



INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORA INTERNOS 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

Garzón, noviembre 18 de 2025

1. OBJETIVO GENERAL

Realizar el seguimiento y verificación al cumplimiento de los planes de mejora formulados por las unidades funcionales administrativas y asistenciales de la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón – Huila, derivados de auditorías internas de calidad, rondas de verificación o iniciativas propias de cada unidad, con el fin de evaluar el avance de las acciones implementadas, la eficacia de los controles establecidos y el nivel de adherencia a los procesos institucionales, contribuyendo al fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad y a la mejora continua de la entidad.

2. PERIODO

El presente seguimiento corresponde a la verificación de los planes de mejora y evidencias reportadas por las unidades funcionales de la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón – Huila, dentro del periodo comprendido entre enero y octubre de 2025, teniendo en cuenta:

- Los planes de mejora formulados y ejecutados por las unidades durante los meses de enero a junio de 2025, principalmente en los procesos de Ingeniería Ambiental.
- Los planes de mejora elaborados por la unidad funcional de Consulta Externa entre los meses de julio y agosto de 2025.
- Las auditorías, compromisos y seguimientos realizados por la unidad funcional de Calidad durante los meses de febrero a septiembre de 2025, revisados en la ruta institucional al corte del 10 de octubre de 2025.

Este periodo integra la información recopilada como respuesta a la solicitud emitida por la Oficina de Control Interno el 22 de septiembre de 2025, cuyo plazo límite de remisión y cargue en la Unidad T fue fijado para el 10 de octubre de 2025.

3. NORMATIVIDAD O CRITERIOS

Para la verificación, análisis y consolidación del presente seguimiento a planes de mejora, la Oficina de Control Interno aplicó como referente el marco normativo vigente y los lineamientos institucionales que regulan el Sistema de Gestión de la Calidad y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG

3.1 Normatividad aplicable:

- Ley 87 de 1993: Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades del Estado.
- Ley 872 de 2003: Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva.
- Decreto 1499 de 2017: Por el cual se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- Decreto 1083 de 2015: Decreto Único Reglamentario de la Función Pública.
- Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS.
- Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los estándares del Sistema Único de Habilitación.



INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORA INTERNOS 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

- Manual de Procesos y Procedimientos Institucionales de la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl.
- Orientaciones del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC, cuando aplique.

3.2 Criterios de evaluación

Para este seguimiento se aplicaron los siguientes parámetros:

- Oportunidad en la remisión de planes de mejora y evidencias dentro de la fecha establecida (10 de octubre de 2025).
- Existencia y validez del plan de mejora o compromisos derivados de auditorías internas o iniciativas propias.
- Coherencia entre hallazgos, acciones correctivas propuestas y actividades ejecutadas.
- Evidencia documental suficiente, pertinente y verificable que respalde la ejecución de las acciones.
- Nivel de avance o cumplimiento reportado por cada unidad funcional.
- Consistencia entre los registros de seguimiento cargados en la Unidad T y la información allegada por correo (cuando correspondió).
- Adherencia a los procesos institucionales definidos en el Sistema de Gestión de Calidad.

4. METODOLOGÍA

Para el desarrollo del presente seguimiento, la Oficina de Control Interno aplicó una metodología basada en la verificación documental, el análisis comparativo y la revisión de evidencias, siguiendo las etapas que se describen a continuación:

4.1 Recolección de información

Se remitió comunicación oficial el 22 de septiembre de 2025 a las unidades funcionales administrativas y asistenciales, solicitando la entrega de los planes de mejora vigentes y sus respectivas evidencias, estableciendo como fecha límite de envío el 10 de octubre de 2025.

Se verificó la información cargada por las unidades en la ruta institucional: T > DEPENDENCIAS > TODOS > CONTROL INTERNO > PLAN DE MEJORA 2025 > ADMINISTRATIVO/ASISTENCIAL así como los documentos allegados por correo electrónico cuando aplicó.

4.2 Revisión y análisis de la información cargada en la Unidad T

A pesar de haberse solicitado información de planes de mejora a las 17 unidades funcionales administrativas (almacen, auditoria de cuentas, cartera, contabilidad, contratación, revisoria fiscal, facturación, gestión documental, ingeniería ambiental, ingeniería biomédica, mercadeo, planeación, presupuesto, sistemas de información, seguridad y salud en el trabajo, talento humano y tesorería) y 21 asistenciales (transporte asistencial, auditoria concurrente centro integral de terapias, cirugía, consulta externa, epidemiología, esterilización, farmacia, calidad, hospitalización, imágenes dx, laboratorio clínico, nutrición, obstetricia, promoción y prevención, seguridad del paciente, siau, ucín, ucía, urgencias y humanización) se identificó que





únicamente tres unidades funcionales realizaron cargue de información dentro del plazo establecido: Calidad, Consulta Externa e Ingeniería Ambiental.

Se revisaron de manera individual las carpetas, documentos, auditorías internas, compromisos, planes de mejora y seguimientos incluidos en los archivos suministrados.

4.3 Análisis por unidad funcional

Unidad Funcional de Calidad: se revisaron las 15 auditorías y seguimientos cargados, identificando que esta unidad no remitió planes de mejora independientes, sino que compromisos y oportunidades de mejora derivados de auditorías, sobre los cuales realiza seguimiento.

Consulta Externa: se analizaron los 6 planes de mejora independientes incluidos en el archivo Excel remitido, cada uno con su fecha, hallazgos y acciones propuestas.

Ingeniería Ambiental: se estudiaron los planes de mejora correspondientes a los meses enero a junio, allegados en formato PDF institucional.

4.4 Clasificación y validación de hallazgos y acciones

Para cada plan o compromiso se verificó:

- Número de hallazgos o no conformidades identificadas.
- Acciones correctivas y actividades propuestas.
- Fechas de ejecución y responsables.
- Indicadores de cumplimiento, cuando se encontraban definidos.
- Evidencias documentales remitidas por cada unidad.

4.5 Consolidación del seguimiento

Se integró la información recopilada por cada unidad funcional en un análisis global, identificando tendencias, cumplimiento, retrasos, oportunidades de mejora y coherencia entre acciones y evidencias.

Se estructuró el presente informe conforme al modelo institucional adoptado para el seguimiento a planes de mejora.

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Una vez revisada la información cargada en la Unidad T y los documentos allegados por correo electrónico, se identificó que únicamente las unidades funcionales de Calidad, Consulta Externa e Ingeniería Ambiental dieron cumplimiento a la solicitud emitida por la Oficina de Control Interno, realizando el envío de sus planes de mejora, evidencias o documentos equivalentes dentro o próximos al plazo establecido. A continuación, se presenta el análisis consolidado:

5.1 Unidad Funcional de Calidad



INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORA INTERNOS 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

La revisión evidenció que esta unidad no remitió planes de mejora independientes, sino que compromisos y oportunidades de mejora derivados de auditorías, que se fundamenta en:

- Auditorías internas programadas bajo el PAMEC.
- Hallazgos mínimos o inexistentes en la mayoría de los procesos auditados.
- Adquisición de compromisos puntuales que funcionan como acciones de mejora.
- Ejecución de seguimientos sistemáticos, evidenciando porcentajes de avance y observaciones verificables.
- Se consolidaron 15 auditorías con sus respectivos seguimientos, de las cuales se derivaron acciones como: Revisión y actualización de procedimientos, Fortalecimiento de adherencia en procesos asistenciales, Mejora en indicadores críticos (NAV, endometritis, oportunidad quirúrgica, asesoría pre-test, entre otros). Implementación de medidas correctivas en sistemas de información, seguridad del paciente y referencia y contrarreferencia.

De manera general, se evidencia que Calidad mantiene un ciclo continuo de auditoría–compromiso–seguimiento, lo cual refleja un sistema de aseguramiento consolidado, aunque sin planes de mejora formales en formato único.

5.2 Unidad Funcional de Consulta Externa

Consulta Externa allegó un archivo estructurado que contiene seis planes de mejora independientes, cada uno correspondiente a fechas específicas entre julio y agosto de 2025.

Los planes presentan:

- Entre 3 y 17 hallazgos por plan.
- Acciones de mejora claras, responsables definidos y fechas establecidas.
- Hallazgos recurrentes asociados a procesos asistenciales, tiempos de atención, cumplimiento de protocolos, documentación y oportunidad en los registros.

El análisis evidencia que esta unidad funcional:

- Posee un adecuado control en la estructuración de planes de mejora.
- Identifica de manera continua hallazgos internos.
- Formula acciones concretas y con posibilidad de verificación.

Sin embargo, se observa un volumen significativo de hallazgos repetidos, lo cual indica que algunas acciones podrían requerir mayor sostenibilidad o refuerzo operativo.

5.3 Unidad Funcional de Ingeniería Ambiental

Se revisaron los planes de mejora correspondientes a los meses de enero a junio de 2025, cada uno con su respectivo formato institucional. Los hallazgos están principalmente relacionados con:



INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORA INTERNOS 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

- Procesos de segregación, rotulado, transporte y disposición de residuos hospitalarios.
- Cumplimiento de rutas, rotulación de bolsas, inventarios de recipientes, guardianes de seguridad y capacitación al personal.

Los planes muestran:

- Entre 1 y 2 hallazgos por mes, lo cual evidencia un proceso estable y controlado.
- Actividades de mejora centradas en: Capacitaciones, Reinducción del personal, Socialización de normativas ambientales, Instalación o reemplazo de recipientes.

Los indicadores documentados reflejan cumplimiento del 100% en la mayoría de las actividades, lo que demuestra ejecución efectiva y seguimiento oportuno por parte de la unidad.

5.4 Unidades que no reportaron información

A pesar de la solicitud realizada a 38 unidades funcionales, solo tres remitieron información. No se encontró cargue ni evidencia de respuesta por parte del resto de unidades funcionales, administrativas y asistenciales.

Esto limita el alcance del seguimiento institucional y evidencia la necesidad de:

- Fortalecer la cultura de reporte.
- Garantizar que todas las unidades formulen y actualicen planes de mejora.
- Dar cumplimiento estricto a las fechas, rutas de cargue y lineamientos establecidos por la Oficina de Control Interno.

Conclusión del análisis

En términos generales, el ejercicio de seguimiento permitió evidenciar:

- Cumplimiento parcial por parte de la institución (solo 3 unidades reportaron).
- Unidades como Calidad e Ingeniería Ambiental mantienen procesos consolidados de seguimiento y mejora continua.
- Consulta Externa demuestra un alto nivel de estructuración documental, con múltiples planes en ejecución.

Persiste una brecha significativa en la obligación institucional de reportar y actualizar planes de mejora en todas las unidades funcionales.

6. IDENTIFICACIÓN DE HALLAZGOS RELEVANTES Y ÁREAS DE MEJORA

Del proceso de revisión documental y verificación de la información allegada por las unidades funcionales, se identificaron los siguientes hallazgos institucionales y oportunidades de mejora:

6.1 Hallazgos relevantes



- a) Bajo nivel de cumplimiento en la entrega de información institucional: De las 38 unidades funcionales que conforman la E.S.E., únicamente tres realizaron el cargue de información dentro del plazo establecido (Calidad, Consulta Externa e Ingeniería Ambiental). Esto constituye un hallazgo crítico frente al deber de reporte, seguimiento y actualización de los planes de mejora institucionales.
- b) Ausencia de planes de mejora formales en la mayoría de unidades funcionales. Excepto Consulta Externa e Ingeniería Ambiental, no se identificaron planes de mejora estructurados conforme al formato institucional D1FO1461-002 o su equivalente.
- c) La unidad de Calidad no remitió planes de mejora independientes, sino que compromisos y oportunidades de mejora derivados de auditorías. Calidad opera a través de auditorías internas, compromisos y seguimientos; sin embargo.
- d) Existencia de hallazgos recurrentes en Consulta Externa. Los planes de mejora remitidos evidencian reiteración de hallazgos asociados a procesos asistenciales, gestión documental, tiempos de respuesta y adherencia a procedimientos, lo que sugiere debilidades sostenidas en el control operativo del servicio.
- e) Hallazgos de Ingeniería Ambiental reflejan incumplimientos por parte del personal asistencial y operativo. Aunque los planes son ejecutados, la naturaleza de los hallazgos (segregación, rotulación, disposición final de residuos) muestra falencias en la adherencia institucional por parte de los servicios asistenciales y de apoyo, que deben ser fortalecidas.

6.2 Áreas de mejora identificadas

- a) Fortalecer el cumplimiento institucional en la entrega de planes de mejora. Se requiere reforzar mecanismos de reporte, comunicación interna y seguimiento para garantizar que todas las unidades funcionales remitan sus planes en los tiempos establecidos.
- b) Integrar a la unidad de Calidad en el sistema centralizado de planes de mejora. Aunque posee auditorías robustas, es necesario que sus compromisos sean incorporados como planes de mejora institucionales, permitiendo trazabilidad y consolidación central.
- c) Reforzar la sostenibilidad de las acciones ejecutadas en Consulta Externa. El volumen y repetición de hallazgos evidencian la necesidad de: controles más específicos descritos en planes de mejora, reinducción permanente, estandarización de procesos asistenciales.
- d) Continuar fortaleciendo los procesos ambientales, con mayor corresponsabilidad de los servicios asistenciales.
- e) Los hallazgos reportados por Ingeniería Ambiental reflejan que la mayoría de fallas surgen en la operación diaria de los servicios, por lo que se requiere mayor compromiso del personal en: rotulado, segregación, cumplimiento de rutas, manejo de residuos.

7. CONCLUSIONES

El seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno a los planes de mejora de las unidades funcionales de la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón — Huila, permitió evidenciar un avance parcial en el cumplimiento de la remisión, actualización y ejecución de las acciones de mejora formuladas por las áreas administrativas y asistenciales.



INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORA INTERNOS 2025
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON – HUILA

En términos generales, se concluye lo siguiente:

1. El nivel de cumplimiento institucional frente a la entrega de planes de mejora fue bajo, dado que solo tres unidades funcionales (Calidad, Consulta Externa e Ingeniería Ambiental) remitieron información dentro del plazo establecido, lo que limita el alcance del seguimiento institucional y evidencia debilidades en la adopción y sostenibilidad de la cultura de mejoramiento continuo.
2. Las unidades funcionales que sí presentaron información demostraron procesos consolidados de monitoreo y seguimiento:
 - a) Calidad, mediante auditorías internas, compromisos y seguimientos estructurados, aunque sin planes de mejora formales.
 - b) Consulta Externa, con seis planes de mejora detallados, hallazgos claramente definidos y acciones correctivas específicas.
 - c) Ingeniería Ambiental, con planes de mejora mensuales entre enero y junio, cumpliendo al 100% la ejecución de actividades propuestas.
3. Se identificó que los hallazgos en Consulta Externa presentan tendencias repetitivas, lo que indica la necesidad de fortalecer la sostenibilidad de las acciones implementadas y aumentar la capacidad operativa y de supervisión del servicio.
4. Los planes de mejora de Ingeniería Ambiental evidencian que, si bien la unidad ejecuta adecuadamente sus responsabilidades, muchos de los hallazgos provienen de incumplimientos operativos en servicios asistenciales, lo que exige mayor corresponsabilidad de las jefaturas en la adherencia a los lineamientos de manejo de residuos.
5. La falta de reporte de planes de mejora por parte de la mayoría de las unidades funcionales constituye un riesgo institucional, pues dificulta la trazabilidad del Sistema de Gestión de la Calidad y afecta el cumplimiento de los lineamientos del MIPG, el PAMEC y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

En consecuencia, se reconoce la necesidad de fortalecer los mecanismos institucionales de control, reporte y seguimiento, así como de promover una mayor cultura de autocontrol en todas las unidades funcionales, garantizando la formulación oportuna, ejecución y evidencia de los planes de mejora institucionales.

Elaborado por

JAIME ORLANDO GÓMEZ GONZÁLEZ
ASESOR – OFICINA DE CONTROL INTERNO

Proyectó,

Laura Melissa Jara Cardozo
Profesional de apoyo – Oficina de Control Interno