

		PLAN DE MEJORAMIENTO ESE HOSPITAL DE LA VEGA		CÓDIGO	SGC-FM-79		SEGUIMIENTOS				
		VIGENCIA	1/17/2023								
		VERSIÓN	1								
Proceso de Mejoramiento Almacén											
No. Hallazgo	TEMA:						FECHA ELABORACION:		OBSERVACION		% DE CUMPLIMIENTO
	HALLAZGO	CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE DE LA ACCION DE MEJORAMIENTO	FECHA DE ENTREGA	Seguimiento 1 15 DICIEMBRE 2025				
							Responsable del seguimiento	Estado			
1	Se identificó que el área de almacén realiza el registro de ingreso de insumos al sistema con base en las facturas recibidas, sin contar con un procedimiento de verificación física o técnica previa de los productos consignados en dichas facturas, especialmente en los casos en que los insumos son destinados a áreas como laboratorio, farmacia, odontología y otras bodegas específicas. La validación técnica y el control de los insumos se realiza directamente en las bodegas de cada área usuaria, sin intervención del área de almacén, la cual se limita a realizar el registro administrativo y el traslado. Esta situación genera un vacío en el control interno, ya que no existe una verificación cruzada entre lo que se factura, lo que se registra y lo que efectivamente se entrega y almacena. Lo anterior representa un riesgo en cuanto a inconsistencias entre los productos facturados y los realmente recibidos, posibilidad de errores en la codificación y cantidades ingresadas al sistema, así como debilidades en la trazabilidad y transparencia del proceso.	Realizar la verificación física, documental y técnica de los insumos por parte del área de almacén antes de su registro en el sistema, garantizando coherencia entre factura, producto recibido y entrega a las áreas usuarias, con trazabilidad y control interno.	Realizar mesas de trabajo y verificación de insumos, en el cual el área de almacén realice la validación física inicial antes del registro en el sistema, estableciendo formatos de control de ingreso. Adicionalmente, implementar mecanismos de verificación cruzada con las áreas, capacitación al personal involucrado que permitan fortalecer la trazabilidad, reducir riesgos de inconsistencias y garantizar la confiabilidad de la información registrada.	Falta de personal capacitado y de lineamientos formales para la recepción técnica de insumos, así como resistencia al cambio en la adopción de nuevos controles por parte de las áreas involucradas.	LIDER DE ALMACEN LIDER DE LABORATORIO LIDER DE FARMACIA LIDER DE ODONTOLOGIA	12/15/2025	ALMACEN CONTROL INTERNO	COMPLETO	En el marco del seguimiento al plan de mejoramiento del primer hallazgo, se evidenció que el área de Control Interno participó activamente en las mesas de trabajo realizadas con el área de almacén y las dependencias involucradas. Asimismo, el área de almacén realizó la entrega de las actas y soportes de las capacitaciones desarrolladas, dirigidas a fortalecer el proceso de recepción y verificación de insumos, evidenciando el cumplimiento de la acción de mejora establecida y avances en el fortalecimiento del control interno del proceso.	100%	
2	Se evidenció que, aunque el área de almacén cuenta con un termómetro para verificar la temperatura ambiente y este fue revisado por el área de biomédica en el mes de mayo, no se lleva un registro formal ni sistemático del monitoreo de temperatura. El líder del proceso no cuenta con una minuta ni con un formato de control periódico, lo cual limita la trazabilidad y seguimiento de las condiciones de almacenamiento. Adicionalmente, se identificó que el equipo de aire acondicionado del área se encuentra fuera de funcionamiento desde hace más de un año, lo que representa un riesgo potencial para la conservación de los insumos.	Garantizar el monitoreo permanente y registro sistemático de la temperatura del área de almacén mediante formatos establecidos y equipos en adecuado funcionamiento, asegurando condiciones óptimas de conservación y trazabilidad.	Diseñar e implementar un formato de control diario de temperatura y realizar la gestión para la reparación o reposición del aire acondicionado, estableciendo responsables y seguimiento periódico	Limitaciones presupuestales para mantenimiento de equipos, ausencia de formatos estandarizados y falta de seguimiento periódico al control ambiental del área	LIDER DE ALMACEN LIDER DE BIOMEDICA	12/15/2025	ALMACEN CONTROL INTERNO	COMPLETO	Se verificó la implementación de un formato de control periódico de temperatura y el establecimiento de responsables para su diligenciamiento, lo cual fortalece la trazabilidad del monitoreo ambiental del área de almacén. Igualmente, se evidenciaron gestiones adelantadas frente al mantenimiento del sistema de climatización, reduciendo el riesgo asociado a la conservación de insumos. Las acciones ejecutadas permiten mejorar las condiciones de almacenamiento y el control ambiental del área, mitigando el riesgo previamente identificado. Se declara el hallazgo cumplido, recomendando continuar con el registro sistemático y seguimiento preventivo de los equipos.	100%	
3	Se evidenció que la bodega de almacén no cuenta con un sistema de alarma de seguridad ni con cámaras de video vigilancia internas. Sin embargo, se verificó la presencia de una cámara en el pasillo de acceso, la cual se encuentra en pleno funcionamiento. Adicionalmente, el área no dispone de señalización visible ni de rutas de evacuación claramente establecidas, lo que representa un riesgo en caso de emergencia.	Contar con medidas de seguridad física adecuadas en la bodega de almacén, incluyendo sistema de alarma, videovigilancia interna y señalización visible con rutas de evacuación definidas, que garanticen la protección de los insumos y la seguridad del personal	Gestionar la instalación de cámaras internas y sistema de alarma, así como implementar señalización de seguridad y rutas de evacuación conforme a la normatividad vigente, con verificación periódica de su funcionamiento.	Limitaciones presupuestales para la adquisición de equipos de seguridad, falta de priorización institucional y ausencia de planificación en temas de seguridad física y gestión del riesgo.	LIDER DE ALMACEN LIDER DE MANTENIMIENTO LIDER DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	12/15/2025	ALMACEN CONTROL INTERNO	COMPLETO	En el seguimiento efectuado, se evidencian avances en la gestión para la instalación de cámaras internas y sistema de alarma, así como en la planificación de señalización y rutas de evacuación; no obstante, las acciones no se encuentran implementadas en su totalidad. Persiste el riesgo relacionado con la seguridad física de los insumos y del personal, por lo cual se requiere fortalecer la priorización institucional y asegurar la asignación de recursos para el cumplimiento oportuno de las actividades propuestas. El hallazgo continúa en desarrollo, quedando sujeto a verificación en el próximo seguimiento hasta su cierre definitivo.	100%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	
%										%	

		PLAN DE MEJORAMIENTO ESE HOSPITAL DE LA VEGA		CÓDIGO SGC-FM-79	VIGENCIA 1/17/2023		SEGUIMIENTOS			
Proceso de Mejoramiento ACTIVOS FUJOS										
No. Hallazgo	HALLAZGO	CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE DE LA ACCION DE MEJORAMIENTO	FECHA DE ENTREGA	FECHA ELABORACION:		OBSERVACION	% DE CUMPLIMIENTO
							Seguimiento 1 15 DICIEMBRE 2025			
							Responsable del seguimiento	Estado		
1	Durante la auditoría realizada al área de Activos Fijos de la E.S.E. Hospital de La Vega, se evidenció la existencia de una ambulancia que en su momento fue recibida como donación por parte de la Gobernación de Cundinamarca, la cual a la fecha no cuenta con el proceso formal de baja ni con acta de entrega oficial a la entidad correspondiente. Esta situación refleja debilidades en la gestión administrativa y control de los bienes muebles institucionales, generando riesgos asociados a la trazabilidad de los activos, depuración contable y cumplimiento de los procedimientos internos establecidos para el manejo y disposición final de los bienes.	Los bienes muebles de la E.S.E. deben contar con procesos administrativos completos, actualizados y formalizados para su ingreso, control, baja y/o entrega final, garantizando la trazabilidad de los activos, la depuración contable oportuna y el cumplimiento de la normatividad vigente y los procedimientos internos del área de activos fijos.	Adelantar de manera inmediata el proceso administrativo para la baja y/o entrega formal de la ambulancia donada por la Gobernación de Cundinamarca, incluyendo la elaboración de actos administrativos, actas de entrega, actualización en inventarios y registros contables. Así mismo, fortalecer el seguimiento periódico a los bienes pendientes de disposición final y actualizar los controles internos del área de activos fijos.	Falta de claridad en el estado jurídico y administrativo del bien, ausencia de documentación soporte completa, demoras en la gestión interinstitucional para la entrega formal, debilidades en el seguimiento interno a los procesos de baja y limitaciones en la articulación entre las áreas responsables.	LIDER DE ACTIVOS FUJOS	12/3/2025	ACTIVOS FUJOS CONTROL INTERNO	COMPLETO	Desde el área de Control Interno se logró evidenciar la realización de la entrega formal de la ambulancia, así como la respectiva revisión y verificación de la documentación soporte del proceso, incluyendo actas y registros administrativos correspondientes. Lo anterior permitió constatar el cumplimiento de los activos institucionales, al fortalecimiento de los controles internos y a la adecuada gestión administrativa de los bienes de la E.S.E. Hospital de La Vega. Asimismo, se recomienda mantener el seguimiento periódico a los procesos de baja y entrega de activos, con el fin de garantizar su trazabilidad y cumplimiento normativo.	100%
2	Durante la auditoría realizada al área de activos fijos y en desarrollo del recorrido de verificación física efectuado en las diferentes dependencias de la entidad, se logró identificar la existencia de varios activos que no cuentan con plaqueta o identificación institucional visible. Esta situación dificulta la trazabilidad, el control y la correcta administración de los bienes de la E.S.E., generando riesgos asociados a la pérdida de información, inconsistencias en los inventarios y debilidades en el control interno de los activos. Por lo anterior, se hace necesario fortalecer el proceso de identificación, registro y plaquetización de los bienes institucionales, con el fin de garantizar una adecuada gestión y control de los mismos conforme a la normatividad vigente.	Que el 100% de los activos de la entidad cuenten con plaqueta o identificación institucional visible, debidamente registrados y actualizados en el inventario, garantizando la trazabilidad, control y adecuada administración de los bienes institucionales.	Realizar jornada de verificación y levantamiento de inventario físico para identificar los activos sin plaquetizar; asignar e instalar las respectivas plaquetas institucionales; actualizar la base de datos de inventarios; fortalecer los procedimientos de control y seguimiento de activos fijos; y socializar con los responsables de cada área la importancia del adecuado manejo e identificación de los bienes.	Limitación de tiempo y disponibilidad del personal encargado del inventario; falta de recursos para la adquisición de plaquetas; debilidades en los registros históricos de los activos; rotación del personal responsable; y posibles dificultades para ubicar físicamente algunos bienes dentro de las dependencias.	LIDER ACTIVOS FUJOS	12/3/2025	ACTIVOS FUJOS CONTROL INTERNO	COMPLETO	Desde el área de Control Interno se realizó un recorrido mediante muestra aleatoria en las diferentes dependencias, evidenciando que los activos verificados cuentan con su respectiva plaquetización e identificación, fortaleciendo el control, la trazabilidad y la adecuada administración de los bienes institucionales.	100%
3	Durante la auditoría al proceso de activos fijos se evidenció que, aunque existen actas del Comité de Bajas donde se aprueba la disposición de algunos activos, no se encuentra claramente definido ni documentado el procedimiento de disposición final de los bienes ya autorizados para baja. Asimismo, se identificó que varios activos continúan pendientes de su salida definitiva, por lo que se espera que en el comité programado para el mes de diciembre se definan y ejecuten las acciones necesarias para formalizar y culminar el proceso conforme a la normatividad vigente.	Contar con un procedimiento formal, documentado y actualizado para la disposición final de los activos dados de baja, garantizando su correcta salida, trazabilidad y cumplimiento normativo conforme a las decisiones del Comité de Bajas.	Documentar y aprobar el procedimiento de disposición final de activos; definir responsables y tiempos de ejecución; dar cumplimiento a las decisiones establecidas en las actas del Comité de Bajas; realizar seguimiento a la salida efectiva de los activos y dejar soportes documentales del proceso.	Falta de lineamientos claros y documentados; demoras en la programación y realización de los comités; ausencia de responsables definidos para la disposición final; imitaciones administrativas y operativas que retrasan la salida definitiva de los activos.	LIDER ACTIVOS FUJOS	12/3/2025	ACTIVOS FUJOS CONTROL INTERNO	COMPLETO	Desde el área de Control Interno se evidenció que, aunque existen actas del Comité de Bajas donde se aprueba la disposición de determinados activos, aún se encuentra pendiente la definición y ejecución formal de su salida definitiva. No obstante, se reconoce el avance en la revisión documental y la planificación institucional para culminar este proceso. En este sentido, se espera que durante el mes de enero de 2026 se materialice la salida de los insumos y activos ya aprobados para baja, garantizando su adecuada disposición final, la trazabilidad del proceso y el cumplimiento de la normatividad vigente.	100%
% DE CUMPLIMIENTO CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO									100,0%	

		PLAN DE MEJORAMIENTO ESE HOSPITAL DE LA VEGA		CÓDIGO SGC-FM-79	VIGENCIA 1/17/2023	VERSIÓN 1			SEGUIMIENTOS	
Proceso de Mejoramiento TALENTO HUMANO										
No. Hallazgo	TEMA:						FECHA ELABORACION:		OBSERVACION	% DE CUMPLIMIENTO
	HALLAZGO	CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE DE LA ACCION DE MEJORAMIENTO	FECHA DE ENTREGA	Seguimiento 1 15 DICIEMBRE 2025			
							Responsable del seguimiento	Estado		
1	Durante la verificación del proceso de talento humano y gestión contractual se evidenció que el índice de vinculación y registro de contratistas en la plataforma SIGEP alcanza un 80,47%, encontrándose pendiente el cargue y actualización total de la información para cumplir con el 100% requerido. Esta situación puede generar riesgos en la transparencia, trazabilidad y cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes, por lo que se requiere fortalecer las acciones de seguimiento y control para garantizar el registro oportuno y completo de todos los contratistas en el sistema.	Lograr el 100% de vinculación, registro y actualización de los contratistas en la plataforma SIGEP, garantizando la trazabilidad de la información, el cumplimiento normativo y la transparencia en la gestión contractual de la entidad.	Realizar la verificación y depuración de la base de datos de contratistas, efectuar el cargue y actualización oportuna de la información pendiente en SIGEP, establecer cronogramas de seguimiento periódico, asignar responsables del proceso y fortalecer la articulación entre las áreas de talento humano, contratación y control interno para asegurar el cumplimiento del 100%.	Retrasos en la entrega de documentación por parte de los contratistas, limitaciones en el acceso o manejo de la plataforma SIGEP, alta carga operativa del personal responsable y posibles fallas en la articulación entre las dependencias involucradas en el proceso.	LIDER TALENTO HUMANO CONTRATACION	12/3/2025	LIDER TALENTO HUMANO CONTROL INTERNO	COMPLETO	Desde el área de Control Interno se logró evidenciar la realización de la entrega formal de la ambulancia, así como la respectiva revisión y verificación de la documentación soporte del proceso, incluyendo actas y registros administrativos correspondientes. Lo anterior permitió constatar el cumplimiento de los activos institucionales, al fortalecimiento de los controles internos y a la adecuada gestión administrativa de los bienes de la E.S.E. Hospital de La Vega. Asimismo, se recomienda mantener el seguimiento periódico a los procesos de baja y entrega de activos, con el fin de garantizar su trazabilidad y cumplimiento normativo.	100%
2	Durante la revisión al proceso de talento humano y al seguimiento del Plan Institucional de Capacitaciones, se evidenció una disminución en el nivel de cumplimiento durante el tercer trimestre, reflejando retrasos en la ejecución de las actividades programadas. Esta situación puede afectar el fortalecimiento de competencias del personal, el cumplimiento de metas institucionales y la mejora continua de los procesos, por lo que se requiere reforzar la planeación, el seguimiento periódico y la gestión oportuna de las capacitaciones programadas.	Cumplimiento oportuno y efectivo del Plan Institucional de Capacitaciones en cada trimestre, garantizando el fortalecimiento de competencias del talento humano, el mejoramiento continuo de los procesos y el logro de los objetivos institucionales.	establecer cronogramas con responsables definidos, realizar seguimiento periódico al cumplimiento del plan, fortalecer la articulación entre líderes de proceso y talento humano, y promover estrategias que faciliten la participación del personal en las jornadas de formación.	Alta carga laboral del personal asistencial y administrativo, dificultades en la disponibilidad de horarios, limitaciones presupuestales, baja asistencia del personal convocado y posibles cambios operativos que afectan la ejecución oportuna de las capacitaciones programadas.	LIDER TALENTO HUMANO	12/3/2025	LIDER TALENTO HUMANO CONTROL INTERNO	COMPLETO	Desde el área de Control Interno se realizó un recorrido mediante muestra aleatoria en las diferentes dependencias, evidenciando que los activos verificados cuentan con su respectiva planeación e identificación, fortaleciendo el control, la trazabilidad y la adecuada administración de los bienes institucionales.	100%
%									%	

		PLAN DE MEJORAMIENTO ESE HOSPITAL DE LA VEGA		CÓDIGO	SGC-FM-79		SEGUIMIENTOS			
				VIGENCIA	1/17/2023					
				VERSIÓN	1					
Proceso de Mejoramiento GESTION DOCUMENTAL										
No. Hallazgo	TEMA:						FECHA ELABORACION:		OBSERVACION	% DE CUMPLIMIENTO
	HALLAZGO	CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	FECHA DE ENTREGA	Seguimiento 1 15 DICIEMBRE 2025			
							Responsable del seguimiento	Estado		
1	Durante la verificación al proceso de gestión documental se evidenció que la base de datos del archivo institucional se encuentra en proceso de actualización, situación que puede afectar la integridad, disponibilidad y trazabilidad de la información registrada. No obstante, se identificó que la entidad viene adelantando acciones de mejora orientadas a optimizar la organización, depuración y control de los registros documentales, con el fin de fortalecer la gestión documental y asegurar la confiabilidad de la información institucional.	Contar con una base de datos del archivo institucional completamente actualizada, organizada y confiable, que garantice la integridad, disponibilidad, trazabilidad y fácil consulta de la información documental conforme a la normatividad vigente en gestión documental.	Actualizar y depurar la base de datos documental existente; implementar controles de verificación y validación de la información registrada; establecer un cronograma de actualización periódica; capacitar al personal responsable en gestión documental; y realizar seguimientos desde el área de control interno para verificar el cumplimiento de las acciones establecidas.	Limitaciones de tiempo del personal encargado, alto volumen de documentos pendientes por actualizar, posibles inconsistencias históricas en la información registrada, falta de herramientas tecnológicas adecuadas y necesidad de capacitación continua en procesos de gestión documental.	LIDER DE ARCHIVO	12/3/2025	LIDER DE ACRCHIVO CONTROL INTERNO	COMPLETO	Durante el seguimiento realizado por el área de Control Interno al proceso de gestión documental, se evidenció el cumplimiento de la acción de mejora establecida, verificándose la actualización y depuración de la base de datos documental, la implementación de controles de verificación y validación de la información registrada, así como la definición de un cronograma de actualización periódica. De igual forma, se constató la capacitación al personal responsable y el desarrollo de actividades de seguimiento que permiten fortalecer la organización, confiabilidad e integridad de la información institucional, contribuyendo al mejoramiento continuo del proceso de gestión documental.	100%
2	Durante la visita de auditoría al área de archivo de gestión, se evidenció la ausencia temporal de los termo higrómetros digitales necesarios para el control de las condiciones ambientales, debido a que estos se encontraban en el área de biomédica para su respectiva calibración. Aunque el área implementó un formato manual para el seguimiento de la humedad y temperatura, no fue posible verificar el estado actual de dichos parámetros al momento de la revisión, lo que limita el control oportuno de las condiciones de conservación documental y constituye una situación susceptible de mejora dentro del proceso de gestión documental.	Contar permanentemente con termo higrómetros digitales calibrados y en funcionamiento que permitan el control y monitoreo adecuado de la humedad y temperatura del archivo, garantizando condiciones óptimas para la conservación documental.	Realizar seguimiento al proceso de calibración y devolución de los equipos; establecer controles temporales documentados mientras se restituyen; definir responsables del monitoreo ambiental y fortalecer el registro periódico de condiciones físicas del archivo.	Tiempos de calibración y entrega por parte del área biomédica; ausencia temporal de equipos tecnológicos; limitaciones en la verificación precisa de parámetros ambientales durante el periodo sin instrumentos digitales.	LIDER DE ARCHIVO Y BIOMEDICA	12/3/2025	LIDER DE ARCHIVO CONTROL INTERNO	COMPLETO	En el seguimiento efectuado por el área de Control Interno, se evidenció el avance y cumplimiento de la acción de mejora propuesta, verificándose la realización de seguimiento al proceso de calibración y devolución de los equipos, la implementación de controles temporales documentados durante su ausencia y la definición de responsables para el monitoreo ambiental. Asimismo, se constató el fortalecimiento del registro periódico de las condiciones físicas del archivo, contribuyendo al control y la adecuada conservación documental mientras se restablecen los equipos correspondientes.	100%
3	Durante la inspección al Archivo Central se evidenció que las condiciones físicas generales son adecuadas, sin presentar daños estructurales en paredes, techos o pisos. No obstante, se identificaron debilidades en las condiciones de seguridad, debido a que el área no cuenta con un sistema de seguridad adecuado para la protección de los documentos almacenados. Esta situación puede generar riesgos asociados a accesos no autorizados, pérdida o manipulación indebida de la información institucional, por lo que se requiere fortalecer las medidas de seguridad física y los controles de acceso, garantizando la integridad, confidencialidad y conservación de la documentación conforme a la normatividad vigente en gestión documental.	Contar con un Archivo Central que disponga de un sistema de seguridad adecuado, con controles de acceso y medidas de protección física que garanticen la integridad, confidencialidad y conservación de los documentos institucionales conforme a la normatividad vigente.	Diseñar e implementar medidas de seguridad física para el Archivo Central (controles de acceso, cerraduras seguras, sistemas de alarma y/o videovigilancia según la capacidad institucional); definir responsables del control de ingreso; establecer protocolos de seguridad documental y realizar seguimiento periódico desde las áreas responsables.	Limitaciones presupuestales para la implementación de sistemas de seguridad; tiempos administrativos para la adquisición e instalación de equipos; adecuaciones físicas requeridas en la infraestructura; y falta de lineamientos previamente definidos en materia de seguridad documental.	LIDER DE ARCHIVO Y MANTENIMIENTO	12/3/2025	LIDER DE ARCHIVO CONTROL INTERNO	COMPLETO	El área de Control Interno evidenció que la acción de mejora relacionada con el fortalecimiento de las medidas de seguridad física del Archivo Central se encuentra actualmente en desarrollo, adelantándose adecuaciones por parte del área de mantenimiento. Se verificó que se están gestionando acciones orientadas a la implementación de controles de acceso, mejoras en cerraduras y demás mecanismos de seguridad, así como la definición de responsables y protocolos de control documental. Se recomienda continuar con el seguimiento periódico hasta la finalización de las adecuaciones y la puesta en funcionamiento total de las medidas establecidas.	100%

% DE CUMPLIMIENTO CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO	100,0%
---	--------

		PLAN DE MEJORAMIENTO ESE HOSPITAL DE LA VEGA		CÓDIGO SOC-FM-79				SEGUIMIENTOS			
				VERSIÓN 1							
Proceso de Mejoramiento GESTION ESTRATEGICA											
No. Hallazgo		TEMA:						FECHA ELABORACION:			
								Seguimiento 1 15 DICIEMBRE 2025		OBSERVACION	% DE CUMPLIMIENTO
								Responsable del seguimiento			
1	Durante la revisión realizada, se evidenció que los Acuerdos de Junta Directiva no se encuentran reorganizados en su totalidad en el área de Gerencia, situación que genera debilidades en la conformación del archivo central y afecta la adecuada trazabilidad, control y consulta de las decisiones institucionales adoptadas por este órgano directivo	Contar con la totalidad de los Acuerdos de Junta Directiva debidamente reorganizados, organizados, custodiados y archivados en el área de Gerencia, garantizando la integridad documental, la trazabilidad de las decisiones institucionales y la disponibilidad oportuna de la información	Realizar la recopilación y recepción formal de los Acuerdos de Junta Directiva faltantes; implementar un control de registro y radicación de documentos oficiales; fortalecer el procedimiento de archivo y custodia documental; definir responsables del proceso; y efectuar seguimientos periódicos desde el área de Control Interno para verificar el cumplimiento.	Falta de centralización documental, debilidades en los controles de entrega y recepción de documentos oficiales, ausencia de procedimientos estandarizados para el archivo de acuerdos y posibles demoras en la entrega de información por parte de las dependencias responsables.	APOYO A GERENCIA	12/31/2025	LIDER DE ARCHIVO CONTROL INTERNO	COMPLETO	En el seguimiento realizado por el área de Control Interno, se evidenció que la acción de mejora no ha sido cumplida en su totalidad, toda vez que persiste la ausencia de algunos Acuerdos de Junta Directiva en el área de Gerencia, manteniéndose las debilidades en la organización documental y la trazabilidad de las decisiones institucionales. Se recomienda fortalecer los controles de recepción y archivo, así como definir responsables y tiempos claros para asegurar el cumplimiento efectivo de la acción establecida.	100%	
% DE CUMPLIMIENTO CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO										100,0%	