



**HOSPITAL
SAN JOSÉ**

ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 05

Página 1 de 30

TEMA DE LA REUNION:						COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTENO	
ACTA No.	FECHA			HORA		LUGAR	RESPONSABLE REUNIÓN
107.1.9.02	10,23, 26	12	2025	9:00	AM	Sala de Juntas Subgerencia Administrativa	Dr. Victor Fabio Gómez Franco, Jefe Oficina Asesora de Control Interno
ASISTENTES O INTEGRANTES							
NOMBRES Y APELLIDOS		CORREO ELECTRONICO		CARGO		DEPENDENCIA O SERVICIO	
JUAN CARLOS ARTEAGA CIFUENTES		gerencia@hospitalsan jose.gov.co		Gerente		Gerencia	
MARTHA LUCIA CASTILLO OSSA		subcientifica@hospitalsan jose.gov.co		Subgerente Cientifica		Subgerencia Cientifica	
DIEGO ANDRÉS CASTRO BETANCOURT		subgerencia@ hospitalsan jose.gov.co		Subgerente Administrativo y Financiero		Subgerencia Administrativa y Financiera	
CAROLINA URRUTIA BASTIDAS		juridica@ hospitalsan jose.gov.co		Jefe oficina Asesora Juridica		Jurídica	
LEONOR MILENA BAMBAGUE MENESES		planeación@ hospitalsan jose.gov.co		Jefe oficina Asesora Planeación		Planeación	
VÍCTOR FABIO GÓMEZ FRANCO		gescontrol@hospitalsan jose.gov.co		Jefe oficina Asesora Control Interno		Control Interno	
INVITADOS							
GUILLERMO MOSQUERA ZAMBRANO		Guille_mosquera@hotmail.com		Contador Público			
SANDRA PATRICIA MEDINA		gescontrol@hospitalsan jose.gov.co		Profesional apoyo Control Interno		Control Interno	
DIANA PATRICIA LOAIZA R.		gescontrol@hospitalsan jose.gov.co		Profesional apoyo Control Interno		Control Interno	
MARÍA AMPARO MUÑOZ		gescontrol@hospitalsan jose.gov.co		Enfermera Esp. Grado 1		Control Interno	
ANGELA MARIA FERNANDEZ CHAVES		cidisciplinario@hospitalsan jose.gov.co		Jefe oficina Asesora Control Interno Disciplinario		Control Interno Disciplinario	
EDISON ARMANDO SÁNCHEZ AGREDO		presupuesto@hospitalsan jose.gov.co		A.P. Astrasalud Coordinador		Presupuesto	



ORDEN DEL DÍA

Orden del día:

1. Llamado a lista y verificación de quórum
2. Lectura y aprobación del acta de reunión anterior
3. Presentar actualización del Manual de Auditoría basado en Riesgos
4. Informe de Austeridad del Gasto del segundo y tercer trimestre 2025
5. Informe PQRSF segundo y tercer trimestre 2025
6. Informe a la gerencia de la verificación de la evaluación de desempeño laboral periodicidad semestral 2025
7. Informe del seguimiento al programa para el mejoramiento de la Calidad PAMEC –periodicidad semestral 2025
8. Informe del seguimiento al cumplimiento de la Habilitación 2025–periodicidad semestral
9. Informe del seguimiento a la evaluación de los Indicadores de gestión e Indicadores MASTER 2025–periodicidad semestral
10. Informe de los mapas de riesgos asistenciales y administrativos- periodicidad semestral
11. Informe del seguimiento a la evaluación de los Planes de Acción – Periodicidad semestral.
12. Informe de seguimiento a planes de mejoramiento internos y externos
13. Resultado de las Auditorías Internas ejecutadas por la Oficina de Control Interno, durante la vigencia 2025
14. Informe general del cumplimiento de cada una de las actividades contempladas en el **PLAN GENERAL DE AUDITORÍA 2025** aprobado mediante acta No.5 del 11 de diciembre de 2024, por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para la vigencia 2025
15. **Proposiciones y Varios**

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

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
Suscribir Plan de Mejoramiento - Programa Cinco S	Coordinador Ambiental	El 04 de septiembre de 2025 al Coordinador Gestión Ambiental, suscribe Plan de Mejoramiento que conlleva a subsanar los hallazgos evidenciados en el no cumplimiento de las 5'S. Se recibe en fecha 05 de noviembre de 2025 Avance del Plan de Mejoramiento, se evaluar con cumplimiento al 100%
Actualizar Manual de Políticas Contable	Subgerente Administrativo y Financiero	Se ha designado mediante oficio de fecha 04/12/2025, a profesional del proceso de Contabilidad, para dar inicio con la actualización
Reunión de seguimiento SARLAFT	Subgerente Administrativo y Financiero	Mediante Informe No 107.4.19 de fecha 23 de octubre de 2025, la Oficina de Control Interno emitió informe de seguimiento del segundo cuatrimestre al LAF/FT a las partes interesadas

ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 05

Página 3 de 30

Enviar informe a Control Interno,
ACREDITACIÓN

Subgerente Científica

Se solicitó informe a la Coordinadora de
Calidad

DESARROLLO

Siendo las 9: 30 am se da inicio a la reunión de Comité de Coordinación de Control Interno, presidida por el presidente del comité doctor Juan Carlos Arteaga Cifuentes, quien presenta el siguiente orden del día

1- Llamado a lista y verificación de quórum: Se realiza llamado a lista y verifica la existencia de quorum para dar a inicio a la reunión

2- Lectura y aprobación del acta de reunión anterior: Se concede la palabra al jefe Oficina de Control Interno para que de lectura al acta anterior N°107.1.9.01 de fecha 20 agosto de 2025, manifiesta que está acta fue enviada a los diferentes correos de los integrantes del comité incluido el de la gerencia, y se encuentra firmada, sin embargo se da lectura donde se realiza seguimiento a las tareas que se dejaron como se observa en el cuadro denominado **"VERIFICACIÓN DE TAREAS ESTABLECIDAS EN LA REUNIÓN ANTERIOR (si aplica)" a manera de conclusión se presenta un resumen del cumplimiento del PLAN GENERAL DE AUDITORÍA PRIMER SEMESTRE 2025 EN UN 81,62%**

COMPLIMIENTO PGA 2025 81, 62%

ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO
1 DECRETO 612/18	50%
2 P.M EXTERNOS	100%
3 LINK DE TRANSPARENCIA	100%
4 DERECHOS DE AUTOR	100%
5 AVANCES	100%
6 ARCHIVOS	91%
7 AUDITORIA FONDO FIJO DE CAJA MENOR	91%
8 SISTEMA DE CONTROL INTERNO	50%
9 PAAC	N/A
10 PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y LICITACIÓN	100%
11 INFORME CONTROL INTERNO CONTABLE	100%
12 FURAS	100%
13 INFORME AUSTERIDAD DEL GASTO	75%
14 SARLAFT	50%
15 SICOB I	75%
16 SS	100%
17 SUPERINTENDENCIA DE SALUD	100%
18 P.M ALMACEN	100%
19 INVENTARIO ALEATORIO FARMACIA	100%
20 INVENTARIO FIBROSCOP FARMACIA	100%
21 INVENTARIO ALMACEN	100%
22 ERI	100%
23 MIPG	50%
24 DEUDA PUBLICA	100%
25 ACREDITACION	50%
26 HABILITACIÓN	50%
27 INDICADORES MASTER	50%
28 MAPAS DE RIESGOS	50%
29 PLANES DE ACCIÓN	50%
30 PORC	75%
31 P.M. AUDITORIA INTERNA JURIDICA	95%
32 AUDITORIA FACTURACIÓN	100%
33 AUDITORIA FSESTION DOCUMENTAL	100%
34 AUDITORIA NEONATOS	100%
35 AUDITORIA VIGILANCIA Y SUPERVISIÓN DE CONT	50%
36 AUDITORIA CIRUGIA	100%
37 AUDITORIA TALENTO HUMANO	70%
TOTAL	81,61%

3. ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE AUDITORÍA BASADO EN RIESGOS

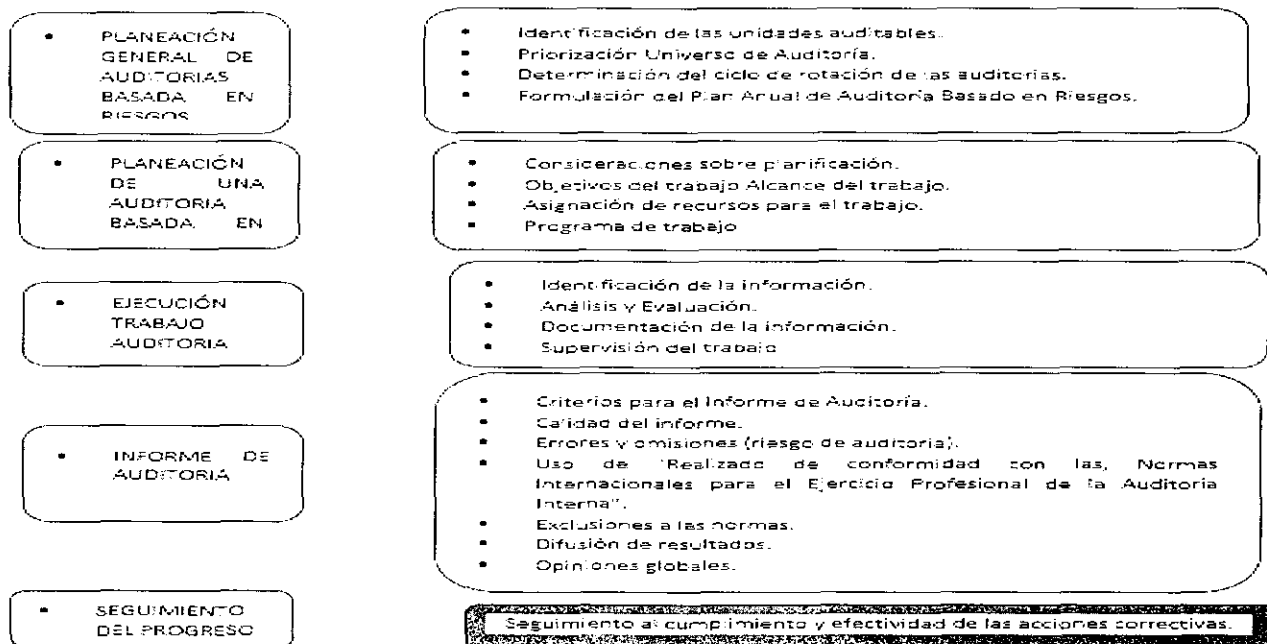
El jefe Oficina de Control Interno, doctor Víctor Fabio Gómez Franco, presenta el manual el cual contiene 32 páginas, con el objetivo principal establecer de manera ordenada las actividades de auditoría, así como las relacionadas con los roles e informes de competencia de la Oficina de Control Interno para agregar valor y mejorar las operaciones del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ ESE POPAYÁN**, ayudando a cumplir sus objetivos mediante la aplicación de un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar la gestión de riesgos y los controles establecidos para minimizar los mismos. La Oficina de control interno no es una oficina satélite trabaja de forma articulada con todos los procesos **ALCANCE** Esta guía es aplicable para el desarrollo de Auditorías Internas a los procesos del Sistema de Control Interno del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ ESE POPAYÁN RESPONSABLES** El jefe de la Oficina de Control Interno es responsable de la implementación de este documento. **NORMOGRAMA** da lectura a la normatividad que lo regula Ley 87 de 1993. Decreto 648 de 2017, Artículo 2.2.21.4.8 **Decreto 648 de 2017, Artículo 2.2.21.5.3 Decreto 1499 de 2017 etc.....**

Adicional da a conocer los puntos más importantes que los extrae del decreto 648 de 2017 Liderazgo estratégico

- Enfoque hacia la prevención.
- Evaluación a la gestión del riesgo
- Evaluación y seguimiento
- Relación con los entes externos de control.

METODOLOGÍA DE LA AUDITORÍA BASADA EN RIESGOS

Da a conocer unas fases, no se lo está invitando esta en la guía, presentan en el siguiente esquema:



Asignación de recursos es importante a la hora de priorizar las auditorías de acuerdo al presupuesto asignado por cada proceso, por ejemplo, las subgerencias se le asignan unos rubros presupuestales, distribuidos en los diferentes servicios: Urgencias, neonatos, imágenes, etc.... convirtiéndose es un elemento importante para terminar la realización de la auditoría basada en riesgos, porque más recursos mayor riesgo, y que controles se están

estableciendo para poderlos minimizar los posibles riesgos que llegasen a presentar

Siguiente fase: **EJECUCIÓN DE AUDITORÍA**, en estos momentos se encuentran realizando la auditoria de contratación

La **doctora Angela María Fernández Chaves** Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario pregunta ¿Cuál es la falta para que no se pueda llevar a cabo una auditoria, el Jefe de control interno responde : Por ejemplo en este año le quitaron el personal asistencial no se tiene personal idóneo para realizar las autorias asistenciales, Sandra es economista, Diana es contadora , la única es la jefe Amparo tiene un tema medico no puede ir a los servicios por su condición, han sido recomendaciones en reiteradas oportunidades a la administración, normalmente los jefes de las oficinas de Coordinación de Control Interno no siempre son profesionales con competencias en salud.

Siguiente fase: **INFORME DE AUDITORÍA**, en el preliminar es donde el auditado tenga derecho a la defensa frente a las observaciones, se evalúan y se determina si las quita o las deja. En el informe final se dejan los hallazgos, más adelante se amplía el paso a paso. Se toma ejemplo de la auditoria de Almacén para ilustrar lo manifestado frente a las etapas del informe preliminar y final.

La doctora **Carolina Urrutia Bastidas** jefe Oficina Asesora Jurídica manifiesta en la parte de planificación cuando hacen las aperturas de las auditoria ¿usted presenta una planificación y programación?, el doctor Víctor responde: La planeación va desde la aprobación del PGA ante el Comité de Coordinación de Control Interno, la doctora Carolina Urrutia manifiesta que en la apertura de la auditoria de contratación no le dio a conocer un enlace, ni el plan de auditoria, no le respondieron el correo solicitando la información previa a la apertura a de la auditoria, responde el doctor Victor Gómez . Cuando dio apertura de la auditoria manifestó En virtud del Plan General de Auditoria, en su momento se le dio a conocer, pero si revisa el DRIVE hay un link del PGA, el cual se le ha compartido a todos los integrantes del presente comité, se hace el ejercicio practico para visualizar en el DRIVE, no se evidencia carpeta compartida a los integrantes del comité, y se procede a compartir

CUALES SON LAS OPCIONES PARA QUE UNA AUDITORIA NO SE PUEDE LLEVAR A CABO: Sino se

La **doctora Angela María Fernández Chaves** jefe Oficina de Control Interno Disciplinario tiene una duda pregunta ¿Cuáles serían las opciones para que una auditoria no se pueda llevar a cabo? La duda es por ejemplo ¿Si no se tiene conocimiento de cuales son los riesgos y oportunidades de mejora se puede generar una auditoria? El doctor Víctor responde. No sería recomendable, la oficina no tiene el personal suficiente para auditar todos los procesos de la entidad, se toma en virtud de los riesgos los procesos más críticos y se hace la auditoria correspondiente aprobada previamente por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, puede llegar una serie de denuncias y ahí la oficina de Control Interno justifica la realización de una auditoria diferente a las ya aprobadas por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

Siguiente fase: **PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS**

Desarrolla cada una de las fases ya explicadas en la fase de arriba

Conformación y priorización del universo de auditoria basado en riesgos:

Inicialmente se realiza una recopilación estratégica y operativa de procesos, procedimientos, planes, programas, proyectos y funciones como insumo para posibles auditorias a realizarse; además de tomar en cuenta todas las demás fuentes de información que contengan datos de carácter cualitativo o cuantitativo como son:

cantidad de procesos y procedimientos de la entidad.

Procesos con un mayor nivel de exposición al riesgo.

Metas internas que apuntan directamente al cumplimiento del Plan General de Desarrollo.

Proyectos de inversión.

Contrataciones.

Servicios tercerizados.

Sistemas de información en los cuales se han realizado o se proyectan invertir recursos. PQRSD.

HERRAMIENTA que mencionaba desde el principio CUALES SON LOS CRITERIOS QUE SE VAN A TENER EN CUENTA PARA REALIZAR UNA AUDITORIA BASADA EN RIESGOS

El doctor Víctor explica por partes cuales son los criterios que se van a tener para realzar una auditoría, teniendo en cuenta la siguiente matriz de universo de auditoria

Dicha criticidad se basa en la siguiente descripción:

critorio	Nivel de riesgo inherente	Ultima auditoría	Resultado plan de mejoramiento / por procesos	Recurrencia de hallazgos auditorías internas y externas	Impacto en el presupuesto	Impacto en objetivos estratégicos	Adicional solicitud de auditoria
Puntaje / peso %	15%	10%	15%	20%	20%	20%	50%
1	tiene riesgos asociados	1 año o menos	No tiene plan de mejoramiento o cumplió acciones	No tiene hallazgos recurrentes	Asignado menos del 1% del presupuesto	tiene objetivo asociado	N/A
2	Riesgo en zona baja	Mayor a 1 año igual a dos años	Avance de acciones igual o mayor a 90%	Tiene 1 hallazgo recurrente	Asignado entre el 1 y 5 % del presupuesto	Impacta 1 objetivo	N/A
3	Riesgo en máximo zona moderada	Mayor a 2 años / igual a 3 años	Avance de acciones entre el 70 y el 89%	Tiene 2 hallazgos recurrentes	Asignado entre el 5 y el 10% del presupuesto	Impacta 2 objetivos	N/A
4	Riesgo en máximo zona alta	Mayor a 3 años/ igual a 4 años	Avance de acciones entre el 50 y 69%	Tiene 3 hallazgos recurrentes	Asignado entre el 10 y el 20% del presupuesto	Impacta 3 objetivos	N/A
5	1 riesgo o mas en zona extrema	Mayor a 4 años	Avance de acciones menor al 50%	Tiene 4 hallazgos o mas recurrentes	Asignado mas del 20% del presupuesto	Impacta 4 objetivos	SOLICITADO POR 1 O MAS
Explicación del	Se debe tener en	riesgos en mapa	Se tendrá en cuenta si el	son aquellos	Se debe tener en	Algunos procesos y/o	Solo se aplicará



ACTA DE REUNION

critorio	cuenta los riesgos en mapa por proceso y/o institucional, identifica los controles asociados	por proceso y/o institucional, identifica los controles asociados. Tiempo transcurrido desde la última vez que fue auditado por la oficina de control interno	proceso y/o aspecto evaluable tiene planes de mejoramiento asociado y su estado de balance	que la oficina de control interno o un ente externo encuentran en diferentes auditoria y en consecuencia, significa que no establecieron acciones o no fueron efectivas.	cuenta el presupuesto o asignado al proceso y/o aspecto evaluable y su impacto frente al presupuesto o general de la universidad	aspectos evaluables impactan más que otros dada su relación directa con la misión o con los proyectos que se desarrollan en el marco de la planeación estratégica.	el peso dado en cada caso de solicitud de auditoria.
----------	--	---	--	--	--	--	--

RANGO DE CALIFICACIÓN

RANGO DE CALIFICACIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	SEMAFORO
>=4 5	EXTREMO	
>= 3 >4	ALTO	
>=2 >3	MEDIO	
>=1 >2	BAJO	

La doctora **Carolina Urrutia Bastidas** jefe Oficina Asesora Jurídica pregunta ¿Esta valoración la hacen desde el plan inicial? Responde el doctor Víctor está herramienta es nueva, la doctora Carolina pregunta ¿Cómo se hacia antes? Responde doctor Víctor antes se hacia similar en la documentación le piden todos los criterios del Riesgo Inherente, cuál fue su última auditoria, cuales son hallazgos reiterativos. La doctora Carolina da a conocer que la pregunta va encaminada, porque no obtuvo acceso a la última auditoria interna que le realizaron al proceso Jurídica, el doctor Víctor manifiesta de enviársela, en esa auditoria quedó pendiente dos hallazgos Liquidación de contratos, reiterativo no solo en las auditorias internas como externas. Sandra Medina Aclara a Jurídica se le hizo auditoria interna hace unos cuatros años, en las auditorias externas jurídica ha tenido hallazgos. De un comité se solicitó abrir auditoria al proceso de facturación, se ha quedado un tema con jurídica que es continuar con el seguimiento de los contratos no operacionales es decir los de arrendamiento, producto de una auditoria de Cartera donde se vinculó al proceso de Jurídica

El doctor **Juan Carlos Arteaga** se refiere al cuadro de la descripción de la **criticidad referente al rango de la calificación**, donde sacan un porcentaje del puntaje de 1 a 5. El doctor Víctor aclara sobre el criterio es porcentual y

tiene un puntaje, hay que tener todos los criterios. El doctor **Juan Carlos Arteaga C.** manifiesta que el auditor si revisa estos porcentajes va quedar perdido, es importante conocer al detalle como se calcula mediante un ejemplo. El doctor **Víctor Gómez Franco** manifiesta el objetivo es traer un ejemplo cuando se apruebe el PGA 2026.

La doctora **Angela María Fernández Chaves** pregunta cual es la vigencia del manual, el doctor Víctor manifiesta que no se colocó, pero se puede colocar que no sea mayor de cuatro años, la doctora **Angela María Fernández.** Manifiesta que el manual no debería ser tan generalizado por cumplir un estándar, el doctor Víctor manifiesta que la Herramienta está condicionada para la institución cuando habla de la generalización es en algunos puntos. El doctor Juan Carlos Arteaga C. Manifiesta que hay que mirar la bibliografía de donde se sacó. Si se toca la generalidad y no la especificidad del sector salud, y más de institución del nivel que se tiene de complejidad en el departamento pues se va tener unos vacíos frente a estas mediciones. Ejemplo si se tiene la generalidad del impacto en el presupuesto, en estos momentos el sector salud se encuentra a travesando una difícil situación. Hasta donde esa medición no afecta lo específico que esta trabajando el sector salud a nivel nacional, y está tomando una generalidad con el fin de hace una medición hacia una especificidad

El doctor Cuando se habla de la generalidad son aspectos que tocan en todas las entidades, el doctor Juan Carlos solicita un favor mediante un ejemplo sobre el impacto sobre el presupuesto. EL doctor Víctor manifiesta. Primero se necesitan los datos sin ello no se puede hacer el ejemplo.

El doctor Víctor explica sobre el punto número 1 cuanta asignación

critorio	Nivel de riesgo inherente	Ultima auditoria	Resultado plan de mejoramiento / por procesos	Recurrencia de hallazgos auditorías internas y externas	Impacto en el presupuesto	Impacto en objetivos estratégicos	Adicion al solicitud de auditoria
1	tiene riesgos asociados	1 año o menos	No tiene plan de mejoramiento o o cumplió acciones	No tiene hallazgos recurrentes	Asignado menos del 1% del presupuesto	tiene objetivo asociado	N/A

La jefe Oficina Asesora de Planeación **Milena Bambague Meneses**, manifiesta sobre los objetivos estratégicos no lo va a priorizar porque el riesgo es muy bajo, pero desde Planeación si ese proceso no tiene un objetivo estratégico asociado, sería un riesgo más alto porque se estaría invirtiendo un presupuesto a una actividad que no está asociada a lo estratégico, entonces debería estar con un puntaje de 5 y se debe priorizar. El doctor Víctor maniesta que tiene razón de igual manera es una herramienta que se puede ir modificando en virtud de la necesidad de la entidad.

El gerente doctor Juan Carlos Arteaga Cifuentes, da a conocer que el presente manual se relacione con los objetivos estratégicos, **de igual manera la vigencia tendría que tener de un año** y dejar una nota explicita que se tiene que estar actualizando de acuerdo a la normatividad vigente.

El jefe Víctor manifiesta que es bueno color nota a pue de página, se trata que sea debatido si se aprueba o no, es una proyección que se trae, al final es una herramienta que va ser auditada y es aprobada por el Comité Institucional de Control Interno.

Los factores que pueden dar lugar a las modificaciones del Plan Anual de Auditoría deben llevarse para su aprobación al comité Institucional de Coordinación de Control Interno

El señor **gerente Juan Carlos Artega C.** Pregunta que auditorías financieras se han realizado este año a los estados financieros y presupuesto. **El doctor Víctor** manifiesta que el PGA contiene diferentes actividades asociadas a la parte financiera y presupuestal ejemplo: Acompañar en los inventarios generales de Almacén y Farmacia, Austeridad del gasto donde se revisa las ejecuciones de ingresos y egresos comparada con la vigencia anterior.

El señor **gerente Juan Carlos Artega C.** La auditoría debe ser integral en todos sus aspectos del componente Administrativo (Financiero) y Asistencial, si se va a lo estructural la parte financiera tiene un gran peso, **el doctor Víctor Gómez** manifiesta que la idea es socializar al presente comité para su revisión.

La doctora Angela María Fernández Chaves, Pregunta ¿Las personas que ya no están en sus dependencias para continuar con el desarrollo de las actividades, usted reporta de esa situación? Responde doctor Víctor Gómez F. claro se reportó en el último Comité de Control Interno.

Siendo las 12:30 pm del día 10 de diciembre de 2025 se levanta el comité y se reprograma para el día 23 de diciembre a las 9.am para continuar con el orden del día

El doctor Diego Castro Subgerente Administrativo y Financiero, manifiesta que, si el manual está acorde a la entidad como tal, por lo que en la redacción dice: ESE Municipio de Villavicencio, en otro aparte decía plan táctico y plan estratégico, se maneja en la institución plan de desarrollo y plan por procesos. El doctor Víctor manifiesta que son temas de forma, que normalmente se toma ejemplos o se referencia con otras entidades de salud da a conocer que tomo parte de varias ESES como de Medellín, Guía N°4 de la DAFP etc.

El doctor Víctor manifiesta que este manual está basado en la guía N°4 de la DAFP, La Doctora Ángela María le preocupa que el presente manual se base en modelos que no se acerque a la Institución, el doctor Víctor manifiesta que los elementos trascendentales que menciona en la parte de arriba son extraídos de la guía que se utiliza para todas las entidades del orden público emitido por la Función Pública.

El doctor Víctor tiene una proposición siendo las 11:30 am frente a los siguientes puntos se demoran mas o menos 3 horas, propone continuar en la tarde por lo que tiene diligencias familiares. El doctor propone en diez días traer de nuevo el manual previo a todas las recomendaciones realizadas junto con el PGA 2026.

La señora **Diana Loaiza** manifiesta que el manual se debe trabajar teniendo en cuenta el mapa de riesgos y los objetivos estratégicos de la Institución articulado con la Oficina Asesora de Planeación, con un fin que es generar valor agregado en los informes que se le entreguen de manera oportuna a la administración, por lo que se debe tomar el tiempo para su revisión.

El doctor Víctor manifiesta que no va tomar la matriz de riesgos del municipio de Popayán, si no que va tomar la matriz de riesgos del Hospital Universitario de Popayán, lo que le interesa es aplicar las herramientas y los elementos propios de la entidad, quizás no se ha hecho explicar insisto el manual es general lo específico tiene que quedar en la auditoría

La doctora **Milena da su punto de vista como jefe de la Oficina Asesora de Planeación**, si se va a tomar como un manual para el hospital, deberá dar a conocer el mapa de procesos con los diferentes riesgos asociados, lo que permitirá entender la articulación con la guía. El doctor Víctor manifiesta que la especificidad se evalúa en la auditoría.

Para cerrar este punto el gerente concluye que el manual se deberá revisar y acomodar.

Por último, el señor gerente manifiesta continuar el día viernes 12 de diciembre a las 3:00 pm en la mañana, por lo que se levanta el comité siendo las 11:40 am

CONTINUACIÓN DEL COMITÉ EN FECHA 23-12-2025

Siendo las 9:40am del día 23 de diciembre de 2025, el gerente **Juan Carlos Arteaga Cifuentes**, preside el comité con el llamado a lista y verificación del quórum, respetuosamente solicita mover el orden del día dada la importancia que reviste los puntos a tratar de la siguiente manera:

Punto 6 cambia por el punto N°10 y el N°7 por el N°11, N°08 por el N°12 y el N°09 por el N°13

Presenta al doctor Guillermo Mosquera como invitado en el presente comité

Continúa con el Punto No 4 AUSTERIDAD DEL GASTO SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE 2025

El doctor Víctor da lectura a los informes del segundo y tercer trimestre 2025

Segundo trimestre de la vigencia 2025:

Da lectura al informe el cual se encuentra publicado en el link de transparencia, el cual es comparado con el segundo trimestre del 2024, se realizó seguimiento a los siguientes rubros:

Sueldo Básico, Vacaciones, Materiales y Suministros, combustible, Servicios Públicos, Bonificación por servicios prestados, Servicios Personales Administrativos, y Servicios Personales Indirectos Asistenciales.

Desarrollo del contenido

1. Gastos de Personal

CONCEPTO	ABRIL - JUNIO 2024	ABRIL - JUNIO 2025	DIFERENCIA	PORCENTAJE
SUELDO BÁSICO	\$ 1.924.392.708,00	\$ 2.058.030.706,00	\$ 133.637.998,00	7%

2. Vacaciones

CONCEPTO	ABRIL - JUNIO 2024	ABRIL - JUNIO 2025	DIFERENCIA	VARIACIÓN
VACACIONES	\$ 139.825.863,00	\$ 155.844.919,00	\$ 16.019.056	10.29%
BONIFICACION ESPECIAL DE RECREACION	\$ 15.852.317,00	\$ 14.814.466,00	\$ - 1.037.851	-6.5%
PRIMA DE VACACIONES	\$ 139.017.025,00	\$ 126.776.806,00	\$ - 12.240.219	-8.8%
TOTAL	\$ 294. 695.205	\$ 297.436.191	\$ 2.740.986	0.93%

La tabla anterior nos permite visualizar que, en el segundo trimestre del año 2025 comparado con el segundo trimestre del año inmediatamente anterior, presentó un aumento del 0.93% equivalente a \$2.740.986 se evidencia una diferencia muy poca. Teniendo en cuenta la información recibida del proceso de Talento humano se evidenció:

3. Bonificación por servicios Prestados

CONCEPTO	ABRIL - JUNIO 2024	ABRIL - JUNIO 2025	DIFERENCIA	VARIACIÓN
BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS	\$ 38.414.908	\$ 36.072.917	\$ -2.341.991	-6.4%

Referente a este punto, por concepto de Bonificación por Servicios Prestados con relación al trimestre del año 2024, representó una disminución del 6.4%, equivalente a \$2.341.991

4. Servicios Públicos

CONCEPTO	ABRIL - JUNIO 2024	ABRIL - JUNIO 2025	DIFERENCIA	VARIACIÓN
ELECTRICIDAD	\$ 546.143.600	\$ 768.552.000	\$ 228.408.400	28.9%
AGUA	\$ 85.063.120	\$ 91.045.619	\$ 5.982.499	7 %
SERVICIOS DE TELEFONÍA FIJA (ACCESO)	\$ 4.421.580	\$ 4.522.660	\$101.080	2.2%
SERVICIOS MÓVILES DE VOZ	\$ 9.886.519	\$ 7.781.136	\$ 2.105.383	21.2%
SERVICIOS DE ACCESO A INTERNET DE BANDA ANCHA	\$ 32.348.793	\$ 32.480.860	\$ 132.067	4%
GAS DOMICILIARIO	\$ 213.789.270	\$ 8.040.000	-\$ 205.749.270	-97%
TOTAL	\$ 891.652.882	\$ 912.422.275	\$ 20.769.393	2.3%

El gerente doctor Juan Carlos Arteaga Cifuentes, pregunta ¿El análisis se está realizando con lo pagado o con el compromiso? el doctor Víctor da a conocer que la comparación se realiza con lo pagado

El gerente Juan Carlos Arteaga manifiesta con el rubro de Electricidad la dinámica con sintraoempu es diferente por lo que se cruza la cuenta en Tesorería, para observar el impacto real, se debería restar lo que se le descuenta a Sintraoempu

Recomendaciones • Realizar campañas de ahorro de energía por parte del servicio gestión ambiental • Incorporar estos mensajes en las inducciones a nuevo personal. • Medir el impacto de las campañas mediante auditorías del programa de 5s • Hacer revisiones por parte de gestión ambiental del apagado de los equipos de cómputo periódicamente luego de la jornada laboral

SERVICIO DE AGUA	2024	2025
ABRIL	28.594.600,00	31.234.370,00
MAYO	366.330,00	29.571.870,00
JUNIO	56.102.190,00	30.239.379,00
TOTAL	85.063.120,00	91.045.619,00
DIFERENCIA		5.982.499,00

Conclusión. El incremento en el consumo de agua en el Hospital Universitario San José entre abril y junio de 2025 corresponde directamente con el aumento de la ocupacional y asistencial. Este fenómeno ha elevado el uso de recursos en todas las áreas, especialmente en urgencias, unidades críticas y quirófanos, generando una demanda hídrica por encima del promedio.

SERVICIO DE TELEFONIA FIJA	2025	2024	SERVICIOS MOVILES DE VOZ	2024	2025
ABRIL	1.455.580,00	1.491.540,00	ABRIL	2.436.324,83	2.995.175,67
MAYO	1.536.800,00	1.482.540,00	MAYO	2.440.982,29	2.406.409,70
JUNIO	1.530.280,00	1.447.500,00	JUNIO	5.009.212,45	2.379.551,07
TOTAL	4.522.660,00	4.421.580,00	TOTAL	9.886.519,57	7.781.136,44
DIFERENCIA		-101.080	DIFERENCIA		- 2.105.383,13

MATERIALES Y SUMINISTROS	2024	2025
ABRIL	1.115.666.510,24	5.356.975.473,13
MAYO	1.668.255.762,55	15.887.403.433,22
JUNIO	11.909.598.890,12	7.043.800.236,57
TOTAL	14.693.521.162,91	28.288.179.142,92
DIFERENCIA		13.594.657.980,01

La tabla anterior nos permite visualizar que, en el primer trimestre del año 2025 la ejecución del gasto para el rubro "Materiales y Suministros" presentó un aumento del 48 % equivalente al \$13.594.657.980, Se recibe información del Coordinador del proceso de Presupuesto "Si bien desde el proceso de presupuesto podemos determinar que la diferencia en el rubro de materiales y suministros se debe en mayor proporción al pago de los contratos a proveedores de medicamentos, dispositivos médicos, cuentas por pagar del año 2024 y compra de equipos de cómputo."

Conclusiones y Recomendaciones

En cumplimiento del principio de transparencia, el presente informe debe ser publicado en la respectiva página web institucional del Hospital Universitario San José E.S.E. Actualizar el plan de Gestión Ambiental Promover en todos los servidores públicos y colaboradores el uso racional de los recursos. Promover la reutilización del papel, impresiones a doble cara, impresiones en modo ahorro tinta, Procurar el apagado total de los equipos de informática, luces cuando finalice la jornada laboral Aunque es posible establecer de manera general la justificación de las diferencias, más no se puede determinar con exactitud, ya que el giro está sujeto a lo establecido contractualmente en la forma de pago, disponibilidad del flujo de caja, trámite oportuno del supervisor, que los pagos respectivos queden dentro del trimestre del informe etc.... Fortalecer todas las medidas de austeridad en la Institución.

• INFORME AUSTERIDAD DEL GASTO TERCER TRIMESTRE 2025

El doctor Víctor da lectura al informe en mención

CONTENIDO

1. Gastos de Personal
2. Vacaciones
3. Bonificación por Servicios Prestados
4. Servicios Públicos
5. Combustible
6. Materiales y Suministros
7. Conclusiones y Recomendaciones

DESARROLLO DEL CONTENIDO

Se consultaron los registros de las ejecuciones presupuestales de gastos y auxiliares presupuestales de algunos rubros durante el tercer trimestre del año 2025 (julio a octubre de 2025) y tercer trimestre del año 2024 (julio a octubre de 2024) dando a conocer las siguientes observaciones:

1. Gastos de Personal

CONCEPTO	JULIO-SEPT 2024	JULIO-SEPT 2025	DIFERENCIA	PORCENTAJE
Sueldo básico	\$ 1.945.770.689	\$ 2.080.385.761	\$ 134.615.072	7%

Referente al rubro por concepto de Sueldo Básico de gastos de personal asociados a la nómina, se observa un aumento del 7% equivalente a \$134.615.072, frente a la ejecución del tercer trimestre de la vigencia 2024.

2. Vacaciones

CONCEPTO	JULIO-SEPT 2024	JULIO-SEPT 2025	DIFERENCIA	PORCENTAJE
Vacaciones	\$ 134.234.296	\$ 121.121.943	(\$ 13.112.353)	(10%)
Prima de vacaciones	\$ 37.972.283	\$ 92.415.802	\$ 54.443.519	58%
TOTAL	\$172.206.579	\$ 213.537.745	\$ 41.331.166	19%

La tabla anterior nos permite visualizar que, en el tercer trimestre del año 2025 comparado con el tercer trimestre del año inmediatamente anterior, presentó un aumento del 19% equivalente a \$ 41.331.166 frente a la ejecución del tercer trimestre 2024.

3. Bonificación por servicios Prestados

CONCEPTO	JULIO-SEPT 2024	JULIO-SEPT 2025	DIFERENCIA	PORCENTAJE
BONIFICACIÓN POR SERVICIOS PRESTADOS	\$ 88.659.814	\$ 47.512.318	(\$ 41.147.496)	(86%)

Referente a este punto, por concepto de Bonificación por Servicios Prestados con relación al trimestre del año 2024, representó una disminución importante del -86%, equivalente a \$41.147.496.

Teniendo en cuenta la información recibida por el proceso de Talento humano se evidenció: Una diferencia significativa.

4. Servicios Públicos

CONCEPTO	JULIO-SEPT 2024	JULIO-SEPT 2025	DIFERENCIA	PORCENTAJE
ELECTRICIDAD	\$ 571.370.800	\$ 505.725.177	(\$ 65.645.623)	(7.7%)
AGUA	\$ 65.263.277	\$ 64.380.842	(\$ 882.435)	(1.3%)
SERVICIOS DE TELEFONIA FIJA	\$ 4.131.370	\$ 55.226.427	\$ 51.095.057	9.2%
SERVICIOS MOVILES DE VOZ	\$ 5.176.042	\$ 7.925.724	\$ 2.749.682	34.6%
SERVICIO DE INTERNET	\$ 32.349.297	\$ 40.798.297	\$ 8.449.000	20.7%
GAS DOMICILIARIO	\$ 202.003.973	\$ 43.383.111	(\$ 158.620.862)	(73%)
TOTAL	\$ 880.294.759	\$ 717.439.578	(\$162.855.181)	(8.1%)

Referente al rubro de servicios públicos se observa una importante disminución en conceptos como es el del gas domiciliario, la diferencia obedece principalmente a acuerdos de la Administración con Asociación Sindical Sintraoempuh, donde a partir del mes de marzo de 2025, está asociación debe asumir lo consumido por ellos, también se observa un ahorro significativo en la electricidad, lo que se debe a campañas de concientización por parte del área ambiental en el ahorro de la energía. En cuanto al servicio de agua no se muestran diferencias notables e igual pasa en los demás conceptos.

6. Combustible

CONCEPTO	JULIO-SEPT 2024	JULIO-SEPT 2025	DIFERENCIA
COMBUSTIBLE	\$570.768	\$ 18.278.690	\$ 17.707.922

Este rubro presenta un significativo aumento y se debe al aumento del parque automotor de ambulancias nuevas con que cuenta la institución.

5. Materiales y suministros

MATERIALES Y SUMINISTROS	2024	2025
JULIO	\$ 9.506.790.965	\$ 7.375.182.910
AGOSTO	\$ 8.474.988.378	\$ 1.597.166.188
SEPTIEMBRE	\$ 7.944.391.778	\$ 13.737.847.179
TOTAL	\$ 25.926.171.120	\$ 22.710.196.276
DIFERENCIA	(\$ 3.215.974.844)	
PORCENTAJE	7%	

La tabla anterior nos permite visualizar que, en el tercer trimestre del año 2025 la ejecución del gasto para el rubro "Materiales y Suministros" presentó una disminución de 3.215.974.844% equivalente al 7%. Se recibe información del Coordinador del proceso de Presupuesto que manifiesta que la disminución se debió a que en el trimestre anterior se realizó la compra de equipos de cómputo lo que significó el incremento del trimestre vigencia 2024.

7. Conclusiones y Recomendaciones

- En cumplimiento del principio de transparencia, el presente informe debe ser publicado en la respectiva página web institucional del Hospital Universitario San José E.S.E.
- Actualizar el plan de Gestión Ambiental
- Promover en todos los servidores públicos y colaboradores el uso racional de los recursos.
- Promover la reutilización del papel, impresiones a doble cara, impresiones en modo ahorro tinta.
- Procurar el apagado total de los equipos de informática, luces cuando finalice la jornada laboral.
- Aunque es posible establecer de manera general la justificación de las diferencias, más no se puede determinar con exactitud, ya que el giro está sujeto a lo establecido contractualmente en la forma de pago, disponibilidad del flujo de caja, trámite oportuno del supervisor, que los pagos respectivos queden dentro del trimestre del informe etc.
- Fortalecer todas las medidas de austeridad en la Institución.

El doctor Víctor manifiesta si alguna pregunta o duda frente al informe expuesto

El señor **gerente doctor Juan Carlos Arteaga** tiene una recomendación general, para el cuarto trimestre se realice el informe con base al compromiso y los servicios públicos en un cuadro comparativo menos lo que tiene que pagar la asociación sindical Sintraoempuh para electricidad y gas.

5. INFORME PQRSF SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE 2025

El señor gerente manifiesta socializar el tercer trimestre, en aras de avanzar, el doctor Víctor da lectura al informe que consta de 13 paginas donde se deja consignado los principales apartes como:

OBJETO: Verificar el cumplimiento de las actividades del Sistema Integral de Atención al Usuario (SIAU). -Realizar seguimiento a los procedimientos de: Manejo de Buzón de Sugerencias, Trámite de sugerencias, quejas y felicitaciones. - Verificar la consolidación de las quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias de los usuarios y - Verificar el diligenciamiento de los indicadores y su seguimiento.

ALCANCE: El informe en mención evalúa el tercer trimestre comprendido entre julio y septiembre del 2025

MARCO NORMATIVO: Constitución Política de Colombia: En su artículo 23 establece "Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las Autoridades por motivos de interés general o Particular y a obtener pronta resolución. Ley 87 de 1993: "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones "artículo 12 literal i) "Evaluar y verificar la aplicación de los mecanismos de participación ciudadana, que en desarrollo del mandato constitucional y legal, diseñe la entidad correspondiente"

Informe se realiza teniendo en cuenta el informe que presenta SIAU

En total se tiene registrados 14.883 usuarios que recibieron información sobre sus derechos y deberes durante el tercer trimestre del año 2025. En lo corrido del año van 42.597 usuarios informados en temas de derechos y deberes, canales de comunicación y requisitos de servicios.



EDUCACIÓN 2025

SERVICIOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
CONSULTAS	2017	1971	3244	2511	1710	1442	2961	1378	1730	14026

Se **concluye** que las PQR de lo corrido del año la de mayor numero es Urgencias con un total de 14.036

GESTION DE LAS PQRSF TERCER TRIMESTRE 2025

Durante el tercer trimestre del año 2025, se cumple con la gestión de las pqr que ingresan por los diferentes canales de comunicación, se hace el registro en el sistema de gestión Nexura y se da respuesta acorde a los tiempos, teniendo en cuenta los siguientes resultados: **VENTANILLA UNICA:** Se recibe a diario las pqr que ingresan por ventanilla única y se tramitan al interior del SIAU a través del aplicativo NEXURA o del correo. Lo que más llega son peticiones de asignación de citas o programación de cirugía. La apertura de buzones se realiza dos veces por semana, con acompañamiento de la asociación de usuarios, la personería municipal, secretaria de salud y

humanización, la oficina de Control Interno también realiza acompañamiento en algunas oportunidades. Durante el tercer trimestre se programaron 26 aperturas y se realizaron 26 para un cumplimiento del 100%.

En las 26 aperturas se recolectaron por buzones, 2340 formatos en los cuales se discrimina las 11.381 pqrsl que se recibieron.

Por buzones se recibieron en lo corrido del año 11381 pqrsl, las cuales se suman a las recibidas por ventanilla única, por plataforma web y por correo institucional, para ser gestionadas en su totalidad. De cada apertura se deja un acta que consolida las pqrsl de los 27 buzones y las discrimina o tipifica y se deja con la firma de cada uno de los participantes. De acuerdo al tipo de pqrsl se caracteriza de la siguiente manera:

Tipo de solicitud	Total
Felicitaciones	1993
Reclamo de riesgo simple	204
Queja (por atención de funcionario)	155
Sugerencia	101
Petición	45
Queja interna	19
Reclamo de riesgo pronzado	5
Denuncia	4
Resultados imágenes diagnósticas	3
Total general	2529

Se reciben 2529 pqrsl, de las cuales el 78,8 % son felicitaciones. Las quejas alcanzan el 6% del total y los reclamos simples son el 8%. Se reciben 36 peticiones de las cuales 34 se respondieron oportunamente con un Cumplimiento del 94,4%.

Durante el tercer trimestre del año 2025 se recibieron 102 quejas que comparado con el segundo trimestre disminuyeron en 34 las quejas, las cuales se gestionaron oportunamente antes de los 15 días dando respuesta a los usuarios. Las quejas recibidas en su mayor numero hacen referencia a que el usuario tuvo una percepción de maltrato por la actitud, falta de empatía, falta de humanización del personal. El tercer lugar es la falta de información no suministrada por los colaboradores. Estas quejas son gestionadas por los coordinadores y los representantes de las agremiaciones sindicales, quienes analizan y planteas las acciones de mejora a que haya lugar para evitar repetición. La oficina de Control Interno realiza el seguimiento de estas actividades.

CONCLUSIONES • Se cuenta con interprete de lengua de señas, es un plus para el hospital y una oportunidad para la comunidad sorda del departamento.

- El sistema de gestión Nexura ha permitido mostrar una trazabilidad completa y muy favorable al seguimiento para el hospital.
- Durante el tercer trimestre del año 2025 no se recibieron reclamos riesgo de vida por los canales de comunicación que el hospital ha dispuesto para las Pqrsl.
- Se cumple de manera satisfactoria por parte del Siau con todos los requerimientos en cuestión de indicadores y apoyo a la gestión institucional.

El doctor Víctor manifiesta si hay alguna pregunta al respecto, el **señor gerente** pregunta al **doctor Guillermo** ¿Qué estaría faltando de fondo? Quien responde que el informe es prácticamente lo retomado del SIAU, debería profundizar más en el sentido de sacar una estadística cual es el proceso con más quejas, reclamos para efectos para la toma de decisiones, y determinar las acciones a tomar, por lo demás esta enmarcado en la norma, otro tema sería agregar en el marco normativo agregar la 1755 que modificó el código disciplinario único.

La Ley 1474 en su artículo 76 las Oficinas de Control Interno rendirá un informe semestral, hay que verificar si hay link y de fácil acceso para la comunidad, el doctor Víctor mencionó que en el informe se dio a conocer la información que está mencionado ejemplo urgencias y consulta externa, el más felicitado es quirúrgicas y talento humano reconoce. No habiendo más preguntas el gerente manifiesta ir al punto referenciado con el INFORME DE MAPAS DE RIESGOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS

10. INFORME DE RIESGOS POR PROCESO

El jefe Víctor concede la palabra a la jefe Amparo referente al primer semestre de 2025, al revisar los riesgos estaban los mismos que estaban en el 2024, le informo a Planeación de la situación, siguen siendo los mismos riesgos lo que se nota es que no se hace el seguimiento preciso, al momento no sea enviado la información para el segundo semestre, considera que hay que ponerle cuidado para la eficiente gestión y administración de los riesgos. Son 68 riesgos de gestión, el doctor Víctor manifiesta, la institución va cambiando con el pasar del tiempo y más aun con cambio de administración que con su plan de desarrollo. Los riesgos ocupan un lugar importante en la Institución con los controles, se propone a revisar los riesgos para el próximo año, la mayoría de los riesgos no se materializan lo que quiere decir que los controles están funcionando bien, urge implementar controles nuevos alineados a la planeación estratégica

La doctora Milena jefe Oficina Asesora de Planeación da a conocer que hay un problema estructural y se ha convertido en los procesos en una costumbre ver los mismos riesgos y que nada se materializa, no hay la cultura del reporte, para el próximo año se trabajara en la cultura del efectivo reporte.

Desde la oficina de planeación se ha venido socializando en las diferentes jornadas de trabajo con los coordinadores de los procesos administrativos y asistenciales, el nuevo método de trabajo es sobre políticas ejecutadas por procesos, y sobre eso va cambiar la caracterización por procesos, con controles reales y puntos de control efectivos a los riesgos.

El doctor **Guillermo** manifiesta que en la Vigencia 2025 la Administración de la Función Pública actualizó los riesgos a la V 7 deja la siguiente sugerencia, como define el concepto de riesgo es cualquier situación o evento que pueda afectar el cumplimiento del objetivo del proceso, los riesgos en los procesos o subprocesos van a persistir, no se pueden eliminar el riesgo porque está expuesto a esa situación, por ello hay que crear los controles para que no se materialicen, van a surgir otros riesgos como los trajo la DAFP V7, hay que ajustar la política de riesgo de la institución referente, en los riesgos de gestión se deben incorporar los riesgos ambientales, tecnológicos, cibernéticos, para dar cumplimiento a la nueva guía. La doctora **Milena jefe asesora de la Oficina de Planeación**, da a conocer hay riesgos donde están fortalecidos los controles como parte de la cultura, el riesgo dejó ser persistente, en la visita de ISO 9001 y Acreditación cuestionaron revisar los que no se han materializado, no porque no se hayan reportado, sino porque tiene controles eficientes, y los podrían ir bajando de la matriz. El doctor **Guillermo** manifiesta cuando se hace la valoración del riesgo se mira la probabilidad y el impacto y se observa el nivel si está bajo, moderado o alta, se mira los riesgos de gestión, seguridad de la información donde que hay que iniciar con el inventario de los activos de la información, y los riesgos que trae el Programa de Transparencia y Ética Empresarial, mirar los tres tipos de riesgos. El doctor **Víctor** manifiesta que esa sugerencia quedo en el informe de transparencia y ética publica referente a lo que trae la Versión N.7 es difícil con los procesos que no reportan la información y se demoran demasiado. El doctor **Juan Carlos** manifiesta que ha dado directriz en concordancia con las agremiaciones sindicales para que desde el proceso de Planeación se expida una certificación de aquellos procesos que cumplen como los que no cumplen, para la efectividad del reporte, es la única forma que ha venido funcionando.

11. SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN – PERIODICIDAD SEMESTRAL ENERO A JUNIO DE 2025

El jefe Víctor concede la palabra a la jefe Amparo, refiere los 12 planes en cumplimiento resolución 612 de 2018, ha solicitado la información a los procesos, el doctor Víctor manifiesta dejando alerta sobre la extemporaneidad del reporte de la información de parte de los procesos, el informe se encuentra publicado en el link de transparencia, y se detallará en el último punto donde se retoma el seguimiento general al PGA.

El doctor Guillermo recomienda de crear un procedimiento para el efectivo cumplimiento de la publicación de los informes de Ley.

El doctor Víctor manifiesta que siendo las 12:11 pm aún hay puntos que tratar como son las auditorias y panes de mejoramiento, si se continua en la tarde o que decisión toma los asistentes

El señor gerente manifiesta que se continuara el comité para el próximo viernes 26 de diciembre de 2025 a las 8:am

CONTINUACIÓN DEL COMITÉ 26/12/2025

Siendo las 8:40 del día 26 de diciembre de 2025 se continua con el comité presidido por el Subgerente Administrativo y Financiero doctor Diego Andrés Castro B. quien procede a llamar a lista y verificar el quorum

Una vez verificado el quorum da la palabra al doctor Víctor jefe Oficina Asesora de Control Interno quien continua con el orden del día

12. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS Y EXTERNOS

Plan de Mejoramiento Externos-Contraloría Municipal de Popayán

- **PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORÍA FINANCIERA Y DE GESTIÓN Y RESULTADOS 2024**

El doctor Víctor manifiesta que el plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría Municipal presentó 15 Hallazgos de los cuales 8 vencen a 31 de diciembre de 2025, 3 en marzo de 2026, y 4 a junio de 2026, el plan se remitió a la Contraloría el 9 de diciembre de 2025 con el cumplimiento al 100% de los que se vencen en esta vigencia, con radicado de recibido N°622 del 11 de diciembre de 2025

Se presenta un resumen del avance de los hallazgos con corte a diciembre de 2025



AVANCE PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIA
FINANCIERA Y PRESUP 2024 -CONTRALORÍA

HALLAZGO N°	Fecha de vencimiento			AVANCE AL 5 DE DIC 2025
	dic-25	mar-26	jun-26	
1			10%	10%
2			50%	50%
3	100%			100%
4	100%			100%
5			33%	33%
6		12%		12%
7			10%	10%
8	100%			100%
9	100%			100%
10	100%			100%
11		100%		100%
12	100%			100%
13	100%			100%
14		100%		100%
15	100%			100%
TOTAL AVANCE %				74%

N° - 622



GERENCIA

FO-ARH-01
Versión: 05
Página 1 de 2

101. Popayán, 09 de diciembre de 2025.

Doctor: LUIS EDUARDO SANDOVAL ISDITH
Contraloría Municipal de Popayán
contacto@contraloria-popayan.gov.co
Carrera 6 N° 4-21 Edificio CAM 2do patio- Popayán
La Ciudad.

Asunto: Remisión de avance y evidencias del Plan de Mejoramiento de la Auditoría
Financiera y Presupuestal 2024 al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ POPAYÁN ESE.

• PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL 2024

Frente a este Plan de Mejoramiento fue recibido por la Contraloría Municipal de Popayán en fecha 23 de diciembre de 2025 con radicado N°643 cumpliendo al 100% los hallazgos presentados



GERENCIA

FO-ARH-01
Versión: 05
Página 1 de 1

101. Popayán, 09 de diciembre de 2025.

N° - 643

Doctor: LUIS EDUARDO SANDOVAL ISDITH
Contraloría Municipal de Popayán
contacto@contraloria-popayan.gov.co
Carrera 6 N° 4-21 Edificio CAM 2do patio- Popayán
La Ciudad.

Asunto: Remisión de evidencias del informe final del Plan de Mejoramiento de la Auditoría
de Gestión Ambiental 2024 al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ POPAYÁN ESE.

Conclusión: Se alerta a la administración sobre el hallazgo N°6 que vence en el mes de marzo de 2026 en especial con los procesos Facturación que debe actualizar procedimientos y Cartera el Manual de Cartera, hace presencia la jefe de Facturación, quien manifiesta que ya tiene los procedimientos actualizados, está pendiente socializarlo con el subgerente administrativo y codificación por parte de planeación, se le recuerda que debe realizar la socavación como evidencia acta, de igual manera el hallazgo N°1 sobre la actualización de las políticas contables el cual tiene un avance del 10% de la acción correctiva, si bien es cierto tiene seis meses pero el avance es muy bajo.

- **PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORÍA INTERNA DE ALMACÉN**

Se da a conocer en detalle los siguientes 9 hallazgos que quedaron en firme de tipo administrativo **producto de la auditoría realizada en la vigencia 2025**

Nº	Hallazgo
1	Manual Para el Manejo Administrativo de los Bienes de Propiedad del Hospital Universitario san José de Popayán E.S.E. desactualizado.
2	Procedimientos desactualizados
3	Deficiencias de Control Interno en la conciliación con el proveedor del inventario de bienes recibidos en comodato
4	Inconsistencia en el número de equipos de cómputo reportados entre los Subprocesos de Administración y Almacenamiento de la Información y Almacén
5	Deficiencias en el Control Interno que Impidieron la Conclusión del Inventario en las Bodegas de Bienes No Explotados
6	Falta adherencia a los procedimientos establecidos para la toma de inventario en los servicios.
7	Deficiencias del control interno entre saldos del módulo de activos fijos almacén y contabilidad mínima cuantía
8	Inventario obsoleto y en desuso de insumos donados durante la pandemia
9	Falta de adherencia al Manual Administrativo de Bienes y Procedimientos

Conclusión: Las acciones por mejorar de la auditoría radicó en deficiencia de los mecanismos de control interno en conciliación de los saldos entre contabilidad y almacén, y desactualización del manual administrativo de bienes y procedimientos.

☐ Actualización del Manual Administrativo de Bienes y Procedimientos:

☐ Fortalecer el control de inventarios

Implementar un cronograma periódico de tomas físicas de inventario que permita la conciliación oportuna con los registros contables y facilite la trazabilidad de los movimientos de bienes.

☐ Optimizar la gestión del talento humano:

Diseñar estrategias que promuevan la estabilidad laboral del personal del almacén, incluyendo planes de inducción, capacitación continua y mecanismos de retención que reduzcan la rotación y los reprocesos operativos.

☐ Mejorar las condiciones de infraestructura:

Realizar adecuaciones físicas que garanticen el cumplimiento de los estándares de almacenamiento seguro, asegurando pasillos despejados, señalización adecuada, ventilación, control de temperatura y condiciones que preserven los insumos médicos, al igual que implementar sistemas de seguridad y control de acceso al área de almacenamientos, minimizando el riesgo de pérdida o sustracción de bienes.

PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORÍA INTERNA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Se da a conocer los siguen hallazgos producto de la auditoría interna realizada en la vigencia 2025

Nº	Hallazgo	Causa	Efecto
1	Actualización pendiente de 7 MANUALES del proceso SG-SST	Manuales obsoletos por ausencia de control documental y falta de actualización desde 2018-2024	Inconsistencias en el bienestar laboral, duplicidad de procesos, falta de trazabilidad y riesgos jurídicos por documentos no vigentes
2	Actualización pendiente de 5 PLANES institucionales SG-SST	Documentos obsoletos por falta de seguimiento y control sobre versiones	Riesgo jurídico e institucional por documentación desactualizada que afecta la operatividad del sistema.
3	Actualización pendiente de 29 PROCEDIMIENTOS del proceso SG-SST	Procedimientos desactualizados por ausencia de control y custodia documental	Duplicidad operativa, falta de trazabilidad, riesgo en gestión del talento humano y decisiones basadas en información no vigente.
4	Actualización pendiente de 6 PROGRAMAS institucionales SG-SST	Documentos obsoletos sin control de vigencia	Pérdida de coherencia técnica del sistema, riesgos de incumplimiento normativo y operativo.
5	Actualización pendiente de 6 PROTOCOLOS institucionales	Falta de control documental sobre actualizaciones	Riesgo operativo, falta de uniformidad en prácticas y no alineación normativa.
9	Acciones del Plan de Bomberos pendientes para certificación de red hidráulica	Infraestructura insuficiente, falta de presupuesto y seguimiento	Riesgo alto en emergencias, sanciones regulatorias y posible afectación al funcionamiento del SG-SST

Conclusión

Se evidencia que el proceso SG-SST presenta avances operativos, sin embargo, persiste un déficit crítico en gestión documental, actualización normativa y control técnico de soportes, lo que afecta la vigencia, trazabilidad y la capacidad de respuesta institucional ante auditorías y entes externos.

Se identifican **aspectos críticos que requieren atención prioritaria**, particularmente relacionados con la actualización de la normatividad, la actualización de procedimientos, protocolos, manuales, planes y programas, de igual manera se debe reforzar la aplicabilidad de la norma.

Es necesario revisar la estabilidad del personal y las condiciones de seguridad del mismo.

En términos generales, el subproceso demuestra **fortalezas en el cumplimiento de sus responsabilidades operativas**; sin embargo, es necesario **fortalecer los mecanismos de control, supervisión y actualización documental** para garantizar una gestión más eficiente, transparente y segura del personal tanto de planta como contratistas.

Con este informe final de auditoría, se debe establecer de parte del subproceso de Seguridad y Salud en el Trabajo, un plan de mejora. El plazo son 5 días hábiles a partir de recibido el informe.

PLAN DE MEJORAMIENTO DE GESTIÓN DOCUMENTAL -Auditoría año 2024 avance 90%

La jefe Amparo da a conocer que el % de avance es del 90% con la siguiente observación referente a la infraestructura, es decir no hay espacio es tema netamente administrativo, de igual manera se necesario la contratación para actualizar las tablas de retención documental

PLAN MEJORAMIENTO DE TALENTO HUMANO – Auditoría año 2004 cerro al 100%

Para resaltar se actualizó y socializó el procedimiento de entrega de cargo

13. RESULTADO DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS EJECUTADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO, DURANTE LA VIGENCIA 2025

El doctor Víctor manifiesta que en la vigencia se realizaron dos auditorías internas de Almacén y Seguridad y Salud en el Trabajo, las cuales se socializaron en el punto N°12 con la explicación de la suscripción de los planes de mejoramiento.

De otro lado se aperturaron tres auditorías 1. Urgencias la cual no se logró ejecutar por lo que se quedó sin personal idóneo para su realización, de esto la oficina se pronunció el en Comité de Coordinación de Control Interno realizado en el mes de agosto de 2025

En el me de diciembre de 2025 se apertura las auditorías de: Vigilancia y control de contratos y Jurídica

6. INFORME VERIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL PERIODICIDAD SEMESTRAL 2025

La jefe amparo quien tiene está actividad a cargo manifiesta que la norma no contempla que se haga la evaluación al talento humano nombrado en provisionalidad, más si se leve hacer un seguimiento a los objetivos y metas instruccionales. Hay una resolución que es la 219 expedida por la administración, se le ha realizado evaluación al 31% del personal nombrado en profesional.

Acuerdo 6166 de 2018 establece la evolución tipo de desempeño laboral para los trabajadores de carrera administrativa y de carrera de prueba contempla los periodos así: desde el 01 de febrero de 2025 al 31 de julio 2025 (Evaluación Parcial de los Carrera Administrativa y en periodo de prueba) donde se cumplió al 100%- Segundo periodo inicia el 01 de agosto de 2025 y termina el 31 de enero de 2026 para presentar hasta el 10 de febrero de 2026. Decir que para esté año las evaluaciones se realizaron a partir del mes del 01 de mayo, y no los seis meses como está ordenado en la norma de la función pública.



7. INFORME DEL SEGUIMIENTO AL PROGRAMA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC – PERIODICIDAD SEMESTRAL 2025

8. INFORME DEL SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA HABILITACIÓN 2025–PERIODICIDAD SEMESTRAL

9. INFORME DEL SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN E INDICADORES MASTER 2025– PERIODICIDAD SEMESTRAL

Referente a estos puntos los tenía a cargo el doctor Elkin, quien fue traslado de la Oficina en el mes de junio de 2025

14 SEGUIMIENTO SEGUNDO SEMESTRE A LAS ACTIVIDADES DEL PLAN GENERAL DE AUDITORÍA 2025

El doctor Víctor presenta seguimiento del Plan General de Auditoría de 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 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 tiene un avance del 40%, pero esto se debe a que solo se ha reportado el primer cuatrimestre.

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

P.M Auditoría Financiera y de Gestión 2024. Suscrito el 17 de julio: CUMPLIMIENTO 74%

P.M Recursos naturales – suscrito junio 19 de 2025

ACTIVIDAD NRO. 3 : AVANCE LINK DE TRANSPARENCIA: CUMPLIMIENTO 100%

El primero de agosto se habilitó la página para el cargue de la información.

Conclusión:

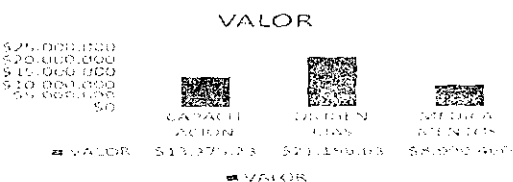
Con el anterior ejercicio se evidenció en la sección del link de transparencia y acceso a la información pública de la página web de la Institución, información organizada por años conforme a la estructura de contenidos de la Resolución N°1519 de 2020 anexo 2, lo que facilita que la ciudadanía pueda encontrar la información de manera ágil y organizada, no obstante, se hace necesario realizar acciones de mejora frente a las observaciones consignadas en el punto N°3 del presente informe.

Recomendación General:

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%

ACTIVIDAD NRO. 5 : AVANCES. : CUMPLIMIENTO 50%



ACTIVIDAD NRO. 6: ARQUEOS CAJA GENERAL Y CAJA MENOR

En el SEGUNDO 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. Vale resaltar que en el primer semestre se encontraron cajas no asignadas a ningún personal y algunos recibos sin firmar, no obstante, dicha dificultad fue mejorada parcialmente.
CUMPLIMIENTO 100%.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE LOS RIOS					
SISTEMA DE CONTROL INTERNO					
EVALUACION DEL PROCESO					
INDICADOR	DEFINICION	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR OBJETIVO	VALOR REAL	COMENTARIOS
1. Existencia de un sistema de control interno	Existencia de un sistema de control interno que permita el cumplimiento de los objetivos de la institución.	Si/No	Si	Si	
2. Existencia de un manual de procedimientos	Existencia de un manual de procedimientos que describa los procesos de la institución.	Si/No	Si	Si	
3. Existencia de un organigrama	Existencia de un organigrama que describa la estructura organizacional de la institución.	Si/No	Si	Si	
4. Existencia de un plan de trabajo	Existencia de un plan de trabajo que describa los planes de la institución.	Si/No	Si	Si	
5. Existencia de un presupuesto	Existencia de un presupuesto que describa los recursos de la institución.	Si/No	Si	Si	
6. Existencia de un informe de gestión	Existencia de un informe de gestión que describa los resultados de la institución.	Si/No	Si	Si	
7. Existencia de un informe de auditoría	Existencia de un informe de auditoría que describa los resultados de la auditoría.	Si/No	Si	Si	
8. Existencia de un informe de evaluación	Existencia de un informe de evaluación que describa los resultados de la evaluación.	Si/No	Si	Si	
9. Existencia de un informe de seguimiento	Existencia de un informe de seguimiento que describa los resultados del seguimiento.	Si/No	Si	Si	
10. Existencia de un informe de cierre	Existencia de un informe de cierre que describa los resultados del cierre.	Si/No	Si	Si	

ACTIVIDAD NRO. 10: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA – CUMPLIMIENTO 66%.

Conclusiones:

1-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

- 1- Los informes enviados por los coordinadores, sobre los avances de los Planes Institucionales a cargo, fueron remitidos al correo de la Oficina de Control Interno, en forma extemporánea.
- 2- Al revisar los informes enviados por algunos coordinadores, en unos puntos de los informes, se puede evidenciar que son copias tomadas de los informes del año anterior.
- b- El contenido de los informes sobre los Planes Institucionales y estratégicos, es el mismo que se viene presentando desde hace algunos años, por lo cual se recomienda revisarlos y actualizarlos acorde al nuevo Direccionamiento Estratégico y al actual Plan de Desarrollo.

3- En el subproceso de Gestión Documental aún persisten los mismos problemas que existen desde hace muchos años, como lo son:

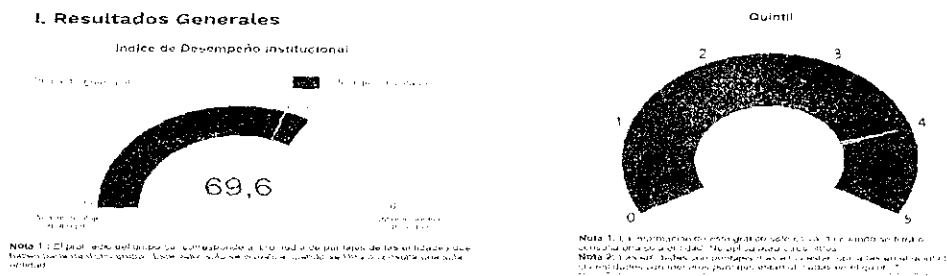
a- Desactualización de TRD- Tablas de Retención Documental y TVD - Tablas de Valoración Documental: la última actualización fue en el año 2012.

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 2024. – cumplimiento 100%



ACTIVIDAD NRO. 14: SARLAF- CUMPLIMIENTO 66%

RECOMENDACIONES:

5. 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 LA/FT 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 Superintendencia Nacional de Salud (SUPERSALUD).

6. Continuar dejando constancia documental de todas las actuaciones realizadas en el ejercicio del rol del Oficial de Cumplimiento, como parte del soporte a la gestión del SARLAFT y en cumplimiento de los principios de trazabilidad y responsabilidad institucional.

7. En relación al punto "3.5 CERTIFICADOS UIAF DE REPORTES GENERADOS DEL MES DE MAYO A AGOSTO DE 2025". Se recomienda a los jefes de los procesos tesorería, facturación y Sistemas de Información, quienes son los responsables de expedir mes vencido los certificados relacionados con las transacciones individuales recibidas en efectivo mayor a \$5.000.000. al oficial de cumplimiento, con la correcta información, debido a que se evidenció para el mes de agosto 2025 certificados con información errónea (Ver detalle numeral 3.5 del presente informe) de igual manera se hace necesario realizar la capacitación reforzando estos temas.

ACTIVIDAD NRO. 15: SICOF- CUMPLIMIENTO 66%**5. RECOMENDACIONES**

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

ACTIVIDAD NRO. 16: 5 S – CUMPLIMIENTO 100%

En desarrollo de la actividad de verificación del cumplimiento de la ronda de seguridad de "5S" se pudo constatar lo siguiente:

PROCESO	% DE CUMPLIMIENTO	RONDA SEGURIDAD
Ginecobstetricia	76	13
Lavanderia	76	13
Servicio farmacéutico	71	12
Urgencias Adultos	71	12

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. El inventario para el segundo semestre de 2025 se efectuó la última semana de noviembre y los primeros días de diciembre: 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. 22: MIPG - CUMPLIMIENTO 100%

Conclusión:

De acuerdo con el informe presentado por la Oficina Asesora de Planeación, se evidencia un avance de cumplimiento superior al 80 % en las diferentes dimensiones objeto de revisión. No obstante, se observa la ausencia de planes de acción específicos para aquellas políticas cuya calificación fue baja en la evaluación de desempeño vigencia 2024 (FURAG). Asimismo, es importante señalar que el alcance de la revisión se vio limitado debido a la no entrega de la información solicitada correspondiente a las evidencias documentales del seguimiento a la Matriz MIPG del primer semestre de 2025.

La Oficina Asesora de Planeación, en el informe de seguimiento a la Matriz MIPG del primer semestre de 2025, informó como plan de mejoramiento lo siguiente:

"Para este segundo periodo, se implementará un seguimiento más exhaustivo con el fin de involucrar a las áreas que presentaron falencias en cuanto al diligenciamiento del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión (FURAG) y lograr mejorar la calificación de la vigencia anterior, y que esta calificación de la vigencia anterior, y que esta calificación este acorde con la evaluación realizada del MIPG"

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

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

RESUMEN DE CUMPLIMIENTO PGA 2025: 88%

ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO
1. DECRETO 612/12	100%
2. PM EXTERNOS	100%
3. LINK DE TRANSPARENCIA	100%
4. DERECHOS DE AUTOR	100%
5. AVANCES	50%
6. ARQUEOS	100%
7. AUDITORIA AL FONDO FIJO DE CAJA MENOR	100%
8. SISTEMA DE CONTROL INTERNO	50%
9. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	75%
10. INFORME CONTROL INTERNO CONTABLE	100%
11. FURAG	100%
12. AUSTERIDAD DEL GASTO	66%
13. SARLAP	75%
14. SICOT	75%
15. SS	50%
16. SUPER SALUD	100%
17. INVENTARIO ALEATORIO FARMACIA	100%
18. INVENTARIO PERIODICO FARMACIA	100%
19. INVENTARIO ALEATORIO ALMACEN	100%
20. INVENTARIO PERIODICO ALMACEN	50%
21. BOL	100%
22. MIPG	100%
23. DEUDA PUBLICA	100%
24. ACREDITACIÓN	100%
25. HABILITACIÓN	100%
26. INDICADORES MASTER	100%
27. MAPAS DE RIESGO	100%
28. PLANES DE ACCIÓN	100%
29. PQRSF	66%
30. PM AU FACTURACIÓN	100%
31. PM AUDITORIA GESTION DOCUMENTAL	100%
32. PM AUDITORIA TALENTO HUMANO	100%
33. PM AUDITORIA CIRUGIA	100%
34. AUDITORIA ALMACEN	100%
35. AUDITORIA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	100%
36. AUDITORIA PROCESO CONTRACTUAL	40%
37. AUDITORIA VIGILANCIA Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS	40%
TOTAL	88%

El doctor **Diego Castro**, subgerente Administrativo y Financiero realiza las siguientes preguntas al doctor **Víctor**, jefe de la Oficina Asesora de Control Interno

1. pregunta sobre los avances, porque quedó en el 50% están por legaliza? el doctor Víctor manifiesta que está en el 50% por lo que está con corte al primer semestre, está pendiente de legalizar el segundo semestre 2025.
2. ¿Todo se le informó a la gerencia en su debido momento?, el doctor Víctor responde si, todo se le informó en su debido momento en el anterior comité, los correos relacionados con los informes y seguimientos siempre van copia a la gerencia
3. El doctor Diego manifiesta que el acta de comité de coordinación de control interno llevado a cabo en el mes de diciembre de 2024, se manifestó que se debería realizar la actualización del manual basado en riesgos en el mes de marzo de 2025, le queda la duda porque se presenta en el mes de diciembre. El doctor Víctor manifiesta lo trajimos en diciembre, si desea lo pueden traer el lunes o martes

Finalmente, el doctor Víctor manifiesta pegarse a la normatividad vigente y procedimientos internos para la debida entrega del cargo, en enero hay que presentar unos informes los cuales hará entrega de dichos informes

15. PROPOSICIONES Y VARIOS

Sin más intervenciones se da por terminada el comité, a las 11:30 am del mismo día que dio inicio.

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CARGO	OBSERVACIONES
1. Revisar Manual Basados en Riesgos	Jefe Oficina Asesora de Control Interno	Jefe Oficina Asesora de Control Interno	
2. Informe de Austeridad de Gastos realizarlo con los compromisos, y los servicios públicos en un cuadro comparativo menos lo que tiene que pagar la asociación sindical Sintraoempuh para electricidad	Jefe Oficina Asesora de Control Interno	Jefe Oficina Asesora de Control Interno	
3. Vigencia del manual cada año según los cambios normativos y administrativos a que dieren lugar	Jefe Oficina Asesora de Control Interno	Jefe Oficina Asesora de Control Interno	
4. Presentar PGA 2026 en el mes de enero de 2026	Jefe Oficina Asesora de	Jefe Oficina Asesora de Control	



ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 05

Página 30 de 30

	Control Interno	Interno	
Fecha de la próxima reunión	Pendiente por definir		
FIRMA MIEMBROS DEL COMITÉ Y SECRETARIO			
CÓDIGO DEL PROCESO - NOMBRE DEL ASISTENTE	FIRMA		
JUAN CARLOS ARTEAGA CIFUENTES			
DIGO ANDRES CASTRO BETANCOURTH			
MATHA LUCIA CASTILLO OSSA			
LEONOR MILENA BAMBAGUE MENESES			
CAROLINA URRUTIA BASTIDAS			
VÍCTOR FABIO GÓMEZ FRANCO			

EN LLAMADA POR UNA ATENCION DIGNA E INTEGRAL
AL 901570025



HOSPITAL
SAN JOSE

LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO

FO-LAI-18

Versión: 02

COPIA NO CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL 8:40 am
OFICINA PLANEACION 9:40 am

FECHA: 23-12-2025

LUGAR: Sede Juntas Gerencia

TEMA (S):

Continuación Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

MONITOR (S):

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	# CEDULA	ACTIVIDAD Y/O CARGO	ORGANIZACIÓN O ASOCIACIÓN	PROCESO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	116 Miguel Muñoz	31886661	Ente Juntas	HUSJ	Control Interno		Miguel Muñoz
2	Diana Patricia	63007132	Control Int.	ASTRAJUNTA	Control Interno	gescun@hust.gov.co	Diana Patricia
3	Victor Gómez	70617493	Control Int.	HUSJ	Subgerencia de Planeación y Disciplina	subgerencia@hust.gov.co	Victor Gómez
4	Diego Castro	76304138	Subgerencia de Planeación y Disciplina	HUSJ	CONVICTIVO		Diego Castro
5	Angela Bot	30617413	Ente Planeación	HUSJ	DISCIPLINARIO		Angela Bot
6	Edwin Sánchez	7629607	coordinador	Asistencia	presupuesto	presupuesto@hust.gov.co	Edwin Sánchez
7	Cecilia Vargas	1525147	JURACA	HUSJ	JURACA		Cecilia Vargas
8	Juan Carlos A.	76308906	Gerente	H. U.S.J.	Gerencia	gerencia@hust.gov.co	Juan Carlos A.
10							
11							
12							
13							
14							

FO-PCA-18

Version: 02

HORA: 8:40 am

LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO

FECHA: 26 de Diciembre de 2025

LUGAR: Sala Juntas Comuna

TEMA(S):

Comité de Coordinación de Control Interno

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	# CEDULA	ACTIVIDAD Y/O CARGO	ORGANIZACION O ASOCIACION	PROCESO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Arpico, Fernando	306174111	Refe. Control Disciplina	HUSJ	CONNO. DISCIPLINARIA		
2	Diego A. Pardo	76304132	Subgerencia	HUSJ	Subgerencia de Asesoría	subgerencia@hospital-santiago.gov.cl	
3	Gracia, Verónica	2528494A	Subgerencia	HUSJ	Subgerencia de Asesoría	subgerencia@hospital-santiago.gov.cl	
4	Nota, Carlos	34860110	Subgerencia	HUSJ	Subgerencia de Asesoría	subgerencia@hospital-santiago.gov.cl	
5	Roberto, Torres F.	34314076	Subgerencia	HUSJ	Subgerencia de Asesoría	subgerencia@hospital-santiago.gov.cl	
6	Valeria Muñoz, María	31852444	Enfermera	HUSJ	OF. Control de Calidad	controlcalidad@hospital-santiago.gov.cl	
7	Diana Patricia, Lora	67007132	Apoy. Control Int.	Astresolud	Control Interno	gestion@astresolud.cl	
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							