TABLA DE CONTENIDO

Duitama, marzo 2025 2
1. RESPONSABLE. 2
2. PRESENTADO A. 2
3. PERIODO DEL INFORME. 2
4. OBJETIVO. 2
5. RESUMEN. 2
6. DESARROLLO. 3
METODOLOGÍA 3
1. AUDITORÍAS EXTERNAS 3
7. CONCLUSIONES ..... **¡Error! Marcador no definido.**
8. ANEXOS 12

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Duitama.
Su reproducción es estará dada por el líder del proceso de gestión de calidad

Duitama, marzo 2025

1. RESPONSABLE.

MARTHA AZUCENA GRANADOS CASTRO
ASESOR DE CONTROL INTERNO

2. PRESENTADO A.

JAIRO MAURICIO SANTOYO GUTIERREZ
GERENTE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

3. PERIODO DEL INFORME.

La fecha de este informe inicia a partir del 01 de enero al 31 de diciembre de 2024.

4. OBJETIVO.

Verificar el avance y cumplimiento de las actividades del Plan de Mejoramiento Institucional propuesto por la ESE Hospital Regional de Duitama para subsanar los hallazgos derivados de las auditorías realizadas por entes externos e internos de control, en el marco del fortalecimiento institucional y mejora continua.

5. RESUMEN.

La Oficina de Control Interno en su rol de evaluación y seguimiento establecido en el Decreto 648 de 2017, realizó seguimiento y monitoreo a los Planes de Mejoramiento Institucional y por procesos con el fin de revisar el estado de avance de las acciones establecidas.

El presente informe consolida información del Sistema de Gestión Integral – Almera con el fin de corregir las desviaciones encontradas en los hallazgos suscritos producto de las auditorías por entes externos, la Oficina de Control Interno y Revisoría Fiscal a corte 31 de diciembre de 2024.

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Duitama.
Su reproducción es estará dada por el líder del proceso de gestión de calidad

6. DESARROLLO.

En desarrollo al Plan Anual de Auditoría de la vigencia fiscal 2024 se estableció el seguimiento de los planes de mejoramiento suscritos por los procesos administrativos de la entidad para corregir desviaciones encontradas como resultad de auditoria internas y externas realizadas a la entidad, con el propósito de fortalecer la ejecución de los procesos y minimizar el riesgo en el desarrollo de la gestión institucional.

METODOLOGÍA

El seguimiento a los planes de mejoramiento se dividirá en tres tipos de auditorías:

1. Auditorías Externas
2. Auditorías Internas – Oficina de Control Interno;
3. Auditorías de la Revisoría Fiscal.

1. AUDITORÍAS EXTERNAS

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2024										
AUDITORÍA EXTERNA										
PROCESO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	No. HALLAZGOS	NOMBRE DEL HALLAZGO	No. PLAN DE MEJORA	CANTIDAD ACCIONES MEJORA	FECHA INICIO	FECHA FINAL	ESTADO	OBSERVACIONES
GESTIÓN DE SALUD PÙBLICA	Visita Seguimiento Implementación Higiene de manos.	Formular plan de mejora acorde a resultados y hallazgos de visita para la Evaluación de estrategia multimodal de lavado de manos.	5	Se sugiere a la referente de lavado de manos, revisar cada uno de los criterios contemplados en el formato de Autoevaluación para vigencia 2024.	1864	3	01/10/2024	25/11/2024	INACTIVO	Cumplido, sin embargo, las acciones se iniciaron tarde y se terminaron tarde.
				Es importante la articulación con servicios generales y mantenimiento para garantizar adecuado uso de dispensadores y canecas.	1867 1865 1866	3				
				Mejorar el protocolo que se tiene establecido para la estrategia de lavado de manos. Generando instructivos enfocados a la institución.	1868	1				
				Es importante realizar mayor capacitación y rondas de seguridad ya que no existe adherencia al protocolo de lavado de manos.	1870 1869	2				
				Implementar estrategia de observadores por servicio y más frecuente para obtener más información del proceso y adherencia la protocolo.	1871	2				
GESTIÓN DE CALIDAD	visita de rías ruta de promoción y	Adherencia al diligenciamiento	4	Socializar los hallazgos de la visita descritos en el acta y ampliar la cobertura de las actividades de protección específica y	1781	2	23/10/202	14/11/2023	ACTIVO	Cumplido, sin embargo, las acciones se

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Duitama.
Su reproducción es estará dada por el líder del proceso de gestión de calidad

	mantenimiento.	de historia clínica sede Sativasur.		detección temprana contemplados en la res 3280 de 2018, por cursos de vida.						iniciaron tarde y se terminaron tarde.
				Buscar mecanismo de dejar registro en historia clínica de las actividades de educación grupal generada, principalmente de grupos con atención preferencial como primera infancia, gestantes y adultos mayores y de las acciones de educación familiar encaminadas según el riesgo identificado durante la consulta.	1782	2				
				Articulación entre el prestador y las EAPB para establecer acuerdo de voluntades. Para la toma de pruebas de ADN del Virus de Papiloma Humano. Teniendo en cuenta que La tamización con las pruebas que detectan el ADN de los virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo, se deben realizar a todas las mujeres entre 30 y 65 años, con un esquema 1-5-5 (cada 5 años) ante resultados negativos. (Resolución 3280/2018).	1783	1				
				Articulación entre el prestador y las EAPB para establecer acuerdo de voluntades para garantizar y realizar seguimiento a la oportunidad en el proceso de tamización con PSA (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra.	1784	1				
GESTIÓN DE CALIDAD	Asesoría y asistencia técnica PAI Santa Rosa de Viterbo.	Generar seguimiento al cumplimiento de los lineamientos para la gestión y administración del PAI emitidos por el MSPS y SESALUB para el año 2024 relacionados con la ejecución de las estrategias y tácticas en vacunación.	12	Continuar enviando los primeros 3 días del mes de cada mes el informe mensual SIS, junto al registro diario y a seguimiento de cohortes actualizado con la información completa de lote, vencimientos y traslados.	1733	1	24/04/2024	25/08/2024	INACTIVO	Cumplido, sin embargo, las acciones se iniciaron tarde y se terminaron tarde.
				Realizar el consumo de carnet y perdidas por política de frasco abierto de manera oportuna en el aplicativo PAI WEB 2.0.	1734	1				
				Dar cumplimiento al memorando del 9 de noviembre del 2023 del cargue oportuno de la información.	1735	1				
				Realizar búsqueda de población objeto del PAI y con el fin de garantizar la inmunización a toda la población y además lograr coberturas.	1736	1				
				Cargar dosis pendientes de COVID vigencia 2021 y 2022 de acuerdo con el acta de validación.	1736	1				
				Pendiente envió de acta COVE mes MARZO.	1737	1				
				Actualizar seguimiento a cohortes de gestantes.	1738	1				
				Enviar anexo de póliza multirriesgo donde se evidencie cobertura en el transporte de biológicos e insumos PAI.	1739	1				
				Área de cadena de frio: Mesón de acero inoxidable AISI 304.	1741	1				
				Área de cadena de frio: Poceta de acero inoxidable AISI 304 de 0.50mtsx 0,50 más y 0,40 más de profundidad en acero	1742	1				

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Duitama.
Su reproducción es estará dada por el líder del proceso de gestión de calidad

				inoxidable, con grifo cuello de ganso o ducha teléfono.						
				Cajas y/o termos debidamente almacenados en estibas plásticas.	1743	1				
				Mejorar proceso de administración de biológicas en especial multidosis, realizar hoja de perdida, paloteo. Para ellos debe estar todo el personal. Enviar soportes (plan de mejora, evidencia en acta y fotografía).	1744	1				
GESTIÓN DE CALIDAD	Hallazgos en el proceso de atención de los usuarios.	Proceso de atención de los usuarios con enfermedades de la ERC	4	Incumplimiento de las frecuencias de atención que garantice la disposición de los resultados de laboratorio y demás medidas clínicas en el proceso de atención.	1773	2	6/07/2024	25/10/2024	INACTIVO	Cumplido, las acciones iniciaron tarde., pero terminaron a tiempo.
				No reporte de la información de atenciones prestadas a los usuarios con patologías precursoras a través de la herramienta tecnológica dispuesta por Nueva EPS.	1774	1				
				Inasistencia de los usuarios a las atenciones programadas dentro del seguimiento en el programa.	1777	1				
				Usuarios sin cumplimiento de criterios clínicos: Para ello Nueva EPS definió los seguimientos parámetros para priorizar la población.	1778	1				
GESTIÓN DE CALIDAD	Asistencia técnica prevención y detección temprana.	Prevención y detección temprano del cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y próstata, orientando las estrategias de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud RPMS (Resolución 3280 de 2018).	8	No cuenta con socialización del Protocolo de Vigilancia en Salud Publica De Cáncer De Cuello Uterino, ni evaluación de adherencia al protocolo.	1766	2	7/02/2024	15/12/2023	ACTIIVO	Los hallazgos 1766, 1767 y 1771 fueron cumplidos al 100%, sin embargo iniciaron tarde. Los hallazgos 1768, 1795, 1770 y 1769 se encuentran activos y con un avance poco significativo.
				No soporta registro de entrega de elementos informativos de las acciones de promoción y prevención por grupo de edad y genero (Ca de mama, cuello uterino y próstata, vacunación VPH).	1767	1				
				El 80% del personal de la institución no cuenta con el curso de actualización en citología ofertado por el Instituto Nacional de Cancerología.	1768	1				
				El 80% del personal de la institución no cuenta con el curso de seguridad de la vacuna contra el cáncer del cuello uterino VPH ofertado por el Instituto Nacional de Cancerología.	1795	1				
				El 80% del personal de la institución no cuenta con el curso del Virus del Papiloma Humano (VPH) ofertado por el Instituto Nacional de Cancerología.	1769	1				
				El 80% del personal de la institución no cuenta con el curso Detección temprana del Cáncer de próstata ofertado por el Instituto Nacional de Cancerología.	1770	1				
				No cuenta con RIAS para cáncer de mama y de próstata y su socialización en la IPS.	1771	1				
				Gestión de la atención ambulatoria.	1772	1				

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Duitama.
Su reproducción es estará dada por el líder del proceso de gestión de calidad

GESTIÓN DE CALIDAD	Habilitación COMPENSAR	Visita de verificación de los componentes organizacional, desempeño de procesos y mejora continua.	1	En área de lavado de tinas del servicio de hospitalización pediátrica se encuentran superficies y emboquillados deteriorados.	1666	1	25/04/2024	31/05/2024	INACTIVO	Cumplido, la acción inicio termino antes de lo determinado.
GESTIÓN DE CALIDAD	Habilitación COOSALUD.	Monitoreo de la red de prestadores.	1	El prestador no cumple con los resultados en salud esperadas y/o metas pactadas.	1667	6	09/04/2024	20/05/2024	INACTIVO	Cumplido, las acciones iniciaron tarde y terminaron tarde.
GESTIÓN DE CALIDAD	Habilitación CAJACOPI EPS Santa Rosa de Viterbo.	Evaluar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.	8	No cuenta con franja foto lumínica.	1715	1	19/06/2024	20/09/2024	ACTIVO	La acción 1720 se encuentra activa las demás se ejecutaron tarde.
				No cuenta con barrera física en los consultorios de medicina y enfermería.	1716	1				
				No cuenta con certificado permiso de uso de suelos.	1717	1				
				No se evidencia publicación de los planos indicativos de las rutas de evacuación.	1718	1				
				No se evidencia publicación de los planos indicativos de las rutas de residuos hospitalarios.	1719	1				
				Rampas entrada de la ESE sin pasamanos y protectores laterales que permiten garantizar la accesibilidad de los usuarios.	1720	1				
				La cinta métrica no cumple con especificación de resolución 2465 del 2016.	1721	1				
				El 20% de historias no cuenta con antecedentes familiares El 10 % de historias clínicas no registra los antecedentes personales del paciente, El 10 % de historias clínicas no registra clase de medicamento, concentración, cantidad dosis y frecuencia, El 10 % de historias clínicas no signos vitales completos.	1722	2				
GESTIÓN DE CALIDAD	Asistencia Técnica Municipal - Resolución 2350 de 2020.	Evidenciar la adherencia al lineamiento técnico para el Manejo integrado de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de 0 a 59 meses de edad adoptado en la resolución 2350 de 2020, verificar el cumplimiento y avance de los compromisos acordados en la asistencia técnica del año 2023.	6	No se presentan evidencias de las capacitaciones realizadas al talento humano en salud relacionadas con la Resolución 2350 de 2020, Resolución 2465 de 2016 y Protocolo de Desnutrición aguda del INS.	1746 1745	1	01/07/2024	30/12/2024	INACTIVO	Las acciones se ejecutaron tarde, las acciones 1746 y 1752 no tienen actividades definidas en su plan de acción.
				No cuentan con el inventario de todos los equipos biomédicos por lo tanto se desconoce la cantidad de equipos de medición antropométrica existentes en la institución (báscula, pesa bebé, tallímetro, infantometro y cinta métrica). Al verificar en los consultorios el estado de los equipos se evidencia que algunos se encuentran en regulares condiciones.	1747	2				
				No cuentan con la hoja de vida de todos los equipos de medición antropométrica, por lo tanto, no presentan los certificados de calibración para instrumentos de pesaje, ni mantenimientos preventivos y/o chequeos mensuales.	1748	1				
				En la línea base reporte de indicadores Resolución 2350 de 2020, se evidencian fallas en la calidad del dato en los indicadores 9, 10, 16, 17 y 18.	1749	1				

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Duitama.
Su reproducción es estará dada por el líder del proceso de gestión de calidad

				No cuentan con la evaluación de adherencia por parte de los profesionales al lineamiento técnico para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa, incumpliendo al artículo 11Resolución 2350.	1750	1				
				No cuentan con plan de mejoramiento dado que no se ha evaluado la adherencia al lineamiento técnico, incumpliendo lo dispuesto en el artículo 11 Resolución 2350 de 2020.	1752 1751	1				
LABORATORIO CLÍNICO	Visita de asistencia técnica Salud pública Laboratorio.	En el municipio de Duitama durante el día 30 del mes de Julio del año 2024, se presentó en las instalaciones de la institución, la secretaría de Salud de Boyacá, quien procedió a realizar la visita de Asistencia Técnica.	6	Se cuenta con manual de diagnóstico de TB, falta lo referente a la enfermedad de Hansen.	1857	2	30/07/2024	15/10/2024	INACTIVO	Cumplido, iniciaron tarde.
				No existe espacio delimitado para la toma de muestra por consulta externa.	1858	2				
				Se utiliza vacuna de BCG control de calidad para la coloración.	1860	1				
				No se tiene colorante específico de Giemsia.	1859	1				
				Se realiza frotis de sangre periférica, gota gruesa y serología para remisión.	1861	1				
				Se tienen los insumos y se está estandarizando el protocolo.	1862	1				
ATENCIÓN PSICOSOCIAL	Visita para asistencia técnica Salud Mental.	Visita para asistencia técnica de la secretaria de salud municipal en relación con la implementación ruta de salud mental.	2	Dentro del sistema de dinámica gerencial no se evidencia MHGAP, HUMANITARIO, ASSIST, AUDIT, APGAR.	1874	2	04/10/2024	25/10/2024	INACTIVO	Cumplido, las actividades iniciaron tarde.
				Cuenta con el profesional de la salud con la certificación para la aplicación de las escalas: MHGAP, HUMANITARIO, ASSIST, AUDIT.	1875	1				
GESTIÓN DE SALUD PUBLICA	Certificados defunciones.	Plan de mejoramiento para la certificación de defunciones.	4	Fallas en la identificación de muertes naturales y no naturales.	1876	3	10/21/2024	24/01/2025	INACTIVO	Cumplido, las acciones iniciaron tarde.
				Falla en la comunicación oportuna y pertinente de los hechos vitales.	1877	2				
				Desconocimiento de la ruta para el reporte y certificación de muertes No naturales.	1878	2				
				Falta incluir en capacitación anual el tema de estadísticas vitales.	1879	1				
GESTIÓN DE CALIDAD	Habilitación SALUD TOTAL EPS Duitama.	Evaluar la calidad de la estructura y los procesos relacionados con la entrega de servicios de salud en la red de prestadores de la EAPB, a partir de la verificación del cumplimiento de los requisitos legales, técnicos y del cliente, teniendo como base el modelo de evaluación integral de la red	17	No se evidencia medición de adherencia al cumplimiento de la GPC de algunas patologías de acuerdo con los primeros diagnósticos por perfil epidemiológico Adherencias fuera de las metas.	1916	1	24/10/2024	15/12/2024	INACTIVO	Cumplido, las acciones iniciaron tarde.
				La IPS cuenta con manual Código Azul Código HRD-PM-GAI-UR-MA-08 Versión 1 fecha 17 -05-2023, Socialización en el mes de mayo de 2024, no se realiza medición de adherencia al cumplimiento de la atención código azul.	1917	2				
				No se evidencia soporte de socializaciones de los protocolos de enfermería.	1921	2				
				No se evidencian soportes de socialización, en el área de aislamiento servicio de urgencias durante la ronda se evidencia que no se encontraba identificado el tipo de aislamiento.	1919 1918	2				

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Duitama.
Su reproducción es estará dada por el líder del proceso de gestión de calidad

		desde sus líneas de auditoría, promoviendo de esta manera acciones que conduzcan a la mejora continua.		La IPS cuenta con Manual de uso racional de antibióticos código HRD-PM-GSP-MA-05 versión 1 fecha de actualización 12-08-2022, Adherencia del 84%. No se evidencian soportes de socialización.	1920	1				
				De acuerdo con estos diagnósticos el más frecuente para el servicio es dolor abdominal con adherencia del 60%. Se encuentra adherencia inferior en 60%, fuera de la meta.	1922	1				
				El diagnostico más frecuente para el servicio es apendicitis con adherencia del 66%. Se encuentra adherencia inferior en 60%, fuera de la meta.	1923	1				
				La IPS dispone de manual de atención del parto con calidad y calidez el cual incluye lo relacionado con la atención del parto, manejo de complicaciones y atención al recién nacido Código HRD-PM-GAQ-SP-MA-02, versión 1, adherencia del 95%. No se evidencian soportes de socialización.	1924	1				
				Adherencias de atención hemorragia posparto 96.76% y trastornos hipertensivos en el embarazo 100%. Manejo de complicaciones y atención al recién nacido Código HRD-PM- GAQ-SP-MA-02, versión 1, socializado PENDIENTE, adherencias 99%. No se evidencian soportes de socialización.	1925	1				
				Los diagnósticos más frecuentes para el servicio es neumonía en adultos 61.10%, infección de vías urinarias sin medición de adherencia. Se encuentra adherencia inferior en 61.10%, fuera de la meta, infección de vías urinarias sin medición de adherencia.	1926	2				
				Los diagnósticos más frecuentes para el servicio es trauma craneoencefálico, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular. No se obtiene información de adherencia de estas GPC, ni soportes de socialización.	1927	2				
				Indicador relación parto/cesárea en 37,40% corte al mes de agosto. Fuera de la meta.	1828	1				
				La IPS no realiza medición del indicador Porcentaje de asfixia perinatal.	1929	1				
				La IPS no realiza la medición del indicador Porcentaje de RN con trauma obstétrico.	1930	1				
				Se realiza seguimiento a la adherencia al lavado de manos con resultado del 49%. Indicador fuera de la meta.	1931	1				
				Durante la ronda realizada en el servicio de urgencias se evidencia medicamentos jeringas prellenadas, adicionalmente se evidencia el carro con jeringas ya usadas, sin descartar en el guardián y jeringas con medicamentos sin custodia, al fácil acceso de los usuarios.	1932	2				

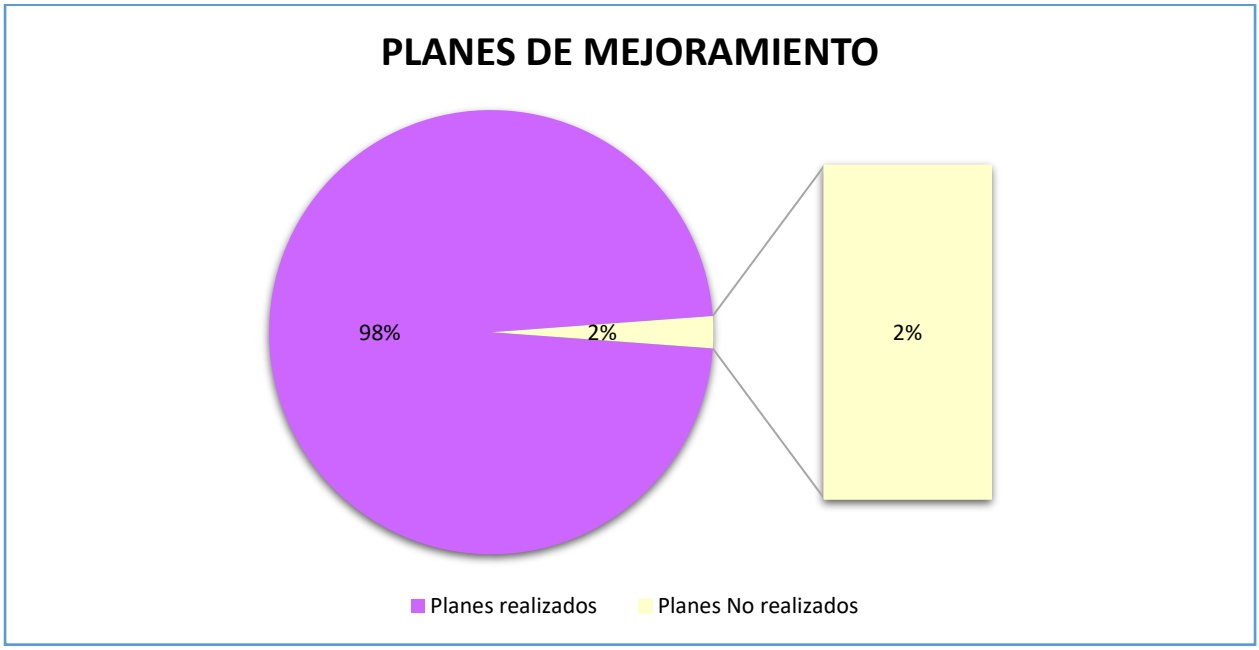
Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Duitama.
Su reproducción es estará dada por el líder del proceso de gestión de calidad

				Indicador promedio en días de la oportunidad de respuesta a quejas: -junio 5,22 meta 8 -Julio 5.22 -agosto 9.85 Meta institucional 8 días, meta EAPB 5 días Indicador fuera de la meta.	1933	1				

Tabla No.1 Auditorías Externas.

Según se evidencia en el Sistema de Gestión Integral – Almera y como se relaciona en la tabla No. 1 se establecieron 84 Planes de Mejoramiento de los cuales se desprendieron 108 acciones de mejora por realizar.

En la siguiente grafica se refleja el desarrollo de los Planes de Mejoramiento, así como sus acciones de mejora durante la vigencia 2024:



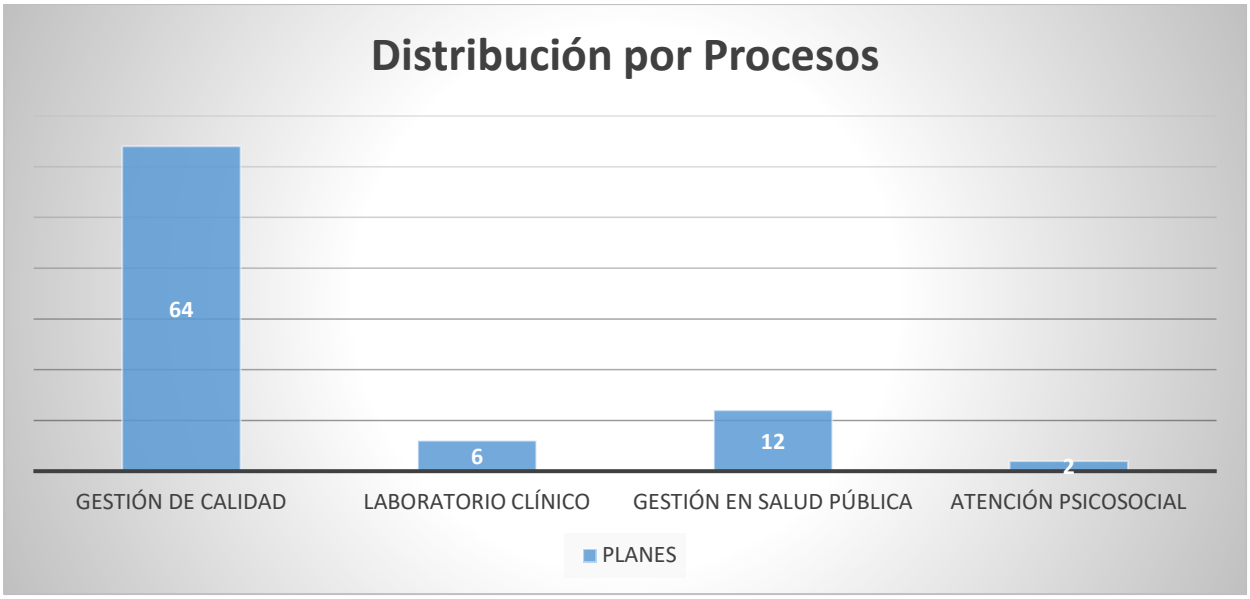
Grafica No. 1 Avance Planes de Mejoramiento Auditoría Externa.

La grafica representa el porcentaje de Planes de Mejoramiento que no se han realizado al 100%, el 2% representa:

- **El Plan de Mejoramiento No. 1720:** cuenta con una acción de mejora propuesta la cual el seguimiento se encuentra al 100%, pero esta activa en el sistema.
- **El Plan de Mejoramiento No. 1768, 1795, 1770 y 1769:** se encuentran activos y con un avance poco significativo, la fecha de vencimiento fue el 15 de diciembre de 2024.

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Duitama.
Su reproducción es estará dada por el líder del proceso de gestión de calidad

A continuación, se presenta el Plan de mejoramiento de acuerdo con el Mapa de Procesos del Hospital Regional de Duitama:



Grafica No. 2 Distribución por procesos.

En la gráfica se evidencia que el mayor número de Planes de Mejoramiento se encuentra en el proceso estratégico Gestión de Calidad con 64 Planes, enseguida se encuentra el Macroproceso Misional de Gestión de Salud Pública con 12 Planes, a continuación, el proceso misional de Laboratorio Clínico con 6 Planes y por último, el proceso Misional de Atención Psicosocial con 2 Planes de Mejoramiento.

2. AUDITORIA DE REVISORÍA FISCAL

	SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2023								
	REVISORÍA FISCAL								
NOMBRE	DESCRIPCIÓN	No. PLANES	NOMBRE DEL HALLAZGO	No. ACCIÓN DE MEJORA	CANTIDAD ACCIONES DE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	ESTADO	OBSERVACIONES
Auditorio proceso de	Hallazgos al proceso de	9	Sobrefacturación en cobro de servicios médicos.	1785	1	1/01/2024	26/07/2024	ACTIVO	Se encuentra activo, el

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Duitama.
Su reproducción es estará dada por el líder del proceso de gestión de calidad

auditoría de cuentas	auditoria médica.		No existe comité de auditoría médica para socialización y planes de mejoramiento de glosas.	1786	1				plan acción 1792 tiene un porcentaje del 30%.
			Creación de indicador de gestión.	1787	1				
			Matriz de riesgos actualizada.	1788	1				
			Ampliar el subproceso de preauditoria de cuentas médicas de hospitalización y cirugía al servicio de urgencias en facturas que presenten valores significativos.	1789	1				
			Manual de Cartera Actualizado.	1790	1				
			Registrar en DGH deterioro automáticamente factura a factura.	1791	1				
			informe de auditoría sobre la aceptación de glosas tanto de la vigencia actual como de las vigencias anteriores comparativo con la información del área de contabilidad que corresponda a la vigencia actual y a las vigencias anteriores para determinar exactamente cuál es el valor de la perdida por aceptación de las glosas para que los valores sean concordantes entre las dos áreas para evaluar las pérdidas que se puedan generar por las objeciones que se aceptan y que corresponden al mismo periodo que se reconocen a través del sistema de información DGH.	1792	1				
			Revisión y actualización de procedimientos del proceso en Almera.	1793	1				
Toma de Inventario físico de materiales y suministros	Informe Revisoría Fiscal de Inventario de materiales y suministros diciembre 2023	3	No se suscribió el correspondiente plan de mejoramiento respecto de los tres (3) hallazgos establecidos en el informe emitido de fecha 28 de diciembre de 2022 y referencia RF-083-2022 como resultado de la auditoria adelantada al proceso de toma física de inventarios, incumpliendo con ello la resolución No. 085 del 27 de febrero de 2018 emitida por la ESE HRD, con lo que se pierde el control de seguimiento de las acciones correctivas que debieron haberse suscrito respectos de los hallazgos establecidos por la Revisoría Fiscal en la citada auditoria.	1142	1	09/04/2024	31/12/2024	ACTIVO	Se encuentra activo, sin embargo, se evidencia que los planes de mejora se encuentran realizados al 100%.
			Procedimiento control de inventarios.	1143	1				
			Diligenciamiento Formatos pendientes de firmas.	1144	1				
Auditoria Sistema de Información y Atención a los usuarios-Revisoría fiscal	Establecer aspectos de mejora en la gestión del Sistema de Información	4	Establecer aspectos de mejora en la gestión del Sistema de Información y atención al usuario	1635	1	09/04/2024	31/12/2024	ACTIVO	Se encuentra activo, sin embargo, se evidencia que los planes de mejora se encuentra
			Se requiere identificar las causas de la insatisfacción de los usuarios del porcentaje restante en los informes	1636	1				
			Algunas actas de comité de ética hospitalaria auditadas no cumplen los requerimientos de un correcto desarrollo, numeración ni seguimiento de tareas	1637	1				

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Duitama.
Su reproducción es estará dada por el líder del proceso de gestión de calidad

	y atención al usuario		No se identifican las mayores barreras administrativas presentadas y gestionadas por la oficina de atención al usuario para realizar acciones al respecto	1638	1				n realizados al 100%.
No se identifican las mayores barreras administrativas presentadas y gestionadas por la oficina de atención al usuario para realizar acciones al respecto	Establecer aspectos de mejora en la gestión del Sistema de Información y atención al usuario.	4	Falta de atención presencial para recepción de quejas por parte de usuarios 24 horas	1635	1	09/04/024	31/12/2024	ACTIVO	Se encuentra activo, sin embargo, se evidencia que los planes de mejora se encuentran realizados al 100%.
			Se requiere identificar las causas de la insatisfacción de los usuarios del porcentaje restante en los informes	1636	1				
			Algunas actas de comité de ética hospitalaria auditadas no cumplen los requerimientos de un correcto desarrollo, numeración ni seguimiento de tareas	1637	1				
			No se identifican las mayores barreras administrativas presentadas y gestionadas por la oficina de atención al usuario para realizar acciones al respecto.	1638	1				

Tabla No.2. Auditorías de Revisoría Fiscal.

En el Sistema de Gestión Integral – Almera se evidencia que los Planes de Mejoramiento producto de la Auditoria de Revisoría Fiscal, se encuentran en un avance del 100% en la realización de sus acciones, sin embargo, su estado en la plataforma es "activo". Es necesario actualizar la plataforma y dar el cierre a los Planes de Mejoramiento.

7. CONCLUSIONES

La mayoría de los Planes de Mejoramiento del Hospital Regional de Duitama se realizaron con un cumplimiento del 100% en sus acciones propuestas, sin embargo, se iniciaron tarde y terminaron tarde como se evidencia en el Sistema de Gestión Integral – Almera.

- Es indispensable que se tome en cuenta como acción de mejora iniciar y terminar los Planes de Mejoramiento a tiempo.
- Es importante recalcar que en gran totalidad los Planes de Mejoramiento se realizaron de manera satisfactoria.
- Es importante cerrar los planes en la plataforma Almera.

8. ANEXOS

Las evidencias se encuentran en la plataforma Almera.

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Duitama.
Su reproducción es estará dada por el líder del proceso de gestión de calidad

Control de Cambios			
Versión	**Fecha**	**Elaboro**	**Descripción del Cambio**

Revisión y Aprobación		
Elaborado/Modificado por:	**Cargo:**	**Fecha:**
Martha Azucena Granados Castro	Asesor de Control Interno	Marzo 2025
Revisado por:	**Cargo:**	**Fecha:**
Aprobado por:	**Cargo:**	**Fecha:**

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Duitama.
Su reproducción es estará dada por el líder del proceso de gestión de calidad