

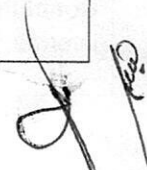
ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 05

Página 1 de 1

TEMA DE LA REUNION:						COMITÉ COORDINACIÓN DE CONTROL INTENO	
ACTA No.	FECHA			HORA		LUGAR	RESPONSABLE REUNIÓN
107.1.9.01	21	08	2025	3:00	PM	Sala de Juntas Subgerencia Administrativa	Control Interno
ASISTENTES O INTEGRANTES							
NOMBRES Y APELLIDOS		CORREO ELECTRONICO		CARGO		DEPENDENCIA O SERVICIO	
JUAN FRANCISO MORA OBANDO		subgerencia@hospitalsanjose.gov.co		Subgerente Administrativo y Financiero		Subgerencia Administrativa y Financiera	
MARTHA LUCIA CASTILLO OSSA		subcientifica@hospitalsanjose.gov.co		Subgerente Científica		Subgerencia Científica	
DIEGO ANDRÉS CASTRO BETANCOURT		subgerencia@hospitalsanjose.gov.co		Afiliado Participe Astrasalud		Subgerencia	
JUAN MANUEL LEGARDA ROJAS		juridica@hospitalsanjose.gov.co		Jefe oficina Asesora Jurídico		Jurídica	
VÍCTOR FABIO GÓMEZ FRANCO		gescontrol@hospitalsanjose.gov.co		Jefe oficina Asesora Control Interno		Control Interno	
SANDRA PATRICIA MEDINA		gescontrol@hospitalsanjose.gov.co		Profesional apoyo Control Interno		Control Interno	
DIANA PATRICIA LOAIZA R.		gescontrol@hospitalsanjose.gov.co		Profesional apoyo Control Interno		Control Interno	
MARÍA AMPARO MUÑOZ		gescontrol@hospitalsanjose.gov.co		Enfermera Grado 1 Esp.		Control Interno	
INVITADOS							
NA							
ORDEN DEL DÍA							
1- Llamado a lista y verificación de quórum. 2- Seguimiento segundo semestre a las Actividades del Plan General de Auditoría 2025 3- Propositiones y varios							



ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 05

Página 2 de 19

VERIFICACIÓN DE TAREAS ESTABLECIDAS EN LA REUNIÓN ANTERIOR (si aplica)

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
NA		

DESARROLLO

Siendo las 3: 00 pm se da inicio a la reunión de Comité de Coordinación de Control Interno, el doctor Juan Francisco Mora Obando Subgerente Administrativo y Financiero saluda a los presentes y los que se encuentran conectados Virtualmente por Google Meet como es el caso del doctor Juan Manuel Legarda, se realiza llamado a lista y verifica la existencia de quorum para dar a inicio a la reunión, seguidamente se realiza lectura del orden del día

- 1- Llamado a lista y verificación de quórum.
- 2- Seguimiento segundo semestre a las Actividades del Plan General de Auditoría 2025
- 3- Propositiones y varios

Una vez se llama a lista y se verifica el quorum, el doctor Víctor Fabio Gómez Franco jefe Oficina Asesora de Control Interno, coloca a consideración el orden del día, el cual es aprobado por los asistentes: Dra., Martha Lucia Castillo Subgerente Científica, Dr. Juan Francisco Mora Obando; Subgerente Administrativo y Financiero, y el Dr. Juan Manuel Legarda, jefe Oficina Asesora Jurídica

A continuación, se da inicio con la presentación del punto N°.2

2. SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DEL PLAN GENERAL DE AUDITORÍA 2025

ACTIVIDAD NRO. 1: EVALUACIÓN DECRETO 612/2018: CUMPLIMIENTO 50%

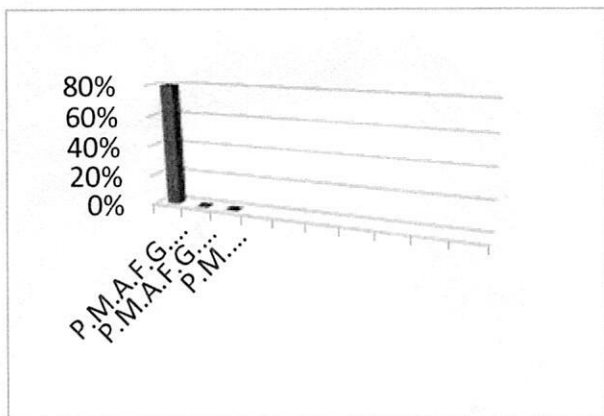
De los 12 planes objeto de esta evaluación, se observa que 7 tuvieron un cumplimiento de in 65% y los 3 a cargo de sistemas en un 0%, igual que el plan anual de adquisiciones a cargo de la oficina jurídica. El PAAC tinte un avance del 40%, pero esto se debe a que solo sea reportado el primer cuatrimestre.



Conclusión: Algunos procesos como Sistemas y Jurídica no entregaron a tiempo la información para culminar con el informe, por tal motivo quedó en un 50%

ACTIVIDAD NRO. 2 : REPORTE SIA CONTRALORÍA: CUMPLIMIENTO 100%

- P.M Auditoría Financiera y de Gestión 2023. CON UN CUMPLIMIENTO DEL 80%
- P.M Auditoría Financiera y de Gestión 2024. Suscrito el 17 de julio
- P.M Recursos naturales – suscrito junio 19 de 2025



Oficialmente el plan mejoramiento de Auditoría Financiera y de Gestión 2023. quedó en un 80% más internamente la administración continua con las actividades de mejora, quedando en un porcentaje del 95%, y fue evaluado positivamente en la auditoría financiera de la vigencia 2024 de la Contraloría Municipal

ACTIVIDAD NRO. 3: AVANCE LINK DE TRANSPARENCIA: CUMPLIMIENTO 50%

El primero de agosto se habilito la página para el cargue de la información referente al Índice de Transparencia y acceso a la Información ITA

Conclusión:

Desde el mes de marzo de 2025 se inicio con la organización del ítem 4.8 Informes de Control Interno conforme a la estructura de contenidos de la Resolución No 1519 de 2020 anexo 2, y se revisó los demás ítems del menú de Transparencia de la página web del Hospital, emitiendo informe a las partes interesadas

RECOMENDACIÓN: Publicar la información de manera oficiosa, de forma rutinaria, ordenada, actualizada, accesible y comprensible, un mínimo de información -Definido legalmente- en la página principal del Hospital Universitario San José E.S.E. en el vínculo de "Transparencia", teniendo en cuenta los lineamientos de la Ley 1712 de 2014, resolución N°1519 de 2020 Anexo 2,

ACTIVIDAD NRO. 4 : SEGUIMIENTO DERECHOS DE AUTOR: CUNPLIMIENTO 100%

Se realizó seguimiento mediante muestreo estadístico aleatorio algunos procesos de la Institución, al cumplimiento de los lineamientos de derechos de autor Software, según la Directiva Presidencial N°002 de 2002 y Circular No. 17 de 2011 de la Dirección Nacional de Derecho de Autor.



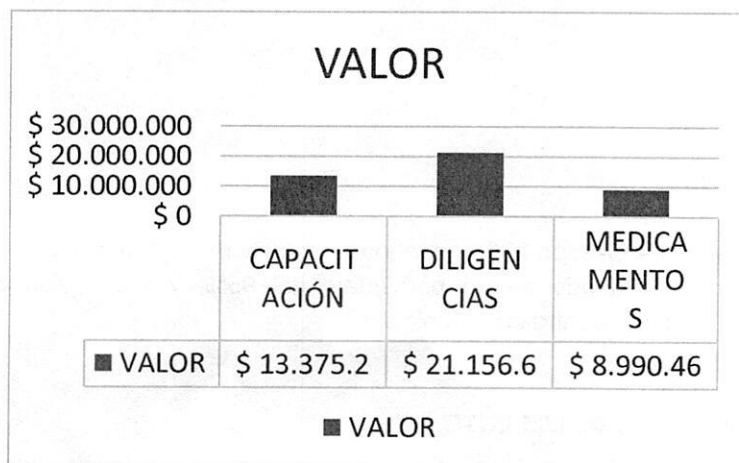
CONFIRMACIÓN PRESENTACIÓN INFORME SOFTWARE LEGAL VIGENCIA 2024

Respetadota Usuariatol:
VICTOR FABIO GOMEZ FRANCO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE ESE POPAYAN
Popayan (Caucha)

Lo informamos que luego de verificar en nuestros archivos, se encontró que efectivamente el 14-03-2025 usted remitió ante la Dirección Nacional de Derecho de Autor, con éxito el informe de software legal, con los siguientes datos:

Origen	Territorial
País	Salud
Departamento	Caucha
Municipio	Popayan
Entidad	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE ESE
Nit	801880002-5
Nombre Funcionario	VICTOR FABIO GOMEZ FRANCO
Dependencia	CONTROL INTERNO
Cargo	ASesor OFICINA ASesora DE CONTROL INTERNO
1. ¿Con cuántos equipos cuenta la entidad?	071
2. El software se encuentra debidamente registrado?	Si

ACTIVIDAD NRO. 5 : AVANCES.: CUMPLIMIENTO 50%



Se recomienda en especial en lo que tiene que ver con las diligencias, tener informes más detallado y menos escuetos. El doctor Mora propone estandarizar una plantilla donde se dé a conocer informe de manera ejecutiva

ACTIVIDAD NRO. 6 : ARQUEOS CAJA GENERAL Y CAJA MENOR

En el primer semestre de 2025 se efectuaron auditoría a las cajas de facturación, consulta externa, hospitalización, urgencias y rayos x. en estas auditorías no se presentaron sobrantes o faltantes significativos.

En varias ocasiones se encontraron cajas no asignadas a ningún personal y algunos recibos sin firmar, no obstante, se realizaron acciones de mejora reasignando cajas a los responsables de las mismas.

ACTIVIDAD NRO. 7 : AUDITORÍA A LOS DESEMBOLSO DEL FONDO FIJO DE CAJA MENOR. AVANCE 50%

Conclusiones:

[Handwritten signatures]

- El manejo de la caja menor se viene dando de manera responsable, cumpliendo con cada uno de los requisitos de la resolución, evidenciándose en todas las compras realizadas, no haberse excedido de la cuantía máxima permitida, y para la constitución y reintegro de la caja menor se contó con el respectivo certificado presupuestal, atendiendo la normatividad vigente.
- Los precios facturados a través de las cuentas originadas por caja menor son justos y razonables con relación a los precios del mercado
- Firmar los recibos de caja correspondientes en el mismo momento que se diligencian o en el transcurso del día
- Cuando se vaya a realizar los pagos consultar primero a contabilidad, para saber que retenciones o que cobro de impuestos se le deben hacer al proveedor o al prestador del servicio

En general la administración de la caja menor se viene realizando de manera responsable en cumplimiento a la resolución de constitución (Resl.021 de 21 de enero de 2025)

El doctor Juan Francisco Mora Obando manifiesta que se ha venido generando una cultura del manejo eficiente de la Caja Menor en todo el personal, razón la moto de la caja menor para la presente vigencia bajo considerablemente en comparación del año 2023

ACTIVIDAD NRO. 8 :. SISTEMA DE CONTROL INTERNO – CUMPLIMIENTO 50%

Se da a conocer la evaluación del Sistema de Control Interno del primer semestre 2025, el cual evalúa un todo en la Institución.

Ambiente de Control: Su calificación bajo quedando en verde, al no contar con el personal asistencial para llevar a cabo las actividades de tipo asistencial, debido a que se trasladó de puesto al doctor Elkin Idárraga, afectando la ejecución del Programa General de Auditoría, por que respetuosamente solicita se estudie la posibilidad de asignarle un profesional preferiblemente medico así fuese de medio tiempo, para culminar con las auditorias: Urgencias, Cuentas Médicas, y demás actividades según Plan General de Auditoría



[illegible]

ACTIVIDAD NRO. 10.: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA – CUMPLIMIENTO 40%.

Conclusiones:

Se realizó implementación de la matriz de riesgos de corrupción en 73 procesos determinando seis (06) riesgos críticos y aplicando veinticuatro (24) controles específicos, con un nivel de ejecución de cumplimiento del 88%, lo cual se evidencia en oficio enviado por la Oficina Asesora de Planeación mediante correo electrónico de fecha seis (06) de junio de 2025.

El porcentaje de cumplimiento en la ejecución de las actividades de los controles para mitigar los riesgos, fue del 88%.

Recomendaciones:

1- Requerir a los coordinadores de los procesos que han incumplido con la presentación de la matriz de riesgos de corrupción y establecer oportunamente planes de mejora de cumplimiento a corto plazo y así evitar la ocurrencia de riesgos elevados en estos procesos, Maxime cuando hay procesos que reinciden en el incumplimiento desde el año 2024.

2- Realizar análisis cuatrimestral del cumplimiento y del impacto de las acciones implementadas para mitigar los riesgos asociados a cada proceso, para establecer oportunamente las medidas correctivas al respecto.

3- Brindar a los líderes y coordinadores de procesos del Hospital Universitario San José de Popayán las herramientas conceptuales y metodológicas necesarias para concientizarlos de la importancia de fortalecer la implementación, seguimiento y mejora continua del Sistema de Gestión integral del Riesgo institucional, encaminada a promover una cultura organizacional orientada a la prevención, mitigación y control de eventos adversos que puedan afectar la seguridad y la integridad física y emocional de los pacientes que acuden a esta institución.

4- Contar con los mecanismos de evaluación de los resultados obtenidos en las capacitaciones realizadas, con el fin de determinar la eficacia de dichos programas y el alcance de los objetivos propuestos. De acuerdo al numeral 5.2.3.9. de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la SUPERSALUD.

5- Llevar a cabo, verificación detallada de la actividad **“Realizar un seguimiento trimestral al Esquema de Publicación de información de la página web de la entidad”** y propender para que se publiquen temas trascendentales que realice la institución y que merezcan ser conocidos por la comunidad en general.

Conclusión: La no entrega oportuna de los procesos

ACTIVIDAD NRO. 11: ELABORACIÓN DE CONTROL INTERNO CONTABLE. – cumplimiento 100%

El 7 de febrero de 2025 se presentó el informe de Control Interno Contable, el cual obtuvo una calificación eficiente SUPERIOR A 4 PUNTOS SOBRE 5-

A modo de recomendación se sugirió la actualización del manual de políticas contables.

ACTIVIDAD NRO. 12: FURAG VIGENCIA 2023. – cumplimiento 100%

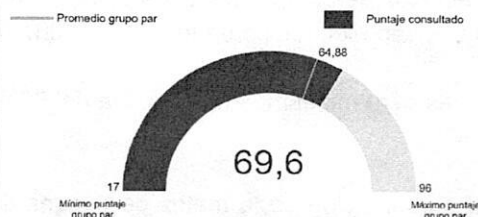
Cabe resaltar que el propósito de esta medición no es promover un aumento mecánico o meramente cuantitativo del puntaje, ni compararse con otras instituciones. Por el contrario, se busca utilizar estos resultados como una **herramienta de gestión** que oriente la toma de decisiones institucionales, contribuya al **fortalecimiento de la capacidad administrativa**, a la **mejora continua en la prestación de servicios a la ciudadanía**, y a una **gestión más eficiente, transparente y efectiva de los recursos públicos**.



En este sentido, se recomendó a Planeación convocar al Comité Institucional de Gestión y Desempeño con el fin de analizar detalladamente los resultados obtenidos y diseñar un plan de mejoramiento, considerar las recomendaciones emitidas por la Función Pública para el HUSJP, orientándose tanto a elevar los índices de desempeño que presentaron calificaciones bajas como a consolidar y potenciar aquellos aspectos que alcanzaron niveles aceptables, actividad que se llevó a cabo en el mes de julio.

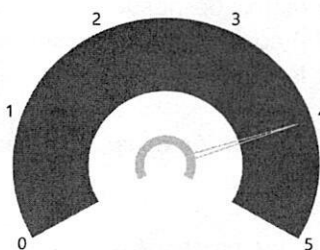
I. Resultados Generales

Índice de Desempeño Institucional



Nota 1: El promedio del grupo par corresponde al promedio de puntajes de las entidades que hacen parte de dicho grupo. Este valor solo se visualiza cuando se filtra o consulta una sola entidad.

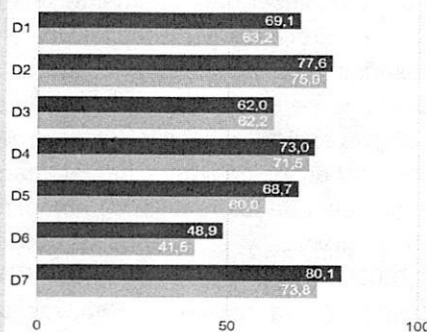
Quintil



Nota 1: La información de este gráfico solo es válida cuando se filtra o consulta una sola entidad. No aplica para otros filtros.
Nota 2: Las entidades con puntajes más altos están ubicadas en el quintil 5; las entidades con menores puntajes están ubicadas en el quintil 1.

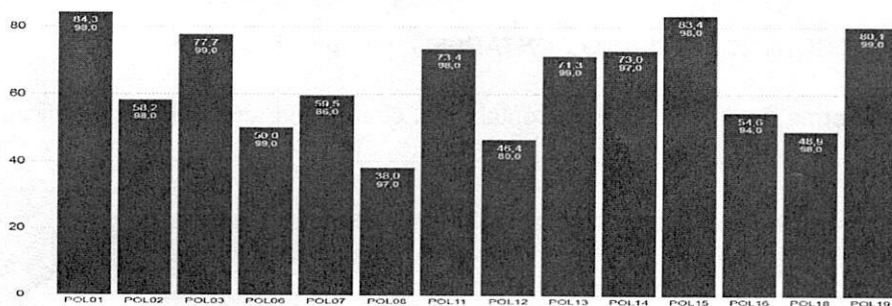
II. Índices de las dimensiones de gestión y desempeño

● Puntaje Consultado ● Promedio de Referencia



Dimensión	Puntaje Consultado
D1: Talento humano	69,1
D2: Direccionamiento estratégico y planeación	77,6
D3: Gestión para resultados con valores	62,0
D4: Evaluación de resultados	73,0
D5: Información y comunicación	68,7
D6: Gestión del conocimiento	48,9
D7: Control interno	80,1

III. Índices de las políticas de gestión y desempeño



Nota 1: La etiqueta de valores en amarillo, en cada columna, indica el valor máximo obtenido en la política específica consultada.
Nota 2: Con el fin de garantizar la calidad de los datos reportados, los líderes de política validaron la información reportada para una muestra de entidades, como resultado se identificaron algunas sobre las cuales se hace necesario adelantar una revisión más detallada a fin de confirmar los puntajes finales obtenidos.

Políticas

- POL01: Gestión estratégica del talento humano
- POL02: Integridad
- POL03: Planeación institucional
- POL06: Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
- POL07: Gobierno digital
- POL08: Seguridad digital
- POL11: Servicio al ciudadano
- POL12: Racionalización de trámites
- POL13: Participación ciudadana en la gestión pública
- POL14: Seguimiento y evaluación del desempeño institucional
- POL15: Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción
- POL16: Gestión documental
- POL18: Gestión del conocimiento
- POL19: Control interno

ACTIVIDAD NRO. 13: INFORME AUSTERIDAD DEL GASTO - CUMPLIMIENTO: 50%

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PRIMER TRIMESTRE

1. Actualizar el plan de Gestión Ambiental
2. Promover en todos los servidores públicos y colaboradores el uso racional de los recursos.
3. Promover la reutilización del papel, impresiones a doble cara, impresiones en modo ahorro tinta,
4. Procurar el apagado total de los equipos de informática, luces cuando finalice la jornada laboral

Es importante resaltar las gestiones adelantadas por la administración frente al consumo del gas en el primer trimestre del presente año, se descontó el valor de **\$137.957.885** a la asociación sindical sintraoempuh, debido que se instalaron los medidores de consumo a las áreas de lavandería y economato respectivamente, en adelante el servicio deberá asumir el pago del servicio.

Referente a la política de cero papeles: El doctor Mora manifiesta que se está revisando la separación de lo administrativo y asistencial, con el propósito de reorganizar los indicadores que permita evaluar por separado el consumo del mismo

La docta Martha subscientifica da a conocer que no ha sido fácil con la cultura de la política cero papeles en lo que refiere a lo asistencial; no obstante, ha disminuido el consumo de papel, según informe del proceso de gestión documental, pasaron de un consumo de 1.700 resmas a 1.500, y se está trabajando con Gestión Documental y Sistemas, para iniciar una consulta externa acciones que permita disminuir el consumo del papel.

ACTIVIDAD NRO. 14: SARLAF- CUMPLIMIENTO -34%

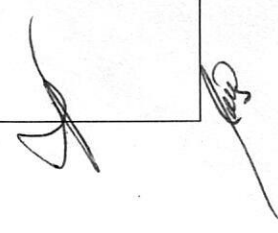
Durante el primer cuatrimestre de 2025, se observaron avances significativos en la implementación del SARLAFT, particularmente en lo que respecta a los aspectos documentales. No obstante, hay algunas acciones por mejorar entre ellas revisar la propuesta del MANUAL SARLAFT que entregó la firma asesora SOG CONTADORES Y ASESORES S.A.S contrato N°219/2023. De igual manera dar a conocer que no se logró evidenciar el manual como un documento anexo al acuerdo 013 del 15 de diciembre de 2022 donde se aprobó ajuste al manual SARLAFT. mediante Junta Directiva de fecha 15/12/2022, previo solicitudes realizadas a los diferentes procesos de: Planeación, Gestión Documental, Gerencia incluyendo Control Interno.

RECOMENDACIONES:

Es muy importante que el Oficial de Cumplimiento participe en el **diseño y desarrollo de los programas de capacitación** sobre el riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, y velar por su cumplimiento. **Como acción de mejora el Oficial de Cumplimiento dio a conocer el cronograma de capacitaciones el cual dará inicio en el mes de agosto de 2025**

Realizar las acciones que den lugar para la actualización del Manual LA/FT

Socializar el **Procedimiento para la vinculación de clientes, proveedores, contratistas, procedimiento con código No OPL-PDO4-FO de 08/11/2024** y Formato Anexo al procedimiento DES-SAD-PD01 FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT



Comunicar a la Junta Directiva la necesidad de garantizar los recursos técnicos, humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento del SARLAFT, teniendo en cuenta las características del riesgo del LAFT y el tamaño de la entidad. Este equipo de trabajo humano y técnico debe ser de permanente apoyo para que el Oficial de Cumplimiento lleve a cabalidad sus funciones, conforme al literal c) del numeral 6.1, de la Circular Externa 9 de 2016 de la (SUPERSALUD).

ACTIVIDAD NRO. 15: SICOFT- CUMPLIMIENTO -40%

Durante el primer cuatrimestre de 2025, se observaron avances significativos en la implementación del SICOFT, particularmente en lo que respecta a los aspectos documentales. No obstante, aún subsisten áreas de mejora en cuanto a la integración operativa del sistema y en el fortalecimiento de la cultura organizacional orientada a la prevención del riesgo.

Es fundamental que tanto la administración como los colaboradores en general de la Institución comprendan que la implementación del Sistema de Gestión de Riesgos SICOFT debe ser concebida como una herramienta estratégica para fortalecer el sistema de control interno. Además, su correcta aplicación contribuye a mitigar los riesgos asociados a sanciones y posibles afectaciones a la reputación del hospital, lo cual podría tener un impacto negativo en la operación y en el patrimonio de la Institución.

RECOMENDACIONES:

1. Presentar de parte del oficial de cumplimiento a la Junta Directiva y al Representante Legal un informe periódico al menos semestral, sobre la evolución y los aspectos relevantes del SICOFT, que incluya, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar, así como el área responsable de su ejecución. Esta obligación está en cumplimiento con el literal i) del numeral 5.2.3.5.3 de la Circular Externa 2011700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud (SUPERSALUD) de igual manera
2. Fortalecer la capacitación del personal involucrado en la operación del SICOFT, asegurando la implementación de mecanismos de evaluación adecuados para medir su efectividad.
3. Mejorar la infraestructura tecnológica que facilite la gestión eficiente y la trazabilidad del riesgo.
4. Seguimiento a los procesos que no presentaron evidencia documental al seguimiento de la matriz de riesgos de corrupción, y en especial para aquellos procesos que son reiterativos como son: Urgencias pediátricas, Pediatría, Aseo servicios generales y Aseo servicios generales/lavandería

ACTIVIDAD NRO. 16: 5 S – CUMPLIMIENTO 50%

En desarrollo de la actividad de verificación del cumplimiento de la ronda de seguridad de "5S" se pudo constatar aquellos procesos que quedaron por debajo del 80%, decir que algunos servicios reinciden en el no cumplimiento según evaluación del segundo semestre del año 2024 como es el caso de lavandería y Urgencias Adultos proceso.

PROCESO	% DE CUMPLIMIENTO	RONDA SEGURIDAD
Ginecobstetricia	76	13
Lavandería	76	13
Servicio Farmacéutico	71	12
Urgencias Adultos	71	12

Compromiso: El proceso de Gestión Ambiental deberá suscribir un plan de Mejoramiento que conlleve a subsanar los hallazgos evidenciados en el no cumplimiento de las 5'S para los servicios de Farmacia, ginecobstetricia, Lavandería y urgencias adultos, afectando las variables relacionadas con limpieza y desinfección, almacenamiento de elementos innecesarios sobre los mesones y consumo innecesario de energía (computadores encendidos sin darles uso). El cual será objeto de seguimiento de parte de la Oficina de Control Interno.

ACTIVIDAD NRO. 17: CUMPLIMIENTO LEY 1438 DE 2011 100%

Mediante correo dirigido a las subgerencias y a la oficina jurídica, se le informo a esta oficina que a la fecha no cursan sanciones relacionadas con la norma en seguimiento.

ACTIVIDAD NRO. 19: INVENTARIO ALEATORIO A LAS FARMACIAS CENTRAL SATÉLITES - CUMPLIMIENTO 100%

Esta actividad se realizó en las siguientes fechas:

1. Primero de abril de 2025: farmacia satélite quirófanos:
recomendaciones:

- Garantizar el stock suficiente
- Estar en permanente comunicación con la casa matriz y laboratorios
- Mejorar el registro de manejo de los medicamentos que realiza la auxiliar de farmacia por una más idóneo, toda vez que este se hace de forma manual.

ACTIVIDAD NRO. 19: INVENTARIO PRIODICO DE FARMACIA - CUMPLIMIENTO 100%

1. Inventario aleatorio almacén del 26 de marzo de 2025

Recomendaciones:

- Parametrizar la totalidad de los medicamentos
- Los profesionales asistenciales no hacen la solicitud de los medicamentos con la previa antelación necesario
- El servicio de urgencias manifestó que el medicamento omeprazol de 40 mg está causando daños en las venas de los niños, se planteó un informa para dirigirlo a la casa matriz.

ACTIVIDAD NRO. 21: EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL- CUMPLIMIENTO 100%

El resultado del seguimiento al indicador establecido para efectos del proceso de Evaluación del Desempeño Laboral (EDL), nos indica que del proceso de evaluación del segundo semestre de la vigencia 2024 y la consolidación del resultado final de la evaluación del periodo 2024-2025, establece que este proceso se está realizando realizado al 100% de los servidores públicos inscritos en carrera administrativa, conforme a las disposiciones normativas. Este indicador es reportado de manera semestral conforme a los tiempos definidos por la CNSC.

Teniendo en cuenta que en la vigencia anterior se presentaron retrasos en la aplicación de la EDL, se insta para ser estrictos con el cronograma y cumplir al segundo reporte.

Recomendación: Realizar la concertación de los compromisos con el personal evaluado (Provisionales)

ACTIVIDAD NRO. 22: MIPG - CUMPLIMIENTO 91%

Vale resaltar los siguientes resultados:

La oficina de C.I. tiene a su cargo 122 actividades de las cuales se ha dado cumplimiento al 91% de ellas, matriz que fue entregada a la oficina de planeación.

Falta entregar el informe general de MIPG con corte a junio de 2025. el cual no se ha recibido por parte de Planeación, y esta vez no ha recibió a tiempo de los procesos, es una cadena lo cual hace que de demore la entrega de los informes.

ACTIVIDAD NRO. 23: VERIFICACIÓN DE ENVIÓ DEL INFORME DE LA DEUDA PÚBLICA – CUMPLIMIENTO 100%

La oficina de C.I. pudo verificar que la Entidad no tiene deuda pública.

ACTIVIDAD NRO. 24-25: SEGUIMIENTO PAMEC, ACREDITACIÓN Y HABILITACIÓN – CUMPLIMIENTO 50%

La oficina de C.I. pudo verificar que el PAMEC tiene el correspondiente cumplimiento a corte de junio de 2025.

DE 12 INDICADORES MEDIDOS DOS DE ELLOS TIENEN BRECHA:

Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de reemplazo de cadera. QUE EL ESTANDAR ES DE 15 DIAS ESTA EN 38,40 a pesar que se creó el servicio de traumatología para satisfacer esta demanda esta dos veces por encima de lo esperado con lo cual no hay oportunidad en la realización de los procedimientos solicitados por los usuarios.

Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias QUE EL ESTANDAR ES 30 MINUTOS ESTA EN 44,78 MINUTOS

El tiempo máximo de espera para la atención de un paciente clasificado como Triage II en urgencias es de 30 minutos. Esta clasificación indica que la condición clínica del paciente puede deteriorarse rápidamente o representar un riesgo significativo de empeoramiento, por lo que requiere atención prioritaria.

La doctora Martha Castillo da a conocer que se cuenta con las cartas de desabastecimiento de medicamentos e insumos de parte de la casa matriz, Control Interno agradece se le informe de estos sucesos para dejar trazabilidad

De otro lado se está realizando seguimiento por medio del comité reactivo vigilancia con buenos resultados.

En cuanto a los **APROVECHAMIENTOS** de los medicamentos la doctora Martha Castillo manifiesta como punto de control ha implementado la UNIDOSIS iniciando en algunos servicios como las UCI, parte de salas de Pediatría e Internación, la parte de consumo ha bajado implementando estos controles

ACTIVIDAD NRO. 24-25: SEGUIMIENTO PAMEC, ACREDITACIÓN Y HABILITACIÓN – CUMPLIMIENTO 50%

La oficina de C.I. pudo verificar que el PAMEC tiene el correspondiente cumplimiento a corte de junio de 2025.
DE 12 INDICADORES MEDIDOS DOS DE ELLOS TIENEN BRECHA:

Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de reemplazo de cadera. QUE EL ESTANDAR ES DE 15 DIAS ESTA EN 38,40 a pesar que se creó el servicio de traumatología para satisfacer esta demanda esta dos veces por encima de lo esperado con lo cual no hay oportunidad en la realización de los procedimientos solicitados por los usuarios.

Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias QUE EL ESTANDAR ES 30 MINUTOS ESTA EN 44,78 MINUTOS

El tiempo máximo de espera para la atención de un paciente clasificado como Triage II en urgencias es de 30 minutos. Esta clasificación indica que la condición clínica del paciente puede deteriorarse rápidamente o representar un riesgo significativo de empeoramiento, por lo que requiere atención prioritaria.

La doctora Martha Castillo da a conocer que en estos momentos el hospital tiene una sobreocupación de más del 70% de los usuarios que están en el hospital, y requieren un procedimiento quirúrgico, esto implica que se deba cancelar cirugías programadas, como plan de contingencia con la Alta Gerencia se esta mirando la opción de contratar quirófanos como sede del Hospital, por lo que no se da a basoto los quirófanos

Acreditación:

N°	Estándar	Avance porcentual (promedio entre total de planes por cada estándar)	Número de plan	Total planes por estándar
1	Direccionamiento y Gerencia	52,79%	5, 6, 27,33,65,71,91,92,94,98,99,108,100	13
2	Ambiente Fisico	28,48%	4,109,111,113,115,63,110,112,114,116,117,118,119	13
3	Asistencial	53,24%	2,3,7,8,9,10,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,23,24,25,26,28,29,32,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,59,60,61,64,73,74,75,76,77,78,79,80,82,83,84,85,86,87,88,89,90,95,101	70
4	Gestión de la información	39,57%	11,22,31,88,96,97	6
5	Gestión de la Tecnología	79,86%	66,67,68,69,70,81	6
6	Talento Humano	8,60%	1,58,62,71,72,102,103,104, 105, 106, 107	11
	TOTAL	43,76%		119

Como plan de trabajo para mejorar el porcentaje de avances y seguimiento se establece plan de trabajo en conjunto con asesores externos para revisión, análisis de las actividades establecidas en los planes de mejoramiento para los días del 22 al 25 de julio con cada líder de los planes de mejoramiento

La doctora Martha Castillo da a conocer referente a la acreditación se está trabajando uno a uno con los procesos, por lo que el avance total está un porcentaje del 79% y en lo que respecta al proceso asistencial se cuenta con un porcentaje de avance del 84% ha sido un trabajo arduo con resultados positivos.

La Oficina de Control Interno agradece se le comparta el último informe de avance de acreditación

Habilitación:

SEGUNDO TRIMESTRE

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	sede nombre	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO					Código:
	habi codigo habilitacion	1900100031					Versión:
	nits nit	891580002					Página 1
	direccion	KR 6#10 N 42					
Grupo_servicio	Nombre_servicio	Descripción_capacidad instalada	Fecha_Novedad	Cantidad Total antes de la novedad	Cantidad total después de la novedad	Tipo de novedad	# de camas
CONSULTA EXTERNA	HEMATOLOGIA	SD	1/04/2025	1	0	CIERRE TEMPORAL	0
INTERNACION	UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	CAMAS	10/04/2025	44	43	CIERRE	1
ATENCION INMEDIATA	TAM	AMBULANCIA	21/04/2025	2	3	APERTURA	0
CONSULTA EXTERNA	HEMATOLOGIA	SD	14/05/2025	0	1	REAPERTURA	0
ATENCION INMEDIATA	TAM	AMBULANCIA	20/05/2025	3	2	CIERRE	0
ATENCION INMEDIATA	URGENCIAS ADULTOS	CONSULTORIOS	23/06/2025	7	8	APERTURA	0

Como se observa en la tabla de registro de control de movimientos de la capacidad instalada, las novedades realizadas en el primer trimestre del año correspondieron a novedades de capacidad instalada y de servicios, realizando reapertura de servicios, cierres y aperturas.

El 13% corresponde al cierre temporal de servicios los cuales se registraron para los grupos de consulta externa específicamente para los servicios de Hematología y cirugía de tórax, generados por ausencia de los profesionales de manera temporal.

El 13% se relacionó con las reaperturas de las mismas especialidades, mencionadas en los cierres temporales.

Por otra parte, el 40% se relacionó con aperturas de conceptos de camas, cunas y camillas, así como el 34% relacionado con cierre de camas, camillas y ambulancia.




ACTIVIDAD NRO. 27: EVALUACIÓN MAPAS DE RIESGOS - CUMPLIMIENTO 50%

El primer semestre muestra los siguientes resultados:

Para el semestre de enero a junio 2024, se evaluaron 75 mapas de riesgo, de los cuales presentaron 72 mapas objeto de evaluación, lo que equivale a! **96%** de su seguimiento para el primer semestre.

Faltaron por presentar los procesos de: Contabilidad, Servicios generales, y Pediatría.

TIPO DE RIESGOS SUPERSALUD	PROCESOS 2024 PRIMER SEMESTRE		TOTAL	%
	ADMINISTRATIVOS	ASISTENCIALES		
OPERACIONAL	62	16	78	64%
EN SALUD	1	38	39	32%
ACTUARIAL	1	0	1	0,8%
DE CRÉDITO	1	0	1	0,8%
LAFT	1	0	1	0,8%
REPUTACIONAL	1	0	1	0,8%
TOTAL	67	54	121	100%

ACTIVIDAD NRO. 29: SEGUIMIENTO PQRSF - CUMPLIMIENTO 50%

1. Durante el primer y segundo trimestre del año 2025 se aplicaron más de 6000 encuestas de las cuales existe una satisfacción con los servicios del 77% (satisfacción global).
2. Así mismo en la medición de la recomendación al hospital como IPS, los usuarios recomendarían a un familiar o amigo venir al hospital, corresponde al 99,42% de los encuestados.
3. Por parte del SIAU se realiza informe de satisfacción de los usuarios y se adjuntó informe anexo.
4. Las quejas por mala atención es el aspecto más relevante se están tomando las medidas correctivas por parte de la subgerencia científica y por parte de SIAU, representan un 20%.

ACTIVIDAD NRO. 30: AUDITORÍA INTERNA DE JURÍDICA (SEGUIMIENTO)

El plan de mejoramiento de la Aud de jurídica fue suscrito el 25 de noviembre del 2021, con 9 acciones correctivas con cumplimiento y avance a octubre de 2022 de 6 acciones correctivas al 100%; quedando pendiente 3 acciones correctivas así:

1- Liquidar con oportunidad los contratos de arrendamiento suscritos con el HUSJ. Pendiente: 80%

Actualización de contratos: el de lavandería, y contrato de cajero automático.

Entregar el informe de supervisión de contrato N° 228 de 2008, este contrato tiene una vigencia de 15 años y vence en el 2023. Actualización y liquidación de los 3 contratos actualizados.

2-Fortalecimiento y mejora de los procedimientos internos en la verificación documental, 80%

3-Realizar las transferencias de los expedientes contractuales de la vigencia 2013 y 2014; quedando pendiente

2015, 2016, 2017, 2018 y 2019. 40%

ACTIVIDAD NRO. 31: SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIA INTERNA 2023

AUDITORÍA DE FACTURACIÓN AVANCE 75%:

El 01 de agosto se recibe correo del proceso de Almacenamiento de la Información el cual anexa con contrato N°265/2025 PEAR SOLUCIÓN SAS. contrato de compra del servidor nuevo nutanix y el de repotencialización del servidor actual para poder suplir todas las necesidades que se tienen en el área de sistemas y las demás áreas en virtud de lo anterior el punto N°1 queda en el 100% y el punto N°2 en el 50%. A la fecha de este correo el avance del PM de esta auditoria es del 75%. Cabe resaltar que el software Dinámica Gerencial Hospitalaria se encuentra actualizado y cada vez que el proveedor envía una nueva compilación se hacen las pruebas pertinentes y se procede a la instalación, las instalaciones se hacen a las 4 de la mañana para no afectar los servicios.

OBSERVACIONES AL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL: AVANCE PM 60%

1. NO ACTUALIZACIÓN DE LAS TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL Y TABLAS DE Valoración DOCUMENTAL.
2. INCUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO PARA REALIZAR LAS TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES PRIMARIAS.
3. FALTA DE CULTURA EN LA POLITICA DE CONSUMO DE CERO PAPEL
4. PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL - PGD. DESACTUALIZADO
5. RIESGOS DE LAS INSTALACIONES DEL ARCHIVO CENTRAL Y OFICINA DE GESTIÓN DOCUMENTAL.

P. M . AUDITORIA PROCESO DE CIRUGIA

HALLAZGOS:

- PROLONGACION DE LOS TIEMPOS QUIRURGICOS.
- DEMORA EN OPORTUNIDAD DE CIRUGIA PROGRAMADA AMBULATORIA.

- Debido al alta demanda de cirugías de urgencias y programadas de pacientes hospitalizados se presentan demoras en la programación de cirugías de pacientes ambulatorios, lo cual se evidencia en el reporte de indicadores propios del proceso con un resultado de 52.8%.
- Algunos profesionales manifiestan que los retrasos en los tiempos quirúrgicos, se presentan debido a que algunos especialistas solicitan menos tiempo del requerido, sucede mayormente con neurocirugía.



ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 05

Página 17 de 18

CUMPLIMIENTO PGA 2025 62 %

Nº	ACTIVIDAD	CUMPLIMIE NTO
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 2025.	50%
2	Reportar en la plataforma SIA CONTRALORÍA, seguimiento a los P.M. EXTERNOS- Contraloría Mpal- Superintendencia de Salud	100%
3	PLANES DE MEJORAMIENTO SUPERSALUD Y SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL	50%
4	seguimiento Res 1519 de 2020, avance de link de transparencia.	100%
5	Realizar seguimiento a la entrega de la encuesta de Derechos de Autor, Software. Plazo hasta el viernes 18 de marzo de 2024.	50%
6	Realizar auditoria al otorgamiento y legalización de avances aplicando las 3 líneas de defensa de MIPG	50%
7	Arqueos de caja general y caja menor. aplicando las 3 líneas de defensa de MIPG.	50%
8	Auditoria a los desembolsos del fondo fijo de caja menor, aplicando las 3 líneas de defensa de MIPG.	50%
9	Informe Sistema de Control Interno	50%
10	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA	40%
11	Elaboración del informe de Control Interno contable	100%
12	Diligenciamiento de la encuesta FURAG II	100%
13	Informe de Austeridad del gasto	50%
14	Verificación del envío de la información del SARLAFT.	40%
15	seguimiento SICO	40%
16	Cumplimiento de las 5S- Seguimiento Plan de Mejoramiento 2024	50%
17	Cumplimiento a la Ley 1438 de 2011 artículos 130 y 131, modificados por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, cuya finalidad es el fortalecimiento de la capacidad institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en materia sancionatoria	100%
18	Realizar inventario aleatorio a las farmacias central y satélites.	100%
19	Inventario periódico de farmacia 2024	100%
20	Auditorio inventario fijo de Bodegas de Almacén.	50%
21	Realizar inventario aleatorio a las Bodegas de Almacén	50%
22	Verificación de que se realice la evaluación de desempeño laboral semestral y entrega del informe a la Gerencia.	100%
23	Seguimiento a la implementación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG-, según planes de acción	84%
24	Verificación de envío del informe de Servicio de la deuda.	100%
25	Seguimiento Programa para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC, Administrativo y Asistencial. El Informe de ACREDITACIÓN es anual	50%
26	Seguimiento al Cumplimiento de la HABILITACIÓN Administrativo y Asistencial.	50%
27	Seguimiento a la Evaluación de los indicadores de gestión (408 de 2018, 256 del 2016 y los INDICADORES MASTER)	50%
28	Seguimiento a la evaluación de los mapas de riesgos asistenciales y administrativos	50%
29	Seguimiento a la evaluación de los Planes de Acción	50%
30	Informe de seguimiento a las PQRS y Sistema de Información y Atención al Ciudadano -SIAU- y a los planes de mejoramiento.	50%
31	Seguimiento al Plan de Mejoramiento derivado de la Auditoria al proceso de Jurídica, área de Contratación.2021	95%
32	SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO FACTURACIÓN	75%
33	SEGUIMIENTO P.M. AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN DOCUMENTAL.	50%
34	SEGUIMIENTO P.M. AUDITORÍA INTERNA TALENTO HUMANO	90%
35	SEGUIMIENTO P.M. AUDITORÍA PROCESO DE NEONATOS	70%
36	SEGUIMIENTO P.M. AUDITORÍA PROCESO DE CIRUGÍA	52%
37	AUDITORÍA ALMACÉN	50%
38	AUDITORÍA PROCESO JURÍDICO Y CONTRACTUAL vigencia 2024 - contr 108 - interventoría torre - sindicatos. - FORMALIZACIÓN LABORAL - CONTRATO U.	0%
39	AUDITORIA VIGILANCIA Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS	0%
40	AUDITORÍA PROCESO URGENCIAS	70%
41	AUDITORÍA DE CUENTAS Y FACTURACIÓN - FACTURACIÓN PROCESOS ASISTENCIALES Y AUDITORÍA DE CUENTAS QUE SE ESTÁ REALIZANDO.	0%
42	AUDITORÍA AL PROCESO DE SEGURIDAD Y SALUD DEL TRABAJO	80%
	TOTAL, AVANCE	62%

Finalmente decir que la Oficina de Control Interno tiene en ejecución tres auditorias: Urgencias, Seguridad y Salud en el Trabajo y Almacén, Por aperturar en el segundo semestre están las auditorias de: Jurídica, Vigilancia y Control de Contratos y Cuentas Médicas, por lo que se hace necesario el apoyo del profesional asistencial.

3. PROPOSICIONES Y VARIOS

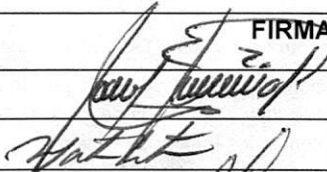
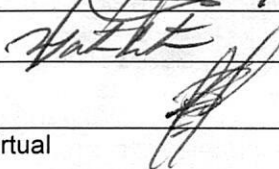
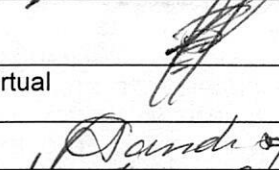
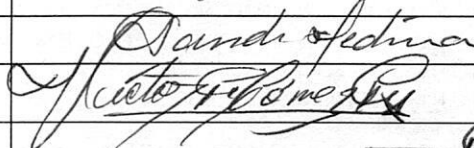
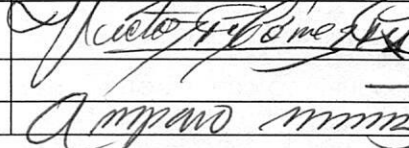
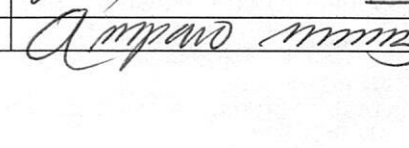
El jefe de la Oficina asesora de Control Interno da a conocer de los inventarios realizados por el proceso de Almacén a las Bodegas No explotados, donde Control Interno participo como veedores en el mes de julio de 2025, inventario que no se logró llevar a feliz término, a la espera que el Coordinador de Almacén termine de organizar parte de las bodegas en especial muebles y enseres y elementos de menor cuantía, de otro lado se recomienda realizar conciliación de saldos entre contabilidad y almacén.

Sin más intervenciones se da por terminada el comité, a las 5:30 pm del mismo día que se dio inicio.

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CARGO	OBSERVACIONES
1. Suscribir Plan de Mejoramiento -Programa Cinco S	Cristian Felipe Muñoz Muñoz	Coordinador Gestión ambiental	Septiembre 2025
2. Actualizar Manual de Políticas Contable	Juan Francisco Mora Obando	Subgerente Administrativo y Financiero	Diciembre 2025
3. Reunión de seguimiento SARLAFT	Juan Francisco Mora Obando	Subgerente Administrativo y Financiero	Agosto de 2025
4. Enviar informe a Control Interno, ACREDITACIÓN	Martha Lucia Castillo Ossa	Subgerente Científica	Septiembre de 2025
Fecha de la próxima reunión	Pendiente por definir		

FIRMA ASISTENTES

CÓDIGO DEL PROCESO - NOMBRE DEL ASISTENTE	FIRMA
JUAN FRANCISCO MORA OBANDO	
MARTHA LUCIA CASTILLO OSSA	
DIEGO ANDRÉS CASTRO BETANCOURT	
JUAN MANUEL LEGARDA ROJAS	Virtual
SANDRA PATRICIA MEDINA	
VÍCTOR FABIO GÓMEZ FRANCO	
DIANA PATRICIA LOAIZA RODRIGUEZ	
MARÍA AMPARO MUÑOZ	

LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO

FO-PCA-18

Versión: 05

FECHA: 21 Agosto 2025 Hora: 2:30 PM LUGAR: Sala Juntas Sub gerencia

HORA: 3:00 Pm.

TEMA (S): Comité Institucional de Control Interno

MONITOR (ES): Víctor Fabio Gómez Focuno Jefe Oficina Asesora Control Interno

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	# CEDULA	ACTIVIDAD Y/O CARGO	ORGANIZACIÓN O ASOCIACIÓN	PROCESO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Diego A. Castro	76304132	Apoyo a Sg	Astrosalud	Subgerencia Adm		
2	MARÍA AMPARO MUÑOZ	31856664	ENFERMERA	HUSJ	Of. Control I.		
3	Víctor Fabio Gómez	7007714342	Jefe Control	HUSJ	Control In		
4	Sandra J. Pedraza	34561041	Profesional de Apoyo	Astrosalud	Control Interno		
5	Marta Leodu Bantib	34560010	Subgerente	HUSJ	Atagocero		
6	Francisco Floog	10542577	Subgerente Adm	H.U.S.J.	Aditivo		
7	Víctor Manuel Legarda						
8	Diana Patricia Acuña	67007132	Prof. Control Int.	Astrosalud	Control Interno		
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

