboratorio Clínico 1	15/07/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 6 de Marzo de 2026



HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Código: HRD-PE-DG-FO-01

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Versión: 01

INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO

Fecha: 21 febrero 2022

Página 12 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	utilizado es una ambulancia de la institución el cual no es un vehículo que cumpla con la normativa para transporte de muestras biológicas								
4	El laboratorio cuenta con el FORMATO HOJA DE VIDA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS FICHA TÉCNICA (362-1-F3), con fecha del 28/05/2021, en el cual falta especificar la ubicación del equipo, así como su condición (nuevo, usado, reacondicionado o en comodato). Además, se evidencia la falta de unificación en los formatos, ya que los equipos nuevos utilizan un documento diferente, no codificado, que registra la fecha de compra, sin precisar la fecha de puesta en servicio ni su ubicación. Por otro lado, las hojas de vida de las neveras se gestionan mediante el FORMATO HOJAS DE VIDA EQUIPOS INDUSTRIALES DE USO HOSPITALARIO (HRD-PA-GRF-GMI-PS-01-FO-05), en el cual se recomienda especificar el servicio o proceso en el que opera cada equipo, evitando generalizaciones como laboratorio clínico. Además, no se evidencia la hoja de vida del congelador CHALLENGER, SN 210625- 4254130138, lo que dificulta su trazabilidad y control; el registro histórico de mantenimiento no está siendo actualizado correctamente, como se observa en la nevera REVECO, modelo N07D154430ND, cuyo último mantenimiento registrado corresponde al año 2023. Es fundamental diligenciar correctamente este registro, dado que garantiza la trazabilidad y el control adecuado de los equipos.	2292	1	Gestión Biomédica Industrial y de soporte tecnológico Asistencial	15/10/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 12 de noviembre de 2025
5	El laboratorio cuenta con técnicas analíticas estandarizadas, verificadas o validadas. TSH Neonatal: No se evidencia informe de verificación de la técnica.	2284	1	Gestión de la atención en el Servicio de Laboratorio Clínico 1	15/07/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 30 de enero de 2026
6	El laboratorio cuenta con un congelador de microbiología marca CHALLENGER, SN 210625- 4254130138, acompañado de un termómetro externo DIGITAL THERMOMETER, SN SL25022, cuya última calibración fue realizada el 29/10/2024 por LABORATORIO SED Y GAD SAS (Certificado GC1210-24). No obstante, dicha	2290	1	Gestión Biomédica Industrial y de soporte tecnológico Asistencial	15/10/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 22 de octubre 2025



HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Código: HRD-PE-DG-FO-01

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Versión: 01

INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO

Fecha: 21 febrero 2022

Página 13 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	calibración se efectuó únicamente en el rango de refrigeración, sin incluir el rango de congelación, lo que compromete la garantía de una adecuada cadena de frío. Además, el equipo carece de hoja de vida, validación y calificación, lo que impide asegurar que opera bajo condiciones óptimas debido a la falta de estos registros. Asimismo, se dispone de una nevera marca REFRIFORMAX, referencia 3469, para la cual no se evidencia validación ni calificación, lo que genera incertidumbre sobre su funcionamiento adecuado.								
7	El laboratorio cuenta con un congelador de seroteca marca REFRIFORMAX, referencia 3768, sin evidencia documentada de validación o recalificación, lo que genera incertidumbre sobre su desempeño. Para el monitoreo de temperatura se emplea un termómetro externo DIGITAL THEROMETER SN SL25025, calibrado solo para refrigeración (2-8°C) pero no para congelación (-15 a -23°C), lo que compromete la cadena de frío.	2287	1	Gestión de la atención en el Servicio de Laboratorio Clínico 1	15/07/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 22 de octubre 2025
8	En la inspección visual realizada se evidencia que en el cuarto de almacenamiento central, algunas bolsas blancas correspondientes a los residuos reciclables, algunas bolsas negras correspondientes a los residuos no aprovechables y algunas bolsas rojas correspondientes a los residuos peligrosos o biológicos no cuentan con el etiquetado de residuos que permite establecer la trazabilidad del residuo desde su generación hasta su disposición final. La etiqueta debería contener: tipo de residuo, lugar de origen, fecha de recolección y responsable del procedimiento.	2298	1	Gestión Ambiental	15/10/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 13 de agosto 2025
9	La entidad cuenta con un PLAN DE MANTENIMIENTO A EQUIPO BIOMÉDICO, en formato SN 3000-PMH, aplicable para el año 2025. Sin embargo, no se garantiza el correcto funcionamiento de los equipos ni la seguridad de las mediciones, debido a inconsistencias en la calibración. El TERMÓMETRO DIGITAL THEROMETER, SN SL25025, calibrado el 28/10/2024 por SED Y GAD (Certificado GC1510- 24), fue ajustado únicamente en el rango	2293	1	Gestión Biomédica Industrial y de soporte tecnológico Asistencial	15/07/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 10 septiembre 2025



HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Código: HRD-PE-DG-FO-01

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Versión: 01

INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO

Fecha: 21 febrero 2022

Página 14 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	de refrigeración (2°C a 8°C), lo que no es adecuado para el congelador de seroteca, que debería estar entre -15°C a -23°C. De igual forma, el TERMÓMETRO DIGITAL THERMOMETER, SN SL25022, calibrado en la misma fecha bajo el Certificado GC1210-24, tiene la misma limitación, lo que compromete la temperatura requerida para el congelador de microbiología.								
10	Microbiología clínica TSH Neonatal Tuberculosis: No se evidencia revisión de resultados por segundo revisor.	2285	1	Gestión de la atención en el Servicio de Laboratorio Clínico 1	15/07/2025	31/12/2025	50%	ACTIVO	Último seguimiento el 26 de marzo de 2026
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
➔ 1. Se debe revisar la estrategia para garantizar par revisor para los resultados emitidos <i>cpamezquita</i>							2025-07-15	2025-12-31	50%
							Avance ponderado: 50,00%		
11	No se encuentran establecidos la designación de profesionales que aseguren el cumplimiento de SGC en lo relativo a las operaciones técnicas del laboratorio con formación técnica para apoyar, revisar y soportar los resultados obtenidos en el laboratorio.	2286	1	Gestión de la atención en el Servicio de Laboratorio Clínico 1	15/07/2025	31/12/2025	50%	ACTIVO	Último seguimiento el 26 de marzo de 2026
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
➔ 1. Se debe revisar la estrategia para garantizar par revisor para los resultados emitidos <i>cpamezquita</i>							2025-07-15	2025-12-31	50%
							Avance ponderado: 50,00%		
12	No se evidencian capacitaciones al personal sobre los procedimientos o lineamientos de referencia y contra referencia a seguir teniendo en cuenta su capacidad instaurada y muestras que remiten y reciben de las unidades de las cuales son laboratorio de referencia	2295	1	Gestión de la atención en el Servicio de Laboratorio Clínico 1	05/10/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 27 de noviembre 2025
13	Para las muestras diarias, se dispone de una nevera marca SAMSUNG, certificada bajo M-OFCA-32 por BIOMETRON SAS el 25/09/2024, junto con un termómetro TEMCA, SN A9325, No obstante, en el FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA NEVERA LABORATORIO CLINICO se evidenció que las mediciones de mayo fueron tomadas del dato	2289	1	Gestión Biomédica Industrial y de soporte tecnológico Asistencial	16/07/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 19 de diciembre 2025



HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Código: HRD-PE-DG-FO-01

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Versión: 01

INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO

Fecha: 21 febrero 2022


Página 15 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	mínimo del termómetro (-5.3 a 5.4°C) en lugar del valor real de refrigeración, verificable en la función OUT. Esto compromete la fiabilidad de los registros y el control ambiental del laboratorio.								
14	Se evidencia documentación de recepción de insumos, sin embargo, al realizar la verificación del área de almacenamiento se puede evidenciar que la semaforización no cumple con lo que se encuentra registrado en la documentación. La semaforización es realizada con marcador lo cual puede confundir en el caso de pasar de verde a rojo. Adicionalmente la existencia de reactivos junto con muestras representa un riesgo de contaminación que no garantiza un control en el inventario de dichos reactivos	2283	1	Gestión de la atención en el Servicio de Laboratorio Clínico 4	15/07/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 31 de diciembre 2025
15	Se evidencia la no actualización de la semaforización del inventario de reactivos, ya que algunos reactivos con vencimiento próximo (uno o dos meses) figuran con color verde, cuando la clasificación institucional establece que el vencimiento mayor a 6 meses es verde, mientras que el vencimiento menor a 3 meses es rojo. Esta inconsistencia podría ocasionar el uso inadvertido de reactivos vencidos	2291	1	Gestión de la atención en el Servicio de Laboratorio Clínico 1	15/10/2025	31/12/2025	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento

Acciones de mejoramiento propuestas (1)				Inicio	Terminación	Seguimiento
	1. Se debe realizar revisión por parte de programa de reactivovigilancia con respecto a la semaforización correspondiente de reactivos y/o insumos <i>apamaya, Imbarrera</i>			2025-10-15	2025-12-31	0%
Avance ponderado: 0,00%						

16	Se evidencia socialización del manual de laboratorio clínico para acciones ante EISP enmarcados en la resolución 1646 de 2018; sin embargo, no se evidencia capacitación ni socialización con respecto a las responsabilidades dentro del sistema de vigilancia referente a la Red Nacional de Laboratorios enmarcados en el decreto 780 de 2015 y Resolución 1619 de 2015.	2299	1	Gestión de la atención en el Servicio de Laboratorio Clínico 1	15/10/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 13 de junio 2025
----	---	------	---	--	------------	------------	------	--------	---

Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, 2026.

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022 Página 16 de 43

En total, el plan contempla dieciséis (16) hallazgos, frente a los cuales se requiere fortalecer el seguimiento y la gestión por parte de las áreas responsables, priorizando aquellos con bajo o nulo avance. Lo anterior, considerando su impacto directo en la calidad de los procesos diagnósticos, la confiabilidad de los resultados, la trazabilidad de la información y el cumplimiento de los estándares normativos aplicables.

5. Visita de estándares de habilitación Hospitalización – Urgencias -UCIN -UCIA – Consulta Externa -Imá

El plan de mejoramiento derivado de la visita de estándares de habilitación evidencia un nivel de cumplimiento mayoritario, con un número significativo de hallazgos ejecutados al 100% dentro de la vigencia 2025 y con seguimientos registrados incluso en 2026. Sin embargo, persisten hallazgos críticos sin avance (0%) y sin registro de seguimiento, pese a haber superado la fecha límite establecida al 31 de diciembre de 2025, especialmente en aspectos relacionados con talento humano, disponibilidad de personal especializado, socialización de protocolos y cumplimiento de requisitos normativos.

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
1	1. Retinopatía de recién nacido se tiene evaluación y de prevención código HRD-PM-GAH-CCN-PO-04 Versión 1 del 11/12/2023, pendiente soporte de socialización. 2. Reanimación del recién nacido código HRD-PM-GAAH-CCN-PO-02 Versión 1 del 11/12/2023, pendiente soporte de socialización.	2305	1	Cuidado Crítico Neonatal	08/10/2025	31/12/2025	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
<input type="checkbox"/> 1. Capacitar al equipo de UCIN en los PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA DE RETINOPATÍA DEL PREMATURO Y PROTOCOLO DE REANIMACIÓN NEONATAL. <i>eebernal</i>							2025-10-08	2025-12-31	0%
Avance ponderado: 0,00%									
2	Adultos: Carlos Ascencio y Jose Sativa no se realiza la valoración nutricional, espacios en blanco de peso, talla (Estado nutricional Resolución 2465 de 2016)	2304	1	Gestión de la atención en hospitalización	08/10/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 05 de febrero 2026
3	Al momento del recorrido no se evidencia neonatología en UCIN, la jefe informa que no viene hoy, se revisa cuadro de turno y no se encuentra programado	2307	1	Cuidado Crítico Neonatal	10/10/2025	31/12/2025	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
<input type="checkbox"/> 1. Asignación de neonatólogo de forma diaria en la UCIN <i>eebernal, mamoncaleano</i>							2025-10-10	2025-12-31	0%
Avance ponderado: 0,00%									



HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Código: HRD-PE-DG-FO-01

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Versión: 01

INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO

Fecha: 21 febrero 2022

Página 17 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
4	Coordinador Operativo de Transplantes Olga Mery León, no se evidencia certificado de inscripción ante el INS.	2312	1	Gestión de la atención en hospitalización	10/10/2025	31/12/2025	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
5	Cuarto de residuos ordinarios con bolsas en el suelo y anejo de la puerta deteriorado	2317	1	Gestión de Mantenimiento Infraestructura Física Hospitalaria	10/10/2025	15/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 25 de marzo de 2026
6	Documentos de UCIA Protocolo para declaración de muerte cerebral código HRD-PM-GCM-GPC-PO-02 version 1 del 15/06/2023, pendiente soporte de socialización.	2306	1	Cuidado Crítico Adultos	10/10/2025	31/12/2025	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento

Acciones de mejoramiento propuestas (1)

Inicio

Terminación

Seguimiento

1. Capacitar al equipo de UCIA en el PROTOCOLO PARA LA DECLARACION DE MUERTE CEREBRAL *chmajica* 2025-10-10 2025-12-31 0%

Avance ponderado: 0,00%

7	Durante el recorrido se evidencia inadecuada segregación de los residuos en guardianes de: reanimación de urgencias con tirillas de glucometría, capuchones, radiología con capuchones y toma de temperatura y humedad registró adelantado.	2319	1	Urgencias	10/10/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 1 de diciembre de 2025
8	Durante recorrido se evidencia: * Equipo de venoclisis con fecha del 6/09/2025, paciente Juan Carlos Molano. (urgencias) * Camillas con barandas abajo. * Pacientes en camilla sin rotulo de identificación en área de baño para paciente intoxicado. * 2 Equipo de venoclisis sin fecha de inicio de uso paciente José Sativa. * Durante recorrido por UCIA se evidencia falta de consentimiento informado para entubación orotraqueal de paciente entubado el día lunes 6/10/2025.	2308	1	Cuidado Crítico Adultos	10/11/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 13 de marzo de 2026
9	En servicio de observación de pediatría se evidencia timbres dañados, desde hace varios días, de acuerdo a información de auxiliar de enfermería.	2316	1	Urgencias	10/10/2025	15/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 20 de octubre de 2025
10	Entrevista con usuarios: Juan Carlos Molano manifiesta demora en valoración por gastroenterólogo, le tomaron una RNM ayer en la mañana y aún no le han informado el resultado, se indaga con médico general del servicio, el resultado acaba de salir 8:50 am.	2323	1	Urgencias	10/10/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 26 de diciembre de 2025



HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Código: HRD-PE-DG-FO-01

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Versión: 01

INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO


Fecha: 21 febrero 2022

Página 18 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
11	Gineco obstetra JAIRO HUMBERTO MESA certificado de Medcenter Educación Virtual SAS institución no avalada por el INS.	2313	1	Gestión de la atención en hospitalización	10/10/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 29 de diciembre de 2025
12	Guía de práctica clínica del recién nacido con asfisia perinatal adoptada de Guía Australiana, socialización 24/09/2025 a enfermería, no se evidencia personal de atención de parto ginecólogo	2303	1	Gestión de la atención en hospitalización	08/10/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 22 de septiembre de 2025
13	Inadecuado registro de condiciones ambientales y de temperatura en: Reanimación de urgencias adultos, espacios en blanco septiembre sin registro los días 12 y 13, 15 TM, 19 TM, 20 TT, 22 TT, 29 TT, 30 TT, octubre 3TT, 6 TM, 7TT	2321	1	Urgencias	10/10/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 13 de marzo de 2026
14	Indicador de higiene de manos bajo meta Indicador de adherencia de higiene de manos (meta 90%). Resolución 2471 de 2022.promedio 67%	2310	1	Gestión en Salud Pública	08/10/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 31 de diciembre de 2025
15	No se evidencian canecas para residuos ordinarios ni contaminados.	2318	1	Gestión de Mantenimiento Infraestructura Física Hospitalaria	10/10/2025	30/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
16	Proceso y protocolo de atención derecho a muerte digna en Protocolo Código Lila HRD-PE-DGH- PO 03 versión 01 del 19/12/2022 no se evidencia soporte de socialización.	2309	1	Urgencias	08/10/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 24 de diciembre de 2025
17	Se evidencian quejas por no disponibilidad de citas para otorrino, ortopedia, ginecología, terapia física.	2322	1	Consulta Externa Especializada	10/10/2025	31/12/2025	70%	ACTIVO	Último seguimiento 10 de octubre de 2025

Acciones de mejoramiento propuestas (1)		Inicio	Terminación	Seguimiento
➔ 1. Garantizar agendas de especialidades en cumplimiento de la oportunidad normativa. <i>lebarragan</i>		2025-10-10	2025-12-31	70%
Avance ponderado: 70,00%				

18	Talento humano de urgencias 1. Enfermera profesional LEIDY JULIANA CRUZ, No tiene certificado de Diagnóstico y manejo del dengue de la OPS. 2. Medico General OLGA LEÓN, no tiene certificado de ACLS, atención a pacientes con agresión por agentes químicos, Diagnóstico y manejo de dengue de la OPS. Talento Humano de UCIN 3. Neonatologo EDSON BERNAL no tiene	2311	1	Urgencias	08/10/2025	08/03/2026	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 01 de marzo de 2026
----	--	------	---	-----------	------------	------------	------	--------	--

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022
		Página 19 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	certificado de Diagnóstico y manejo del dengue de la OPS. 4. Terapeuta respiratorio WENDY CAROLINA ROJAS, No se evidencia constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la atención del neonato, no tiene certificado de Diagnóstico y manejo del dengue de la OPS. 5. Enfermera LEIDY CRUZ No se evidencia, no tiene certificado de Diagnóstico y manejo del dengue de la OPS.								
19	Urgencias adultas se evidencia: * No cumple con la periodicidad se evidencia espacios en blanco de reanimación. * Descarga del desfibrilador diaria, se evidencia falta registro de los días 4 de octubre, 4, 10, 11 de septiembre.	2320	1	Urgencias	03/10/2025	31/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 31 de diciembre de 2025

Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, 2026.

De igual forma, se identifican hallazgos con avance parcial, como el relacionado con la disponibilidad de citas en consulta externa especializada (70%), lo que evidencia debilidades en la oportunidad de la atención. Adicionalmente, se mantienen acciones con plazo vigente hasta 2026 que no registran avance a la fecha, lo que requiere especial atención para evitar futuros incumplimientos.


En total, el plan contempla diecinueve (19) hallazgos, de los cuales la mayoría han sido gestionados satisfactoriamente; no obstante, la persistencia de hallazgos sin ejecución y sin seguimiento refleja debilidades en el monitoreo y control de las acciones de mejora.

6. Revisión Documental de Procesos

El plan de mejoramiento presenta un avance del 33,33% a la fecha de seguimiento, evidenciando la ejecución parcial de las acciones formuladas. Este plan, cuyo plazo de finalización fue establecido para el 30 de enero de 2026, se encontraba vigente al cierre de la vigencia 2025, por lo que no podía considerarse incumplido en dicho periodo; no obstante, el nivel de avance alcanzado refleja una gestión incipiente frente a los compromisos adquiridos.

El hallazgo está relacionado con la no evidencia de un procedimiento formal y de la encuesta de satisfacción aprobada para el Hospital Regional de Duitama y sus sedes, aspecto clave dentro de la gestión de la atención al usuario y el mejoramiento continuo de los servicios.

Si bien se registra seguimiento con corte al 20 de enero de 2026, el avance parcial evidencia la necesidad de fortalecer la ejecución de las acciones restantes, considerando que el plazo de cumplimiento establecido ya se encuentra vencido al corte del presente seguimiento .

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022
		Página 20 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES	
1	No se evidencia procedimiento y encuesta de satisfacción aprobada en el Hospital Regional de Duitama y sus sedes de Atención.	2324	3	Atención al Usuario y al Ciudadano	18/11/2025	30/01/2026	33,33%	ACTIVO	Último seguimiento 20 de enero de 2026	
Acciones de mejoramiento propuestas (3)								Inicio	Terminación	Seguimiento
<input checked="" type="checkbox"/>	1. Documentar el procedimiento y la Encuesta de Satisfacción en cumplimiento de la normatividad de acreditación y la resolución 256. <i>avfonseca</i>					2025-11-18	2025-12-15	100%		
<input type="checkbox"/>	2. Socializar el procedimiento y la Encuesta de Satisfacción aprobada en SGI Almera al equipo de humanización. <i>avfonseca</i>					2025-11-18	2025-12-30	0%		
<input type="checkbox"/>	3. Implementar la encuesta de satisfacción en el Hospital Regional de Duitama y sus sedes de atención. <i>japinzon</i>					2025-11-18	2026-01-30	0%		
Avance ponderado: 33,33%										

Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, 2026.

7. Acta visita de Asistencia Técnica Habilitación Secretaria de Salud de Boyacá

En la siguiente tabla se presenta el detalle de los hallazgos y las acciones de mejora formuladas como resultado de la visita de asistencia técnica en habilitación realizada por la Secretaría de Salud de Boyacá. Este plan de mejoramiento contempla un total de cuarenta y un (41) hallazgos, asociados a cuarenta y tres (43) acciones de mejora, los cuales se distribuyen en diferentes procesos institucionales, incluyendo infraestructura, talento humano, procesos asistenciales, gestión documental, tecnología biomédica y seguridad del paciente. La información permite visualizar el estado actual de cada hallazgo, así como los compromisos definidos para su intervención.

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
1	Aunque cuenta con ambiente de trabajo sucio, este no se encuentra señalizado y se utiliza como ambiente de cafetería evidenciando el uso de cafetera sobre el lavamanos y la utilización del mesón de trabajo con poceta para la limpieza de los utensilios de cocina tales como pocillos. en el momento del hallazgo se les recuerda a los profesionales del hospital, que en los ambientes y áreas destinados para la prestación de los servicios no se puede tener dentro de estos mismos ambientes destinados para cafetería.	2352	2	Servicio De Imágenes Diagnósticas	27/12/2026	04/03/2026	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 17 de marzo de 2026
2	Aunque se evidencia la política de seguridad del paciente con toda	2413	1	Seguridad del	27/02/2026	30/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra



HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Código: HRD-PE-DG-FO-01

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD


Versión: 01

INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO


Fecha: 21 febrero 2022

Página 21 de 43


No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	totalidad de trabajadores de la ESE, así como tener definido el cronograma de capacitaciones específico y los respectivos soportes de su socialización que incluya la totalidad del personal.			Paciente					seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Socializar política de seguridad del paciente con toda totalidad de trabajadores de la ESE, así como tener definido el cronograma de capacitaciones específico y los respectivos soportes de su socialización que incluya la totalidad del personal. <i>Imrodriguez</i>							2026-02-27	2026-03-30	0%
							Avance ponderado: 0,00%		
3	Dentro de la central de esterilización se evidencian juntas sin sellar o mal selladas entre pared y puerta de salida de la autoclave y una apertura significativamente grande en la parte superior de esta misma.	2359	1	Salas de Cirugía	27/02/2026	10/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
<input checked="" type="checkbox"/> 7. Realizar mantenimiento de mediacaña entre piso y pared en la central de esterilización. <i>arascencio</i>							2026-02-27	2026-03-10	0%
							Avance ponderado: 0,00%		
4	El almacenamiento, manejo y uso, así como responsables de cada paso, de los kits para manejo de derrames de medicamentos, manejo de fluidos corporales, ataque con agentes químicos, de violencias sexuales(Código verde) y código rojo, deberán estar documentados de acuerdo con lo definido por la ESE, garantizando condiciones de disponibilidad, oportunidad y continuidad en el manejo de víctimas sin generar complicaciones o revictimización	2420	1	Gestión de la atención en hospitalización	27/02/2026	27/02/2026	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 18 de marzo de 2026
5	El baño de sala de observación hombres no cuenta con ducha teléfono.	2368	1	Urgencias OBS Pediatria, Adultos, sala Fast, Sala Flash	27/02/2026	10/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Adecuar ducha de teléfono del baño de sala de observación. <i>arascencio</i>							2026-02-27	2026-03-10	0%
							Avance ponderado: 0,00%		
6	El lavamanos de la sala de	2367	1	Urgencias OBS	27/02/2026	10/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022
		Página 22 de 43


No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	procedimientos pediátrica se encuentra suelto.			Pediatría, Adultos, sala Fast, Sala Flash					no se encuentra seguimiento

Acciones de mejoramiento propuestas (1)						Inicio	Terminación	Seguimiento
	1. Ajustar y fijar lavamanos de procedimiento de procedimientos pediátricos. <i>arascencio</i>					2026-02-27	2026-03-10	0%
Avance ponderado: 0,00%								

7	El programa de mantenimiento de equipos no incluye las recomendaciones del fabricante según la tecnología correspondiente, a lo cual se entrega al prestador la guía para implementar un programa de mantenimiento de equipos biomédicos y la guía para implementar un programa de capacitación de equipos.	2374	1	Gestión Biomédica Industrial y de soporte tecnológico Asistencial	27/02/2026	30/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
---	---	------	---	---	------------	------------	----	--------	--

Acciones de mejoramiento propuestas (1)						Inicio	Terminación	Seguimiento
	1. Actualizar el programa de mantenimiento con las recomendaciones del fabricante, según la tecnología. <i>jnolmos</i>					2026-02-27	2026-03-30	0%
Avance ponderado: 0,00%								

8	En cuanto a los protocolos y procedimientos que debe tener documentados la ESE, se recuerda al prestador que estos deben estar definidos de acuerdo a los procedimientos que se realizan en cada servicio y dentro de su documentación deben ser claros los siguientes aspectos: Alcance, Talento Humano responsable con las acciones que se ejecutan, equipos biomédicos que se requieren para su realización, así como los dispositivos médicos e insumos y las recomendaciones y mecanismos para entregar al paciente pre y pos procedimiento. Todo el personal involucrado en la realización de procedimientos debe tener la posibilidad de realizar el registro o notas respectivas en la historia clínica y debe hacer por cada paciente. Es importante definir y tener claridad por cada una de las salas de procedimientos declaradas y los consultorios que derivan procedimientos, cuales se realizan y cuales no, esta información de acuerdo con la resolución 3100 de 2019 será la base para que se realice la respectiva verificación específica en los servicios de los estándares de infraestructura y dotación.	2395	1	Gestión de la atención ambulatoria	27/02/2026	30/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
---	--	------	---	------------------------------------	------------	------------	----	--------	--

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022
		Página 23 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
	<p>1. Actualizar los protocolos y procedimientos según los definidos por la institución ,incluye alcance ,talento humano responsable con las acciones que ejecutan, equipos biomédicos que se requieren para su realización, así como los dispositivos médicos e insumos y las recomendaciones y mecanismos para entregar al paciente pre y pos procedimiento. <i>lebarragan</i></p>						2026-02-27	2026-03-30	0%
							Avance ponderado: 0,00%		
9	En la sala de observación adultos no se evidencia claramente la discriminación independiente por sexo.	2370	1	Urgencias OBS Pediatria, Adultos, sala Fast, Sala Flash	27/02/2026	10/03/2026	70%	ACTIVO	Último seguimiento 10 de marzo de 2026
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
	<p>1. Señalizar por discriminación por sexo la sala de observación de adultos. <i>hnino, iamerchan</i></p>						2026-02-27	2026-03-10	70%
							Avance ponderado: 70,00%		
10	En relación a la adopción que tiene la IPS de guías de práctica clínica en idioma inglés, aunque la normatividad no exige tácitamente el uso de guías en nuestro idioma, es una condición sobrentendida teniendo en cuenta que no sólo se trata de tener una guía sino de evidenciar su aplicación y adherencia por el personal; se recomienda a la Institución y se le recuerda que estas guías deben estar a disponibilidad permanente de los profesionales de la salud en los servicios para su consulta y el respectivo manejo de los pacientes, así como su evaluación permanente de la adherencia a las mismas, para lo cual la Institución deberá garantizar que todo el personal por servicios, incluido el personal en formación o entrenamiento (Es importante tener en cuenta la alta rotación de personal), puedan consultar, leer, entender y hacer uso de estas guías en la atención de los pacientes (básicamente garantizar el dominio del idioma inglés por el personal).	2394	1	Gestión Clínica Multidisciplinari a	27/03/2026	30/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
	<p>1. Traducir guías de practica clínica a idioma español. <i>jcbello</i></p>						2026-03-27	2026-03-30	0%
							Avance ponderado: 0,00%		
11	Guías de Práctica Clínica: Los profesionales manifiestan su inquietud sobre la adopción o	2382	1	Gestión Clínica	27/03/2026	30/03/2026	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el



HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Código: HRD-PE-DG-FO-01

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Versión: 01

INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO

Fecha: 21 febrero 2022

Página 24 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	adaptación de guías de Práctica Clínica, haciendo referencia a que se tiene en cuenta el perfil epidemiológico general de la Institución y que en el desarrollo que se tiene a la fecha sobre la adopción de las guías de práctica clínica, se tiene un alto porcentaje de adopción de guías de práctica clínica en idioma inglés.			Multidisciplinaria					23 de marzo de 2026
12	La ESE debe tener consentimiento informado por los procedimientos que determine, de manera obligatoria como lo indica la norma para los que sean invasivos, o involucren población vulnerable como: Niños, adultos mayores, condiciones de discapacidad, entre otros y será la ESE quien los defina, pero estos deben garantizarse por procedimiento, incluyendo dentro de su información al paciente riesgos, beneficios, complicaciones y alternativas, debe ser diligenciados de manera previa a la atención y deben ser explicados al paciente por el profesional o especialista que realiza el procedimiento.	2417	1	Seguridad del Paciente	27/02/2026	30/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento

Acciones de mejoramiento propuestas (1)			Inicio	Terminación	Seguimiento
1. Actualizar procedimiento y consentimientos informado por procedimiento que determine, de manera obligatoria como lo indica la norma para los que sean invasivos, o involucren población vulnerable como: Niños, adultos mayores, condiciones de discapacidad, entre otros y será la ESE quien los defina, pero estos deben garantizarse por procedimiento, incluyendo dentro de su información al paciente riesgos, beneficios, complicaciones y alternativas, debe ser diligenciados de manera previa a la atención <i>albohorquez, atmonroy, jcbello, lmrodriguez</i>			2026-02-27	2026-03-30	0%
Avance ponderado: 0,00%					

13	La relación de equipos con los que cuenta y utiliza la institución no describen la clasificación de riesgo acorde a la normatividad vigente según el tipo de tecnología, a lo cual se informa al prestador que debe ajustar esta información del riesgo, según lo descrito en el registro sanitario del equipo.	2373	1	Gestión Biomédica Industrial y de soporte tecnológico Asistencial	27/02/2026	30/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
----	---	------	---	---	------------	------------	----	--------	--

Acciones de mejoramiento propuestas (1)			Inicio	Terminación	Seguimiento
1. Ajustar en la hoja de vida de los equipos biomédicos con la clasificación del riesgo, según lo descrito en el registro sanitario del equipo según corresponda. <i>jnolmos</i>			2026-02-27	2026-03-30	0%
Avance ponderado: 0,00%					



HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Código: HRD-PE-DG-FO-01

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Versión: 01

INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO

Fecha: 21 febrero 2022

Página 25 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
14	La sala de observación adultos destinada para contingencia no cuenta barrera física móvil o fija entre camillas que me garantice la privacidad del paciente.	2369	1	Urgencias OBS Pediatria, Adultos, sala Fast, Sala Flash	27/02/2026	10/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
- 1. Adecuar barrera física entre camillas en sala de observación adultos. <i>arascencio</i>							2026-02-27	2026-03-10	0%
							Avance ponderado: 0,00%		
15	La sala de reanimación no cuenta con mesón de trabajo con poceta.	2366	1	Urgencias OBS Pediatria, Adultos, sala Fast, Sala Flash	27/02/2026	10/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
- 1. Adecuar mesón de trabajo con poceta en sala de reanimación. <i>arascencio</i>							2026-02-27	2026-03-10	0%
							Avance ponderado: 0,00%		
16	Las áreas no restringidas, semirrestringidas y restringidas, la señalización con demarcación permanente en piso necesita mantenimiento.	2360	1	Salas de Cirugía	27/02/2026	10/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
- 1. Realizar mantenimiento a la demarcación en las áreas no restringidas, semirrestringidas y restringidas ,de las alas de cirugía <i>arascencio</i>							2026-02-27	2026-03-10	0%
							Avance ponderado: 0,00%		
17	Lo documentado debe concordar siempre con lo realizado por el talento humano en los servicios.	2412	1	Gestión de la atención ambulatoria	27/02/2026	30/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
- 1. Realizar autoevaluación de procesos prioritarios verificando lo documentado con lo realizado y realizar plan de mejoramiento. <i>lebarragan</i>							2026-02-27	2026-03-30	0%
							Avance ponderado: 0,00%		
18	Los procesos de apoyo a la realización de procedimientos como: Esterilización, Bioseguridad, Reuso, Limpieza y Desinfección, deben ser claros y ajustados a la normatividad	2410	1	Gestión de la atención ambulatoria	27/02/2026	30/03/2026	15%	ACTIVO	Último seguimiento 30 de Marzo de 2026



HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Código: HRD-PE-DG-FO-01

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Versión: 01

INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO

Fecha: 21 febrero 2022

Página 26 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	vigente pero también adaptados a las actividades que se realizan por servicio (Ej. pasos a seguir con instrumental usado por el personal en un procedimiento en un servicio de hospitalización, en una sala de procedimientos, etc.; Uso de EPPs y filtros en un servicio de UCI, o en un servicio de hospitalización) Deben estar ajustados y documentados. Es necesario que estos procedimientos cuenten con socialización entre el personal responsable de su realización por servicio y el servicio o área que lo coordina (Ej. Personal de Hospitalización o urgencias y personal de Central de Esterilización) El grupo verificador siempre evaluará la documentación, pero la complementara con la verificación en campo de su adherencia en servicio por el personal responsable).								

Acciones de mejoramiento propuestas (1)			Inicio	Terminación	Seguimiento
<p>01. Actualización de documentos y procedimientos de esterilización, bioseguridad, reuso, limpieza y desinfección, deben ser claros y ajustados a la normatividad vigente pero también adaptados a las actividades que se realizan por servicio (Ej. pasos a seguir con instrumental usado por el personal en un procedimiento en el servicio de hospitalización, en una sala de procedimientos, etc.; Uso de EPPs y filtros.</p> <p>2-Socialización de la documentación y post test de la evaluación. <i>aacadena, eyruiz, jnolmos, jaescalona, jrtorres, lebarragan, paruz</i></p>			2026-02-27	2026-03-30	15%
Avance ponderado: 15,00%					

19	No se evidencia la documentación de todos los procesos y procedimientos relacionados con el manejo de medicamentos, dispositivos médicos e insumos: ·Selección ·Adquisición ·Transporte ·Recepción ·Almacenamiento ·Conservación ·Control de fechas de vencimiento ·Control de cadena de frío, Manejo de contingencias con la cadena de frío. ·Distribución ·Dispensación ·Devolución Los cuales deberán estar socializados y se verificara su adherencia en los servicios donde se tenga: Ambientes de almacenamiento, carros de paro, manejo de farmacias satélites, manejo de biológicos, reservas, o las que tenga la ESE; para lo cual concurren como responsables el personal del servicio y el personal de farmacia.	2375	1	Gestión de la Atención en el Servicio Farmacéutico	27/02/2026	30/03/2026	50%	ACTIVO	Último seguimiento 31 de Marzo de 2026
20	No se evidencia las condiciones de higiene, seguridad, confidencialidad e intimidad de los pacientes: Como acceso a baños y lavamanos por personal y pacientes, identificación completa y visible de los pacientes, identificación y mecanismos de	2419	1	Urgencias	27/02/2026	30/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento



HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Código: HRD-PE-DG-FO-01

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Versión: 01

INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO

Fecha: 21 febrero 2022

Página 27 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	control para evitar caídas(Barandas arriba, acompañante en casos obligatorios, escalerillas, etc), garantizar privacidad entre cada camilla, no cuenta con ninguna barrera física fija o móvil que la garantice en varias de las camillas con pacientes, así como la organización del ambiente de observación donde no es claro y diferenciada la condición de los pacientes: Observación hombre y observación mujeres, garantizar la adecuada preparación y administración de medicamentos, así como el riesgo de infecciones, se encuentra camillas para procedimientos de administración de medicamentos en un ambiente donde se realiza digitación de historias por personal (varios puntos de trabajo con computadores, área de preparación de medicamentos y acceso de pacientes para la administración, sin condiciones que garanticen un ambiente limpio, seguro e íntimo para el paciente.								
21	Se aclara la importancia de realizar la conformación del grupo de profesionales que realizarán el proceso de adopción o adaptación de la guía de práctica clínica, quienes deben conocer la metodología que definió la ESE para este proceso; de igual manera debe incluir la participación de los profesionales o especialistas de cada servicio en el momento que se realice el proceso; para lo cual deben contar con un cronograma claro y completo del desarrollo de la adopción y soportes de cada una de las fases de la adopción, para este proceso la ESE definió el uso de la metodología AGREE II para las guías y/o protocolos que no se encuentran dentro de las guías adoptadas y definidas por el Ministerio de Protección Social, para el caso de esta metodología al momento de la visita de verificación de condiciones de habilitación se revisaran los instrumentos (Excel con los 23 ítems agrupados en los 6 dominios que trae la metodología).	2383	1	Gestión Clínica Multidisciplinaria	27/02/2026	30/03/2026	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 26 de marzo de 2026
22	Se deben tener las actas de comité de seguridad del paciente, de manera que dentro de los temas a desarrollar se refleje: Que promueve la política de seguridad del paciente, el control de infecciones y la optimización del uso de antibióticos, así como la presentación de los casos de Eventos Adversos y el análisis y medidas correctivas tomadas.	2414	1	Seguridad del Paciente	27/02/2026	30/03/2026	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 31 de marzo de 2026



HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Código: HRD-PE-DG-FO-01

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Versión: 01

INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO

Fecha: 21 febrero 2022

Página 28 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
23	Se evidencia alfombra que no es de fácil limpieza y desinfección.	2353	1	Gestión de la atención en el Servicio de Imágenes Diagnosticas	27/02/2026	02/03/2026	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 12 de marzo de 2026
24	Se evidencia que alguna dotación (Ej. Monitores de Signos vitales, desfibriladores, electrocardiógrafos, reguladores de succión, aspiradores de succión portátiles, basculas de piso, entre otros), requieren renovación tecnológica para que de manera se garanticen las condiciones técnicas de calidad de los equipos biomédicos de la institución.	2372	1	Gestión Biomédica Industrial y de soporte tecnológico Asistencial	27/02/2026	30/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
1. Adquirir equipos biomédicos renovados (Ej. Monitores de signos vitales, desfibriladores, electrocardiógrafos, reguladores de succión, aspiradoras de succión portátiles, basculas de piso, entre otros. <i>¡nolmos</i>							2026-02-27	2026-03-30	0%
Avance ponderado: 0,00%									
25	Se evidencia que algunas medias cañas entre paredes y techo o cielo raso necesitan mantenimiento	2362	1	Cuidado Critico Adultos	27/02/2026	10/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
1. Realizar mantenimiento de media caña entre piso y cielo raso. <i>arascencio</i>							2026-02-27	2026-03-10	0%
Avance ponderado: 0,00%									
26	Se evidencia que algún mobiliario (Ej. Camillas rodantes con freno y barandas, muebles de uso asistencial, atriles, mesas auxiliares entre otros) de los servicios de cirugía, urgencias e imágenes diagnosticas se encuentran con desprendimiento de pintura y estado de oxidación, a lo cual se informa al prestador que debe realizar el respectivo mantenimiento de este mobiliario.	2371	1	Gestión de Mantenimiento Infraestructura Física Hospitalaria	27/02/2026	10/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
1. Realizar mantenimiento de camillas rodantes con freno y barandas, muebles de uso asistencial, atriles, mesas auxiliares entre otros, de los servicios de cirugía, urgencias e imágenes diagnosticas se encuentran con desprendimiento de pintura y estado de oxidación. <i>arascencio</i>							2026-02-27	2026-03-10	0%
Avance ponderado: 0,00%									



HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Código: HRD-PE-DG-FO-01

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Versión: 01

INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO

Fecha: 21 febrero 2022

Página 29 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
27	Se evidencia que el piso no es continuo y necesita mantenimiento.	2364	1	Urgencias OBS Pediatría, Adultos, sala Fast, Sala Flash	27/02/2026	10/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
- 1. Adecuar piso de urgencias ,garantizando la continuidad del mismo. <i>arascencio</i>							2026-02-27	2026-03-10	0%
Avance ponderado: 0,00%									
28	Se evidencia que la puerta de transición a sala de partos fue reubicada dejando sin mediacañas entre piso y pared en la antigua ubicación	2357	1	Salas de Cirugía	27/02/2026	10/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
- 1. Realizar mantenimiento de media caña entre piso y pared							2026-02-27	2026-03-10	0%
Avance ponderado: 0,00%									
29	Se evidencia que la sala de procedimientos no cuenta en su totalidad con acabados de fácil limpieza y desinfección, al igual que se observa oxido en paredes y pisos.	2361	1	Hospitalización B3	27/02/2026	10/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
- 1. Adecuar sala de procedimientos de fácil limpieza y desinfección y eliminar el oxido de paredes y pisos (B3) <i>arascencio</i>							2026-02-27	2026-03-10	0%
Avance ponderado: 0,00%									
30	Se evidencia que uno de los lavamanos quirúrgicos el sensor no funcionaba. en algunas medias cañas entre techo y paredes se formaban juntas que no se encontraban selladas.	2355	2	Hemodinamia	27/02/2026	04/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (2)							Inicio	Terminación	Seguimiento
- 1. Realizar mantenimiento de lavamanos quirúrgicos, verificando su funcionalidad. <i>arascencio</i>							2026-02-27	2026-03-04	0%
- 2. Arreglar las media cañas del servicio, verificando su sellamiento. <i>arascencio</i>							2026-02-27	2026-03-04	0%
Avance ponderado: 0,00%									
31	Se evidencia que el número de lavamanos quirúrgico es igual al número de salas de cirugía, según los requisitos del servicio, el número de	2356	1	Salas de Cirugía	27/02/2026	10/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento



HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Código: HRD-PE-DG-FO-01

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Versión: 01

INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO

Fecha: 21 febrero 2022

Página 30 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	lavamanos es igual al número de salas de cirugía más uno.								
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Disponer de otro lavamanos quirúrgico en sala de cirugía <i>arascencio</i>							2026-02-27	2026-03-10	0%
Avance ponderado: 0,00%									
32	Se hace énfasis en el cumplimiento de normas claras, bien documentadas, socializadas implementadas y visibles en relación con: Acceso a través de filtros, bioseguridad y EPPS en servicios que lo requieren (UCI, Salas de Cirugía), manejos claros y definidos de ambientes de aislamiento de pacientes, cuartos limpios, manejos en central de esterilización; lo anterior involucra no sólo al personal asistencial, sino también al personal de apoyo (servicios generales, mantenimiento, etc).	2411	1	Gestión de la atención ambulatoria	27/02/2026	30/03/2026	25%	ACTIVO	Último seguimiento 26 de marzo 2026
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Actualizar y socializar los documentos de Acceso a través de filtros ,bioseguridad y EPPS en servicios que lo requieren (UCI, Salas de Cirugía), manejos claros y definidos de ambientes de aislamiento de <input checked="" type="checkbox"/> pacientes, cuartos limpios , manejos en central de esterilización; lo anterior involucra no solo al personal asistencial, si no también personal de apoyo (servicios generales, mantenimiento, etc.). <i>cealvarez, chmojica, eyruiz, jrtores, lebarraagan, paruiz</i>							2026-02-27	2026-03-30	25%
Avance ponderado: 25,00%									
33	Se informa al prestador que los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (Fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional, imágenes diagnosticas ionizantes y no ionizantes, laboratorio, Etc.) no cuentan con guías de práctica clínica, pero sí con protocolos, procedimientos y manuales, algunos de ellos definidos dentro de la resolución 3100 y otros de acuerdo a lo que se realiza en el servicio, de los cuales será evaluado en la visita que se tengan documentados, socializados y se evidencie su adherencia en las historias clínicas y en la tenencia de los equipos y dispositivos médicos que se definió para cada uno.	2409	1	Gestión de la atención en el Servicio de Laboratorio Clínico 1	27/02/2026	30/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento



HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Código: HRD-PE-DG-FO-01

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD


Versión: 01

INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO


Fecha: 21 febrero 2022

Página 31 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
1. Revisar y actualizar documentación de laboratorio <i>lebarragan, cpamezquita</i>							2026-02-27	2026-03-30	0%
Avance ponderado: 0,00%									
34	Se informa al prestador que los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (Fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional, imágenes diagnósticas ionizantes y no ionizantes, laboratorio, Etc.) no cuentan con guías de práctica clínica, pero si con protocolos, procedimientos y manuales, algunos de ellos definidos dentro de la resolución 3100 y otros de acuerdo a lo que se realiza en el servicio, de los cuales será evaluado en la visita que se tengan documentados, socializados y se evidencie su adherencia en las historias clínicas y en la tenencia de los equipos y dispositivos médicos que se definió para cada uno.	2406	1	Gestión de la atención ambulatoria	27/02/2026	30/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
01. Revisar y actualizar documentación de fisioterapia, terapia respiratoria, y terapia ocupacional <i>cicorrea</i>							2026-02-27	2026-03-30	0%
Avance ponderado: 0,00%									
35	Se informa al prestador que los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (Fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional, imágenes diagnósticas ionizantes y no ionizantes, laboratorio, Etc.) no cuentan con guías de práctica clínica, pero si con protocolos, procedimientos y manuales, algunos de ellos definidos dentro de la resolución 3100 y otros de acuerdo a lo que se realiza en el servicio, de los cuales será evaluado en la visita que se tengan documentados, socializados y se evidencie su adherencia en las historias clínicas y en la tenencia de los equipos y dispositivos médicos que se definió para cada uno.	2408	1	Gestión de la atención en el Servicio de Imágenes Diagnósticas	27/03/2026	30/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022
		Página 32 de 43


No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
	03. Revisar y actualizar documentación de fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional, imágenes diagnósticas ionizantes y no ionizantes, laboratorio, Etc <i>lebarragan, cpamezquita</i>						2026-03-27	2026-03-30	0%
							Avance ponderado: 0,00%		
36	Se observa concreto expuesto en esquinas de paredes dentro de las áreas restringidas del servicio.	2358	1	Salas de Cirugía	27/02/2026	04/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
	1. Eliminar concreto expuesto en esquinas y paredes. <i>arascencio</i>						2026-02-27	2026-03-04	0%
							Avance ponderado: 0,00%		
37	Se observan algunas juntas sin sellar en la ventilación de la sala de observación hombres.	2365	1	Urgencias OBS Pediatria, Adultos, sala Fast, Sala Flash	27/02/2026	10/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
	12. Sellar las juntas en la ventilación de la sala de observación. <i>arascencio</i>						2026-02-27	2026-03-10	0%
							Avance ponderado: 0,00%		
38	Se recuerda al prestador que todos los pacientes atendidos en los diferentes servicios deben contar con registros en su historia clínica de la atención recibida.	2415	1	Gestión Documental	27/02/2026	30/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
	1. Actualizar el manual de historias Clínicas y evaluar la adherencia. <i>aarodriguez</i>						2026-02-27	2026-03-30	0%
							Avance ponderado: 0,00%		
39	servicio de Imágenes Diagnósticas Ionizantes por la profesional Leidy Ariza Forero, se evidenció que no se cuenta con los siguientes registros: · Número de exposiciones e imágenes tomadas, que incluya el nombre del paciente y el nombre del estudio realizado. · Dosis de radiación, expresadas en las unidades correspondientes según la tecnología del equipo utilizado. · Número de imágenes rechazadas por el tecnólogo y por el médico especialista en radiología e imágenes diagnósticas, incluyendo las causas	2418	1	Gestión de la atención en el Servicio de Imágenes Diagnósticas	27/02/2026	30/03/2026	80%	ACTIVO	Último Seguimiento el 31 de marzo de 2026

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022
		Página 33 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	de rechazo. · Número de estudios repetidos y sus respectivas causas, cuando aplique. · Control de calidad vigente de los equipos generadores de radiación ionizante.								
40	Todo el personal que participa de la prestación del servicio incluyendo el personal técnico y auxiliar debe tener su mecanismo de acceso individual al software de historia clínica para el registro de sus notas, mediante usuario y contraseña	2416	1	Estándares de Gestión de Tecnología	27/02/2026	30/03/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento
Acciones de mejoramiento propuestas (1)							Inicio	Terminación	Seguimiento
<input type="checkbox"/> 1. Crear el procedimiento de roles y Backup de software de historia clínica. <i>lframirez</i>							2026-02-27	2026-03-30	0%
							Avance ponderado: 0,00%		
41	Verificación solicitara en su momento: Actos Administrativos de Adopción de la Institución, metodología documentada para el proceso de adopción (AGREII y adopción de las guías del Ministerio), soportes que evidencian que la adopción se realiza de acuerdo a las patologías más frecuentes por servicio, soportes de socialización del proceso de adopción y/o adaptación y de las Guías escogidas entre el personal responsable por servicio y soportes de los mecanismos para evaluación de adherencia por el personal. Así como el cronograma establecido por la IPS para el desarrollo de todo el proceso.	2384	1	Gestión Clínica Multidisciplinaria	27/02/2026	30/03/2026	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 26 de marzo de 2026

Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, 2026.

Se evidencia un nivel de cumplimiento parcial, con presencia de algunos hallazgos ejecutados al 100%; sin embargo, se identifica una proporción significativa de acciones sin avance o sin seguimiento registrado, a pesar de contar con plazos de ejecución establecidos en el primer trimestre de 2026. Esta situación refleja debilidades en la gestión y monitoreo de los compromisos, especialmente en aspectos críticos como infraestructura, condiciones locativas, dotación, documentación de procesos y cumplimiento de estándares de habilitación. La persistencia de hallazgos sin intervención o con bajo avance representa un riesgo para la calidad en la prestación de los servicios de salud, la seguridad del paciente y el cumplimiento de la normatividad vigente, por lo cual se requiere priorizar la ejecución de las acciones pendientes, fortalecer los mecanismos de seguimiento y definir estrategias que garanticen el cierre oportuno del plan de mejoramiento.

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022 Página 34 de 43

8. Tamizaje neonatal auditivo y visual secretaria de salud de Boyacá

Se presentan los hallazgos y acciones de mejora formuladas como resultado del seguimiento relacionado con el proceso de tamizaje neonatal auditivo y visual, derivados de los requerimientos efectuados por la Secretaría de Salud de Boyacá. El plan de mejoramiento contempla un total de tres (3) hallazgos y tres (3) acciones de mejora, orientadas al fortalecimiento del registro, gestión y trazabilidad de la información asociada a los resultados de tamizaje neonatal. Las acciones fueron asignadas a las unidades auditables de Tecnologías de la Información, Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral y Referencia y Contrarreferencia, con el propósito de garantizar la oportunidad, disponibilidad y adecuada gestión de la información requerida por los entes de control y vigilancia.


No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
1	Folio de resultados de tamizaje neonatal auditivo y visual	2710	1	Tecnologías de la información	31/03/2026	31/07/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento, aún no se finaliza el tiempo de cumplimiento
2	Folio de resultados de tamizaje neonatal auditivo y visual	2712	1	Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral	31/03/2026	31/07/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento, aún no se finaliza el tiempo de cumplimiento
3	Tamizaje neonatal auditivo y visual secretaria de salud de Boyacá	2713	1	Referencia Y Contrarreferencia	31/03/2026	31/07/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento, aún no se finaliza el tiempo de cumplimiento

Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, 2026.

Se evidencia que, al cierre del primer trimestre de 2026, los tres (3) hallazgos registrados presentan un avance del 0%, sin evidenciarse seguimiento o ejecución de las acciones formuladas. No obstante, se observa que las fechas finales de cumplimiento se encuentran establecidas para el 31 de julio de 2026, por lo cual las acciones continúan dentro del plazo definido y no pueden considerarse incumplidas al corte evaluado.

9. Plan de Mejora Visita Auditoria Delta Salud

Se presenta el hallazgo y la acción de mejora formulada como resultado de la Visita de Auditoría realizada por Delta Salud. El plan de mejoramiento contempla un total de un (1) hallazgo y una (1) acción de mejora, orientada al fortalecimiento de los procesos asociados a la Gestión de Cuentas Médicas. La acción formulada busca contribuir al mejoramiento de la gestión administrativa y financiera relacionada con la auditoría realizada, garantizando el cumplimiento de los compromisos establecidos y el fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento institucional.

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022 Página 35 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
1	Visita Auditoria Delta Salud	2715	1	Gestión de Cuentas Medicas	21/01/2026	15/05/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento, aún no se finaliza el tiempo de cumplimiento

Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, 2026.

Al cierre del primer trimestre de 2026, el hallazgo registrado presenta un avance del 0%, sin evidenciarse seguimiento o ejecución de la acción formulada. No obstante, se observa que la fecha final de cumplimiento se encuentra establecida para el 15 de mayo de 2026, por lo cual la acción continúa dentro del plazo definido y no puede considerarse incumplida al corte evaluado.

Auditoría Interna/Control Interno

En el marco del seguimiento a los Planes de Mejoramiento Institucional, se efectuó la revisión de los compromisos derivados de las auditorías internas realizadas por la Oficina de Control Interno, con base en la información registrada en el Sistema de Gestión Integral – Almera. Como resultado del análisis, se identificaron tres (3) planes de mejoramiento asociados a los procesos de Defensa Jurídica, Planeación Institucional y Gestión de Mercadeo, que agrupan un total de siete (7) hallazgos y siete (7) acciones de mejora. De estos, dos (2) planes corresponden a la vigencia 2025 y uno (1) a la vigencia 2026. Las acciones formuladas están orientadas al fortalecimiento del cumplimiento normativo, la mejora en la gestión institucional y la optimización de los procesos internos. El seguimiento realizado permite verificar el avance de las actividades, identificar compromisos pendientes y promover el cierre oportuno de los hallazgos registrados.


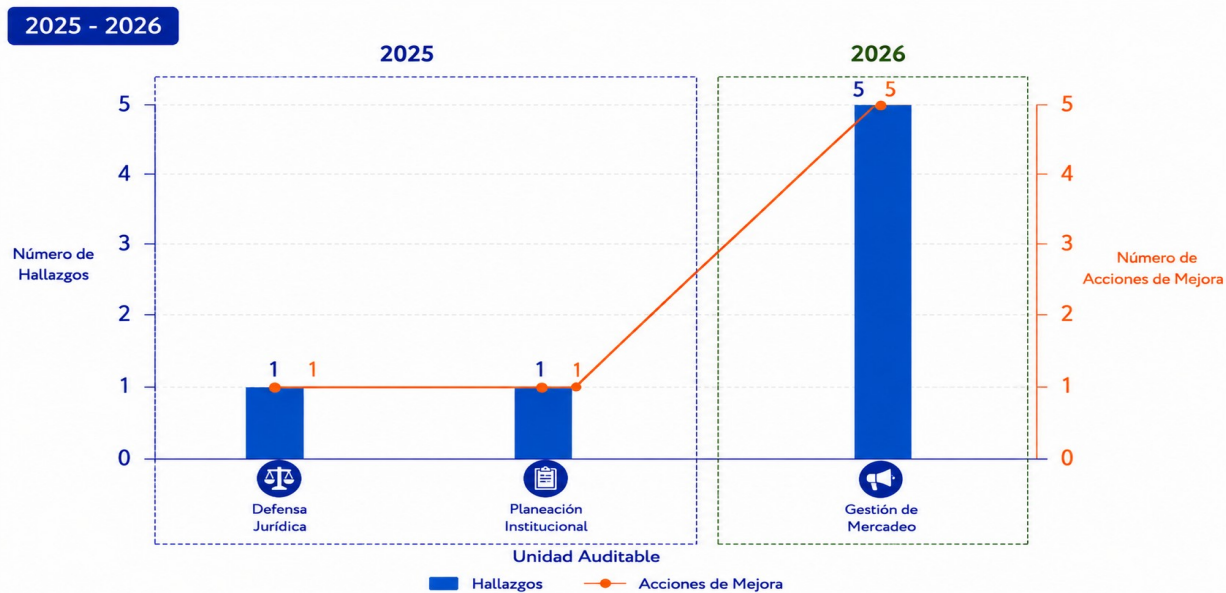
	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022
		Página 36 de 43

Figura 2: Consolidado de Hallazgos y Acciones de Mejora por Unidad Auditable – Auditorías Internas / Control Interno Vigencias 2025–2026




Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, 2026.

Se presentan los planes de mejoramiento formulados como resultado de las auditorías internas realizadas durante las vigencias 2025 y 2026, con base en la información registrada en el Sistema de Gestión Integral – ALMERA. El consolidado incluye los hallazgos identificados y las acciones de mejora establecidas por cada unidad auditable, evidenciando el compromiso institucional con el fortalecimiento de los procesos de Defensa Jurídica, Planeación Institucional y Gestión de Mercadeo.

Tabla 2: Planes de Mejoramiento Auditorías Internas / Control Interno Vigencias 2025-2026

<input type="checkbox"/>	Año	Empresa	Sistema de referencia	Emisor	Informe	Cantidad hallazgos	Cantidad planes de mejora	
<input type="checkbox"/>	2025	ESE Hospital Regional de Duitama	AI Auditoría Interna/Control Interno	Dueños de proceso / MC	Auditoría al Proceso de Oficina Jurídica Interna	1	1	
<input type="checkbox"/>	2025	ESE Hospital Regional de Duitama	AI Auditoría Interna/Control Interno	Dueños de proceso / MC	Auditoría al proceso de Planeación Institucional	1	1	
<input type="checkbox"/>	2026	ESE Hospital Regional de Duitama	AI Auditoría Interna/Control Interno	Dueños de proceso / MC	Gestión de Mercadeo	5	5	

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022 Página 37 de 43

1. Auditoría al Proceso de Oficina Jurídica Interna

El hallazgo presenta 0% de avance y fecha final de ejecución al 03 de diciembre de 2025. A 31 de marzo de 2026 no se evidencia seguimiento ni cumplimiento de las acciones formuladas, configurándose incumplimiento del plan dentro del término establecido. Se requiere acción inmediata por el riesgo jurídico asociado al manejo de derechos de petición.

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
1	Control de términos de respuesta en derechos de petición del ESE Hospital Regional de Duitama	2351	1	Defensa_Jurídica	25/06/2025	03/12/2025	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento

Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, 2026.

2. Auditoría al proceso de Planeación Institucional


El plan registra 0% de avance; no obstante, su fecha final de ejecución está prevista para el 10 de abril de 2026. Por tanto, al corte de 31 de marzo de 2026 no se encuentra vencido ni puede calificarse como incumplido. Sin embargo, la ausencia de avances evidencia necesidad de iniciar oportunamente las actividades programadas para evitar retrasos futuros.

No. PLAN	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
1	Publicar la invitación a la audiencia por lo menos dos veces durante dicho término con intervalo de al menos 10 días, en un medio de amplia circulación con cobertura en la jurisdicción donde cuenta con afiliados	2252 2253	1	Planeación Institucional	25/06/2025	10/04/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento, aún no se finaliza el tiempo de cumplimiento

Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, 2026.

3. Auditoría al proceso de Gestión de Mercadeo

Se presentan los hallazgos y acciones de mejora formuladas como resultado de la auditoría realizada al proceso de Gestión de Mercadeo. El plan de mejoramiento contempla un total de cinco (5) hallazgos, asociados a cinco (5) acciones de mejora, orientadas al fortalecimiento del seguimiento contractual, la actualización de la información institucional y el cumplimiento de los procedimientos establecidos para la gestión y control de contratos y acuerdos de voluntades. Asimismo, se incluyen aspectos relacionados con la divulgación interna de la información contractual y la actualización del portafolio de servicios institucional.

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022
		Página 38 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
1	Contratos con antigüedad prolongada (vigentes desde el año 2016)	2706	1	Gestión De Mercadeo	09/03/2026	30/04/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento, aún no se finaliza el tiempo de cumplimiento
2	Debilidades en la matriz interna de seguimiento a los contratos y acuerdos de voluntades.	2702	1	Gestión De Mercadeo	04/03/2026	30/04/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento, aún no se finaliza el tiempo de cumplimiento
3	Desactualización de portafolio de servicios del Hospital Regional de Duitama.	2700	1	Gestión De Mercadeo	09/03/2026	30/04/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento, aún no se finaliza el tiempo de cumplimiento
4	Incumplimiento del procedimiento de seguimiento y evaluación de contratos en el registro y control de información contractual en ALMERA.	2705	1	Gestión De Mercadeo	09/03/2026	30/04/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento, aún no se finaliza el tiempo de cumplimiento
5	Incumplimiento en la divulgación interna de los contratos suscritos con las EAPB.	2707	1	Gestión De Mercadeo	09/03/2026	30/04/2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento, aún no se finaliza el tiempo de cumplimiento


Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, 2026.

A la fecha de corte del seguimiento, los cinco (5) hallazgos registrados presentan un avance del 0% y no cuentan con seguimiento documentado en el Sistema de Gestión Integral – Almera. No obstante, se observa que las acciones formuladas tienen como fecha final de ejecución el 30 de abril de 2026, por lo cual, al cierre del periodo evaluado, el plan aún se encontraba dentro del plazo establecido para su cumplimiento.

4. Auditorías pendientes de formulación de plan de mejoramiento

Durante la revisión efectuada en el Sistema de Gestión Integral – ALMERA no se evidenciaron planes de mejoramiento asociados a las auditorías correspondientes a **Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP II, Gestión Documental y Auditoría de Gases Medicinales**, cuyos informes fueron aportados como soporte en la vigencia 2025. De igual manera, no se evidenció la formulación del plan de mejoramiento derivado del **Informe Inventario General HRD** generado en Enero de 2026.

En ese sentido, se observa que para dichos ejercicios de auditoría y seguimiento no se encuentra registrada la formulación de acciones correctivas o de mejora derivadas de los hallazgos u oportunidades identificadas. Lo anterior cobra relevancia teniendo en cuenta que, de conformidad con el procedimiento institucional HRD-PE-PI-PR-06 – Elaboración Plan de Mejoramiento, el ciclo de gestión inicia con el informe final de auditoría y continúa con la

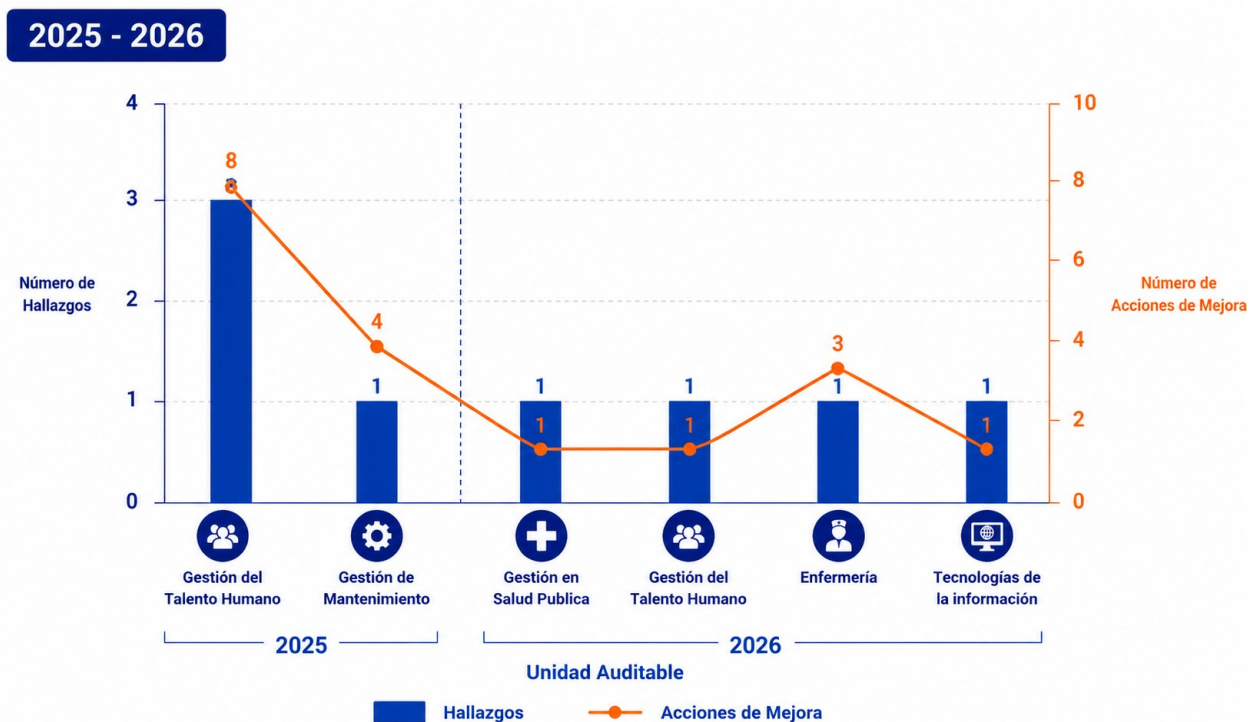
	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022
		Página 39 de 43

formulación, ejecución, seguimiento, evaluación y cierre del respectivo plan. Asimismo, dicho procedimiento establece que el líder del proceso auditado debe formular el plan de mejoramiento dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la entrega del informe definitivo; no obstante, a la fecha del presente seguimiento no se evidencia el cumplimiento oportuno de esta disposición institucional.


Auto Evaluaciones Internas

En la siguiente sección se presentan los planes de mejoramiento derivados de ejercicios de autoevaluación interna realizados por los dueños de proceso y registrados en el Sistema de Gestión Integral – ALMERA. Aunque estos ejercicios no corresponden a auditorías formales, el sistema institucional los estructura mediante hallazgos, unidades auditables y acciones de mejora, permitiendo efectuar seguimiento al avance y cumplimiento de los compromisos formulados en el marco de la mejora continua institucional.

Figura 3: Consolidado de Hallazgos y Acciones de Mejora por Unidad Auditable – Auto Evaluaciones Internas Vigencias 2025–2026



Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, 2026.

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022
		Página 40 de 43

Se revisaron las acciones derivadas de los ejercicios de autoevaluación interna registrados en el Sistema de Gestión Integral – Almera. Como resultado, se identificaron dos (2) planes de mejoramiento asociados a procesos de autoevaluación, correspondientes a las vigencias 2025 y 2026, los cuales agrupan un total de ocho (8) hallazgos y dieciocho (18) acciones de mejora. Los planes se encuentran orientados al fortalecimiento del clima organizacional y al mejoramiento del indicador de higiene de manos, en cumplimiento de los estándares de acreditación en salud.

<input type="checkbox"/>	Año	Empresa	Sistema de referencia	Emisor	Informe	Cantidad hallazgos	Cantidad planes de mejora
<input type="checkbox"/>	2025	ESE Hospital Regional de Duitama	AUI Evaluaciones Internas	Auto Dueños de proceso / MC	Informe de Gestión- Clima Organizacional 2025 E.S.E Hospital Regional de Duitama.	4	4
<input type="checkbox"/>	2026	ESE Hospital Regional de Duitama	AUI Evaluaciones Internas	Auto Dueños de proceso / MC	Desviación del indicador de Higiene de Manos 2026. ESTANDAR DE ACREDITACIÓN 8	4	4


Fuente. Sistema de Información ALMERA

1. Informe de Gestión- Clima Organizacional 2025 E.S.E Hospital Regional de Duitama.

El plan de mejoramiento contempla un total de cuatro (4) hallazgos, asociados a doce (12) acciones de mejora, orientadas al fortalecimiento de la comunicación e integración entre áreas, el direccionamiento y liderazgo institucional, las condiciones del ambiente físico y la apropiación de la misión, visión y objetivos institucionales. Las acciones fueron asignadas principalmente a los procesos de Gestión del Talento Humano y Gestión de Mantenimiento e Infraestructura Física Hospitalaria, con el propósito de fortalecer el ambiente laboral y contribuir al mejoramiento continuo institucional.

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
1	Dificultades para colaborar y coordinar tareas entre áreas y compañeros (comunicación e integración).	2325	5	Gestión del Talento Humano	25/11/2025	27/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 30 de diciembre 2025
2	Estilo de direccionamiento y liderazgo.	2328	1	Gestión del Talento Humano	25/11/2025	18/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 23 de diciembre 2025
3	Variable baja condiciones del ambiente físico.	2326	4	Gestión de Mantenimiento e Infraestructura Física Hospitalaria	25/11/2025	30/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 30 de enero 2026
4	Variable baja orientación en la organización con la misión, visión y objetivos institucionales.	2327	2	Gestión del Talento Humano	25/11/2025	30/12/2025	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 30 de diciembre 2025

Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, 2026.

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022 Página 41 de 43


Los cuatro (4) hallazgos registrados alcanzaron un avance del 100%, reflejando la ejecución total de las acciones formuladas. No obstante, al revisar las fechas de seguimiento y cierre, se observa que las acciones de mejora tenían plazo de cumplimiento establecido para la vigencia 2025; sin embargo, una de las acciones asociadas a la variable “condiciones del ambiente físico” registró su seguimiento final y cumplimiento total hasta el 30 de enero de 2026, evidenciando un cierre posterior al término inicialmente definido.

Si bien las acciones fueron ejecutadas en su totalidad, corresponde dejar constancia del cumplimiento extemporáneo presentado en dicho hallazgo y efectuar el respectivo cierre administrativo del plan de mejoramiento en el Sistema de Gestión Integral – Almera.

2. Desviación del indicador de Higiene de Manos 2026. ESTANDAR DE ACREDITACIÓN 8 .

Se presentan los hallazgos y acciones de mejora formuladas como resultado de la desviación identificada en el indicador de Higiene de Manos correspondiente a la vigencia 2026, en el marco del Estándar de Acreditación 8. El plan de mejoramiento contempla un total de cuatro (4) hallazgos y seis (6) acciones de mejora orientadas al fortalecimiento de las estrategias institucionales de prevención y control de infecciones, seguimiento al cumplimiento de la higiene de manos y mejora en los mecanismos de observación y monitoreo.

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
1	Obtención, evaluación y verificación de datos en tiempo real de la estrategia multimodal de higiene de manos. Meta: Suministrar dos Tablet con chip de internet para el personal de prevención y control de infecciones. Soporte: Entrega física de las Tablet con chip de internet.	2348	1	Tecnologías de la información	02-01-2026	31-03-2026	100%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 20 de febrero 2026
2	Módulo de Higiene de Manos	2349	1	Gestión del Talento Humano	02-01-2026	31-07-2026	0%	ACTIVO	A 31 de marzo 2026 no se encuentra seguimiento, aún no se finaliza el tiempo de cumplimiento
3	Implementar la técnica de Higiene de manos al Ingreso del Comité de prevención y control de Infecciones	2350	1	Gestión en Salud Pública	30-01-2026	30-11-2026	27%	ACTIVO	Último seguimiento 31 de marzo de 2026, aún no se finaliza el tiempo de cumplimiento
4	Observadores Ocultos	2351	3	Enfermería	02-01-2026	30-06-2026	53,33%	ACTIVO	Último seguimiento realizado el 02 de febrero de 2026. Aunque el plazo general de cumplimiento del plan aún se encuentra vigente, se evidencia que una de las acciones de mejora tenía

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022 Página 42 de 43

No.	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
									fecha de finalización establecida para el 28 de febrero de 2026, sin que a la fecha se registre avance o ejecución de actividades asociadas.
Acciones de mejoramiento propuestas (3)							Inicio	Terminación	Seguimiento
✓	01. Seleccionar observadores ocultos en cada servicio			<i>aemejia, atmonroy, eyruiz, yralba</i>	2026-01-02	2026-01-31	100%		
✗	02. Capacitar en observación en la estrategia multimodal de Higiene de manos al grupo de Observadores Ocultos.			<i>paruiz</i>	2026-01-02	2026-02-28	0%		
➔	03. Designar observadores ocultos en cada servicio con el fin de realizar monitoreo continuo del indicador de higiene de Manos.			<i>paruiz</i>	2026-01-02	2026-06-30	60%		
							Avance ponderado: 53,33%		


Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, 2026.

Auditorías Revisoría Fiscal

Durante el periodo del 1 de enero al 31 de marzo de 2026 no se evidencian en el Sistema de Información ALMERA planes de mejoramiento derivados de auditorías practicadas por la Revisoría Fiscal. En consecuencia, no fue posible efectuar seguimiento a hallazgos provenientes de esta fuente de control durante el periodo evaluado.

7. CONCLUSIONES

1. Durante el seguimiento efectuado a los planes de mejoramiento registrados en el Sistema de Gestión Integral ALMERA, se evidenció la existencia de planes derivados de auditorías internas, auditorías externas y ejercicios de autoevaluación interna correspondientes a las vigencias 2024, 2025 y 2026.
2. Se identificó que varios planes de mejoramiento presentan acciones ejecutadas al 100%; sin embargo, continúan en estado activo y sin cierre administrativo en la plataforma, situación que afecta la trazabilidad y depuración oportuna de los compromisos institucionales.
3. Se evidenciaron acciones de mejora con cumplimiento extemporáneo respecto a las fechas inicialmente definidas, así como acciones vencidas sin avance registrado, lo que refleja debilidades en el seguimiento y control de los cronogramas establecidos por los procesos responsables.

	HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	Código: HRD-PE-DG-FO-01
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
	INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	Fecha: 21 febrero 2022 Página 43 de 43

4. En algunos casos se observó ausencia de seguimiento periódico, dificultando la validación del cumplimiento efectivo de las acciones formuladas.
5. Se identificaron auditorías y ejercicios de evaluación para los cuales no se evidenció formulación o registro oportuno del respectivo plan de mejoramiento, incumpliendo lo establecido en el procedimiento institucional HRD-PE-PI-PR-06 "Elaboración Plan de Mejoramiento".
6. El seguimiento realizado permitió evidenciar el compromiso institucional frente a la mejora continua; no obstante, persisten oportunidades de fortalecimiento relacionadas con la oportunidad en la ejecución, seguimiento, actualización y cierre administrativo de los planes de mejoramiento.

8. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer el seguimiento periódico a las acciones de mejora registradas en ALMERA, garantizando la actualización oportuna de avances, soportes y evidencias que permitan validar la ejecución de las actividades formuladas.
2. Realizar el cierre administrativo oportuno de los planes de mejoramiento cuyas acciones ya fueron ejecutadas y verificadas, evitando su permanencia en estado activo dentro de la plataforma.
3. Garantizar la formulación de los planes de mejoramiento dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la emisión de los informes de auditoría o evaluación, conforme a lo establecido en el procedimiento institucional HRD-PE-PI-PR-06.
4. Fortalecer la cultura de autocontrol y seguimiento por parte de los líderes de proceso, promoviendo el cumplimiento oportuno de las acciones de mejora y la adecuada gestión documental de las evidencias asociadas.
5. Verificar que los registros consignados en ALMERA correspondan con el estado real de ejecución de las acciones de mejora, garantizando la confiabilidad y trazabilidad de la información institucional reportada.


July Cecilia Nieto Granados

Asesora de Control Interno
 E.S.E. Hospital Regional de Duitama