
	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 21

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.....	17
Auto Evaluaciones Internas.....	19
Auditorías Revisoría Fiscal.....	20
7. CONCLUSIONES.....	20
8. RECOMENDACIONES.....	21

	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 21

Duitama, marzo 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 diciembre de 2025

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 21

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 diciembre de 2025.

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 2025, se programó el seguimiento 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 la formulación, ejecución, seguimiento, evaluación y cierre, iniciando con el informe final de auditoría y finalizando con la validación del cumplimiento 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.

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.

	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 21

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 efectuó la revisión de los compromisos derivados de las auditorías externas practicadas a la E.S.E. Hospital Regional de Duitama durante la vigencia 2025, con base en la información registrada en el Sistema de Gestión Integral – Almera. Como resultado del análisis, se evidenció que permanece un plan de mejoramiento correspondiente a la vigencia 2024 que, a la fecha de corte, no ha alcanzado una ejecución del 100%, por lo cual requiere seguimiento y cierre oportuno.

De acuerdo con la información consultada, se identificaron planes de mejoramiento relacionados con asistencia técnica en gestión de calidad para prevención y detección temprana del cáncer, ruta de desnutrición aguda moderada o severa, visita de vigilancia para establecimiento farmacéutico, verificación de estándares en laboratorio clínico, estándares de habilitación en servicios asistenciales y revisión documental de procesos. En total, se evidencian 53 hallazgos, los cuales fueron objeto de análisis en cuanto a su avance, estado de cumplimiento, oportunidad en la ejecución y suficiencia de las acciones implementadas.

	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 21

El seguimiento a estos planes permite establecer el grado de respuesta institucional frente a las observaciones formuladas por los entes externos, así como identificar fortalezas, oportunidades de mejora y acciones prioritarias que contribuyan al fortalecimiento del sistema de control interno, la calidad en la prestación de los servicios de salud y el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad.

Tabla 1. Planes de Mejora Auditoría Externa

<input type="checkbox"/>	Año	Empresa	Sistema de referencia	Emisor	Informe	Cantidad hallazgos	Cantidad planes de mejora
<input type="checkbox"/>	2024	ESE Hospital Regional de Duitama	AE Auditoría Externa	Dueños de proceso / MC	de 6-24. MP ESTRATEGICO: GESTIÓN DE CALIDAD : Asistencia técnica prevención y detección temprana del cá	8	8
<input type="checkbox"/>	2025	ESE Hospital Regional de Duitama	AE Auditoría Externa	Dueños de proceso / MC	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 Auditoría Externa	Dueños de proceso / MC	de Visita de vigilancia para establecimiento farmacéutico - concepto técnico	8	8
<input type="checkbox"/>	2025	ESE Hospital Regional de Duitama	AE Auditoría Externa	Dueños de proceso / MC	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 Auditoría Externa	Dueños de proceso / MC	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 Auditoría Externa	Dueños de proceso / MC	de Revisión Documental de Procesos	1	1

Fuente. Sistema de Información ALMERA

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


El plan evidencia un nivel de cumplimiento alto, con la mayoría de hallazgos ejecutados al 100% y dos acciones cercanas al cierre total. No obstante, es importante precisar que este plan de mejoramiento tenía fecha de cumplimiento prevista para la vigencia 2024, por lo que las acciones pendientes reflejan incumplimiento en los plazos inicialmente establecidos. Persiste un hallazgo crítico con avance del 10%, lo que demuestra la necesidad de fortalecer el seguimiento focalizado, especialmente en los compromisos relacionados con capacitación del talento humano. Se recomienda efectuar el cierre administrativo de las acciones cumplidas y definir un

	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 21

plan de choque para el hallazgo rezagado.

No. PLAN	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
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, ni evaluación de adherencia al protocolo.	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 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 - 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 21

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

El plan tenía fecha final de ejecución al 31 de mayo de 2025 y registra solo 50% de avance. Por tanto, al cierre de la vigencia no cumplió con las acciones formuladas dentro del plazo establecido. Se requiere priorizar el cierre de las actividades pendientes, teniendo en cuenta el impacto asistencial y de salud pública del hallazgo identificado

No. PLAN	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

Fuente. Elaboración propia - Sistema de Información ALMERA

3. Visita de vigilancia para establecimiento farmacéutico – concepto técnico

El plan registra cumplimiento del 100% en todos los hallazgos. No obstante, al revisar las fechas se observa que varias acciones tenían vencimiento entre el 10 y 15 de octubre de 2025 y los seguimientos finales quedaron registrados entre el 22 y 27 de octubre de 2025, lo que evidencia cumplimiento posterior al plazo inicialmente definido. Aunque las acciones fueron ejecutadas, corresponde dejar constancia de cumplimiento extemporáneo y realizar el cierre administrativo en la plataforma.

No. PLAN	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

No. PLAN	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	100,00%	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	100,00%	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	100,00%	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	100,00%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 22 de octubre 2025

Fuente. Elaboración propia - 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 9 de 21

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

El plan presenta resultados mixtos. Varias acciones registran cumplimiento del 100%; sin embargo, otras permanecen con avance parcial (50%) o sin ejecución (0%) al cierre del periodo evaluado, pese a tener como fecha final de ejecución el 31 de diciembre de 2025. En consecuencia, el plan no alcanzó ejecución total dentro de los tiempos definidos y requiere seguimiento prioritario a los hallazgos pendientes, especialmente por su incidencia en la calidad diagnóstica, la trazabilidad de los procesos y el cumplimiento normativo.

No. PLAN	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 diciembre no se encuentra seguimiento
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 diciembre no se encuentra seguimiento
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 utilizado es una ambulancia de la institución el cual no es un vehículo que cumpla con la normativa para transporte de muestras biológicas	2294	1	Gestión de la atención en el Servicio de Laboratorio Clínico 1	15/07/2025	31/12/2025	50%	ACTIVO	Último seguimiento 1 de julio de 2025
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	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



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 21

No. PLAN	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	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.								
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	50%	ACTIVO	Último seguimiento 23 de septiembre 2025
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 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.	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
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	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



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 21

No. PLAN	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	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.								
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 THERMOMETER, SN SL25025, calibrado el 28/10/2024 por SED Y GAD (Certificado GC1510- 24), fue ajustado únicamente en el rango 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.	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
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	0%	ACTIVO	A 31 de diciembre no se encuentra seguimiento
11	No se encuentran establecidos la designación de profesionales que aseguren el cumplimiento de SGC en lo relativo a las operaciones	2286	1	Gestión de la atención en el Servicio de Laboratorio Clínico 1	15/07/2025	31/12/2025	0%	ACTIVO	A 31 de diciembre 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 12 de 21

No. PLAN	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	técnicas del laboratorio con formación técnica para apoyar, revisar y soportar los resultados obtenidos en el laboratorio.								
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 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.	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
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 diciembre 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 13 de 21

No. PLAN	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
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	100,00%	ACTIVO	Se cumplió en su totalidad, con el último seguimiento el 13 de junio 2025

Fuente. Elaboración propia - Sistema de Información ALMERA

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

El plan presenta múltiples hallazgos cumplidos al 100% dentro de la vigencia 2025; no obstante, también se identifican acciones vencidas al 31 de diciembre de 2025 sin seguimiento ni avance, así como otras con plazo vigente hasta 2026 que aún continúan en ejecución. Esto evidencia cumplimiento parcial: algunos compromisos fueron atendidos oportunamente, mientras otros no se ejecutaron dentro del término definido. Se recomienda priorizar los hallazgos vencidos y mantener seguimiento a los que continúan vigentes.

No. PLAN	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 diciembre no se encuentra seguimiento
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	0%	ACTIVO	A 31 de diciembre no se encuentra seguimiento
3	Al momento del recorrido no se evidencia neonatólogo 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 diciembre no se encuentra seguimiento
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 diciembre 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	10/10/2025	15/12/2025	0%	ACTIVO	A 31 de diciembre 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 14 de 21

No. PLAN	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
				Infraestructura Física Hospitalaria					seguimiento
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 diciembre no se encuentra seguimiento
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	0%	ACTIVO	A 31 de diciembre no se encuentra seguimiento
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
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 asfíxia 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	2321	1	Urgencias	10/10/2025	31/12/2025	0%	ACTIVO	A 31 de diciembre 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 15 de 21

No. PLAN	NOMBRE DEL HALLAZGO	ID	No. ACCIONES DE MEJORA	UNIDAD AUDITABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	% AVANCE	ESTADO	OBSERVACIONES
	registro los días 12 y 13, 15 TM, 19 TM, 20 TT, 22 TT, 29 TT, 30 TT, octubre 3TT, 6 TM, 7TT								
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 diciembre no se encuentra seguimiento, aún no se finaliza el tiempo de cumplimiento
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
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. Neonatólogo EDSON BERNAL no tiene 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.	2311	1	Urgencias	08/10/2025	08/03/2026	30%	ACTIVO	Último seguimiento 02 de diciembre de 2025, aún no se finaliza el tiempo de cumplimiento
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 - 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 16 de 21

6. Revisión Documental de Procesos


El plan registra 0% de avance al cierre de 2025; sin embargo, su fecha final de ejecución corresponde al 30 de enero de 2026. En ese sentido, no puede considerarse incumplido al corte evaluado, aunque sí presenta riesgo por ausencia de seguimiento previo. Se recomienda iniciar de inmediato las acciones para garantizar cumplimiento dentro del plazo vigente.

No. PLAN	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	0%	ACTIVO	A 31 de diciembre no se encuentra seguimiento

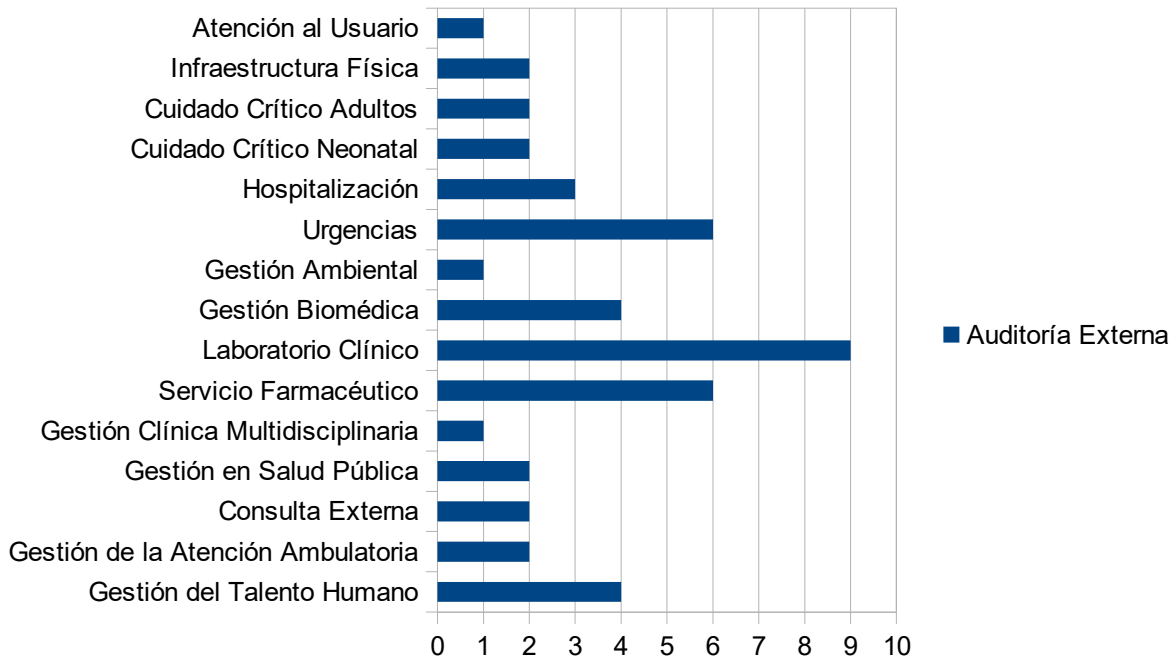
Fuente. Elaboración propia - Sistema de Información ALMERA

En el Sistema de Información ALMERA, en el módulo de planes de mejoramiento, se evidencia que por cada hallazgo derivado de las auditorías externas se encuentra asociado un plan de mejora con sus respectivas acciones correctivas o de fortalecimiento. En la **Gráfica No. 1** se presenta la distribución de los planes de mejoramiento por proceso, evidenciándose para esta fuente de evaluación un total de **47** planes de mejora. Lo anterior permite identificar la gestión institucional frente a los hallazgos formulados y orientar el seguimiento hacia el cumplimiento oportuno de las acciones definidas.

Asimismo, en el presente informe se identifica un plan de mejoramiento formulado en la vigencia 2024, producto de auditoría externa, que a la fecha de corte aún no ha sido ejecutado en su totalidad y cuyas fechas de cumplimiento se encuentran vencidas. Cabe señalar que en el informe de seguimiento de la vigencia 2024 ya se había advertido el vencimiento del plazo de ejecución; no obstante, persiste su incumplimiento parcial.

	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 21

Gráfica 1. Distribución de Planes de Mejoramiento por Proceso según Auditoría Externa 2024- 2025



Fuente. Elaboración propia - Sistema de Información ALMERA

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 durante la vigencia 2025, con base en la información registrada en el Sistema de Gestión Integral – Almera. Como resultado del análisis, se identificaron planes de mejoramiento asociados a los procesos de Defensa Jurídica y Planeación Institucional, con acciones orientadas al fortalecimiento del cumplimiento normativo, la oportunidad en la respuesta a los ciudadanos y la transparencia institucional. El seguimiento permite verificar el avance de las actividades formuladas, 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 18 de 21

<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	2

Fuente. Sistema de Información ALMERA

En el Sistema de Gestión Integral Almera se evidencian Planes de Mejoramiento producto de las Auditorías Internas realizadas por la Oficina de Control Interno presentan planes con acciones pendientes de ejecución y sin seguimiento registrado al corte evaluado, por lo cual se requiere fortalecimiento en la gestión, monitoreo y cierre oportuno de los compromisos formulados .

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. Al cierre de la vigencia 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. PLAN	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 diciembre no se encuentra seguimiento

Fuente. Elaboración propia - Sistema de Información ALMERA

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 evaluado 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 termino 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 diciembre no se encuentra seguimiento, aún no se finaliza el tiempo de cumplimiento

	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 21

Fuente. Elaboración propia - Sistema de Información ALMERA

3. 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. En ese sentido, se observa que para dichos ejercicios de auditoría 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 formulación, ejecución, seguimiento, evaluación y cierre del respectivo plan, por lo cual no se habría dado cumplimiento oportuno a lo establecido institucionalmente.

Auto Evaluaciones Internas


En desarrollo del seguimiento a los Planes de Mejoramiento Institucional, se revisaron las acciones derivadas de los ejercicios de autoevaluación interna efectuados durante la vigencia 2025, conforme a la información registrada en el Sistema de Gestión Integral – Almera. Como resultado, se evidenciaron planes enfocados en el fortalecimiento del clima organizacional, liderazgo, comunicación e integración entre áreas, condiciones del ambiente físico y apropiación de la misión, visión y objetivos institucionales. El análisis realizado permite valorar el compromiso de los procesos con la mejora continua, así como identificar acciones pendientes que requieren culminación y cierre administrativo.

<input type="checkbox"/>	Año	Empresa	Sistema de referencia	Emisor	Informe	Cantidad hallazgos	planes de mejora	
<input type="checkbox"/>	2025	ESE Hospital Regional de Duitama	ALJI	Auto Evaluaciones Internas	Dueños de proceso / MC	Informe de Gestión- Clima Organizacional 2025 E.S.E Hospital Regional de Duitama.	4	4

Fuente. Sistema de Información ALMERA

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

El plan presenta cumplimiento favorable, con tres hallazgos al 100% y uno al 87,50%. La mayoría de acciones fueron ejecutadas dentro o muy cerca de las fechas programadas de diciembre de 2025. No obstante, persiste una actividad pendiente relacionada con ambiente

	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 21

físico, por lo que el plan no alcanza cierre total. Se recomienda culminar la acción restante y proceder con el cierre administrativo.

No. PLAN	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	87,50%	ACTIVO	Último seguimiento 29 de diciembre 2025
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 - Sistema de Información ALMERA

Auditorías Revisoría Fiscal

Durante la vigencia 2025 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. El seguimiento realizado evidenció una gestión institucional favorable en una proporción importante de los planes de mejoramiento evaluados, especialmente en aquellos derivados de auditorías externas y autoevaluaciones internas, donde se registran múltiples acciones con cumplimiento total.
2. Se identifican avances significativos en procesos estratégicos, administrativos y asistenciales; no obstante, persisten hallazgos con ejecución parcial o sin avance, algunos de ellos con plazos vencidos al cierre de la vigencia 2025.
3. Continúan registrándose planes con cumplimiento del 100% que permanecen en estado activo dentro del Sistema de Gestión Integral – ALMERA, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer el cierre administrativo y la depuración de la información institucional.
4. En auditorías internas se observaron oportunidades de mejora relacionadas con la oportunidad en la ejecución y el seguimiento de las acciones formuladas, especialmente en temas jurídicos y de transparencia 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 21 de 21

- El ejercicio de seguimiento ratifica la importancia de mantener monitoreo periódico sobre los compromisos adquiridos, priorizar los planes vencidos y fortalecer la cultura de autocontrol como herramienta para la mejora continua y la gestión del riesgo institucional.

8. RECOMENDACIONES

- Priorizar la ejecución inmediata de las acciones pendientes correspondientes a planes con fecha de vencimiento cumplida y porcentaje de avance parcial o nulo.
- Realizar el cierre administrativo de los planes que registran cumplimiento del 100%, garantizando consistencia y confiabilidad en la información reportada en ALMERA.
- Implementar mecanismos periódicos de seguimiento por parte de los líderes de proceso, con revisión mínima mensual del avance, evidencias y alertas de vencimiento.
- Fortalecer la calidad del registro documental en la plataforma, asegurando oportunidad, suficiencia y trazabilidad de las evidencias cargadas.
- Continuar promoviendo la articulación entre líderes de proceso, Oficina de Control Interno y demás instancias de aseguramiento, con el fin de consolidar una cultura institucional orientada al mejoramiento continuo.
- Se recomienda mantener articulación con la Revisoría Fiscal y promover revisiones periódicas durante cada vigencia, a fin de fortalecer el aseguramiento institucional y la gestión del riesgo.
- Se recomienda a los procesos responsables formular y registrar oportunamente en ALMERA los planes de mejoramiento derivados de los informes de auditoría emitidos, garantizando trazabilidad, seguimiento y cumplimiento del procedimiento institucional


July Cecilia Nieto Granados
 Asesora de Control Interno
 E.S.E. Hospital Regional de Duitama