

GESTION DE CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 1 de 14

ACTA No.	FECHA			HORA		LUGAR	RESPONSABLE REUNIÓN
07	DÍA 29	MES 12	AÑO 2020	INICIAL 9:30 AM	FINAL 11:00 A.M.	Sala de Juntas de la Gerencia del Hospital Universitario San José de Popayán	Edna Mercedes López Molina, Jefe Oficina Asesora de Control Interno HUSJP

ASISTENTES O INTEGRANTES			
NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO ELECTRONICO	CARGO	DEPENDENCIA O SERVICIO
Cesar Edmundo Sarria Porras	gerencia@hospitalsan jose.gov.co	Gerente	Gerencia
Shirley Patricia Albor Cárdenas	subcientifica@hospitalsan jose.gov.co	Subgerente	Científica
Lucy Ximena Ibarra Hernandez	subgerencia@hospitalsan jose.gov.co	Subgerente	Administrativo y Financiero
Hugo Burbano	planeacion@hospital san jose.gov.co	Jefe	Oficina Asesora de Planeación
Tatiana Rodriguez	juridica@hospitalsan jose.gov.co	Jefe	Oficina Asesora Jurídica
Edna Mercedes López Molina	gescontro@hospitalsan jose.gov.co	Jefe	Oficina Asesora de Control Interno
INVITADO			
Gerardo Perez Meneses	revisorafiscal@hospitalsan jose.gov.co	Revisor Fiscal	Revisoría Fiscal
Jessica Valencia	humanizacion@hospitalsan jose.gov.co	Coordinador	Aseguramiento de la Calidad
Fabian Alonso Romero España	cidisciplinario@hospitalsan jose.gov.co	Jefe	Control Interno Disciplinario
ORDEN DEL DÍA			
1. Lectura Acta anterior: 2. Informe del cumplimiento del Plan de Auditorias del 2020, Asistencial y Administrativo e informes de ley hasta el 3er trimestre de 2020. 3. Socialización del Plan General de Auditorias del 2021. 4. Recomendaciones por parte de la oficina de control interno.			
DESARROLLO DE LA REUNION			
1. Lectura Acta anterior: El Comité de Coordinación de Control Interno realizado el 14 de enero de 2020, se realizó para la socialización y aprobación del plan General de auditorias de la vigencia del 2020.			

GESTION DE CONTROL INTERNO

- 2. Informe del cumplimiento del Plan de Auditorías del 2020, Asistencial y Administrativo e informes de ley hasta el 3er trimestre de 2020.** El PGA 2020, consta de 8, entre auditorías e informes asistenciales, 3 auditorías asistenciales, 13 informes administrativos y 11 entre auditorías administrativas, seguimientos e informes de ley, para un total de 35, al cual se adicionaron 5 auditorías y seguimientos administrativos como son seguimiento al plan de mejoramiento del proceso de Costos suscrito en el 2019, cumplimiento del plan de mejoramiento de las 5S, seguimiento del plan mejoramiento Comité de conciliación y Defensa Judicial, Seguimiento al cumplimiento ITA, auditoría a los contratos del COVID19, y la auditoría al proceso de Trabajo social, para un total de 41 actividades realizadas en el plan general de auditorías en el 2020, con un cumplimiento total al 23 de diciembre de 2020 del 91%.

A continuación se presenta un informe de manera general con las observaciones y recomendaciones entregadas por la oficina de control interno, enviadas a los correos institucionales de cada uno de los responsables de la información.

2.1. Seguimiento Programa para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC, Administrativo y Asistencial, semestral:

PAMEC 2020	ENERO A JUNIO 2020				
	Actividades planeadas	Actividades cumplidas	Actividades en desarrollo	Actividades atrasadas	% de cumplimiento
El grupo estándar cliente asistencial	97	44	16	37	45,4%
El grupo estándar direccionamiento	42	10	4	28	23,8%
El grupo estándar Gerencia	35	15	1	19	42,9%
Grupo estándar de mejoramiento de la calidad	16	7	2	7	43,8%
Grupo estándar Gerencia del talento humano	32	10	5	17	31,3%
Grupo estándar Gerencia de ambiente físico	16	6	4	6	37,5%
Grupo estándar Tecnología	13	4	1	8	30,8%

Grupo estándar de Gerencia de Información	13	5	6	2	38,5%
Total	264	101	39	124	38%

Se analiza que: De 264 actividades programadas para desarrollar en el primer semestre de 2020: Se cumplió 101 actividades que equivale a un 38%, 39 actividades en desarrollo, que equivalen al 14% y 124 actividades atrasadas que equivalen a un 46.9%.

Es importante resaltar que se está trabajando en la definición del Plan de Desarrollo Institucional de la Nueva Administración, por lo tanto, a la fecha no se cuenta aún con el Direccionamiento Estratégico y por ende, las actividades cuya ejecución depende de éste, se encuentran atrasadas.

Se observa que el plan único de mejoramiento donde se estableció la interrelación de los coordinadores asistenciales y administrativos, que permitió: formular, adoptar, dirigir, coordinar ejecutar y evaluar los planes de mejoramiento para el cumplimiento del PAMEC y así lograr los resultados en la atención en salud centrados en el usuario y su familia

Recomendación: Realizar seguimiento a las acciones de mejoramiento del PAMEC, que no se cumplieron.

2.2. Seguimiento al Cumplimiento de la HABILITACION Administrativo y Asistencial, del 3er trimestre de 2020:

Las auditorias del componente del Sistema Único de Habilitación a los servicios asistenciales en el Hospital Universitario San José se realizaron según la resolución 3100 de 2019.

Se programaron en el mes de abril del 2020, 40 autoevaluaciones, sin embargo, y por causas externas de afectación mundial se aplazaron y se realizaron en el mes de agosto.

De las 40 autoevaluaciones programadas se realizaron 35, que equivalen a un 87.5%, los 5 servicios restantes como Internación, neonatos básico, cuidados intermedios, neonatos, cuidados intensivos neonatos, Internación general prepagada y el proceso de esterilización se realizarán en los meses de octubre y noviembre de 2020, debido a la transición del proceso asistencial para la atención de pacientes con COVID SARS 2.

De las 35 autoevaluaciones se obtuvieron 191 actividades en el plan de cumplimiento institucional.

El informe no cuenta con comparación con la autoevaluación del año 2019, por el cambio normativo presentado:

GESTION DE CONTROL INTERNO

RESULTADO DE AUDITORIAS DE HABILITACIÓN – TERCER TRIMESTRE DEL 2020

ESTANDAR EVALUADO	Talent o humano	Infraestructura	Dotación	Medicamentos e insumo	Procesos prioritarios	Historia clínica	Interdependencias
Atención del parto	100	100	100	100	53.3	100	100
Trasporte asistencial	85.7	97.8	100	100	66.7	100	100
Urgencias de ginecología	85.7	56.7	92.2	66.7	92.6	100	100
Servicio urgencias de adultos	66.7	61.5	89.4	25	54.8	100	100
Servicio urgencias de pediatría	91.7	76.7	97.8	66.7	58.6	100	100
Cirugía	100	96.3	100	66.7	95	100	100
Salud mental	100	58.8	90.9	100	72.2	100	100
UCI	100	90.9	90.9	100	100	100	100
UCIINT	100	44.4	90	0	96	100	100
UCI pediatría	100	100	100	100	97	100	90.9
UCIINT pediatría	100	91.7	100	100	92.3	100	100
Sala pediatría	100	58.8	100	100	100	100	100
Sala ginecología	100	75	100	100	88.9	100	100
Quirúrgicas III	100	50	92.9	71.4	65	100	100
Quirúrgica II	100	50	92.9	71.4	65	100	100
Quirúrgicas I	100	50	92.9	71.4	65	100	100
Medicina interna 2	100	50	92.9	71.4	65	100	100
Medicina interna I	88.9	50	86.7	71.4	65	100	100
Traumatología	100	68.75	100	80	100	100	100
Diálisis	100	89.5	90	100	89.5	100	100
Patología	100	100	100	100	83.3	100	100
Laboratorio clínico	100	88.9	100	100	100	100	100

GESTION DE CONTROL INTERNO

Toma de muestras	100	85.7	100	100	100	100	100
Pre transfusional	100	100	100	100	85.7	100	100
Quimioterapia	75	75	83.3	70	66.7	81	100
Diagnostico cardiovascular	33.3	100	100	83.3	83.3	100	100
Imágenes ionizantes	100	77.8	100	100	75	100	100
Imágenes ionizantes	100	90	100	100	87.5	66.7	100
Servicio farmacéutico	100	91.7	100	100	100	100	100
Terapia respiratoria	100	100	100	100	100	50	100
Fonoaudiología	100	77.8	0	100	100	100	100
Terapia física	100	71.4	0	100	50	100	100
Vacunación	100	87.5	100	0	33.3	100	100
Consulta externa especializada	100	50	100	100	100	100	100
CE general	100	87.5	100	100	100	100	100

En el listado de verificación de los servicios, tiene como ítems cumple o no cumple, por esta razón solo se clasifican que cumple los que tiene evaluación del 100%.

Se observa que el estándar que tiene más incumplimiento, es el de infraestructura, ya que de las 35 autoevaluaciones, solo cinco (5) servicios cumplen con el 100% que equivale al 14,5%, y la causa de incumplimiento es la modificación de la normatividad, ya que la norma exige medidas específicas

El segundo más bajo es el de los procesos prioritarios, que de 35 autoevaluaciones, solo se cumplió en 9 servicios, que equivale al 25,7%

El estándar que mas se cumple en las autoevaluaciones es interdependencia, que cumple con 34 de los 35 servicios evaluados, con un 97.1%, seguido por el estándar de historias clínicas con el 91.4%

Se recomienda:

- Priorizar los servicios que tiene un mayor porcentaje de cumplimiento de los estándares para la certificación de habilitación.
- Culminar el proceso de certificación de producción de aire medicinal en sitio por compresor en el año 2021, lo que permitirá la certificación de los grupos quirúrgico e internación.

- Realizar seguimiento a los planes de acción, que fueron resultado de las lista de verificación GCE-CA-PD5-FOLV3

2.3. Seguimiento a la Evaluación de los indicadores de gestión:

Resolucion 408 del 2018: Con Rad 00651 del 10/02/2020, se envió el informe de Indicadores del 2019.

Seguimiento de los Indicadores de la Res 256 del 2016: La resolución 0256 del 6 de febrero del 2016, tiene como objetivo, dictar disposiciones relacionadas con el Sistema de información para la calidad, como componente de Sistema Obligatorio de la Garantía de la calidad de la Atención de la Salud-SOGS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitores de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de la interrelación entre si y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho sistema.

De los 21 indicadores de la resolución 256 del 2016, que son analizados se encuentra, 4 que se desvían del estándar aceptado, que son :

- Tasa de úlceras por presión
- Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias
- Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría

Seguimiento de los Indicadores MASTER: La Coordinacion de Calidad informo en el mes de septiembre de 2020, que estan en construcción.

2.5. Seguimiento a los planes de mejoramiento individual: A continuación la oficina de C.I., presenta un informe de las auditorias internas realizadas desde el 2018, para información de la nueva administración, con el % de avance en el cumplimiento de las acciones correctivas.

AUDITORIAS PROCESOS	A	2018	% CUM	2019	% CUM	2020	% CUM
ASISTENCIALES		COMITÉ DE INFECCIONES	100%	CONSULTA EXTERNA	63%	INTERNACION	SUS 2020
		FARMACIA	100%			TRABAJO SOCIAL	X SUSCRI
		URGENCIAS	87%				
ADMINISTRATIVAS		TALENTO HUMANO	No se firmo P.M.	FACTURACION	91%	ALMACEN	SUS 2020
		GESTION DOCUMENTAL	100%	AUDITORIA DE CUENTAS	100%	TALENTO HUMANO	X SUS
				COSTOS	100%		

GESTION DE CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 7 de 14

A la fecha se ha realizado un total de trece (13) auditorias internas, con las cuales se ha suscrito 12 planes de mejoramiento, solo con el proceso de Talento Humano, de la auditoria realizada en el 2018, se realizo un informe final de auditorias, con una sola acción correctiva aceptada que en ultimas solo era la advertencia por parte de la oficina de control interno, que se diera cumplimiento al numeral 3 de las funciones del Coordinador del proceso de Talento Humano, como es realizar la verificación de los requisitos del personal que ingresa a la planta del HUSJ, y que lo certificara, para con ello el Gerente se informara del cumplimiento de los requisitos establecidos en el manual de funciones, tanto de requisitos de conocimientos como de experiencia, esto debido a investigación disciplinaria que cursa en la Procuraduria desde diciembre de 2018 informada por la oficina de Control Interno.

Debido a los problemas presentados en el 2018, con la información que compila para su análisis las oficinas de Planeacion y Calidad, a la cual la oficina de Control Interno realiza seguimiento, estas tres oficinas en enero de cada año se reúnen para determinar el cronograma de los informes a entregar, la periodicidad y los responsables de las mismas, asi mismo se trabaja con la información almacenada en carpeta compartida, para evitar la duplicidad de solicitud de información a los procesos.

2.6. Evaluacion de los mapas de riesgos asistenciales y administrativos, informe semestral:

El pasado 10 de agosto del 2020, la oficina de Planeacion entrega el informe de mapa de riesgos asistenciales y administrativos a la Gerencia, los cuales fueron corroborados por la oficina de control interno, con los resultados que se presentan en la siguiente tabla:

PROCESOS INSTITUCIONALES	SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE 2020		
	MAPAS DE RIESGO	MAPAS CON SEGUIMIENTO	%
ADMINISTRATIVOS	34	34	100,0
ASISTENCIALES	24	24	100,0
TOTAL	58	58	100,0

PROCESOS INSTITUCIONALES	No. De CONTROLES	CONTROLES CUMPLIDOS AL 100%	%
ADMINISTRATIVOS	72	72	100,0
ASISTENCIALES	51	51	100,0
TOTAL	123	123	100,0

Riesgos de corrupción: Respecto a estos riesgos, se priorizaron 12 riesgos, dos de ellos transversales por posibilidad de darse en todos los procesos. Estos 12 riesgos se incluyeron en los mapas suscritos por cada uno de los coordinadores y responsables de su gestión según pertinencia, el primer riesgo transversal definido como ***“Posibilidad de apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización (Peculado, Peculado por apropiación, peculado por uso) o solicitar una dádiva a cambio de realizar u omitir un acto***

inherente a su cargo (Cohecho)", los coordinadores de los diferentes procesos definieron controlar los inventarios (equipos, medicamentos, insumos) a cargo en distintos espacios de tiempo según su criterio, siendo efectivo estos controles toda vez que no se ha reportado la materialización de este riesgo en proceso alguno. Es por esto que la oficina de control interno, envió oficios de recomendaciones a la Alta Dirección en octubre y diciembre de 2020, con el fin de hacer efectiva la cláusula que se incluyó en el 2019 con las agremiaciones sindicales de que se suscriban las actas de inventarios de elementos devolutivos, que realiza la Coordinación de Almacén, al inicio y finalización del contrato, como un paz y salvo para realizar el respectivo pago, y en lo posible los sindicatos suscriban póliza de los equipos de alta complejidad que el Hospital entrega, para la ejecución de las actividades contratadas de manera eficiente, también porque es una acción correctiva que la Contraloría Municipal viene realizando en las auditorías regulares desde el 2015.

Así mismo, con el otro riesgo transversal definido como **"Posibilidad de acción u omisión voluntaria del proceso de supervisión de contratos que favorezcan los intereses de terceros"**, todos los responsables de firmar cumplimientos de actividades contractuales, han tenido la precaución de verificar las evidencias de lo cumplido vs lo pactado antes de expedir las respectivas certificaciones que por lo general se hace de manera mensual. Este control ha permitido que durante el primer semestre y hasta la fecha, no se hayan detectado y presentado situaciones que evidencien la materialización de este riesgo.

A pesar de que muchos procesos tanto administrativos como asistenciales modificaron sus horarios y actividades por la contingencia de la pandemia por el Covid 19, si se están haciendo los seguimientos a los controles que mitigan los riesgos, y hasta lo corrido de la vigencia, los controles determinados para la mitigación de los riesgos han sido efectivos, solo el área de vigilancia (seguridad privada SERVAGRO) considera que se deben hacer ajustes a los controles debido a la actual situación de pandemia, toda vez que se dificulta el registro físico de todo paquete o persona que sale o ingresa a la institución, así como el control de ingreso y egreso de colaboradores y usuarios puesto que la huella digital y las escarapelas representan riesgos de transmisión del covid 19. Ante esta situación se aplican los controles de acuerdo a las directrices impartidas por el comité de infecciones.

No se ha materializado ninguno de los doce riesgos de corrupción priorizados y definidos por la institución en los procesos asistenciales y administrativos.

2.7. Seguimiento Plan de Acción por procesos. Informe semestral: Con Rad 00873 del 20 de feb de 2020, se envía el informe del P.A. a dic de 2019, con un avance del 89% y en octubre de 2020, la of de planeación envió el informe de seguimiento del plan de acción del 1er semestre de 2020, con un cumplimiento del 52%, la cual fue verificada por la of de C.I., enviada a la Gerencia el 3 de Nov de 2020. Con Of del 3 de Nov de 2020, se envía a Planeación el informe y las evidencias del PAP a oct de 2020, para su verificación, con el respectivo cumplimiento:

PERSPECTIVA	ACTIVIDADES ESTABLECIDAS	NO APLICA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	ACTIVIDADES NO CUMPLIDAS
FINANCIERA	14	0	6	8
CLIENTES	6	0	6	0
PROCESOS INTERNOS	15	4	4	7
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	12	4	4	4
TOTAL	47	8	20	19

CUMPLIMIENTO 51%

2.8. Auditoria a los desembolsos de Caja Menor y a los avances: La oficina de control interno realiza el seguimiento cada mes.

Se realizaron los avances hasta el mes de marzo de 2020, debido a la pandemia no se otorgaron ni visitas ni capacitaciones estas se volvieron a presentar en los meses de octubre y noviembre de 2020, y se realizaron los arqueos y desembolsos de caja menor desde enero hasta Noviembre de 2020, desde el mes de diciembre de 2019, la oficina de control interno viene capacitando a los facturadores en el autocontrol, para dar aplicabilidad a las tres líneas de defensa establecidas en el MIPG, con logros satisfactorios.

2.9. Inventario aleatorio a las farmacias central y satélites y de Bodegas de Almacén. Debido a quejas de desabastecimiento presentadas por los procesos asistenciales, el 7 de feb de 2020 la oficina de control interno realizó el inventario aleatorio en Almacén sobre los insumos médicos y medicamentos, al cual se le hizo el seguimiento respectivo.

Debido a la pandemia los inventarios aleatorios de farmacias central y satélites y de Bodegas de Almacén a realizarse en el mes de junio de 2020, se realizó el 10 de octubre de 2020 y se entregó el informe el 23 de oct de 2020, y el definitivo de Farmacia se realizó el 25, 26 y 27 de nov de 2020, el cual fue enviado a la alta dirección, con algunas observaciones subsanables, y el de Almacén se realizó los días 22 y 23 de diciembre de 2020, en espera del acta de inventario en la última semana del mes de diciembre de 2020.

2.10. Verificar el cumplimiento del Decreto 612 de 2018, en la publicación en la pag web de los planes institucionales, hasta el 31 de enero de 2020. Mediante acuerdo 006 del 31 de enero de 2020, la Junta Directiva del HUSJ, adopta el plan de acción institucional para la vigencia del 2020, donde se estableció la integración de doce (12) planes institucionales y estratégicos del plan de acción, por lo cual la oficina de control interno verificó que se publicaran el 31 de enero de 2020, como lo determina el art 74 de la ley 1474 del 2011, estos son:

- Plan Institucional de Archivos –PINAR-
- Plan Anual de Adquisiciones

- Plan Anual de Vacantes.
- Plan de Prevision de Recursos Humanos
- Plan Estrategico de Talento Humano
- Plan Institucional de Capacitacion
- Plan de Incentivos institucionales
- Plan de Trabajo anual de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Plan Anticorrupcion y de Atencion al ciudadano
- Plan Estrategico de Tecnologias de la información y de las Telecomunicaciones PETI
- Plan de Tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información
- Plan de seguridad y privacidad de la información.

2.11. Realizar evaluación de desempeño por áreas. Según el acuerdo 617 de 2018, emitido por la Comisión Nacional de Servicio Civil, los Jefe de Control Interno de Gestión, no realizarán la evaluación del 10% como complemento a la evaluación de desempeño de los funcionarios, por lo cual se hizo solo hasta el 2018, esto en aplicación a la Ley 909 de 2004 at 39, donde se establecía que los Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento.

2.12. Realizar la verificación de la inscripción e implementación de los trámites en la plataforma del SUI en cumplimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano. Se envió con Rad 00558 del 5 de feb 2020, a las oficinas de Planeación, Jurídica y Sistemas, dar aplicación a esta ley. Se envió Of el 4 de Noviembre y el 11 de dici de 2020 a la sub gerencia Activa, el avance ya que ahora esta a cargo de esta oficina, quien mediante oficio del 15 de diciembre de 2020 informa que la oficina de Planeación cuando tenía esta actividad a cargo, se realizaron compromisos con los procesos para el último trimestre del 2020, por lo cual se evaluará su avance en el 1er trimestre del 2021.

2.13. Seguimiento a los Planes de Mejoramiento de las auditorías suscritas con las entidades de control externa.

CONTRALORIA MUNICIPAL DE POPAYÁN: En el 2018, el Hospital tenía pendiente el cumplimiento de los planes de mejoramiento de las auditorías regulares, administrativas y presupuestales y ambientales, desde el 2015, por lo que se solicitó a la Contraloría suscribir un Plan de Mejoramiento donde se consolidaron las acciones correctivas no cumplidas, y con ello ampliar el plazo de su cumplimiento, por lo que fuimos autorizados en el mes de marzo de 2018, acciones que fueron cumplidas en un 100% en diciembre de 2019, por lo que a la fecha solo se tienen pendientes tres (3) planes de mejoramiento, que son:

AUDITORIA REGULAR DEL 2018: El 23 de enero de 2020, se suscribió Plan de Mejoramiento con 11 acciones correctivas, donde se tipificaron 4 observaciones de tipo administrativo, 8 disciplinarios, 1 penal y 3 fiscales. En el mes de Julio de 2020, se determinó por parte de la oficina de control interno un avance del 85%, el plazo de cumplimiento es hasta el 31 de diciembre de 2020.

AUDITORIA A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y PRESUPUESTAL DEL 2019: El 5 de junio de 2020, se suscribió Plan de Mejoramiento con 7 acciones correctivas donde se tipificaron 5

observaciones de tipo administrativo, y 2 con incidencia fiscal y disciplinaria, del que se debe entregar el avance en enero del 2021. El 27 de nov de 2019, se envió el 100% de cumplimiento del Plan de Mejoramiento del 2018.

- **AUDITORIA REGULAR DEL 2019:** El 27 de octubre de 2020, se suscribió Plan de Mejoramiento con 11 acciones correctivas donde se tipificaron 2 observaciones de tipo administrativo, 14 disciplinarios, y 3 administrativos con incidencia fiscal y disciplinaria, del que se debe entregar el avance en enero del 2021.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION:

- **PLAN DE MEJORAMIENTO COMITÉ DE CONCILIACION:** El 16 de octubre del 2018, se recibió visita por parte del Dr. Diego Felipe Vivas de la Procuraduría, con el fin de determinar como estaba funcionando el Comité de Conciliación, por lo que en el mes de abril de 2019, envió el respectivo plan de mejoramiento con 6 acciones correctivas. El 26 de noviembre de 2019, la oficina Jurídica entrega las evidencias de cumplimiento, por el cual se determinó un avance del 86%, y se solicitó desde el mes de junio de 2020, las evidencias para verificar el cumplimiento, y que a la fecha solamente falta una evidencia que es *"Implementar los planes de acción definidos dentro de la política de prevención"*, cuya responsabilidad es de las subgerencias científica y administrativa.
- **PLAN DE MEJORAMIENTO INDICE DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION –ITA–:** Para dar aplicabilidad a la Ley 1712 de 2014, Decreto 103 de 2015, compilado en el Decreto 1081 de 2015 y Resolución MinTIC 3564 de 2015, la procuraduría y el DAFP, envían el aplicativo Guía Matriz de Cumplimiento V.6, para determinar el avance del Índice de Transparencia y Acceso a la Información –ITA– en el HUSJ, por lo cual el 11 de diciembre de 2020, se recibió el informe de avance de la auditoría del ITA, por parte de la Procuraduría, en donde el HUSJ, obtuvo un puntaje de 94/100, quedando para plan de mejoramiento 7 acciones correctivas, suscritas el 23 de diciembre de 2020, y serán publicadas en el link de transparencia del HUSJ, y enviadas a la Procuraduría.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD: Según visita realizada por la Superintendencia Nacional de Salud en el mes de mayo de 2017, la respuesta y el plan de mejoramiento la Gerencia lo delegó a la oficina Jurídica, con el apoyo de la oficina de planeación, aunque de manera insistente y por escrito solicitó a la Gerencia que me enviara el informe final y el plan de mejoramiento para realizar el seguimiento que a esta oficina corresponde no fue autorizado por la Gerencia, se que el año pasado llegó un requerimiento que fue contestado por el Jefe Omar Solano encargado de la oficina de Planeación para que enviaran las evidencias.

2.14. Verificar la entrega del informe de evaluación de desempeño laboral a la Gerencia por parte de Talento Humano. El 17 de febrero de 2020, la Coordinadora del Proceso de Talento Humano envía el informe de evaluación de desempeño de la vigencia del 2019.

2.15. Entrega de informes a entes externos: El HUSJ, entregó de manera satisfactoria de la vigencia del 2019, a los entes externos, así:

GESTION DE CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 12 de 14

CONTADURIA GENERAL DE LA NACION: El 26 de feb de 2020, se envió a la plataforma del CHIP, el informe de control interno contable del 2019.

Departamento Administrativo de la función pública –DAFP–: Diligenciamiento de la encuesta FURAG II. El 25 de feb de 2020, las oficina de Planeacion y Control Interno, enviaron la encuesta FURAG del 2019, y en el mes de Mayo de 2020, el DAFP, envió los resultados, que fueron socializados en el comité de gestion y desempeño, dirigido por la oficina de Planeacion.

MINISTERIO DE LAS TICS: La oficina de control interno realiza el seguimiento de la entrega de la encuesta de Derechos de Autor, Software, de la vigencia 2019, subido a la plataforma el 9 de Marzo de 2020, por la Coordinacion de sistemas

CONTRALORIA MUNICIPAL DE POPAYANN: Reportar en la plataforma SIA CONTRALORIA, la ejecucion de todos los planes de mejoramiento suscritos con la Contraloria Municipal de Popayan, en el mes de enero y julio de cada año.

2.16. Informe Pormenorizado de Control Interno (MECI-MIPG Y FURAG): El 31 de enero de 2020, se entrego informe pormenorizado de C.I. correspondiente a los meses de Nov-Dic de 2019. En el mes de Julio de 2020, se presento y publico el informe del 1er semestre de 2020.

2.17. Seguimiento al Plan Anticorrupcion y de Atencion al Ciudadano. Se realizo en mayo 14 de 2020, el avance de PAYAC del 1er cuatrimestre de 2020. El 3 de Nov de 2020 se entrego el avance del 2do cuatrimestre de 2020, por parte de Planeacion, y el mismo dia la Of de C.I., realiza el seguimiento y envia a la Gerencia para su publicacion.

2.18. Seguimiento a la implementacion del nuevo Modelo Integrado de Planeacion y Gestion - MIPG-, según planes de acción: La oficina de Control Interno en el mes de enero de 2020, entrego un avance del 90%, y verifico el avance en la implementacion del MIPG del HUSJ, el 22 de julio de 2020, se envia a la Of de Planeacion las evidencias del 1er semestre de 2020, con un cumplimiento del 98%.

2.19. Informe de seguimiento a las PQRSF y Sistema de Informacion y Atencion al Ciudadano - SIAU- y a los planes de mejoramiento. Debido a la pandemia, se postergaron la entrega de los informes, por lo que el 28 sept de 2020, se realizan los inf de seguimiento del 1er y 2do trimes. Se envia inf del 3er trim el 23 de nov de 2020 a la gerencia, subgerencias, siau, C.E., Calidad e Urgencias.

2.20. Informe de Austeridad del gasto en cumplimiento del Decreto 1068 de 2015, Art 2.8.4.8.2: Mediante oficio del 24 de febrero de 2020, se entrego a Gerencia el informe del 4to trim del 2019. Se entrego a Gerencia, Sub gerencia Activa y presupuesto, los informes del 1er trim el 30 de abril, el 2do trim en julio 29, y 3er trimestre el 30 de oct de 2020.

2.21. Verificacion del envio de la informacion del SARLAFT. Se envió el 5 de Noviembre de 2020, a la Sub Gerencia Activa para que se envíe informacion del SARLAFT, el cual fue contestado el 10 de Nov de 2020, donde se informa que las acciones a realizar van hasta el 31 de dic de 2020, y que el 6 de nov de 2020, se cumplió con los reportes que estaban extemporaneos (enero a abril 2020).

GESTION DE CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 13 de 14

3. Socialización del Plan General de Auditorias del 2021 se anexa. Para la próxima vigencia se propone 36 actividades, que corresponden a 25 entre informes y seguimientos de las áreas administrativas y 11 asistenciales, y teniendo en cuenta que es el último año de periodo de la Jefe de la oficina de Control interno, se solicita a la Gerencia, que se disponga de personal de planta para el apoyo a las auditorias asistenciales y administrativas y un contratista de apoyo para los informes.

4. Recomendaciones por parte de la Oficina de Control Interno:

- Que la información que se solicite por las oficinas o procesos se entregue en los plazos determinados y verificada, ya que en algunas ocasiones la oficina de control interno, ha detectado problemas en cuanto a sumatorias o porcentajes que no coinciden, con otros informes entregados o publicados.
- Realizar las acciones necesarias para la implementación del MIPG, por lo cual se recomienda a la oficina de Planeación, quien es la responsable en su implementación, solicitar las evidencias del cumplimiento de los planes de acción, a los responsables, para cumplir con las metas propuestas de avance.
- Dar agilidad a la liquidación de los contratos, que es un hallazgo reiterativo en las auditorias de la Contraloría.
- Determinar a una persona en la oficina Jurídica, para que se encargue de organizar el expediente contractual, ya que se siguen detectando falencias en documentación y firmas y en asignación de supervisores.
- Manejo del riesgo de pérdida de información con las áreas de sistemas, jurídica, facturación y auditoria de cuentas.
- Medir la adherencia no solo a los procesos asistenciales sino también a los administrativos.

Las siguientes son las tareas a realizar y presentar en el próximo Comité institucional de control interno.

TAREAS

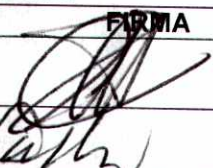
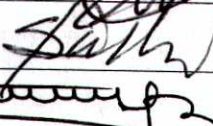
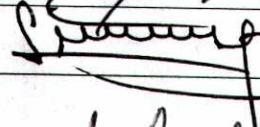
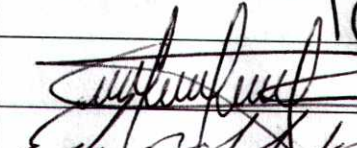
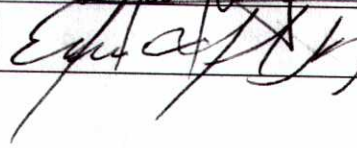
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
1. DAR APLICABILIDAD AL MANUAL PARA EL MANEJO ADMINISTRATIVO DE LOS BIENES, SOBRE TODO CON LO QUE TIENE QUE VER CON BAJAS.	Sub gerencia activa y financiera, almacén y oficina jurídica	
2. PORTAFOLIO DE SERVICIOS.	Planeación Gerencia	
3. CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS DETERMINADAS EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS CON LOS ENTES DE CONTROL	Responsables de acciones de mejoramiento.	

GESTION DE CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 14 de 14

Fecha de la próxima reunión		Según cronograma de comités que realiza la oficina de planeación.
FIRMAS APROBANDO EL ACTA		
NOMBRE	FIRMA	
Cesar Edmundo Sarria Porras		
Shirley Patricia Albor Cárdenas		
Lucy Ximena Ibarra Hernandez		
Hugo Burbano Daza		
Tatiana Rodriguez		
Edna Mercedes López Molina		

PLAN GENERAL DE AUDITORIAS -ASISTENCIAL-ADMINISTRATIVO E INFORMES DE LEY AÑO 2021-
(<https://www.hospitalsanjose.gov.co/index.php/transparencia/item/674-plan-de-accion-2020>)

			ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE					
Nº	NOMBRE DEL PROCESO, SUBPROCESO, ACTIVIDAD QUE VA A HACER AUDITADA.	MODALIDAD Y NORMATIVIDAD.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	PERIODICIDAD	RESPONSABLE DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO								
1	Verificar el cumplimiento del Decreto 612 de 2018, en la publicación en la página web de los planes institucionales, hasta el 31 de enero de 2021.	Cumplimiento del Decreto 612 de 2018				31																																					ANUAL	Oficina de Planeación y Responsables de los planes.								
2	Reportar en la plataforma SIA CONTRALORIA, el seguimiento al P.M. de la auditoría regular de la vigencia 2018, y 2019 suscrito con la Contraloría Municipal de Popayan.	En cumplimiento de la Res 017 de 2017, art 35, presentar avances P.M. enero y julio 10 de cada año.				12																																					SEMESTRAL	Gerencia, Responsables de las acciones correctivas y Oficina de Control Interno								
3	Reportar en la plataforma SIA CONTRALORIA, el seguimiento al P.M. FINANCIERO Y PPTAL, de la auditoría de la vigencia del 2019, con la Contraloría Municipal de Popayan.					12																																						Gerencia, Responsables de las acciones correctivas y Oficina de Control Interno								
4	Seguimiento del plan mejoramiento Comité de conciliación y Defensa Judicial	cumplimiento del P.M. suscrito con la Procuraduría en abril de 2019				3																																						TRIMESTRAL	Miembros Comité de Conciliación y Oficina de Control Interno							

			ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE					
N°	NOMBRE DEL PROCESO, SUBPROCESO, ACTIVIDAD QUE VA A HACER AUDITADA.	MODALIDAD Y NORMATIVIDAD.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	PERIODICIDAD	RESPONSABLE DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO								
5	Realizar seguimiento a la entrega de la encuesta de Derechos de Autor, Software. Plazo hasta el viernes 19 de marzo de 2021.	Directiva Presidencial 002 de 2002 y Circular 17 de 2011. 3er viernes del mes de marzo																																									Diligenciamiento de la encuesta de Derechos de Autor, que se sube a la pagina. ANUAL	Sistemas y Oficina de Control Interno								
6	Realizar auditoria al otorgamiento y legalización de avances aplicando las 3 lineas de defensa de MIPG	Cumplimiento de la Res 111 del 2018																																									MENSUAL	Sub gerencia Administrativa, responsables del sub procesos otorgamiento y legalizacion de avances y Contratista de apoyo a la auditoria administrativa de la oficina de Control Interno								
7	Arqueos de caja general y caja menor. aplicando las 3 lineas de defensa de MIPG.	Gestión y resultados financiera. Decreto 943 del 2014, y la ley 1474 del 2011																																									MENSUAL	Sub gerencia Administrativa, responsables del sub procesos de Arqueo de Caja General y Caja Menor y Contratista de apoyo a la auditoria administrativa de la oficina de Control Interno								
8	Auditoria a los desembolsos del fondo fijo de caja menor, aplicando las 3 lineas de defensa de MIPG.																																										Sub gerencia Administrativa, responsables del sub procesos de Desembolsos de fondos fijos y Caja Menor y Contratista de apoyo a la auditoria administrativa de la oficina de Control Interno									
9	Informe Pormenorizado de Control Interno (MECI-MIPG Y FURAG)	Decreto 2106 del 2019, art 156.																																									Este informe incluye MECI, FURAG, y MIPG. SEMESTRAL	Oficina de Control Interno								

			ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				PERIODICIDAD	RESPONSABLE DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Nº	NOMBRE DEL PROCESO, SUBPROCESO, ACTIVIDAD QUE VA A HACER AUDITADA.	MODALIDAD Y NORMATIVIDAD.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
10	Verificación y Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, que se publique el seguimiento y el nuevo plan antes del 31 de enero.	Art 73 y 74 Ley 1474 de 2011, El artículo 2.1.4.8. del Decreto 1081 de 2015, publicación antes del 31 enero				31																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						</

			ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				PERIODICIDAD	RESPONSABLE DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO
N°	NOMBRE DEL PROCESO, SUBPROCESO, ACTIVIDAD QUE VA A HACER AUDITADA.	MODALIDAD Y NORMATIVIDAD.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4										
14	Verificación del envío de la información del SARLAFT.	Cumplimiento de la Circular 09 del 21 de abril del 2016																																													MENSUAL	Junta Directiva, Sub Gerente Administrativo como oficial de Cumplimiento, Revisoria Fiscal y Control Interno				
15	Cumplimiento de las 5S	Cumplimiento, programa de Orden y Aseo																																													DIARIA	Gestion Ambiental y Control Interno				
16	Seguimiento al cumplimiento ITA. Plan de mejoramiento de 5 acciones correctivas suscritas con la Procuraduría el 23 de diciembre de 2020, con la oficina de Planeacion.	Cumplimiento																																													SEMESTRAL	Oficina de Planeacion y de Control Interno.				
17	Seguimiento Plan de Mejoramiento de la Auditoria al Proceso de Facturacion, suscrito en el 2019	Cumplimiento																																													Seguimiento Auditoria al Proceso de Facturacion	Coordinador y personal del Proceso de Facturacion, y del apoyo a las auditorias administrativas de la Oficina de Control Interno				
18	Seguimiento P.M. Auditoria proceso de Gestion del Talento Humano.	Cumplimiento																																													SEGÚN LO PACTADO PM	Proceso de Gestion del Talento Humano (Seguridad y Salud en el Trabajo, Coordinacion de enfermeria y Talento Humano) y Contratista de apoyo a las auditorias administrativas de la oficina de Control Interno				
19	Seguimiento al Plan de Mejoramiento Individual al proceso de Almacen 2020.	Cumplimiento																																													SEGÚN LO PACTADO PM	Sub gerencia Administrativa (Proceso de Gestion Documental) y Contratista de apoyo a las auditorias administrativas de la oficina de Control Interno				

			ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE					
Nº	NOMBRE DEL PROCESO, SUBPROCESO, ACTIVIDAD QUE VA A HACER AUDITADA.	MODALIDAD Y NORMATIVIDAD.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	PERIODICIDAD	RESPONSABLE DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO								
20	Seguimiento a las acciones suscritas en el acta del 21 de dici de 2020, con los procesos de Farmacia, audit de cuentas, Facturacion, venta de servicios, ginecologia, estadisca y sistemas.	Gestión y resultados- Archivo y Comunicaciones. Cumplimiento PGA 2018												15																														SEGÚN LO PACTADO PM	Sub gerencia Administrativa (Proceso de Gestion Documental) y Contratista de apoyo a las auditorias administrativas de la oficina de Control Interno							
21	Realizar inventario aleatorio a las farmacias central y satélites.	Procedimiento control de inventarios de medicamentos y DM, AAD-SF-PD8, de 2019																																										Las fechas se determinaran con el Area de, Farmacia, Revisoria fiscal y C.I. 3 en el año (Julio y Diciembre, y 1 aleatorio)	Sub gerencia cientica (Area de Farmacia), Revisoria Fiscal y Contratista de apoyo a las auditorias asistenciales y Administrativas de la oficina de Control Interno							
22	Auditoria inventario aleatorio de Bodegas de Almacén.	Procedimiento control de inventarios de Almacen , GSU-AM-PD4 de 2015..																																										Las fechas se determinaran con el Area de Almacen, Farmacia, Revisoria fiscal y C.I. 3 en el año (Julio y Diciembre y 1 aleatorio)	Sub Gerencia Administrativa (area de Almacen), Revisoria Fiscal y Contratista de apoyo a las auditorias asistenciales y Administrativas de la oficina de Control Interno							
23	Verificar la entrega del informe de evaluación de desempeño laboral a la Gerencia por parte de Talento Humano.	Cumplimiento.																																										ANUAL	Responsables de la calificacion a los empleados, Oficina de Talento Humano, y Jefe oficina de Control Interno.							
24	Seguimiento a la implementacion del nuevo Modelo Integrado de Planeacion y Gestion -MIPG-, según planes de accion	Cumplimiento												15																														Se realizara la verificacion en el avance de los planes de accion del MIPG TRIMESTRAL	Los responsables del cumplimiento de los Planes de Accion del MIPG en sus 7 dimensiones, Oficina de Planeacion y de Control Interno							

			ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				PERIODICIDAD	RESPONSABLE DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO
N°	NOMBRE DEL PROCESO, SUBPROCESO, ACTIVIDAD QUE VA A HACER AUDITADA.	MODALIDAD Y NORMATIVIDAD.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4										
25	Seguimiento Programa para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC, Administrativo y Asistencial. El Informe de ACREDITACION es anual	Ley 100 1993 articulo 180 y 186. Res 5095 del 2018																																											SEMESTRAL PAMEC Y ANUAL ACREDITACION	Coordinacion Calidad, Oficina de Planeacion y Contratista de apoyo a las auditorias asistenciales de la oficina de Control Interno						
26	Seguimiento al Cumplimiento de la HABILITACION Administrativo y Asistencial.	Cumplimiento. Res 3100 de 2019																																											SEMESTRAL	Coordinacion Calidad, Sub gerencia cientica (Coordinadores de Servicios) Sub Gerencia Administrativa y Contratista de apoyo a las auditorias asistenciales de la oficina de Control Interno						
27	Seguimiento a la Evaluacion de los indicadores de gestion (408 de 2018, 256 del 2016 y los MASTER)	Cumplimiento. Resolucion 408 de 2018																																											SEMESTRAL	Coordinacion Calidad, Sub gerencia cientica (Coordinadores de Servicios) Sub Gerencia Administrativa y Contratista de apoyo a las auditorias asistenciales de la oficina de Control Interno						
28	Evaluacion de los mapas de riesgos asistenciales y administrativos	Gestión y resultados-Asistencial.																																											SEMESTRAL	Coordinacion Calidad, Planeacion, Sub gerencia cientica (Coordinadores de Servicios) Sub Gerencia Administrativa y Contratista de apoyo a las auditorias asistenciales y Administrativas de la oficina de Control Interno						
29	Seguimiento a la evaluación de los Planes de Accion Integrales.	Ley 1474 del 2011 art 74. y se integra el Decreto 612 de 2018.																																											SEMESTRAL	Coordinacion Calidad, Planeacion, Sub gerencia cientica (Coordinadores de Servicios) Sub Gerencia Administrativa y Contratista de apoyo a las auditorias asistenciales y Administrativas de la oficina de Control Interno						
30	Informe de seguimiento a las PQRSF y Sistema de Informacion y Atencion al Ciudadano -SIAU- y a los planes de mejoramiento.	Ley 190 de 1995, art 53 al 55																																											Se realizara el informe y seguimiento de las PQRS y el avance en el cumplimiento de los planes de mejoramiento. TRIMESTRAL	SIAU, personal de Apoyo a las auditorias asistenciales de la oficina de Control Interno						

			ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE					
Nº	NOMBRE DEL PROCESO, SUBPROCESO, ACTIVIDAD QUE VA A HACER AUDITADA.	MODALIDAD Y NORMATIVIDAD.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	PERIODICIDAD	RESPONSABLE DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO								
31	Realizar seguimiento al Plan de Mejoramiento suscrito con el proceso del servicio de URGENCIAS en el 2019.	Gestión y resultados-Asistencial. PGA 2019																																									1ER TRIMESTRE DE 2021	Sub gerencia científica (Proceso de Urgencias) y Contratista de apoyo a las auditorias asistenciales de la oficina de Control Interno								
32	Seguimiento Plan de Mejoramiento de la Auditoria al Proceso de Consulta Externa, suscrito en el 2019. En el mes de nov de 2020 se suscribio un nuevo P.M. según acta de reunion del 9 de octubre de 2020.	Gestión y resultados-Asistencial. PGA 2019																																										1ER TRIMESTRE DE 2021	Coordinador y personal del Proceso de Consulta Externa, y del apoyo a las auditorias asistenciales de la Oficina de Control Interno							
33	Seguimiento Plan de Mejoramiento de la Auditoria al Proceso de Internacion.	Gestión y resultados-Asistencial. PGA 2020																																										1ER SEMESTRE DE 2021	Coordinador y personal del Proceso de Internacion, y del apoyo a las auditorias asistenciales de la Oficina de Control Interno							
34	Seguimiento Plan de Mejoramiento Auditoria al proceso de Trabajo social	Gestión y resultados-Asistencial. PGA 2020																																										1ER SEMESTRE DE 2021	Coordinador y personal del Proceso de Trabajo social, y del apoyo a las auditorias asistenciales de la Oficina de Control Interno							
35	Auditoria al proceso de Calidad	Gestión y resultados-Asistencial. PGA 2021																																										1ER SEMESTRE DE 2021	Coordinador y personal del Proceso de Calidad, y del apoyo a las auditorias asistenciales de la Oficina de Control Interno							
36	Auditoria al proceso de Juridica, area de Contratacion.	Gestión y resultados-Asistencial. PGA 2021																																										1ER SEMESTRE DE 2021	Coordinador y personal del Proceso de Juridica, y del apoyo a las auditorias asistenciales y administrativas de la Oficina de Control Interno							

Popayan, diciembre 29 de 2020

CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS
Gerente

EDNA MERCEDES LOPEZ MOLINA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ

LISTADO DE ASISTENCIA

FO-PCA-18

Versión: 01

FECHA: Dic. 29/2020

LUGAR:

Gerencia

HORA: 9: am

TEMA (S): Comité Institucional de Control Interno

MONITOR (ES): Edna Mercedes López Molina

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ACTIVIDAD Y/O CARGO	PROCESO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
1	Hugo Ernesto Pizarro	Jefe Of. Asesor. Planeación	Planeación	planeacion@hospital sanjose.go.cr	3106924954
2	Shirley Alvarado Cardenas	Subj. Ejecutiva			3148279924
3	Esra L. Valencia	Ordinadora	Atención	atencion@hospital sanjose.go.cr	324580224
4	Lucy Ximena Ibarra	Subgerente Administ.	Subgerencia	subgerencia@hospital sanjose.go.cr	3154386178
5	Edith Román E.	Control Disc Int	Control Disc	controldisc@hospital sanjose.go.cr	3276673500
6	Wagner Estratega S	Profesional RRHH	Control Int	controlint@hospital sanjose.go.cr	3150776454
7	Edna Mercedes López	Jefe Asesor	Control Int	controlint@hospital sanjose.go.cr	3117691083
8	Esra L. Valencia	Asesor Administrativo	Control Int	controlint@hospital sanjose.go.cr	3158125621
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					