FORMULACION Y SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNO

Departamento Administrativo de Control Interno
Proceso 16. Control de Verificación y Evaluación

Código: R-DCI-PCE-016
Fecha: 25/07/2025
Versión: 005
Pagina: 1 de 1

		Actuación	DD	MM	AA	Observaciones
PROCESO AUDITOR Y/O RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE CONTROL INTERNO	Informe definitivo de auditoria, Funcion Preventiva (En caso que el Plan de Mejoramiento sea por iniciativa propia dirigir a NA)				- Antes de diligenciar el presente registro, es conveniente la lectura del informe de auditoria, para tener una mayor claridad del hallazgo, función preventiva, situación detectada y/o observación.
PROCESO AUDITADO (En el caso de suscribir un plan de mejoramiento por iniciativa propia escribir la situación que dio lugar a ello)	SISTEMA DE EMERGENCIAS MEDICAS DE ARMENIA	Suscripción del plan de mejoramiento:				- Evaluar las condiciones que generan la observación con el propósito de proponer acciones de mejoramiento que sean eficaces para la eliminación de la causa raíz. - El permanente de proponer de mejoramiento deben cumplir con la evaluación de la eficacia de las acciones ejecutadas para el cumplimiento de la meta propuesta de la manera que no se vuelva a presentar en el proceso.

Nota 1: A cada hallazgo, función preventiva, situación detectada y/o observaciones se le deberá aplicar una corrección.
Nota 2: El secretario de despacho y/o Director de Departamento Administrativo Auditado es responsable de medir la efectividad de las acciones tomadas para la eliminación de la causa raíz asegurando que no se vuelva a presentar.

No.	Hallazgo Función Preventiva, Situación Detectada Y/O Observación	Evaluación de causas que originan el hallazgo, situación detectada y/o observaciones			Acciones de mejoramiento	Indicador	Meta	Fecha de: Inicio DD	Inicio MM	Inicio AA	Terminación DD	Terminación MM	Terminación AA	Responsable de la acción de mejoramiento	Uso exclusivo de la Dirección Control de Control interno: Primer Seguimiento	Criterios de Evaluación Si = 2	Criterios de Evaluación No = 0	Criterios de Evaluación Parcial = 1	Segundo Seguimiento	Criterios de Evaluación: Si = 2	Criterios de Evaluación: No = 0	Criterios de Evaluación: Parcial = 1	Tercer Seguimiento	Criterios de Evaluación: Si = 2	Criterios de Evaluación: No = 0	Criterios de Evaluación: Parcial = 1	Cuarto Seguimiento	Criterios de Evaluación: Si = 2	Criterios de Evaluación: No = 0	Criterios de Evaluación: Parcial = 1
		Metodología de Los 3 Por qué (Ver instructivo I DF-SGI 005)																									
		Pregunta	Respuesta	Causa Raiz																							
1	Ausencia de Plan de Contingencia para la atención de emergencias medicas	¿Por qué no se cuenta con un Plan de Contingencia formalizado para la atención de emergencias médicas?	Porque el Plan de Contingencia no se encontraba formalizado, aprobado e incorporado dentro de los documentos que orientan la operación del SEM-CRA.	Falta de identificación y formalización de los escenarios de contingencia y de los mecanismos de respuesta y continuidad de la operación dentro de la documentación operativa del SEM-CRA.	Elaborar, formalizar y aprobar el Plan de Contingencia para la atención de emergencias médicas e integrarlo a la documentación operativa del SEM-CRA, definiendo los escenarios de contingencia, medidas de respuesta, responsables y mecanismos para garantizar la continuidad del servicio	Plan de Contingencia para la atención de emergencias médicas elaborado, formalizado e integrado a la documentación operativa del SEM-CRA	1 Plan de Contingencia elaborado, formalizado, aprobado e integrado a la documentación operativa del SEM-CRA	25	06	2026	27	06	2027	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL												
					Socializar el Plan de Contingencia con el personal vinculado a la operación del SEM-CRA, dejando evidencia de la divulgación y participación	Porcentaje de personal del SEM-CRA socializado sobre el Plan de Contingencia	100 % del personal vinculado al SEM-CRA socializado.	25	06	2026	27	06	2027	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL												
		¿Por qué el Plan de Contingencia no se encontraba formalizado e incorporado en los documentos operativos del SEM-CRA?	Porque no había sido contemplado dentro de los requerimientos documentales del Manual de Operaciones del SEM-CRA.		Evaluar semestralmente la adherencia al Plan de Contingencia mediante la aplicación de mecanismos de verificación que permitan identificar oportunidades de mejora y establecer las acciones correspondientes	Número de evaluaciones de adherencia al Plan de Contingencia realizadas	2 evaluaciones de adherencia realizadas por año	25	06	2026	27	06	2027	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL												
		¿Por qué no había sido contemplado dentro de los requerimientos documentales del Manual de Operaciones?	Porque no se había realizado previamente la identificación y formalización de los escenarios de contingencia, las medidas de respuesta, los responsables y los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad de la operación ante situaciones que [illegible]		Realizar revisión anual del Plan de Contingencia y actualizarlo cuando se presenten cambios en la operación, en los escenarios de riesgo, en la normatividad o en los recursos disponibles para garantizar la continuidad del servicio.	Porcentaje de revisiones anuales del Plan de Contingencia realizadas.	1 revisión anual realizada y documentada, y actualización cuando se identifiquen necesidades	28	06	2026	27	06	2027	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL												
2	Desactualización de la matriz de caracterización de procesos y actividades contenidas en el formato M-SS-PSS-002, fecha 13/06/2025, versión 010	¿Por qué la matriz de caracterización no refleja de oportunamente la realidad de la Gestión de Emergencias Médicas?	Porque la versión vigente al momento de la auditoria no incluía de manera actualizada las actividades, responsables y condiciones operativas de la Operación 7.3.5.	Falta de revisión y actualización oportuna y sistemática de la caracterización del proceso frente a los cambios operativos de la Gestión de Emergencias Médicas.	Mantener actualizada la Matriz de Caracterización M-SS-PSS-002 mediante la revisión periódica de la Operación 7.3.5, verificando que las actividades, responsables, entradas, salidas y registros correspondan a la operación vigente y gestionando oportunamente las actualizaciones cuando se presenten cambios.	Porcentaje de revisiones programadas de la	100% de las revisiones programadas realizadas y	28	06	2026	28	06	2027	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL												
		¿Por qué la versión anterior no había sido actualizada oportunamente?	Porque no se había realizado con la periodicidad requerida la revisión de la caracterización frente a los cambios operativos y administrativos del proceso.																								
		¿Por qué no se había realizado oportunamente dicha revisión?	Porque no se encontraba consolidado un mecanismo de seguimiento periódico que permitiera verificar y documentar la necesidad de actualización de la caracterización.																								
3	Deficiencia en la trazabilidad, soporte documental e informalidad en el registro de atención a pacientes en la Operación de Gestión de Emergencias Médicas	¿Por qué persisten debilidades en la trazabilidad y soporte documental de la regulación y traslado asistencial?	Porque al momento de la auditoria no se contaba con formatos institucionales estandarizados y formalmente adoptados para documentar de manera uniforme las actuaciones relacionadas con la [illegible]	Falta de articulación y formalización interinstitucional para definir y estandarizar oportunamente los instrumentos documentales requeridos para la regulación y traslado asistencial	Realizar seguimiento al compromiso establecido en el Acta No. 167 del 05 de agosto de 2026 para la estandarización de los formatos de regulación por parte de la Secretaría de Salud Departamental, verificando su elaboración, revisión, adopción y puesta en funcionamiento, así como la incorporación de los mecanismos necesarios para garantizar la trazabilidad documental de la regulación y traslado asistencial	Porcentaje de cumplimiento del compromiso de estandarización de formatos para regulación establecido en el Acta No. 167 del 05 de agosto de 2026	100% de cumplimiento del compromiso de	28	08	2026	28	08	2027	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL												
		¿Por qué no se contaba con formatos institucionales estandarizados y formalmente adoptados?	Porque al momento de la auditoria los formatos requeridos para la regulación y la documentación de estas actuaciones requería articulación con la Secretaría de Salud Departamental en el marco de las competencias de las [illegible]																								
		¿Por qué no se había concretado oportunamente esta estandarización?	Porque no se había establecido previamente un acuerdo interinstitucional con responsables y plazo definido para la estandarización de los formatos requeridos para la regulación, situación que posteriormente fue [illegible]																								
		¿Por qué la Operación 7.3.5 no cuenta con una gestión del riesgo específica y formalizada?	Porque no se encontraban plenamente articulados a la Operación 7.3.5 los instrumentos institucionales para la administración del riesgo, incluyendo la aplicación de la política, la identificación de riesgos y su tratamiento y seguimiento.	Falta de articulación e implementación específica				28	08	2026	28	08	2027	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL												

Powered by CamScanner

FORMULACION Y SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNO

Departamento Administrativo de Control Interno
Proceso 16. Control de Verificación y Evaluación

Código: R-DC-PCE-018	
Fecha: 23/05/2025	
Versión: 005	
Pagina: 1 de 1	

PROCESO AUDITOR Y/O RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO:	DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE CONTROL INTERNO	Actuación	DD	MM	AA	Recomendaciones: - Antes de diligenciar el presente registro, lea cuidadosamente la totalidad del informe de auditoria, para tener una mayor claridad del hallazgo, funcion preventiva, situación detectada y/o observación a tratar - Evaluar las condiciones que generan la observación con el propósito de proyectar acciones de mejoramiento que sean eficaces para la eliminación de la causa raíz - El planteamiento de acciones de mejoramiento deben culminar con la evaluación de la eficacia de las acciones ejecutadas para el cumplimiento de la meta propuesta de tal manera que no se vuelva a presentar en el proceso
		Informe definitivo de auditoría, Funcion Preventiva; (En caso que el Plan de Mejoramiento sea por iniciativa propia diliciar NA)				
PROCESO AUDITADO (En el caso de suscribirse plan de mejoramiento por iniciativa propia, explique la situacion que dio lugar a ello)	SISTEMA DE EMERGENCIAS MEDICAS DE ARMENIA	Suscripción del plan de mejoramiento:				

4	Inexistencia de la política de administración del riesgo y ausencia de Mapa de Riesgos en la Operación de Gestión de Emergencias Médicas.	¿Por qué los instrumentos institucionales de administración del riesgo no estaban articulados especificamente con la Operación 7.3.5?	Porque los instrumentos existentes para el Proceso 7 contemplaban riesgos generales de la Secretaria de Salud, sin desarrollar de manera diferenciada las particularidades, actividades criticas y factores de riesgo propios de la Gestion de Emergencias Médicas.	de la gestión del riesgo en la Operación 7.3.5, mediante la aplicación de la política institucional y la identificación, valoración, tratamiento y seguimiento de los riesgos propios de la Gestión de Emergencias Medicas.	Culminar y formalizar el proceso de actualización y fortalecimiento de la gestión del riesgo de la Operación 7.3.5, incluyendo la verificación de la política institucional aplicable, la identificación y valoración de los riesgos propios de la operación, la definición de controles, su tratamiento y el mecanismo de seguimiento, conforme a la metodología institucional y con el acompañamiento de las instancias competentes.	Porcentaje de componentes de gestión del riesgo de la Operación 7.3.5 identificados, valorados y formalizados.	100% de los riesgos aplicables a la Operación 7.3.5 identificados, valorados, con controles definidos y formalizados en los instrumentos institucionales correspondientes.							
		¿Por qué no se habia desarrollado de manera diferenciada la gestión del riesgo de la Operación 7.3.5?	Porque no se habia realizado oportunamente un ejercicio integral con los responsables de la operación y las instancias institucionales competentes para aplicar la metodologia de administración del riesgo a la operación, revisar la política aplicable, identificar y valorar los											
5	Insuficiencia de recursos tecnológicos para la operación del Centro Regulador de Ambulancias (CRA)	¿Por qué existen limitaciones en la disponibilidad y control de los recursos tecnológicos del CRA?	Porque algunos equipos utilizados en la operación no cuentan con identificación, titularidad, inventario y mecanismos de mantenimiento plenamente definidos.	Debilidad en la identificación, formalización de la titularidad, inventario, custodia y mantenimiento de los recursos tecnológicos requeridos para la operación continua del CRA.	Realizar seguimiento y documentar el cumplimiento del compromiso establecido en el Acta No. 167 del 05 de agosto de 2026 respecto de la entrega de radios para el CRA por parte de la Secretaria Departamental de Salud, así como verificar y documentar la identificación, titularidad, custodia y responsabilidad administrativa de los equipos tecnológicos utilizados por el CRA.	Porcentaje de compromisos relacionados con recursos tecnologicos del CRA cumplidos y soportados	100% de los compromisos tecnologicos objeto de seguimiento con evidencia de cumplimiento o de la gestión administrativa realizada, segun corresponda	28	08	2026	28	08	2027	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
		¿Por qué no se cuenta con identificación y responsabilidad definida para todos los equipos?	Porque no se ha consolidado un inventario institucional que permita identificar la totalidad de los equipos utilizados por el CRA y establecer su procedencia, custodia y responsable.											
		¿Por qué no se ha consolidado dicho inventario?	Porque no se ha formalizado la articulación entre las dependencias y entidades que suministran, utilizan o custodian los equipos requeridos para la operacion											
6	Deficiencias en el cumplimiento de las obligaciones y compromisos establecidos en el Convenio Interadministrativo No 034 de 2023 suscrito entre el Municipio de Armenia y el Departamento del Quindío para la articulación operativa del CRA y el CRUE.	¿Por qué no se encuentran plenamente materializadas algunas obligaciones establecidas en el Convenio 034 de 2023?	Porque no se evidencia la ejecución integral de determinadas obligaciones relacionadas con interoperabilidad tecnológica, georreferenciación, radiocomunicación y Programa de	Debilidad en el seguimiento y articulación interinstitucional para la materialización, documentación y verificación de las obligaciones establecidas en el Convenio Interadministrativo No. 034 de 2023.	Realizar seguimiento a los compromisos establecidos en el Acta No. 167 del 05 de agosto de 2026 y demás compromisos derivados del Convenio Interadministrativo No. 034 de 2023, verificando para cada obligación su responsable, estado de cumplimiento, fecha compromiso y evidencia de materialización, hasta su cumplimiento o cierre	Porcentaje de compromisos del Convenio 034 de 2023 con seguimiento y evidencia documentada	100% de los compromisos objeto de seguimiento con responsable, estado, fecha y evidencia documentada.	28	08	2026	28	08	2027	SECRETARIA DE
		¿Por qué no se evidencia la ejecución integral de estas obligaciones?	Porque su cumplimiento requiere la coordinación entre las entidades y actores responsables, y no se cuenta en todos los casos con evidencia consolidada que permita verificar su materialización											
		¿Por qué no se cuenta con evidencia consolidada y seguimiento suficiente?	Porque no se ha establecido un mecanismo conjunto y periódico que permita realizar seguimiento individual a cada obligación, identificando responsable, estado, fecha de cumplimiento y evidencias											

Numero de acciones de mejoramiento				
Numero de acciones de mejoramiento cerradas				
Porcentaje total de cumplimiento	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!

Firma	[signature]
Nombre	CLAUDIA ROMERO ARANGO
Cargo	Jefe Oficina de Seguridad Social - SSN

Director(a)