

107

Popayán, Diciembre 13 de 2021.

Doctor(a)s:

CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS. Gerente
OSCAR FERNANDO ROSERO VARGAS. Sub gerente científico
LUCY XIMENA IBARRA HERNANDEZ. Sub gerente Administrativa y Financiera
HUGO ERNESTO BURBANO DAZA. Jefe Oficina de Planeación
TATIANA RODRIGUEZ BRAVO. Jefe oficina Asesora Jurídica.
Miembros Comité de Coordinación de Control Interno
Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

CLAUDIA LORENA KNUDSON CAMPO. Proceso de Calidad.
GERARDO PERES MENESES. Revisor Fiscal
Invitados permanentes al Comité de Coordinación de Control Interno
Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

ASUNTO: Convocatoria al Comité de Coordinación de Control Interno.

Dando cumplimiento al Decreto 648 de 2017, emitido por la Presidencia de la República, establece que: "Las entidades que hacen parte del ámbito de aplicación de la Ley 87 de 1993, deberán establecer un Comité Institucional de Coordinación de Control Interno como órgano asesor e instancia decisoria en los asuntos de control interno", se convoca a los miembros del Comité y sus invitados permanentes al 2do Comité de Coordinación de Control interno a realizarse el próximo jueves 16 de diciembre de 2021 a las 9 a.m. en la sala de juntas de la Gerencia, cuya asistencia es obligatoria o con delegados.

A continuación se da a conocer los temas a tratar, así:

1. Verificación de Cuórum:
2. Lectura del Acta anterior: Este punto se obvia teniendo en cuenta que se envió a los correos con anterioridad el acta del Comité del 10 de agosto de 2021, suscrita por los integrantes del Comité, por lo cual es conocida por todos.
3. Informe de las tareas determinadas en el último Comité realizado el 10 de agosto de 2021.
4. Informe del cumplimiento del Plan de Auditorias del 2021, Asistencial y Administrativo e informes de ley con corte al 15 de diciembre de 2021.
5. Proyecto de Plan General de Auditorias para el 2022.
6. Recomendaciones por parte de la oficina de control interno.
7. Sugerencias y varios por parte de los integrantes del Comité.

Dirección: Carrera 6 # 10N – 142 Popayán – Cauca
Email: gescontrol@hospitalsanjose.gov.co

Líneas de atención: 8234508 ext. 134-249
Oficina de atención al usuario: 3206651134

www.hospitalsanjose.gov.co



HOSPITAL
SAN JOSE

Confianza y calidad para su salud

NIT. 891.580.002-5

GESTION DE CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 2 de 2

Esperando puntual asistencial, gracias.

Atentamente,

EDNA MERCEDES LÓPEZ MOLINA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Nota: enviados a la 1:45 pm a los como instituciones
Em/21

Dirección: Carrera 6 # 10N – 142 Popayán – Cauca
Email: atccontrol@hospitalsan jose.gov.co

www.hospitalsan jose.gov.co

Líneas de atención: 8234508 ext. 134-249
Oficina de atención al usuario: 3206651134



HOSPITAL
SAN JOSÉ

Confianza y calidad para su vida

LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO

FD-PCA-18

Versión: 02

FECHA: Diciembre 16, 2021

LUGAR: Sala Juntas de Gerencia

HORA: 9:00 am

TEMA (S): Comité de Coordinación de Control Interno

MONITOR (ES): Edna Mercedes Chapin Rojas

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	# CEDULA	ACTIVIDAD Y/O CARGO	ORGANIZACIÓN O ASOCIACION	PROCESO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
1	Ediano Rodríguez Bravo	34.331.558	Jefe Qf. Desarrollo	HUSJ	Qf. Desarrollo	judicio@hospital-san-jose.gub.cr	318439273
2	Jucy Ximena Ibarra	66858564	Subg. Adm y Fin.	HUSJ	Subgerencia	subgerencia@husj-gub.cr	3154386178
3	Hugo F. Barboza	76334126	Jefe Planeación	HUSJ	Planeación	Planeacion@hospital-san-jose.gub.cr	3106924984
4	Osvaldo Antonio Rosero V.	10290335	Subg. Control	HUSJ	Subgerencia Control	subgerencia@hospital-san-jose.gub.cr	3005045846
5	Geraldo Pérez H.	4664.276	Revisoría Fiscal	HUSJ	Revisoría Fiscal	gerardo.perez.walsh@gmail.com	3149796277
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

TEMA DE LA REUNION							
ACTA No.	FECHA			HORA		LUGAR	RESPONSABLE REUNIÓN
01-2021	DÍA 16	MES 12	AÑO 2021	INICIAL 9:00 am	FINAL 11 am	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@hospitalsanjose.gov.co	Gerente	Gerencia
Oscar Fernando Rosero Vargas		subcientifica@hospital-sanjose.gov.co	Subgerente	Científica
Lucy Ximena Ibarra Hernández		subgerencia@hospital-sanjose.gov.co	Subgerente	Administrativo y Financiero
Hugo Ernesto Burbano Daza		planeacion@hospital-sanjose.gov.co	Delegada y encargado	Oficina Asesora de Planeación
Claudia Tatiana Rodríguez Bravo		juridica@hospitalsanjose.gov.co	Jefe	Oficina Asesora Jurídica
Edna Mercedes López Molina		gescontro@hospitalsanjose.gov.co	Jefe	Oficina Asesora de Control Interno

INVITADOS			
Gerardo Pérez Meneses	revisoriafiscal@hospitalsanjose.gov.co	Revisora Fiscal	Revisoría Fiscal
Claudia Lorena Knudson Campo	Calidad@hospitalsanjose.gov.co	Coordinador	Aseguramiento de la Calidad

Normatividad: Art 13 Ley 87 de 1983, Ley 489 de 1998, Ley 1753 de 2015, art 2.2.21.1.5. del Decreto 648 de 2017, Decreto 1499 de 2017 y Res. 0550 de septiembre de 2019.

ORDEN DEL DÍA
1. Verificación de Cuórum: 2. Lectura del Acta anterior. 3. Informe de las tareas determinadas en el último Comité realizado el 10 de agosto de 2021. 4. Informe del cumplimiento del Plan de Auditorias del 2021, Asistencial y Administrativo e informes de ley con corte al 15 de diciembre de 2021. 5. Proyecto de Plan General de Auditorias para el 2022. 6. Recomendaciones por parte de la oficina de control interno. 7. Sugerencias y varios por parte de los integrantes del Comité.

DESARROLLO DE LA REUNION

1. **Verificación de Cuórum.** Se hacen presentes todos los miembros del Comité y los invitados.
2. **Lectura Acta anterior:** Se envió a los correos con anterioridad el acta del Comité del 10 de agosto de 2021, suscrita por los integrantes del mismo, por lo cual es conocida por todos. En este comité se socializaran y evidenciaran el avance en el cumplimiento de las tareas determinadas en el comité anterior, que a continuación se relacionan.
3. **Informe de las tareas determinadas, en el último Comité realizado el 10 de agosto de 2021.**

TAREA 1: LIQUIDACION DE CONTRATOS: Responsables: Sub gerencia activa y financiera, vigilancia y control de contratos y oficina jurídica.

Se suscribió un acta para avanzar en el proceso de liquidación de contratos, entre las oficinas Jurídica y de vigilancia y control de contratos en el mes de octubre de 2021, en donde se aprobó el formato de acta de liquidación con la nueva normatividad lo que ha permitido que se agilice el proceso de liquidación de contratos, igualmente se envió a la oficina de Planeación para su



validación el procedimiento de Liquidación de Contratación Interna. Según informe de la oficina de vigilancia y control de contratos, con corte al 13 de diciembre de 2021, de la vigencia 2019 se ha avanzado solo en un 26%, y del 2020 del 86%, por lo que se recomienda designar otro abogado de apoyo para la liquidación de contratos de vigencias anteriores, ya que de las vigencias 2017 al 2018 están pendientes 49 contratos por liquidar.

TAREA 2: CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS DETERMINADAS EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS CON LOS ENTES DE CONTROL INTERNO Y EXTERNOS. Responsables de las acciones correctivas. A la fecha se han suscrito tres (3) planes de mejoramiento que corresponden a la auditoria regular del 2020 y (2) por quejas o denuncias por sobrecostos y está pendiente de suscribir el último en la 3ra semana de diciembre de 2021, los tres (3), en la mayoría el cumplimiento está por encima del 80%, por lo cual se solicitara ampliación de plazo en las acciones correctivas hasta el 1er semestre de 2022. Con respecto a la auditoria financiera y presupuestal del 2020, donde no se determinaron observaciones.

En conclusión a la fecha la oficina de control interno tiene a cargo el seguimiento de tres (3) PM de la auditoria regular del 2020, y dos por quejas o denuncias por sobrecostos siendo este un gran logro, teniendo en cuenta que entre el 2018 al 2020, se cumplieron con los PM suscritos desde el 2015 hasta el 2019.

TAREA 3. REALIZAR LAS ACCIONES PARA CONCLUIR CON EL PROCEDIMIENTO DE BAJAS DE INVENTARIO. Responsables: Sub gerencia adtiva y financiera, Almacén y oficina jurídica. En comité de bajas del 14 de diciembre de 2021, se informó que el Sr Gerente insiste que se haga entrega de los elementos de baja en donación, la cual se debe realizar entre entidades públicas. El Sr Diego Quilindo propone la permuta pero informa la Dra. Tatiana Rodríguez de la oficina jurídica, que este procedimiento de permuta no está establecido dentro del estatuto de contratación del HUSJ, además Diego Quilindo manifiesta que ninguna entidad está en disposición de recibir en donación este tipo de inventario del cual no va a sacar ningún provecho, por lo que los miembros del Comité de Bajas recomendaran al Sr Gerente que se realice por compraventa o donación.

TAREA 4. INFORME DEL ESTADO DE LOS SINIESTROS, LA RECUPERACION Y REEMPLAZO DE LOS EQUIPOS. Responsables: Sub gerencia adtiva y financiera, Almacén. En comité de bajas del 14 de diciembre de 2021, se delegó al C.P. Diego Quilindo como almacenista, que entregue el respectivo informe, para tomar las determinaciones del caso.

TAREA 5. CAPACITACION EN LA APLICACIÓN DE LAS 3 LINEAS DE DEFENSA: Responsable: Planeación. En cumplimiento de la Resolución 538 de diciembre de 2019, la oficina de planeación envió oficio el 13 de diciembre de 2021, informando que se solicitara a Talento Humano incluir dentro de su PIC, específicamente en las jornadas de inducción y re inducción el tema de las 3 líneas de defensa, igualmente informan que en las diapositivas de Direccionamiento estratégico presentadas en las jornadas de re inducción, ya se incluyó el tema de las 3 líneas de defensa, lo cual se fortalecerá con las visitas que realizaran en el 2022 por parte de la oficina de planeación a los distintos procesos asistenciales y administrativos para reforzar los temas de MIPG, Mapa de Riesgos bajo los lineamientos del DAFP y la SUPERSALUD, y líneas de defensa, con el acompañamiento de la oficina de control interno, quienes han venido realizando las capacitaciones sobre todo al personal de Facturación, capacitación que se realizó el pasado 28 de septiembre de 2021, teniendo en cuenta que en este proceso se da una alta rotación de personal.

TAREA 6. AJUSTE A LA RES 199 DE JUNIO 2020. Responsables: talento Humano y Calidad. Con oficio del 14 de diciembre de 2021, por parte del proceso de Calidad, informa que una vez revisadas las hojas de vida del personal asistencial en los meses de septiembre a noviembre de 2021, para la visita de la Secretaria de Salud departamental, se pudo establecer que una de las medicas especialistas estaba prestando sus servicios al HUSJ sin el certificado de RETHUS, y a dos (2) les falta la respectiva convalidación, por lo que esta oficina sigue insistiendo en la necesidad de aplicar la res 199 de 2020, en cuanto a verificar los requisitos ahí establecidos, esto con el fin de que además de evitarnos una sanción y con ello una multa, se preste un buen servicio a los pacientes. Para ello la Coordinación de Calidad suscribió un plan de acción, que consiste en subsanar las observaciones completando los documentos en cumplimiento de la Res. 3100 de 2019.

- 4. Informe del avance en el cumplimiento del Plan de Auditorias del 2021, Asistencial, Administrativo, e informes de Ley:** El PGA 2021, consta de 11 informes de auditorías asistenciales, y 25 informes de auditorias administrativas, para un total de 36. A continuación se presenta un informe de manera general con las observaciones y recomendaciones de algunos informes más relevantes.



- 4.1. Verificar el cumplimiento del Decreto 612 de 2018, en la publicación en la pág. web de los planes institucionales, hasta el 31 de enero de 2021.

Mediante acuerdo 002 de enero de 2021 la Junta directiva aprueba los planes institucionales para la vigencia del 2021, de los cuales la oficina de Planeación en el Comité de Gestión y desempeño a socializado el avance de los distintos planes suscritos, con cada uno de los procesos responsables.

- 4.2. Reportar en la plataforma SIA CONTRALORIA, el seguimiento al P.M. de la auditoria regular de la vigencia 2018, y 2019 suscrito con la Contraloría Municipal de Popayán. Como se informó anteriormente, se tienen a la fecha el seguimiento de los PM de la auditoria regular del 2020, dos (2) por denuncia de sobrecostos en contratación del 2020, y el otro por queja de contratos del 2021, pendiente por suscribir.
- 4.3. Reportar en la plataforma SIA CONTRALORIA, el seguimiento al P.M. FINANCIERO Y PPTAL, de la auditoria de la vigencia del 2019, con la Contraloría Municipal de Popayán, se cumplió en un 100% en junio de 2021, y de la auditoría financiera y presupuestal del 2020, no se determinaron hallazgos, por lo tanto esta auditoria se cerró satisfactoriamente. Con respecto a los PM de la auditoria regular del 2020, se obtuvo un cumplimiento del 95%, el de la denuncia por sobrecostos se obtuvo un 95% de cumplimiento, teniendo en cuenta que el plazo se estableció hasta el 31 de diciembre de 2021, será necesario solicitar a la Contraloría Municipal que autorice la ampliación del plazo hasta el 1er trimestre de 2022.
- 4.4. Seguimiento del plan mejoramiento Comité de conciliación y Defensa Judicial. Se tiene un seguimiento del avance en el cumplimiento al P.M. del Comité de conciliación suscrito con la Procuraduría en mayo de 2017, cuyas evidencias se entregaron el 17 de junio de 2021 se publicó en la página del HUSJ, el cumplimiento del 100% del P.M.
- 4.5. Realizar seguimiento a la entrega de la encuesta de Derechos de Autor, Software. La coordinación de Sistemas subió la información el 4 de marzo de 2021, por lo que se recibió notificación de recibo a satisfacción por parte de la Dirección nacional de derechos de autor.
- 4.6. Realizar auditoria al otorgamiento y legalización de avances aplicando las 3 líneas de defensa de MIPG: Hasta el mes de noviembre de 2021, se han realizado 18 auditorías a los avances, dando cumplimiento a la Res 111 del 2018, la cual fue ajustada mediante Res 0087 de 2 marzo de 2021 y en aplicación del procedimiento de otorgamiento de avances del 28 de feb de 2018, en tanto que se ajustó el art 3 de la Res 111 de 2018, quedando así " *El funcionario a quien autorice un avance, deberá ser diferente a quienes cumplan funciones de pagador, cajeros, almacenista y ejecutores del presupuesto del hospital, a fin de tener una debida segregación de funciones*", esto debido a que en la Res 111 de 2018, estaba en cabeza de la subgerencia administrativa y financiera.
- 4.7. Arqueos de caja general y caja menor. aplicando las 3 líneas de defensa de MIPG Se han realizado 10 auditorías de manera aleatoria hasta el mes de noviembre del 2021, aplicando solo para este proceso la Res 0538 del 19 de septiembre de 2019, mediante el cual se determinan responsabilidades específicas de control interno utilizando las líneas de defensa, desde el mes de diciembre de 2019, con las capacitaciones a los recaudadores para que realicen diariamente el arqueo, y así aplicando los TRES (3) principios del modelo estándar de control interno -MECI-, de AUTOREGULACION-AUTOCONTROL-AUTOGESTION.
- 4.8. Auditoria a los desembolsos del fondo fijo de caja menor, aplicando las 3 líneas de defensa de MIPG. A partir del 2020, esta actividad bajo resolución realizada por la oficina de Talento Humano, se asignó esta actividad a la subgerencia administrativa, convirtiéndose en juez y parte de la acción, situación que fue advertida ya que así no se puede dar aplicación a las líneas de defensa, ya que en cabeza de la subgerencia activa estaría la 1ra y 2da línea de defensa, además esta labor la está realizando un contratista de sindicato, a quien en la eventualidad de una perdida, este no está cubierto por la póliza de manejo, esta observación no ha sido subsanada.

- 4.9. Informe Pormenorizado de Control Interno (MECI-MIPG Y FURAG): Se entregó informe del

sistema de C.I. del 2do semestre de 2020, el 15 de enero de 2021, donde se obtuvo un puntaje del 81% y el del 1er semestre de 2021, con puntaje de 78%, esto debido a que a la dimensión de información y comunicaciones, ya que todavía falta la implementación de del link de transparencia y acceso a la información en cuanto a la actualización , revisión y publicación de los procedimientos, este informe se publicó en el link <https://www.hospitalsanjose.gov.co/publicaciones/790/sistema-de-control-interno-antes-pormenorizado/>, el informe del 2do semestre de 2021 se debe entregar y publicar en los diez (10) primeros días hábiles del mes de enero del 2022.

- 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. El 15 de enero de 2021, se envía el informe del 3er cuatrimestre de 2020, el 13 de mayo el del 1er cuatrimestre de 2021, y el del 2do cuatrimestre el 14 de septiembre, los cuales son enviados a la Alta Gerencia y se publican en el link <https://www.hospitalsanjose.gov.co/publicaciones/762/reportes-de-control-interno/>, con un cumplimiento del 100%.
- 4.11. Elaboración del informe de Control Interno contable: Se subió al CHIP de la contaduría general de la nación el 26 de febrero de 2021. Se envió a los correos de gerencia, sub gerencia administrativa, contabilidad y revisoría fiscal el informe y se subió al chip el 26 de febrero de 2021, con un puntaje de 4.9 sobre 5.
- 4.12. Diligenciamiento de la encuesta FURAG II: Por parte de las oficinas de planeación y de control interno se envió la encuesta del FURAG para medir la aplicación del MIPG y del sistema de control interno de la vigencia del 2020, en el mes de junio de 2021 el DAFP envió el resultado de desempeño del 2020, de manera satisfactoria para el HUSJ, y el proceso de C.I. entre el 2018 al 2020 subió 10,5 puntos. En el Comité de Gestión y desempeño realizado del 29 de julio de 2021, se recomendó por parte de la oficina de control interno que se suscriba plan de mejoramiento con las 519 observaciones presentadas por la evaluación del FURAG del 2020, recomendación que fue aceptada y de la cual la oficina de Planeación solicito las evidencias de las acciones suscritas en el plan de acción del MIPG, el 15 de diciembre de 2021, para determinar el % de cumplimiento en el 2021, sobre todo en las dimensiones de Información y Comunicaciones y de Evaluación de resultados, que presentan un bajo incremento sobre las 5 dimensiones del MIPG.
- 4.13. Informe de Austeridad del gasto: El 29 de enero de 2021, se entregó el informe del último trimestre de 2020 a la alta gerencia, el 19 de abril se presentó el informe del 1er trimestre del 2021, el 15 de julio el correspondiente al 2do trimestre y el 14 de octubre de 2021 el 3er trimestre, y se publicaron en la página web del HUSJ, en el link de transparencia, Se pudo establecer el alto gasto en servicios públicos, así mismo en los gastos imprevistos, ya que en el año 2021 el incrementó en el monto se debe al reintegro del cobro de copagos por procedimientos quirúrgicos no realizados, mientras que en el año 2020 se realizó compromisos por valor de \$2.713.500 en el año 2021 se incrementó en un valor de 7.334.600 dentro del primer trimestre, con un incremento del 182%, y en materiales suministros, porque para enfrentar la pandemia, los costos de los insumos de protocolo de bioseguridad como guantes, caretas, batas quirúrgicas, jabón, gel, cloro, toallas, etc., se incrementó la cantidad y debido a la demanda a que las fabricas bajaron su productividad los precios se incrementaron, aquí el incremento fue del 7033%, para el 2do trimestre se incrementó en impresiones y publicaciones con un 109%, en combustibles y en eventos y capacitaciones debido a que se dio la presencialidad en el Hospital. Se sigue presentando adiciones presupuestales para el pago de compensación de vacaciones.
- 4.14. Verificación del envío de la información del SARLAFT: Se verifico la entrega del informe por parte de la sub gerencia adtiva hasta el mes de octubre de 2021, sin novedad.
- 4.15. Cumplimiento de las 5S: El proceso de gestión ambiental público en vulcano la capacitación sobre las 5S, y al realizar el seguimiento a los informes de las 5S adtivos y asistenciales, se observa que las capacitaciones y apoyo a procesos administrativos sobre cinco eses, son soportados con el cumplimiento de los ítems. Es necesario aclarar que hay zonas como Archivo, Facturación, Almacén, Seguridad y Salud en el Trabajo, Talento Humano, e Infraestructura y Tecnología que no cuentan con el área física

adecuada para su funcionamiento, no obstante en el 2do semestre del 2021 se adecuó el área de Consulta Externa.

- 4.16. 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 Planeación: El 30 de junio de 2021, se solicitó a la oficina de Planeación y Sistemas que publicaran el cumplimiento del P.M. del ITA suscrito con la Procuraduría el cual obtuvo un cumplimiento del 100%, con las actividades de publicación del esquema de publicación de información de conformidad con la Ley 1712 de 2014, y la certificación del no cobro de reproducción de la información pública, el 29 de junio de 2021.
- 4.17. Seguimiento Plan de Mejoramiento de la Auditoria al Proceso de Facturación, suscrito en el 2019: Se realizó seguimiento al P.M. de la auditoria de Facturación en el mes de noviembre de 2020, con un avance del 91% y en el mes de julio de 2021 con un avance del 96%, quedando pendientes la actualización de 5 procedimientos, los cuales fueron actualizados en el mes de octubre de 2021, dando cumplimiento al PM suscrito.
- 4.18. Seguimiento P.M. Auditoria proceso de Gestión del Talento Humano. Se suscribió plan de mejoramiento el 23 de marzo de 2021, y se verificó el cumplimiento de las acciones de las cuales se había cumplido el plazo el 23 de agosto de 2021, con un avance del 83%, y un último seguimiento el 22 de noviembre del 2021, con un avance del 86%, quedando pendientes 6 acciones correctivas por cumplir por lo cual se amplió el plazo hasta el 1er trimestre de 2022.
- 4.19. Seguimiento al Plan de Mejoramiento Individual al proceso de Almacén 2020. Se suscribió plan de mejoramiento el 23 de julio de 2020 y se realizó seguimiento el 11 de octubre de 2021, con un avance del 83%, quedando pendientes la aprobación de los procedimientos por parte de Planeación, y la actualización de cinco (5) instructivos, por lo que se amplió el plazo hasta el 1er trimestre del 2022.
- 4.20. Seguimiento a las acciones suscritas en el acta del 21 de diciembre de 2020, con los procesos de Farmacia, auditoría de cuentas, Facturación, venta de servicios, ginecología, estadística y sistemas. Se determinaron 7 tareas, quedando pendientes para el 2do semestre del 2021 dos, una de ellas la de ginecología con el acta del 21 de abril del 2021, y la de sistemas con el número de caracteres de la descripción de los medicamentos, en especial la de nutrición, información entregada por el Jefe Thayron de Farmacia el día 9 de agosto de 2021, cumpliéndose así con todas las tareas determinadas en el acta del 21 de diciembre de 2020.
- 4.21. Realizar inventario aleatorio a las farmacias central y satélites. El 31 de marzo de 2021 se realizó el inventario aleatorio de farmacia central y satelitales. Debido a que en el mes de junio de 2021, se tenía un pico de la pandemia se pospuso el inventario de farmacia del 13 al 16 de julio de 2021, del cual se envió el respectivo informe a la Alta Gerencia para la toma de decisiones. El 2do inventario se realizó entre el 1 y el 6 de diciembre de 2021, en espera de la suscripción del acta respectiva por parte de las oficinas de Revisoría Fiscal y de Control Interno.
- 4.22. Auditoria inventario aleatorio de Bodegas de Almacén. El 31 de marzo de 2021 se realizó el inventario aleatorio de bodegas de almacén. Entre el 29 y 30 de junio se realizó el inventario semestral del cual se entregó informe el 3 agosto de 2021. En este momento se está realizando el inventario que va desde el 14 hasta el 17 de diciembre de 2021.
- 4.23. Realizar evaluación de desempeño por áreas. El 17 de febrero de 2021, se envía a las Subgerencias administrativa y asistencial, así como a Planeación y Talento Humano el informe de evaluación de desempeño de la vigencia del 2020, como base para la calificación final de la EDL de los funcionarios del 2020. La oficina de control interno realizando la auditoria al proceso de la oficina Jurídica pudo evidenciar que a los funcionarios de libre nombramiento y remoción como son los jefes de las oficinas de Planeación, Jurídica, Control Interno disciplinario y la Secretaria de Gerencia no se los había evaluado dentro de las fechas establecidas por ley, que para el 1er semestre del 2021 era hasta el 23 de agosto de 2021, evidenciándose el no cumplimiento de tres (3) de las funciones asignadas a la Coordinadora del Proceso de Gestión de Talento Humano, Ab. Betty Fabiola Rojas, por lo cual esta oficina solicito a la oficina de control interno

12

disciplinario la apertura de investigación disciplinaria.

- 4.24.
Seguimiento a la implementación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG-, según planes de acción:
Se entregó informe de seguimiento en la implementación del MIPG del 2020, y se entregó el plan de acción del MIPG para la vigencia del 2021. El 16 de julio de 2021 se entregó a Planeación el avance del 1er semestre de 2021 con las actividades transversales con avance del 97,8 y el 17 de julio de 2021 se entrega con las evidencias el informe de avance del MIPG de la dimensión de C.I. que es el mismo informe del sistema de C.I. en la plantilla enviada por el DAFP, con avance del 78%. El pasado 13 de diciembre de 2021, la oficina de control interno entrega a la oficina de planeación las evidencias en el avance del plan de acción del MIPG, con una calificación satisfactoria.
- 4.25.
Seguimiento Programa para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC, Administrativo y Asistencial. El Informe de ACREDITACION es anual:
Se entregó informe de seguimiento en el cumplimiento del programa para el mejoramiento de la Calidad PAMEC, administrativo y asistencial del 3er trimestre del 2021, el pasado 7 de diciembre de 2021, por parte de la Coordinación de Calidad, así:

PAMEC 1er semestre 2021	AÑO 2021				
	Activida des Planead as	Actividades Cumplidas	Actividades en desarrollo	Actividades atrasadas	% de cumplidas
Cliente Asistencial	249	104	34	39	59%
Mejoramiento	20	7	2	7	44%
Gerencia del talento Humano	52	15	23	5	37%
Gerencia	52	4	18	22	49%
Direccionamiento	29	7	4	13	29%
Gestión de la Tecnología	28	15	6	1	68%
Ambiente físico	52	18	11	18	38%
Total	513	184	104	112	46%

Las actividades cumplidas en el III trimestre del año 2021 corresponden al 58%, en desarrollo 22% y atrasadas 19%.

Debido a que se ha evidenciado la improvisación en la ejecución de las actividades de habilitación y acreditación, se recomienda que en adelante los informes sean trimestrales y no semestrales, para un mayor control y seguimiento.

Recomendación:

Realizar los planes de mejoramiento de cada uno de los estándares para lograr aumentar la calificación cuantitativa de la institución, de acuerdo con la metodología de acreditación.

- 4.26.
Seguimiento al Cumplimiento de la HABILITACION Administrativo y Asistencial:
Se entregó informe de seguimiento en el cumplimiento de la habilitación de la resolución del 2020, y se entregaron las siguientes recomendaciones:

- 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 2020, lo que permitirá la certificación de los grupos quirúrgico e internación.
 - Realizar seguimiento a los planes de acción resultado de las lista de verificación GCE-CA-PD5-FOLV3.
 - Que cada uno de los sindicatos que presta los servicios asistenciales, tenga la responsabilidad de contratar personal que tenga la hoja de vida completa, según los requerimientos establecidos por la habilitación en la res 199 de junio de 2020.

4.27. Seguimiento a la Evaluación de los indicadores de gestión (408 de 2018, 256 del 2016 y los MASTER): Se entregó informe de seguimiento en el cumplimiento de los indicadores de gestión de la resolución 408 del 2021 hasta septiembre del 2021, de manera satisfactoria.

Mayor adherencia a la entrega de los indicadores los procesos de evaluación y control, estratégicos, ya que esto le permite realizar una evaluación de los resultados previstos en su marco estratégico y proceso de planeación institucional para las mejoras en la gestión, a través de las acciones implementadas para tal fin.

5. Crear un banco de datos y un repositorio de los datos de la institución, para su consulta análisis respectivo y planes de mejora.
 6. Que se realicen las caracterizaciones de los procesos que no tiene aún estos documentos.
 7. Que se estandarice los indicadores de las caracterizaciones con las fichas presentada como es el caso de las metas, por ejemplo, los hemo componentes adquiridos de otros bancos de sangre en la caracterización es de 0, mientras que en los resultados de los indicadores es de 13%.
 8. Se debe ajustar las metas de los indicadores a los procedimientos como es el caso de la respuesta de interconsultas.
 9. Actualizar la página web del Hospital Universitario San José, con los indicadores de la 256 del 2016, para cumplir con la ley 1712 del 2014, Ley de la transparencia y del derecho de acceso a la información pública.
 10. Presentación del tablero de control de indicadores: que es una herramienta que permite fortalecer los procesos de toma de decisiones y de generación de alertas tempranas en torno a la ejecución de políticas públicas. El DNP (2014, pág. 32) los define como una herramienta gerencial que permite visualizar (de forma estandarizada y organizada) las prioridades y metas establecidas, así como los análisis de alertas tempranas sobre la consecución de éstas, de tal forma que se han convertido en un elemento fundamental sobre el cual se dan las discusiones al más alto nivel del Gobierno nacional. Sus funciones son:
 - Generar información pertinente para la acertada toma de decisiones de política pública.
 - Generar alertas tempranas (semáforos) para asegurar la consecución de las metas gubernamentales.
 - Aumentar la transparencia y la rendición de cuentas al interior del Gobierno.
 - Evaluar el desempeño de los procesos administrativo y asistenciales del hospital Universitario San José de Popayán
- Generar información para hacer la gestión de los procesos más efectiva
- La herramienta de presentación tablero de control de indicadores facilitan el análisis y permiten enfocar la atención de los indicadores a temáticas particulares que ameritan un análisis más específico.
- Evaluar la Cultura de la medición y análisis de la gestión institucional que permite optimizar la toma de decisiones.

Ad

- 10.1.
Evaluación de los mapas de riesgos asistenciales y administrativos:
Se entregó informe de seguimiento en el cumplimiento de los mapas de riesgos de gestión y de corrupción del 2020 y el 6 de agosto de 2021 se entrega el informe de avance de los mapas de riesgos del 1er semestre de 2021, donde se puede determinar que la gestión de riesgos de corrupción basada en sus controles, es efectiva en el Hospital, toda vez que el 50% de los riesgos residuales están en zona de riesgo bajo, y 33,3% en zona de riesgo moderado. Durante el 1er semestre de 2021, no se evidencio la materialización de algunos de los riesgos de corrupción. Realizando el seguimiento a actividades de gestión del riesgo se determinó un avance en los riesgos administrativos del 92,9%, debido a que los procesos de Costos no lo presento a tiempo, y a que los procesos de epidemiologia y estadística se presentó alta rotación de coordinadores en menos de 1 año, con 3, y el proceso de vigilancia de SERVAGRO, en cuanto a los M.R. asistenciales no los presentaron a tiempo Trabajo social, y los procesos de Internación general, Radiología y Rehabilitación por cambio de coordinadores, y el de UCI-UCIN COVID, que se creó por pandemia. La oficina de C.I. recomienda que se conmine a estos coordinadores de los procesos que realicen el seguimiento oportuno de las actividades de los mapas de riesgos, ya que esto afecta la calificación de la institución. La oficina de control interno entrego el avance de su M.R. del 2021, el pasado 13 de diciembre de 2021, encontrándose un cumplimiento satisfactorio.
- 10.2.
Seguimiento a la evaluación de los Planes de Acción Integrales
La oficina de Planeación entrego a la Gerencia el informe de cumplimiento del 1er semestre de 2021, para su revisión, posterior a ello la oficina de C.I. realizo el informe de seguimiento. El pasado 20 de octubre de 2021 la oficina de control interno envió las evidencias del cumplimiento de las 16 actividades del PAI a la oficina de Planeación, quien remitió el avance de estas con un avance del 90%.
- 10.3.
Informe de seguimiento a las PQRSF y Sistema de Información y Atención al Ciudadano - SIAU- y a los planes de mejoramiento:
Se entregó informe de seguimiento en el cumplimiento de las PQRSF del 2020 y del 1er trimestre de 2021, el 31 de mayo, del 2do trimestre el 2 de agosto de 2021, y del 3er trimestre el 20 de octubre de 2021. La oficina de C.I ya tiene acceso a la plataforma de NEXURA para realizar el seguimiento a las PQRS, en cuanto al tiempo de contestación de las mismas, y ha evidenciado que a la fecha estas se están contestando en los términos establecidos por ley.

En el trimestre comprendido entre los meses de julio, agosto y septiembre del 2021, se registraron veinticinco (25) actas de apertura de buzones y se recepcionaron 1424 PQRSF. En lo que va corrido del año se resume de la siguiente manera:

AÑO 2021			
PQRSF	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE
QUEJAS	210	120	160
SUGERENCIAS	33	38	129
FELICITACIONES	514	692	1135
TOTAL	757	850	1424

AREAS CON MAYOR NÚMERO DE QUEJAS:

TERCER TRIMESTRE 2021		
No	Áreas o servicio	Quejas
1	CONSULTA EXTERNA	40
2	URGENCIAS	22
3	IMAGEONOLOGIA	7
4	CIRUGIA	6
5	MEDICAS I	6
6	FACTURACION	5
7	UCI 2	4
8	SIN DATO	4

DERECHOS MAS VULNERADOS POR QUEJA:

QUEJAS	
TRATO RECIBIDO	71
FALTA DE OPORTUNIDAD	64
HOTELERIA Y CONFORT	10
OTRO	7
INFORMACION SUMINISTRADA	6
PRIVACIDAD EN ATENCION	2
TOTAL	160

En el Comité de Ética Hospitalaria, se analizó el tema del Derecho más vulnerado, el cual fue el trato recibido por parte de los diferentes colaboradores a los usuarios y como acción de mejora se planteó seguir implementando la socialización de la política de humanización en las diferentes áreas de nuestra institución, dentro de los lineamientos de esta política se encuentra establecido el de buen trato.

3.31. Realizar seguimiento al Plan de Mejoramiento suscrito con el proceso del servicio de URGENCIAS en el 2019. Se realizó un avance en el mes de Nov de 2020. Debido al pico de la pandemia en el 1er semestre de 2021 no se ha realizado la verificación de avance del P.M, y para el 2do semestre no se cuenta con personal de apoyo en las auditorias asistenciales en la oficina de C.I.

3.32. Seguimiento Plan de Mejoramiento de la Auditoria al Proceso de Consulta Externa, suscrito en el 2019. En el mes de nov de 2020 se suscribió un nuevo P.M. según acta de reunión del 9 de octubre de 2020. El 14 de julio de 2021, se envió el cumplimiento del 100% de las acciones correctivas del P.M. suscrito en el 2019.

3.33. Seguimiento Plan de Mejoramiento de la Auditoria al Proceso de Internación: El 23 de abril de 2021, se envió el cumplimiento del 100% de las acciones correctivas del P.M. suscrito en el 2020

3.34. Seguimiento Plan de Mejoramiento Auditoria al proceso de Trabajo social: Este proceso no se había programado dentro del PGA del 2020, pero la oficina de C.I. lo priorizo debido a los bajos resultados en el cumplimiento de los planes y de los indicadores y a las malas relaciones en el grupo con el personal de trabajo social, por lo que el 31 de mayo de 2021 se suscribió P.M. con el proceso de Trabajo social, se evidencio un avance del 91%, al 22 de noviembre de 2021.

3.35. Auditoria al proceso de Calidad: Se tenía planeado realizarse en el 2do semestre de 2021, pero desde el 1 de julio de 2021 la oficina de C.I. no cuenta con personal de apoyo en las auditorias asistenciales, aun así la oficina de C.I. propone al proceso de calidad, realizarla con base en el informe de la auditoria externa que realizaron en el 2019, lo que es aceptado por la Dra. Lorena Knudson, quien informa que con los formatos de auditoria nos apoyarían en la parte asistencial, criterio que no comparte la oficina de control interno porque serian juez y parte.

3.36. Auditoria al proceso de Jurídica, área de Contratación: Esta auditoria se inició el 23 de septiembre de 2021, se envió el informe final de la auditoria con 11 acciones correctivas, observaciones de connotación administrativa, por lo cual se suscribió el respectivo plan de mejoramiento, con acciones correctivas para ser cumplidas en el 1er semestre del 2022.

La oficina de control interno además de dar cumplimiento al PGA de la vigencia, está realizando seguimiento a:

Servicio de la deuda, informe que se envía cada mes y Seguimiento Res 1519 de 2020, "Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos" cuyo plazo de aplicación es hasta enero de 2022, se envió a la sub gerencia adtiva, planeación y sistemas el 5 de abril de 2021 para que realicen las acciones para dar cumplimiento a la norma.

Con corte al 13 de diciembre de 2021, el PGA tiene un avance del 84%, teniendo en cuenta que es el más bajo de los últimos 3 años, desde el 2018, ya que para el 2do semestre del 2021, no se cuenta con el apoyo en las auditorias asistenciales por lo que se solicitaron al proceso de Calidad los informes semestrales, solo para determinar el avance, con los informes de habilitación, acreditación,

indicadores master, resolución 408 y la auditoria al proceso de Calidad.

5. Proyecto de Plan General de Auditorias para el 2022. Se proyectó el PGA para el 2022, con 37 actividades, donde se añadieron dos (2), que son Verificación de envío del informe de servicio de la deuda, y seguimiento Res 1519 de 2020, avance de link de transparencia, cuyo plazo de aplicación es enero del 2022, y se establecieron dos auditorías asistenciales, una de ellas es la del proceso de Calidad, la cual estaba programada para el 2do semestre del 2021, pero por falta de personal de apoyo en las auditorias asistenciales no se realizó, y de esto depende que se programe otra auditoria al proceso asistencial, ya que por año se venían realizando dos asistenciales y dos administrativas, estas últimas propuestas por la Sub gerencia administrativa y financiera. Se recuerda que el PGA de la vigencia debe ser publicado antes del 31 de enero del 2022.

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

- 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 cumplimiento a las acciones correctivas suscritas con los entes internos y externos de control en las fechas establecidas, más las acciones repetitivas como son: la liquidación de los contratos de vigencias pasadas, suscripción de las actas de inventario, publicación de las 3 etapas de contratación en el SECOP, y sobre todo la verificación de los perfiles de los colaboradores que ingresan al HUSJ, incluido los antecedentes disciplinarios, fiscales y penales, así como los requisitos de la tarjeta militar.
- Determinar a por lo menos dos (2) abogados para que tramiten la liquidación de la contratación de vigencias anteriores, ya que para esta labor esta un solo abogado.
- Designar a personal de planta para que apoyen las auditorias asistenciales de la oficina de control interno, que con ello se agiliza el proceso de habilitación y acreditación de los servicios.

7. Sugerencias y varios por parte de los integrantes del Comité.

El Jefe de la oficina de planeación, Dr Hugo Burbano, informa a los demás miembros del Comité que él había enviado solicitud a la Dra. Lucy Ximena Ibarra, Sub gerente Administrativa y financiera, y por solicitud también del Sr Gerente, Dr. Cesar Sarria, que se tratara el caso de la no firma del avance del Plan de Mejoramiento de la Dra. Betty Rojas, Coordinadora del proceso de Talento Humano, que él propone que el responsable de la dependencia o proceso auditado debería firmar primero el informe de avance del Plan de Mejoramiento y luego los procesos involucrados, por lo cual la Jefe de la oficina de control interno Esp. Edna Mercedes López Molina, da una breve reseña de porque se dio esta situación, contextualizarlos a los demás miembros e invitados del Comité de Control Interno, así:

Los Jefes de control interno en todas las entidades, el primer proceso que se debe auditar es el de Talento Humano, teniendo en cuenta que es el 1er y más importante dimensión del MIPG, lo cual se realizó entre marzo y noviembre de 2018, por el cual la jefe de la oficina Ab. Norma Nelly Veloza, no quiso firmar el plan de mejoramiento con 14 acciones correctivas, las mismas que quedaron en el informe del FURAG, donde por los años 2018 al 2020, el avance de las dimensiones de Talento Humano y direccionamiento estratégico eran mínimas, a la final la oficina de control interno debe cerrar la auditoria, con la suscripción del plan de mejoramiento o con el informe final de la auditoria, que fue lo que se hizo en el 2018.

Como no se había podido suscribir el plan de mejoramiento en el 2018, con esta nueva administración se planteó incluirla en el plan general de auditorías del 2020, por ello se inició el 23 de junio de 2020 y se suscribió plan de mejoramiento el 23 de marzo de 2021, con 17 acciones correctivas, por lo que la oficina de control interno, realizo una verificación en agosto de 2021, de las acciones correctivas cuyo plazo ya estaba vencido, del cual se pudo determinar un avance del 84%, seguidamente se hizo un nuevo seguimiento el 22 de noviembre de 2021, con un avance del 86%, al ser enviado a la Sra. Rojas para que lo firmara, envió un oficio informando que no está de acuerdo con el %, que debería ser del 100% y se negó a firmar el PM, algo ilógico ya que en el mismo oficio solicita que le de plazo hasta el 20 de diciembre de 2021, para cumplir con la última AC, cuyo plazo estaba vencido, solicitud de ampliación de plazo, hasta el 1er trimestre de 2022, por parte de la oficina de control interno, no solo para el cumplimiento de la AC, sino de cinco (5) más.

El Dr. Hugo, manifiesta que la tarea del Comité es presentar el caso y proponer se realicen las

revisiones pertinentes con base en la información allegada por la doctora Rojas y por la información de la Oficina de Control interno, quien podrá realizar los ajustes si hay lugar a ello o ratificar la información contenida en su evaluación. Pregunta si ella tendría alguna implicación por la no firma del PM, a lo cual la Jefe de la oficina de control interno, le informa que no, porque se amplió el plazo para el cumplimiento de las 5 AC, y en el mes de abril de 2022, el nuevo (a) jefe de la oficina de control interno determinara con las evidencias si cumplió o no con el PM, que fue suscrito por la Ab Rojas, otra cosa es la investigación disciplinaria que se solicitó por esta oficina a la oficina de control interno disciplinario por el no cumplimiento de tres (3) de las funciones de la Coordinadora del proceso de Talento Humano, evidenciado cuando se inició la auditoria en el mes de septiembre de 2021 al proceso de Jurídica y contratación, ya que además de estar determinado en el PGA de todas las vigencias, la verificación por parte de la oficina de control interno, que se realicen las EDL, en los formatos, plazos y acciones determinadas en la ley, es por ello que le solicite a la Dra. Tatiana Rodríguez, copia de la EDL del 1er semestre del 2021, quien me responde que no lo tiene, por ello vía telefónica se los solicite a la Ab. Rojas, quien me informa que el Sr Gerente no los había firmado aun, situación grave no para el Gerente sino para la Coordinadora de Talento Humano, quien dentro de sus funciones, en 3 numerales se establece la responsabilidad en coordinar que la EDL se realizan en los términos, formatos y condiciones que determina la ley.

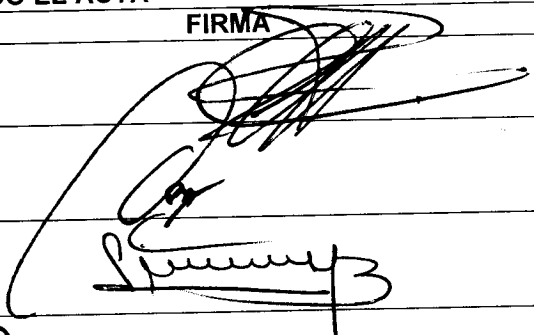
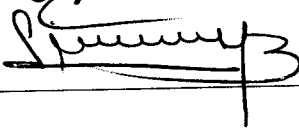
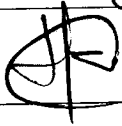
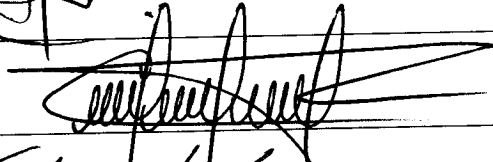
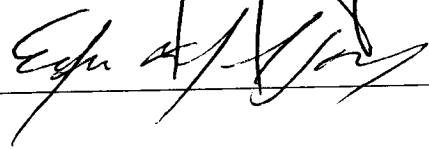
Por lo anterior, vía correo electrónico le solicite a la Ab. Rojas, que me enviara las EDL de los funcionarios de libre nombramiento y remoción y me envía en un archivo Excel, en la hoja 1 las calificaciones de los de carrera administrativa y provisional, y en la Hoja 2 los de funcionarios de libre nombramiento y remoción, Oficina Jurídica, Control Interno disciplinario e incluyo a la Sub gerente administrativa, excluyendo al jefe de la oficina de Planeación, por lo que inmediatamente por correo le hago caer en cuenta que los Sub gerentes del HUSJ, no se los evalúa con Este formato, por lo que ellos suscriben plan de gestión con el Gerente, increíble que como abogada y Jefe de talento Humano no sepa de esta situación, y solicite nuevamente la EDL del Jefe de Planeación, y me responde el correo con poco tiempo cambiando los nombres de la Sub gerencia adtiva con el del Jefe de Planeación, lo cual me causo suspicacia, y compare la calificación de la EDL que me presento el Jefe de Planeación, extrañamente con fecha del 20 de agosto de 2021, y la enviada en el 2do correo de la Ab Rojas, y preciso no coincidían ninguno de calificaciones determinadas en el formato de EDL con las enviadas por Talento Humano, y se respondió informando como es la calificación, igual en el oficio de requerimiento de la oficina de control interno se informa que se evidencia una acción disciplinaria, por lo que la Sr Rojas contesto que este caso lo llevaría al comité de Convivencia laboral, porque se estaba sintiendo acosada laboralmente por la Jefe de la oficina de control Interno, Esp. Edna Mercedes López Molina, que en reunión de conciliación no fue aceptada por parte de la denunciante Ab. Betty Rojas, por lo que este caso fue enviado a la Procuraduría, que al momento que me citen a los descargos se va establecer que no hay acoso laboral, que tristemente sucedió en el 2018 con la secretaria de Gerencia, quien también me acuso de acoso laboral ante los tres entes de control, donde se pudo establecer que no lo había, en este caso la Procuraduría me va a solicitar la solicitud de apertura de investigación disciplinaria que debí colocar en conocimiento en la oficina de control interno disciplinario, ya que claramente se evidencia omisión en el cumplimiento de las funciones de la Coordinadora de talento Humano, el cual ya fue presentado.

La Jefe de la oficina de control interno, aclara a los miembros del comité que este tema del plan de mejoramiento con el proceso de Talento Humano, se expuso el cual está determinado en el punto 4.18 de la presente acta.

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

TAREAS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
1. LIQUIDACION DE CONTRATOS DE VIGENCIAS ANTERIORES. PERSONAL DE APOYO	Sub gerencia adtiva y financiera, vigilancia y control de contratos y oficina jurídica	
2. DETERMINAR PERSONAL DE PLANTA PARA EL APOYO DE LAS AUDITORIAS ASISTENCIALES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.	Gerencia	
3. REALIZAR LAS ACCIONES PARA CONCLUIR CON EL PROCEDIMIENTO DE BAJAS DE INVENTARIO	Sub gerencia adtiva y financiera, Almacén y oficina jurídica	
4. INFORME DEL ESTADO DE LOS SINIESTROS, LA RECUPERACION Y REEMPLAZO DE LOS EQUIPOS	Sub gerencia adtiva y financiera, Almacén	

5. VERIFICACION DE LA CAPACITACION EN LA APLICACIÓN DE LAS 3 LINEAS DE DEFENSA	Planeación	
Fecha de la próxima reunión		
FIRMAS APROBANDO EL ACTA		
NOMBRE	FIRMA	
Cesar Edmundo Sarria Porras		
Oscar Fernando Rosero Vargas		
Lucy Ximena Ibarra Hernández		
Hugo Ernesto Burbano Daza		
Claudia Tatiana Rodríguez Bravo		
Edna Mercedes López Molina		



PLAN GENERAL DE AUDITORIAS -ASISTENCIAL-ADMINISTRATIVO E INFORMES DE LEY AÑO 2022- (<https://www.hospitalsanjose.gov.co/index.php/transparencia/>)

			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
1	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 2022.	Cumplimiento del Decreto 612 de 2018																											ANUAL	Oficina de Planeación y Responsables de los planes.
2	Reportar en la plataforma SIA CONTRALORIA, seguimiento a los P.M. 1. Auditoria Regular del 2020 2. Seguimiento a la auditoria de denuncia de ctos del 2020 y 2021, suscrito el 23 de agosto de 2021. 3. Seguimiento a la auditoria de sobrecostos de ctos del 2021, a suscribir en diciembre de 2021	En cumplimiento de la Res 017 de 2017, art 35, presentar avances P.M. enero y julio 10 de cada año.																											SEMESTRAL	Gerencia, Responsables de las acciones correctivas y Oficina de Control Interno
3	seguimiento Res 1519 de 2020, avance de link de transparencia PLAZO DE APLICACIÓN ENERO DE 2022, a cargo de la sub gerencia activa, planeacion y sistemas.	Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos																											ANUAL	Sub gerencia Administrativa, Planeacion y Sistemas
4	Seguimiento del plan mejoramiento Comité de conciliación y Defensa Judicial	cumplimiento del P.M. suscrito con la Procuraduría en abril de 2019																											TRIMESTRAL	Miembros Comité de Conciliación y 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
5	Realizar seguimiento a la entrega de la encuesta de Derechos de Autor, Software. Plazo hasta el viernes 18 de marzo de 2022.	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 legislación de avances aplicando las 3 lineas de defensa de MIPC	Cumplimiento de la Res 111 del 2018																											MENSUAL	Sub gerencia Administrativa, responsables del sub proceso otorgamiento y legislación de avances y Contratista de apoyo a la auditoria administrativa de la oficina de Control Interno
7	Arqueros de caja general y caja menor, aplicando las 3 lineas de defensa de MIPC.	Gestión y resultados financiera. Decreto 943 del 2014, y la ley 1474 del 2011																											MENSUAL	Sub gerencia Administrativa, responsables del sub proceso 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 MIPC.																													Sub gerencia Administrativa, responsables del sub proceso de Desembolsos de fondos fijos y Caja Menor y Contratista de apoyo a la auditoria administrativa de la oficina de Control Interno
9	Informe Sistema de Control Interno (MECI-MIPC y FURAG)	Decreto 2106 del 2019, art 156. Reportar cada 6 meses																											Este informe incluye MECI, FURAG, y MIPC. 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
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. Seguimiento 10 días hábiles (17 enero de 2022)	Art 73 y 74 Ley 1474 de 2011. El artículo 2.1.4.8. del Decreto 1081 de 2015, publicación antes del 31 enero.																											Seguimiento los 10 primeros días hábiles de Enero, Mayo y Septiembre. CUATRIMESTRAL	Oficinas de Planeación y Control Interno
11	Elaboración del informe de Control Interno contable	Cumplimiento Res 193 de 2016 y presentar el resultado a la CGN a través del aplicativo CHIP, antes del 28 de febrero de cada vigencia																											Se sube al CHIP de la contaduría, antes del 28 de febrero de cada vigencia. ANUAL	Contabilidad y Oficina de Control Interno
12	Diligenciamiento de la encuesta FURAG II	Cumplimiento la fecha determina el DAFP, y se diligencia en el aplicativo																											ANUAL	Oficina de Planeación y de Control Interno, cada una con su propia clave de acceso al aplicativo.

Informe de Ansteridad del gasto		Cumplimiento del Decreto 1068 de 2015, Art 2.8.4.8.2																																																	Se realizará el informe de los gastos comparativos entre el año anterior y la presente vigencia para determinar su incremento, y presentar correctivos.	TRIMESTRAL	Presupuesto y Apoyo a las auditorías 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	1	2	3	4	PERIODICIDAD	RESPONSABLE DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO					
	Verificación del envío de la Información del SARLAF.	Cumplimiento de la Circular 09 del 21 de abril del 2016																																													MENSUAL	Junta Directiva, Sub Gerente Administrativo como oficial de Cumplimiento, Revisoría Fiscal y Control Interno					
15	Cumplimiento de las SS	Cumplimiento, programa de Orden v Asco																																															DIARIA	Gestión Ambiental y Control Interno			
16	Seguimiento al cumplimiento FTA. Plan de mejoramiento de 5 acciones correctivas suscritas con la Procuraduría el 23 de diciembre de 2020, con la oficina de Planeación.	Cumplimiento																																															SEMESTRAL	Oficina de Planeación y de Control Interno.			
17	Cumplimiento a la Ley 1438 de 2011 artículos 130 y 131, modificados por el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, cuya finalidad es fortalecer la capacidad institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en materia sancionatoria	Cumplimiento																																															SEMESTRAL	Sub gerencia Científica, Sub gerencia administrativa y financiera, Calidad			
18	Seguimiento P.M. Auditoría proceso de Gestión del Talento Humano. Se amplió el plazo de seis (6) AC hasta el 1er trimestre del 2022.	Cumplimiento																																															SEGÚN LO FACTIVO PM	Proceso de Gestión del Talento Humano (Seguridad y Salud en el Trabajo, Coordinación de enfermería y Talento Humano) y Contratista de apoyo a las auditorías administrativas de la oficina de Control Interno			
	Seguimiento al Plan de Mejoramiento Individual al proceso de Almacén 2020. Pendientes 3 AC para cumplirse en el 1er trimestre del 2022.	Cumplimiento																																															SEGÚN LO FACTIVO PM	Sub gerencia Administrativa (Proceso de Gestión Documental) y Contratista de apoyo a las auditorías 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	1	2	3	4	PERIODICIDAD	RESPONSABLE DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO					
20	Realizar inventario aleatorio a las farmacias central y satélites.	Procedimiento control de inventarios de medicamentos y DM. AAD-ST-PD8, de 2019																																																Las fechas se determinarán con el Arca de Farmacia, Revisoría fiscal y C.I. 3 en el año (Julio y Diciembre) y 1 aleatorio)	Sub gerencia científica (Arca de Farmacia), Revisoría Fiscal y Contratista de apoyo a las auditorías asistenciales y Administrativas de la oficina de Control Interno		
21	Auditoria inventario aleatorio de Bodegas de Almacén.	Procedimiento control de inventarios de Almacén - GSU-AM-PD4 de 2015.																																																Las fechas se determinarán con el Arca de Almacén, Farmacia, Revisoría fiscal y C.I. 3 en el año (Julio y Diciembre) y 1 aleatorio)	Sub Gerencia Administrativa (Arca de Almacén), Revisoría Fiscal y Contratista de apoyo a las auditorías asistenciales y Administrativas de la oficina de Control interno		
22	Verificación de que se realice la evaluación de desempeño laboral semestral y entrega del informe a la Gerencia.	Ley 909 de 2004 art 39, Acuerdo 617 de 2018.																																																SEMIESTRAL Y ANUAL	- Gerencia - Sub gerencia Científica - Subgerencia Administrativa y Financiera, Coordinación de Talento Humano.		
23	Seguimiento a la implementación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG-, según planes de acción	Decreto 1499 de 2017.																																																Se realizará la verificación en el avance de los planes de acción del MIPG	Los responsables del cumplimiento de los Planes de Acción del MIPG en sus 7 dimensiones. Oficina de Planeación y de Control Interno		
24	Verificación de envío del informe de Servicio de la deuda.	Ley 51 de 1990																																																MENSUAL	Contabilidad y Sub gerencia Administrativa		
			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	1	2	3	4	PERIODICIDAD	RESPONSABLE DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO					
25	Seguimiento Programa para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC. Administrativo y Asistencial. El Informe de ACREDITACION es anual	Ley 100 1993 artículo 180 y 186. Res 5095 del 2018																																																SEMESTRAL PAMEC Y ANUAL ACREDITACION	Coordinación Calidad, Oficina de Planeación y Contratista de apoyo a las auditorías asistenciales de la oficina de Control Interno		
26	Seguimiento al Cumplimiento de la HABILITACION Administrativo y Asistencial.	Cumplimiento. Res 3100 de 2019																																																SEMESTRAL	Coordinación Calidad, Sub gerencia científica (Coordinadores de Servicios) Sub Gerencia Administrativa y Contratista de apoyo a las auditorías asistenciales de la oficina de Control Interno		

