

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5	Anexo al manual MAN-CIG-01 FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO	MAN-CIG-01-FO01
		Versión: 01
		Página 1 de 15

Informe N°	107.4.19
------------	----------

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	08 de octubre de 2025		
TITULO DEL INFORME	Informe de seguimiento a la implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), correspondiente al segundo cuatrimestre del año 2025		
TIPO DE ACTIVIDAD	Auditoría		
	Seguimiento	X	
OBJETIVO DEL INFORME	Realizar el seguimiento a la implementación y aplicación del SICOF durante el segundo cuatrimestre de 2025, con el fin de verificar el cumplimiento normativo y el fortalecimiento del control institucional frente a los riesgos de corrupción, opacidad y fraude		
ALCANCE DEL INFORME:	El seguimiento se centrará en las actividades desarrolladas por el Oficial de Cumplimiento en el sistema SICOF durante el periodo comprendido entre mayo a agosto de 2025. Este seguimiento incluirá la verificación del cumplimiento normativo, así como la revisión del manual, los anexos y los formatos asociados. Todo ello se realizará tomando como referencia los lineamientos establecidos en la Circular Externa No. 2021170000005-5 de 2021, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud).		
MARCO NORMATIVO:	Circular Externa 2021170000005-5 de 2021 por medio del cual se adopta el subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF LEY 1474 de 2011 El Estatuto Anticorrupción crea el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Resl. 375 de 2019, mediante la cual se adopta la Política de Riesgos del Hospital Universitario San José. E.S. E. Acuerdo N.101.2.013 de 15-12-2022, por medio del cual se implementa el Manual de Políticas, Procesos y Procedimientos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude- SICOF		
PROCESO A REALIZAR SEGUIMIENTO	Planeación- Oficial de cumplimiento	Nombre completo del jefe de proceso / coordinador	Leonor Milena Bambague Meneses
ARTICULACION CON EL MECI:	Séptima Dimensión MIPG		
CONTENIDO			
1. Introducción 2. Etapas del SICOF 3. Elementos del SICOF 4. Conclusión 5. Recomendaciones			

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO

DESARROLLO DEL CONTENIDO

1. Introducción

Dentro de las funciones señaladas en la Ley 87 de 1993 y sus decretos reglamentarios, se indica que la evaluación y el seguimiento, independiente y objetivo es uno de los roles más relevantes que le corresponde a la Oficina de Auditoría Interna, por lo cual es la encargada de la evaluación independiente del Sistema de Control Interno, de proponer las recomendaciones y sugerencias que contribuyen al mejoramiento y optimización de la gestión Institucional.

El ejercicio de evaluación y seguimiento, es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consultoría, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la ESE Hospital universitario San José de Popayán; fortaleciendo el cumplimiento de sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión del riesgos, control y gobierno.

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) es una herramienta implementada para prevenir, detectar y mitigar riesgos de corrupción, fraude, hace parte de la estrategia del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y se enmarca dentro del Sistema de Control Interno definido por la Ley 87 de 1993, el Decreto 1083 de 2015 y la Directiva Presidencial 08 de 2022 en Colombia. Tiene como objetivo prevenir el fraude, la corrupción y la opacidad, a través de una estructura funcional y sistemática.

En cumplimiento al **Plan General de Auditorías de la Oficina de Control Interno**, y con el propósito de realizar seguimiento a la implementación del **Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF)**, correspondiente al **segundo cuatrimestre del año 2025**, de acuerdo con lo estipulado en el **numeral 5.2.3.5.4.2** de la **CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 de 2021** emitida por la **Superintendencia Nacional de Salud**,

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO

2. Etapas del SICOF (Numeral 5.2.2)

Las entidades vigiladas por la Superintendencia de Salud, como mínimo deben cumplir con las siguientes etapas:

- ❖ **Identificación (3.3.3.3.1)** Riesgos de Corrupción a los que se ven expuestos.
- ❖ **Medición (3.3.3.3.2)** En esta etapa se encuentra orientada a descubrir las posibles conductas irregulares, los fraudes a los actos de corrupción; enfocándose en aquellas áreas especiales o sensibles a los riesgos previamente identificados.
- ❖ **Control (3.3.3.3.3)** Las entidades deben tomar medidas para controlar los riesgos inherentes a que se ven expuestas con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y /o el impacto en caso que materialicen.
- ❖ **Monitoreo (3.3.3.3.4)** Las entidades deben hacer un monitoreo periódico del perfil de riesgo

En desarrollo del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude-SICOF, se observó que la Institución ha establecido las etapas donde cuenta con mecanismos estadísticos por medio de una Matriz General de Riesgos, estructurada mediante: **Identificación del proceso- Evaluación del Riesgo - Valoración de los controles Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual- Plan de Acción**

La institución tiene estandarizado seis (6) riesgos de corrupción previamente identificados, y 24 controles de monitoreo y seguimiento cuatrimestral por parte de la Oficina Asesora de Planeación, **mediante Planes de Acción,**

RIESGOS DE CORRUPCIÓN

1. Hurto de bienes institucionales
2. Falsedad en certificaciones de cumplimiento de actividades contractuales.
3. Estudios previos direccionados
4. Mal uso de los recursos de caja menor
5. Alteración de nomina
6. Facturas no auditadas y/o no radicadas

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO

2.1 INFORME DE LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)

Según información recibida por la oficina Asesora de Planeación, se analiza el resultado del seguimiento y monitoreo, del segundo

SEGUIMIENTO A GESTION DEL RIESGO MATRIZ DE CORRUPCION SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

PROCESOS INSTITUCIONALES	CANTIDAD PROGRAMADAS	CANTIDAD EJECUTADA	%
ADMINISTRATIVOS	34	32	94
ASISTENCIALES	34	33	97
TOTAL	68	65	96

cuatrimestre de 2025, donde el **96%** de total de 68 procesos entre asistenciales y administrativos cumplieron con la ejecución de los planes acción, y el **4%** restante, no cumplió entre ellos **Esterilización, Economato y Vigilancia**

ZONA DE RIESGO RESIDUAL

ZONA DE RIESGO RESIDUAL 2025	R. ADMINISTRATIVO	R. ASISTENCIAL	TOTAL
EXTREMO	0	0	0
ALTO	0	0	0
MODERADO	24	12	36
BAJO	0	0	0
TOTAL	24	12	36

Se evidencia que, una vez aplicado los controles a los riesgos Inherentes, se encuentra en una zona de riesgo moderado, adicional no se observa riesgos en zona extrema.

ZONAS DE RIESGO INHERENTE

ZONA DE RIESGO INHERENTE 2025	R. ADMINISTRATIVO	R. ASISTENCIAL	TOTAL
EXTREMO	0	0	0
ALTO	1	0	1
MODERADO	5	3	8
BAJO	0	0	0
TOTAL	6	3	9

3. ELEMENTOS DEL SICOF (Numeral 5.2.3)

Las entidades vigiladas deben consolidar una estructura para implementar el Subsistema de Administración del riesgo de Corrupción, Opacidad y el Fraude -SICOF donde considere por los menos los elementos que se señalan a:

- ❖ Políticas (3.3.4.1)
- ❖ Procedimientos (3.3.4.2)
- ❖ Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude (3.3.4.3)
- ❖ Mecanismos (3.3.4.3)

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO

- ❖ Instrumentos (3.3.4.4)
- ❖ Estructura Organizacional (3.3.4.5)
- ❖ Documentación (3.3.4.6)
- ❖ Plataforma tecnológica (3.3.4.7)
- ❖ Divulgación de información y capacitaciones (3.3.4.8)

3.1 POLITICAS:

Políticas adoptadas por el Hospital para la implementación del SICOF, junto con el documento que evidencie la socialización de dichas políticas, en cumplimiento del numeral 5.2.3.1 "Políticas" y numeral 3.3.4.6 "Documentación" de la Circular EXTERNA 2021 1700000005-5 de 2021

La institución cuenta con la **POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGO**, adoptada mediante Resol. 375 de 2019, de igual manera se evidencia en la intranet Vulcano documento denominado "**POLÍTICA PARA EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RISGOS**", de fecha **13 de julio de 2023**, actualizada mediante la Guía para la Administración de Riesgos y el diseño de controles en entidades públicas **VERSIÓN 5 de diciembre de 2020**- Emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, donde la política de gestión está alineada con las políticas institucionales que orientan el Plan Estratégico de Desarrollo **2020-2024**,

Adicionalmente, el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) ha expedido la **Guía Versión No. 7 de 2025**, la cual, entre otras actualizaciones, modifica el capítulo relacionado con los riesgos asociados a posibles actos de corrupción. Esta actualización incorpora el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP), en concordancia con el componente programático denominado "Estrategia Institucional para la Lucha Contra la Corrupción", específicamente en la Temática 1: Administración del Riesgo, que se encuentra detallada en el Anexo Técnico de los Programas de Transparencia y Ética Pública.

**FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL
INTERNO**

**Versión 7
Agosto de 2025**

1. Se mantiene estructura conceptual y metodológica general para la gestión del riesgo bajo un enfoque integral, atendiendo las políticas de gestión y desempeño que se vinculan y su relación con otras políticas públicas y los sectores que las lideran. Se define estructura general para la gestión integral del riesgo, con elementos comunes aplicables a todas las tipologías de riesgo.
2. Se amplían términos y definiciones en concordancia con las actualizaciones en los capítulos, los cuales se desarrollan como anexo de la presente guía.
3. Se incluyen contenidos del marco COSO-ERM (2017) que precisan y profundizan los conceptos de riesgo, gestión del riesgo y niveles de madurez del riesgo. En este marco general se profundiza el análisis sobre apetito del riesgo.
4. Se precisan contenidos conceptuales y ejemplos relacionados con la gestión preventiva de riesgos fiscales. Se actualizan ejemplos con el despliegue metodológico establecido.
5. Se modifica y actualiza el capítulo relacionado con riesgos asociados a posibles actos de corrupción, mediante la incorporación del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública -SIGRIP, de acuerdo con el componente programático denominado Estrategia Institucional para la Lucha Contra la Corrupción, temática 1 Administración del Riesgo desplegado en el Anexo Técnico de los Programas de Transparencia y Ética Pública.
6. Se actualizan contenidos relacionados con los riesgos de seguridad de la información, desplegando la totalidad de los pasos metodológicos y se incluye una matriz que desarrolla un ejemplo práctico como anexo.
7. Se actualiza la caja de herramientas, de acuerdo con los temas que se incorporan.

**FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL
INTERNO**

3.2 DOCUMENTO DE DESIGNACIÓN DEL ÁREA O CARGO RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SICOF.

Una de las funciones del Representante Legal según la Circular Externa N°.20211700000005-5 de 2021 literal 5.2.3.5.2, de la Superintendencia Nacional de Salud, es designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF

Se evidencia mediante la Resolución N° 0446, de fecha 3 de octubre de 2025, la asignación a la doctora **Leonor Milena Bambague Meneses**, Jefe de la Oficina Asesora de Planeación Grado 1, de las funciones como **Oficial de Cumplimiento del SICOF**, en cumplimiento de lo dispuesto en la Circular Externa N° 20211700000005-5 de 2021, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud.

3.3 INFORME DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO correspondiente al último semestre en curso, dirigido a la **Junta Directiva** y al **Representante Legal**, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, en cumplimiento al **numeral 5.2.3.5.3** de la Circular Externa 5-5 de 2021

Frente a este punto, la Oficial de Cumplimiento, mediante oficio recibido el 6 de octubre de 2025, manifiesta su disposición para presentar el informe correspondiente ante la Junta Directiva y el Representante Legal en la próxima sesión de la Junta Directiva.

3.4 RELACIÓN DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN LO CORRIDO DEL AÑO en temas relacionados con el SICOF, incluyendo los **mecanismos de evaluación** implementados para medir la efectividad de dichas actividades.

Frente a este punto la Oficial de Cumplimiento ha venido realizando capacitaciones dirigidas a los líderes y coordinadores de procesos sobre la aplicación del Sistema de Gestión del Riesgo, incluido el Sistema de Control Interno para la Prevención del Fraude y la Corrupción (SICOF). Dando a conocer que estas jornadas de formación se han diseñado con un enfoque práctico y metodológico, con el propósito de fortalecer las competencias de los responsables de los procesos en la identificación, valoración, control y monitoreo de los riesgos estratégicos, operativos, clínicos, financieros y de corrupción que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Los contenidos incluyen: Principios y lineamientos de la Política de Gestión del Riesgo, Política, Manual y procedimiento de gestión del riesgo. Metodología institucional para la construcción y seguimiento de mapas de riesgos. Inducción y reinducción institucional, con componente específico en riesgos de corrupción, opacidad y fraude. Riesgos asociados a corrupción y procesos y su gestión en el marco del SICOF. Monitoreo y mejora continua. Rol y responsabilidad de los líderes de proceso como primeros gestores del riesgo. Indicadores de gestión del riesgo. Manual del SICOF.

Aunque la Oficial de Cumplimiento ha realizado capacitaciones dirigidas a los diferentes procesos administrativos y asistenciales, no se evidencian mecanismos adecuados para la evaluación de los resultados obtenidos. Esto dificulta determinar la eficiencia de los programas de capacitación y el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos, en contravención con lo establecido en el numeral 5.2.3.9 de la Circular Externa 5-5/2021 de la Superintendencia Nacional de Salud

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO

Versión: 01

Página 8 de 15

(SUPERSALUD). Asimismo, no se aportaron actas de reuniones que permitan verificar el seguimiento y las decisiones adoptadas en torno a estos procesos.

Reunión coordinadores:



Actividad de planeación 21 y 22 agosto seminario personal asistencial y administrativo:

 HOSPITAL SAN JOSÉ		Anexo al OPL-POSI					OPL-POSI-FO01
		FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO					Versión: 01
FECHA: 21	Agosto 2023	USAR: Seminario Personal					NOTA:
TEMA: 21	Jornada de Planeación					CDPIA/C CONTROLADA CONTROL DOCUMENTAL OFICINA PLANEACIÓN	
MONITOREO:							
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	# CÉDULA	ACTIVIDAD Y CARGO	ORGANIZACIÓN O ASOCIACIÓN	PROCESO	FORMAS ELECTRÓNICAS	FIRMA
1	Carlos José Torres	76314936	Coordinador	Asociación	Atención	Atención de pacientes por vía	
2	Fernando Linares	1059124300	Asesor	Asociación	Atención	Atención de pacientes por vía	
3	Fredy A. Linares	76311047	Coordinador	Asociación	I.E.S.	Atención de pacientes por vía	
4	Isabel Fernanda	11706600	Psicóloga	Asociación	Atención	Atención de pacientes por vía	
5	Claudia X. Buitrago	345671106	Medico	H.U.S.T.	SST	Atención de pacientes por vía	
6	Wendy M. Buitrago	10341080	Coordinador	H.U.S.T.	VTC	Atención de pacientes por vía	
7	Rocio Paez	34545410	Coord. enf.	H.U.S.T.	Coord. enf.	Atención de pacientes por vía	
8	Isabel Linares	103330003	Coordinador	Asociación	Atención	Atención de pacientes por vía	
9	Jose David	00020215	Coordinador	Asociación	Sistema	Atención de pacientes por vía	
10	Jose Luis	9612845	Coordinador	H.U.S.T.	Atención	Atención de pacientes por vía	
11	Hernando Linares	25270110	Propaganda	Asociación	Atención	Atención de pacientes por vía	
12	Wendy M. Buitrago	10341080	Coordinador	H.U.S.T.	Atención	Atención de pacientes por vía	
13	Isabel Linares	103330003	Coordinador	Asociación	Atención	Atención de pacientes por vía	
14	Jose David	00020215	Coordinador	Asociación	Atención	Atención de pacientes por vía	
15	Jose Luis	9612845	Coordinador	H.U.S.T.	Atención	Atención de pacientes por vía	
16	Hernando Linares	25270110	Propaganda	Asociación	Atención	Atención de pacientes por vía	
17	Wendy M. Buitrago	10341080	Coordinador	H.U.S.T.	Atención	Atención de pacientes por vía	
18	Isabel Linares	103330003	Coordinador	Asociación	Atención	Atención de pacientes por vía	
19	Jose David	00020215	Coordinador	Asociación	Atención	Atención de pacientes por vía	
20	Jose Luis	9612845	Coordinador	H.U.S.T.	Atención	Atención de pacientes por vía	
21	Hernando Linares	25270110	Propaganda	Asociación	Atención	Atención de pacientes por vía	
22	Wendy M. Buitrago	10341080	Coordinador	H.U.S.T.	Atención	Atención de pacientes por vía	
23	Isabel Linares	103330003	Coordinador	Asociación	Atención	Atención de pacientes por vía	
24	Jose David	00020215	Coordinador	Asociación	Atención	Atención de pacientes por vía	
25	Jose Luis	9612845	Coordinador	H.U.S.T.	Atención	Atención de pacientes por vía	
26	Hernando Linares	25270110	Propaganda	Asociación	Atención	Atención de pacientes por vía	
27	Wendy M. Buitrago	10341080	Coordinador	H.U.S.T.	Atención	Atención de pacientes por vía	
28	Isabel Linares	103330003	Coordinador	Asociación	Atención	Atención de pacientes por vía	
29	Jose David	00020215	Coordinador	Asociación	Atención	Atención de pacientes por vía	
30	Jose Luis	9612845	Coordinador	H.U.S.T.	Atención	Atención de pacientes por vía	

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO



HOSPITAL SAN JOSE		Anexo al CPL-P004 FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO					CPL-P004-F002
FECHA: 22-08-2025		LUGAR: Seminario de Planificación					Versión: 02
TÍTULO: 2da Sesión de Planificación		COPIA NO CONTROLADA COP. TRO. DOCUMENTAL OFICINA PLANEACIÓN					
Nº	PERSONA Y APELLIDO	FECHA	ACTIVIDAD Y CARGO	ORGANIZACIÓN O ASISTENTE	PROYECTO	CONSEJO ELECTORAL	OTROS
1	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
2	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
3	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
4	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
5	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
6	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
7	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
8	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
9	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
10	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
11	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
12	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
13	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
14	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
15	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
16	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
17	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
18	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
19	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
20	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	

HOSPITAL SAN JOSE		Anexo al CPL-P004 FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO					CPL-P004-F002
FECHA: 22-08-2025		LUGAR: Seminario de Planificación					Versión: 02
TÍTULO: 2da Sesión de Planificación		COPIA NO CONTROLADA COP. TRO. DOCUMENTAL OFICINA PLANEACIÓN					
Nº	PERSONA Y APELLIDO	FECHA	ACTIVIDAD Y CARGO	ORGANIZACIÓN O ASISTENTE	PROYECTO	CONSEJO ELECTORAL	OTROS
1	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
2	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
3	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
4	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
5	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
6	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
7	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
8	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
9	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
10	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
11	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
12	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
13	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
14	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
15	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
16	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
17	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
18	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
19	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	
20	Walter Gaitanero	22-08-2025	Coordinador	Asesoría	Control Electoral	Control Electoral	

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO

Capacitación liga de usuarios:



Reunión liga de usuarios:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE		Anexo al OPL-PO04 FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO					OPL-PO04-FO02
FECHA: 19 - Septiembre - 2025		LUGAR: Sala de juntas Gerencia					Versión: 02
TEMA (S): Reunión de Gerencia del Hospital Universitario San José, Popayán, para la revisión de la asistencia interna.		MONITOR (S):					ECOMIAO CONTROLADA CONTROL DOCUMENTAL OFICINA PLANEACIÓN
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	# CÉDULA	ACTIVIDAD QUE CARGO	ORGANIZACIÓN O INSTITUCIÓN	PROCESO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Rodrigo Trujillo	16534066	IDEAL	U	Planificación de	3108342553	Trujillo
2	Sonia Gómez	25774			Planificación de	3108342553	Gómez
3	Jose Eduardo Soto	10527048		ACUERDO	Planificación de	3108342553	Soto
4	Edmundo Camacho	76300093	QUILAS	ACUERDO	Planificación de	3108342553	Camacho
5	Roberto Buitrago	84344314		ASO. U.S.	Planificación de	3108342553	Buitrago
6	Jose Rafael Lora	10527048	U.S. grande	ASO. U.S.	Planificación de	3108342553	Lora
7	Martha Patricia C	3655434		ASO. U.S.	Planificación de	3108342553	Patricia C
8	Francisco José Flores	10527048	Secretaría	ACUERDO	Planificación de	3108342553	Flores
9	Andrés Mejía	10527048	Asesor	ASO. U.S.	Planificación	-	Mejía
10	Gina Cerón G	10527048	Prot.	ASO. U.S.	Planificación	-	Cerón
11	Juan Camilo Dora	10527048	Profesional	ASO. U.S.	Planificación	-	Dora
12	Luis Miguel Zamora	10527048	Profesional	ASO. U.S.	Planificación	-	Zamora
13	Clayton de Jesús Posada	10527048	Profesional	ASO. U.S.	Planificación	-	Posada
14	Enzo Johana Cero	10527048	Profesional	ASO. U.S.	Planificación	-	Cero
15							
16							
17							
18							

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO

Versión: 01

Página 11 de 15

3.5. Informe de acciones realizadas desde el proceso de Planeación respecto a aquellos servicios que no presentaron seguimiento de la matriz de riesgos del primer cuatrimestre de 2025,

específicamente:

- Urgencias Pediátricas
- Pediatría
- Aseo Servicios Generales
- Aseo Servicios Generales/Lavandería

El proceso de Planeación, mediante oficio de fecha 6 de octubre de 2025, adjunta evidencia a través de listas de asistencia que registran reuniones realizadas con la gerencia y coordinadores de los diferentes procesos, especialmente con aquellos que incumplieron los compromisos correspondientes al primer cuatrimestre. En dichas reuniones se dieron a conocer las principales acciones adelantadas para corregir las desviaciones y fortalecer el cumplimiento de la matriz de riesgos SICOF

Anexo actas y listados de las socializaciones.

Acta reunión con gerente y coordinadores que no entregaron matriz de riesgos:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE		Anexo al OPL-P004 FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO				OPL-P004-F003 Versión: 02	
FECHA: 01-Ago-2025		LUGAR: SALA JUNTOS GERENCIA				HORA: 10:00 AM	
TEMA: SEGUIMIENTO A PAIS Y Gestión del riesgo		COPIA CONTROLADA CON FOLIO DOCUMENTAL OFICINA PLANEACION					
MONITOR: LEONOR BILLYANA BAMBABUE - JEFE DE PLANEACION							
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	# DEBILA	ACTIVIDAD Y LUGAR	ORGANIZACIÓN O ASIGNACION	PROCESO	COMPROMISO	FECHA
1	Gerente General	10000000	P. L.	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
2	Mano Condo Chib	10000000	Asa. Asesorado	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
3	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
4	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
5	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
6	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
7	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
8	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
9	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
10	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
11	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
12	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
13	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
14	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
15	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
16	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
17	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
18	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
19	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025
20	Gerente de Plan	10000000	Gerente de Plan	Asesorado		Revisión de gestión	01/08/2025

➤ Programación de sesiones de retroalimentación

Se establecieron reuniones con los responsables de: urgencias Pediátricas, Pediatría y Servicios de Aseo/Lavandería, donde se revisaron los riesgos identificados previamente y se ajustaron los controles con enfoque preventivo.

➤ Seguimiento y control desde Planeación

Se consolidó un plan de mejora con plazos de cumplimiento, el cual está siendo monitoreado mensualmente por Planeación y reportado en los comités de gestión y desempeño.

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE		Anexo al OPL-P004 FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO				OPL-P004-F023	
						Versión: 02	
FECHA:	04-09/2023	LUGAR:	Sala de Juntas Gerencia			HORA:	
TEMA (S):	Comité de Gestión y Desempeño					COPIA O CONTROLADA CONTROL DOCUMENTAL OFICINA PLANEACION	
MONITOR (S):							
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	# CÉDULA	ACTIVIDAD O CARGO	ORGANIZACIÓN O ASOCIACIÓN	PROCESO	CONTRIBUCIÓN ELECTRONICA	FIRMA
1	Quilista Dorelia	106148101	Profesional P.	A. H. H. H. H.	Planificación	Planificación de actividades de gestión	Quilista Dorelia
2	Tadellio Dorelia	106148102	Profesional P.	A. H. H. H. H.	Planificación	Planificación de actividades de gestión	Tadellio Dorelia
3	León Miguel Zumbado	106136209	Prof. H. H.	A. H. H. H. H.	Planificación	Planificación de actividades de gestión	León Miguel Zumbado
4	Milena Bumbado	09 382 241	Ute D. H.	H. H. H. H.	Planificación	Planificación de actividades de gestión	Milena Bumbado
5	Edwin A. Sánchez	76746633	Coordinador de Planeación	A. H. H. H. H.	Planificación	Planificación de actividades de gestión	Edwin A. Sánchez
6	Pietro Tito Latorre	10429235	Coordinador	A. H. H. H. H.	Gestión de Recursos	Gestión de Recursos de actividades de gestión	Pietro Tito Latorre
7	Luis Felipe Muñoz	10549465	Exp. G. H.	H. H. H. H.	Gestión de Recursos	Gestión de Recursos de actividades de gestión	Luis Felipe Muñoz
8	Kelly D. Salas	34524411	Coordinadora	A. H. H. H. H.	Gestión de Recursos	Gestión de Recursos de actividades de gestión	Kelly D. Salas
9	Angela María A.	10476609	Asesoradora	A. H. H. H. H.	Planificación	Planificación de actividades de gestión	Angela María A.
10	Mayra Patricia	25129326	Coordinadora	H. H. H. H.	Talento Humano	Talento Humano de actividades de gestión	Mayra Patricia
11	Patricia Gómez	10631711	Prof. H. H.	A. H. H. H. H.	Planificación	Planificación de actividades de gestión	Patricia Gómez
12	Jon David López	106370215	Coordinador	A. H. H. H. H.	Gestión de Recursos	Gestión de Recursos de actividades de gestión	Jon David López
13	Marta Contreras	3451010	Asesoradora	H. H. H. H.	Gestión de Recursos	Gestión de Recursos de actividades de gestión	Marta Contreras
14	Marta Contreras	10476609	Coordinadora	A. H. H. H. H.	Gestión de Recursos	Gestión de Recursos de actividades de gestión	Marta Contreras
15	San Martín Lora	10476609	Coordinadora	H. H. H. H.	Gestión de Recursos	Gestión de Recursos de actividades de gestión	San Martín Lora
16	Edwin Sánchez	76746633	Coordinador	A. H. H. H. H.	Planificación	Planificación de actividades de gestión	Edwin Sánchez
17	Diego A. Páez	26720172	Asesorador	A. H. H. H. H.	Planificación	Planificación de actividades de gestión	Diego A. Páez

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO

Versión: 01

Página 13 de 15

Reunión con coordinadores:

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ Centro de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica		Anexo al CPL-PD04				CPL-PD04-F022	
		FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO				Versión: 02	
PERIODO: 21-08-2025		UNIDAD: Sem. 10				MONI:	
FECHA DE: 21-08-2025		Jornada de planeación Local bienvenidos				COPIA CONTROLADA CONTROL DOCUMENTAL OFICINA PLANEACIÓN	
MONITOR (E):							
Nº	NOMBRE Y APELLIDO	FECHA	ACTUANDO Y CARGO	ORGANIZACIÓN O ASOCIACIÓN	PROCESO	COMANDO ELECTRONICO	FIRMA
1	Esteban Ortiz	25/08/2025	Coordinador	Asociación	Estadísticas	Control estadísticas	[Firma]
2	Ximenes Ortiz	25/08/2025	Prof. PIAS	Asociación	Serv. Amb. PIAS	Intervenciones respaldadas por	[Firma]
3	Enrique Fernández	24/08/2025	Enf. Crd	Huon	Atención	Control de atención	[Firma]
4	Nahela Hany	25/08/2025	Coord. Pto. de	HUIS	Revisión	Control de revisión	[Firma]
5	Jenny Chacón	25/08/2025	Coordinadora	Asociación	Salud	Salud	[Firma]
6	Orlando Torres	25/08/2025	Coordinador	HUIS	Atención	Atención	[Firma]
7	Victor Hugo Moreno	25/08/2025	Coordinador	UNP SAS	PIAS	Atención	[Firma]
8	Roberto Pineda	25/08/2025	Coordinador	SIUEB	CRITICAS	Atención	[Firma]
9	Felipe Azor P.	25/08/2025	Coordinador	Asociación	Atención	Atención	[Firma]
10	Katellina Alvarado	25/08/2025	Coordinadora	Asociación	Atención	Atención	[Firma]
11	Kelly Cárdena	25/08/2025	Enf. Pto. de	Asociación	PIAS	Atención	[Firma]
12	Andrés Uzcátegui	25/08/2025	Coordinador	Asociación	Atención	Atención	[Firma]
13	María Leticia Cárdena	25/08/2025	Subcoordinadora	HUIS	Atención	Atención	[Firma]
14	Katherine Rojas	25/08/2025	Coordinadora	Asociación	Atención	Atención	[Firma]

COPIA CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
OFICINA PLANEACIÓN

➤ Seguimiento y control desde Planeación

Se consolidó un plan de mejora con plazos de cumplimiento, el cual está siendo monitoreado mensualmente por Planeación y reportado en los comités de gestión y desempeño.

➤ Compromisos de actualización para el segundo cuatrimestre de 2025:

Los líderes de cada servicio realizaron el compromiso de entregar las matrices de riesgo actualizadas en la plataforma institucional, asegurando que se garantice la trazabilidad y continuidad del proceso en el ciclo PHVA.

FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO

4. CONCLUSIÓN

1. Es fundamental continuar fortaleciendo el proceso de implementación de las etapas y elementos del Sistema de Control del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), en particular los elementos, conforme a los lineamientos establecidos en la Circular No. 055 de 2021. Esto permitirá no solo consolidar una cultura institucional de integridad y transparencia, sino también mitigar de manera efectiva los riesgos que afectan la gestión pública, contribuyendo al mejoramiento continuo del control interno y al cumplimiento de los principios éticos en la administración.
2. Se evidenció una mejora significativa en aquellos procesos que presentaron incumplimientos en el seguimiento de la matriz de riesgos del subsistema SICOF durante el primer cuatrimestre de 2025, específicamente: Urgencias Pediátricas, Pediatría, Aseo Servicios Generales y Aseo Servicios Generales/Lavandería. Estos procesos implementaron acciones correctivas efectivas, lo cual se reflejó en que no reincidieron en dichos incumplimientos durante el segundo cuatrimestre del mismo año, demostrando así un avance en la gestión del riesgo y el compromiso con los lineamientos establecidos en la Circular No. 055 de 2021.

5. RECOMENDACIONES

1. Frente al informe que presentará la Oficial de Cumplimiento a la Junta Directiva, este órgano deberá pronunciarse de manera formal y detallada sobre cada uno de los puntos contenidos en el informe, en cumplimiento de lo establecido en el literal i) del numeral 5.2.3.5.3 de la Circular Externa 005-5 de 2021, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud (SUPERSALUD). Esta práctica garantizará una adecuada supervisión y seguimiento de las acciones relacionadas con la gestión del riesgo de corrupción, opacidad y fraude.
2. Actualizar la **Política para el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos**, conforme a la **Guía Versión No. 7 de 2025** expedida por el **Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)**, permitirá fortalecer la gestión institucional de los riesgos asociados a la **integridad pública**, así como mejorar la articulación entre el **control interno**, la **ética organizacional** y la **prevención de actos de corrupción**, en cumplimiento de la normativa vigente y de los lineamientos establecidos en el marco del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP).
3. Asegurar que los indicadores clave de riesgo estén debidamente alineados con los objetivos estratégicos y operativos de la entidad, considerando el nuevo Plan de Desarrollo Institucional 2024-2028 y el Direccionamiento Estratégico. Esta alineación permitirá un monitoreo efectivo de los riesgos críticos que puedan afectar el cumplimiento de las metas institucionales, facilitando la toma de decisiones oportunas y el fortalecimiento del sistema de gestión del riesgo.

**FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL
INTERNO**

4. Fortalecer la capacitación del personal involucrado en la operación del SICOF, asegurando la implementación de mecanismos adecuados de evaluación para medir la efectividad de dichas capacitaciones. Esta medida contribuirá al desarrollo de competencias necesarias para una correcta gestión del riesgo de corrupción, opacidad y fraude, en cumplimiento con lo establecido en el numeral 5.2.3.9, literal e) de la Circular Externa 201 5-5 de 2021, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud (SUPERSALUD).

5. Dar a conocer oportunamente las actas de las capacitaciones realizadas, así como los planes de mejoramiento derivados, en relación con el seguimiento y control que ejecuta la Oficina Asesora de Planeación. Esta práctica fomentará la transparencia, facilitará la rendición de cuentas y permitirá un seguimiento efectivo a las acciones implementadas para fortalecer el SICOF

6. Se solicita respetuosamente a la Oficina Asesora de Planeación hacer llegar a la Oficina Asesora de Control Interno, en las fechas acordadas según el acta de reunión del 16 de junio de 2025, los informes requeridos, en su calidad de segunda línea de defensa, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Estas actividades se encuentran contempladas en el Programa General de Auditoría correspondiente a la Vigencia 2025, aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno. Es importante resaltar que dichos informes deberán ser publicados conforme a los términos establecidos en la normativa vigente, con el fin de garantizar la trazabilidad, transparencia y cumplimiento institucional.

Atentamente,

PROYECTADO POR:



DIANA PATRICIA LOAIZA RODRIGUEZ
Afiliada Participe-Astrasalud
Profesional Esp. Control Interno

REVISADO Y APROBADO POR:



VICTOR FABIO GÓMEZ FRANCO
Jefe Oficina Asesora Control Interno

PERSONAS INTERESADAS

Dr. Juan Carlos Arteaga Cifuentes, Gerente