

ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 04

Página 1 de 29

TEMA DE LA REUNIÓN						Comité institucional de coordinación de control interno	
ACTA No.	FECHA			HORA		LUGAR	RESPONSABLE REUNIÓN
05	11	12	2024	9:30 a.m.	13:30 p.m.	Oficina Control Interno	Dr. Víctor Fabio Gómez Franco

ASISTENTES O INTEGRANTES			
NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO ELECTRONICO	CARGO	DEPENDENCIA O SERVICIO
Juan Carlos Arteaga Cifuentes	gerencia@hospitalsanjos e.gov.co	Gerente General	Gerencia
Juan Francisco Mora Obando	subadministrativa@hospit alsan jose.gov.co	Subgerente Administrativo	Sub Gerencia Administrativa
Martha Lucia Castillo	subcientifica@hospitalsan jose.gov.co	Subgerente Científica	Subgerencia Científica
Juan Manuel Legarda	juridica@hospitalsan jose.g ov.co	Jefe O. A. Jurídica	Jurídica
Alejandro Martínez	planeación@hospitalsanjos e.gov.co	Jefe O.A. Planeación	Planeación
SECRETARIO			
Víctor Fabio Gómez Franco	gescontrol@hospitalsanjo se.gov.co	Jefe O.A. Control Interno	Control Interno
INVITADOS			
Adriana Galeano Triviño	gescontrol@hospitalsanjo se.gov.co	Profesional Asistencial	Control Interno
Gustavo Roberto Callejas Calvache	gescontrol@hospitalsanjo se.gov.co	Profesional Administrativo	Control Interno
Elkin Javier Idárraga Granda	gescontrol@hospitalsanjo se.gov.co	Profesional Asistencial	Control Interno
Sandra Patricia Medina M.	gescontrol@hospitalsanjo se.gov.co	Profesional Administrativo	Control Interno
María Amparo Muñoz	gescontrol@hospitalsanjo se.gov.co	Profesional Administrativo	Control Interno
William Quiñonez	revisorafiscal@hospitalsa njose.gov.co	Revisor Fiscal	Revisoría Fiscal
José Luis Muñoz Bermeo	cidisciplinario@hospitalsa njose.gov.co	Jefe O.A Control Interno Disciplinario	Control Interno Disciplinario
Claudia Chávez	presupuesto@hospitalsan jose.gov.co	Profesional Administrativo	Presupuesto

ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 04

Página 2 de 29

Claudia Cristina Dejesús.	planeación@hospitalsanjos e.gov.co	Profesional Administrativo	Planeación
Guillermo Mosquera	Invitado Especial de Gerencia	CPT	

DESARROLLO

Siendo las 9: 40 am se da inicio a la reunión de comité de coordinación de control interno, invitación realizada mediante correo institucional el 5 de diciembre de 2024. (Se anexa correo del 6/12/2024).

El señor gerente Dr. Juan Carlos Arteaga saluda a los presentes, realiza llamado a lista y verifica la existencia de quórum para dar inicio a la reunión. Seguidamente realiza la lectura del orden del día:

1. Verificación de quórum
2. Lectura y aprobación de acta de reunión anterior
3. Informe de avance de plan general de auditorías asistenciales y administrativas 2024
 - 3.1. Resultado de auditorías internas ejecutadas por la oficina de control interno vigencia 2024, con informes preliminares y finales.
 - 3.2. Informe de austeridad del gasto tercer trimestre 2024
 - 3.3. Informe de seguimiento de las actividades contenidas en el artículo 125 de la ley 221 del 2022.
 - 3.4. Actas suscritas por el comité de control interno, donde se aprueba el PGA 2024.
4. Presentación y aprobación PGA 2025
5. Propositiones y varios

El gerente Dr. Juan Carlos Arteaga, somete a consideración del comité el anterior orden del día, el cual es aprobado por los miembros presentes.

Posteriormente el señor gerente solicita al jefe de la oficina asesora de control interno Dr. Víctor Fabio Gómez Franco que haga lectura del acta de la reunión anterior de comité de control interno realizada.

El Dr. Víctor Gómez informa que las actas de comités de Control Interno han sido enviadas firmadas y con listas de asistencia a los diferentes correos, incluido la alta gerencia; y que se encuentran también publicadas en la página web o el link de transparencia del hospital, sin embargo, se hace lectura de la última acta de reunión realizada en el pasado 05/12/2024, pero que por orden de gerencia se canceló y se aplazó para hoy.

El jefe de Control Interno, hace lectura del **acta de comité de 11 de junio de 2024**, a petición del gerente Dr. Juan Carlos Arteaga, expone y revisa compromisos y tareas realizadas en dicho comité. (Se anexa documento con 4 folios).

El Dr. Juan Carlos Arteaga pide intervención del señor Guillermo Mosquera, contador público, quien asiste a esta reunión por solicitud e invitado de la gerencia, y solicita revisar el acta donde se aprobó el Plan General anual de Auditorías (PGA 2023). El Sr. Guillermo Mosquera solicita que el control interno debe presentar sus auditorías basadas en riesgos.



ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 04

Página 3 de 29

Seguidamente El Dr. Víctor Gómez jefe de oficina asesora de control interno aclara que el PGA 2024 fue aprobado en atención al manual de auditorías vigente para la fecha, ahora, la auditorías que se van a iniciar en el 2025 se harán en virtud al nuevo manual basado en riesgos que presentara la oficina en el primer trimestre del 2025.

El Dr. Guillermo Mosquera, aclara que es importante que las auditorías se programen desde control interno basada en riesgos. También manifiesta que debe estar actualizado el manual del auditor.

El Dr. Gómez informa que a pesar de que el manual no está actualizado, las auditorías realizadas se basaron en los riesgos, aclara que las auditorías también se realizan Teniendo en cuenta la solicitud y sugerencias que en su momento haga el comité de coordinación de control interno, la subgerencia científica, y la subgerencia administrativa, quienes a sugerencia y recomendación de la Oficina de Control Interno, la cual se basa en el informe de riesgos presentado, aprueban el PGA de cada vigencia.

El Dr. Guillermo Mosquera solicita que para el PGA 2025 se tengan en cuenta todas las recomendaciones realizadas por el comité de coordinación de control interno.

En cuanto al informe de avance de Plan General de Auditorías asistenciales y administrativas 2024 la Sra. Sandra Medina apoyo administrativo de la oficina asesora de control interno, hace algunas aclaraciones sobre las funciones de la oficina de control interno, entre ellas revisar y realizar planes de mejora a los hallazgos realizados por los diferentes entes de control municipal y departamental, también manifiesta que algunas auditorías no se han podido cerrar debido al incumplimiento por parte de los auditados en la entrega de evidencias y diferentes solicitudes que se les realiza, ejemplo la auditoría a supervisión de contratos, la cual ha sido difícil debido al incumplimiento por parte de líderes del ese proceso, a lo cual se ha tenido que hacer seguimiento continuo a las actas de liquidación de contratos para el cierre respectivo de los contratos, tareas que la oficina de Control Interno ha venido haciendo acompañamiento a esta actividad o hallazgos anteriores de la contraloría. También da a conocer que hay otras auditorías internas sin cerrar, en el caso del proceso de Almacén la cual apenas se cerró porque eran de la baja realizada hace un par de años atrás. Reiteró que hace falta compromiso por parte de algunos funcionarios de algunas áreas. Control interno no es solo abrir auditorías y ya, sino hacer seguimiento a las mismas.

Toma la palabra el Dr. Víctor Gómez, informando los procesos a los cuales se está realizando auditorías, o que están en proceso de cierre son: el proceso de Talento Humano, proceso de Archivo, proceso de Facturación, proceso de Neonatos, proceso de Cirugía; también manifiesta que algunas auditorías se vieron retrasadas por el cambio de administración y el proceso de empalme de los coordinadores de los procesos. Preocupa el proceso de sistemas porque ellos no entregaron ningún avance de los que a ellos les corresponde que son importantes porque son de riesgo de seguridad e información de la entidad. ¿El Sr gerente Juan Carlos Arteaga interviene y solicita al jefe de Control Interno informar cuales son los procesos que han incumplido con la entrega de información para él directamente tomar medidas y directrices ante estos incumplimientos?

El jefe de Control Interno Dr. Gómez informa que en este momento solo se tiene abierta el Plan de Mejoramiento de la auditoría de la Contraloría Municipal, la auditoría financiera y de gestión vigencia 2023 con un cumplimiento del 23%. Había otra auditoría abierta que era la de recursos naturales y que tenía una actividad pendiente y era la baja definitiva de los bienes, esta auditoría se cerró en febrero de este año, dando una destinación final a toda esa "chatarra" que se encontraba en el patio del área de mantenimiento, sobre todas estas actividades pendiente se informó a la Contraloría Municipal.

El gerente Dr. Juan Carlos Arteaga pregunta a los funcionarios presentes: porque se encuentra la auditoría financiera y de gestión en tan solo 23%?

El Dr. Gómez, explica que este porcentaje es porque hay 18 hallazgos, de los cuales más de la mitad no han entregado evidencia ó avances a pesar de que reiteradamente se envía correos solicitando la información para informes preliminares y finales de auditorías y nuevamente el sr gerente solicita que se le informe que líderes y coordinadores de procesos no han enviado la información para él realizar gestión ante esta eventualidad.

Pide la palabra el Dr. Alejandro Martínez jefe de la oficina de planeación interviene y manifiesta que referente al Plan de Mejoramiento de la Auditoría pendiente de la Contraloría, en repetidas ocasiones la señora Edna Mercedes Molina, asesora de gerencia les solicita información de actividades e informes de auditorías que corresponden al proceso de Control Interno, y la inquietud es: ¿"A quién se le debe entregar la información"? ¿A la oficina de Control Interno? O a la ¿Dra. Edna Mercedes Molina, quien constantemente solicita dicha información; El Gerente Dr. Arteaga responde e informa y aclara que únicamente se debe entregar información a la oficina de Control Interno.

El Dr. Víctor Gómez interviene y reitera al señor gerente, la necesidad de que la oficina cuente con un profesional en contaduría pública, el cual pueda desarrollar correctamente una auditoría a los procesos financieros de la institución. El Dr. Guillermo Mosquera sugiere respetuosamente que para la próxima auditoría de proceso financiero y de gestión debe ser muy específico y concreto con la información y hallazgos y analizar muy bien los criterios según la norma.

El Dr. Víctor hace su presentación a los presentes de los avances de las auditorías, y brinda explicación con evidencias de cada una de ellas. 1) Se anexan documentos evidencia de avance del PM de la auditoría Financiera y Presupuestal 2023 y Financiera y de Gestión de la Contraloría Municipal. 2) Evidencia del informe de PGA 2024, informe compartido a los presentes con anterioridad en el archivo de DRIVE.

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

De los 12 planes objeto de esta evaluación, se observa que 9 tuvieron un cumplimiento de 100% y los 3 a cargo de sistemas en un 0%.

Es necesario modificar la resolución dada la modificación al artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 – L2195/2022

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

el último reporte se efectuó el 24 de julio de 2024. en la plataforma SIA observa.

este año se cerró con la contraloría municipal de Popayán:

1-La auditoría Financiera y Presupuesta 2022 – 4 hallazgos -80% al 30/12/2023 –

2-Pendiente bajas que se dio entre marzo y abril y se cerró la Auditoría de cumplimiento a recursos naturales y de ambiente 2022.

3- Actualmente PM Auditoría Financiera y de gestión 2023. tiene un cumplimiento del 27% a 11/12/2024.

Los hallazgos, acción correctiva, responsables y avance son:

Nº HA LL AZ GO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO O CONDICION	ACCION CORRECTIVA	FECHA INICIACIO N METAS	FECHA TERMINACI ON METAS	RESPONSABLE	PORCEN TAJE DE AVANCE
1	Incorrección de Clasificación por cargo débito contable a la cuenta Gastos Diversos códigos 58901905 devolución de	Seguimiento al procedimiento de esta cuenta 58901505 que permita la disminución a	2/07/2024	31/12/2024	Contador	50

ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 04

Página 5 de 29

	inventario por garantía por \$446.821.459	través del cargo crédito y así llegar al saldo de cero.				
2	Incorrección de Cantidad por diferencia detectada entre el valor reportado en la Nota de Contabilidad 27 - Patrimonio y el Estado de Resultados 2023 respecto a la cuenta Resultados del Ejercicio 2023 código 3.1.10.01 Utilidad o Excedente del Ejercicio por \$13.710.502.459	Revisión exhaustiva de las cifras representadas en las notas a los Estados Financieros para evitar este tipo de diferencias.	2/07/2024	31/12/2024	Gerente, Contador	
3	Incorrección de Cantidad al haber procesado y preparado, inicialmente, el Estado de Situación Financiera ESFA a diciembre 31 de 2023, reportado a los organismos de Control y a la Contaduría General, con omisión inicial de registro de recursos aforados al HUSJ por Resolución 1832 de noviembre 8 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social para la construcción de Edificio para el servicio de consulta externa, procesos de novación investigación y procesos administrativos por valor de \$33.764.596.959 y cuenta bancaria apertura da en noviembre 14 de 2023 en Banco Davivienda Nro. 1961-0017-4933	Garantizar que exista reciprocidad de todas las operaciones antes del cierre fiscal con todas las entidades del Estado.	02/07/2024	31/12/2024	Gerente, Jefe de Contabilidad	100
1.	Cuenta por Cobrar arrendamiento a Sintraoempuh por el Hospital Universitario San José E.S.E. al corte de diciembre 31 de 2023 por \$41.636.008 en divergencia.	Realizar una mesa técnica con las áreas involucradas para aclarar y determinar la obligación a cobrar.	2/07/2024	31/12/2024	Gerente, Subgerente Administrativo, Jurídica y Coordinador de Cartera.	
2	Tasa prodeporte. Aplicación incorrecta del cobro en la vigencia fiscal 2023, por desatención al acuerdo 026 de diciembre 30 de 2022 expedido por el Concejo Municipal de Popayán, derivado de la Ley 2023 de 2020 que crea la Tasa Pro Deporte y Recreación por valor de \$2.602.852.066	Realizar un procedimiento de elaboración de órdenes de pago	2/07/2024	31/12/2024	Gerente, Subgerente Administrativo y Financiera, Contador, Tesorera	59
3	Intereses de Mora pagados por el Auditado Hospital Universitario San José E.S.E. por servicio de gas a la Empresa Alcanos de Colombia S.A. E.S.P NIT. 891.101.577-4, establecidos en prueba de auditoría por valor de \$570.868	retomar la aplicación del procedimiento para el control y la supervisión de los pagos de los servicios públicos	2/07/2024	31/12/2024	Subgerencia Administrativa y Financiera, Tesorería, costos y Contador.	50
4	Cuentas por Pagar vencidas.	Revisión del procedimiento de cuentas por pagar para priorizar el pago de las mismas de acuerdo a su vencimiento, y definición de salvedades	2/07/2024	31/12/2024	Gerencia, Subgerencia Administrativa y Financiera,	

ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 04

Página 6 de 29

5	Cuenta por Cobrar arrendamiento de planta física por valor ciento un millones cuarenta y nueve mil novecientos ochenta y seis pesos \$101.049.986 a Dumán Medical S.A.S Nit 805.027.743 corte a diciembre 31 de 2023, que no ha sido pagada	Retomar las acciones hasta la fecha realizada para el cobro del arrendamiento a DUMIAN	2/07/2024	31/12/2024	Gerente; Subgerente Administrativo y Financiero y Jurídica	
6	Cuentas por Pagar al Instituto de Seguros Sociales; Caja de Previsión Social Universidad del Cauca; cobro de cuotas partes pensionales a diciembre 31 de 2023	Circularización de las cuentas con las entidades reclamantes	2/07/2024	30/06/2025	Gerente; Subgerente Administrativo y Financiero, Contador	
7	Propiedades de Inversión. Presuntamente el Hospital Universitario San José E.S.E. no ha definido ningún uso, por acto administrativo.	Utilizar el bien inmueble el bien inmueble como deposito o bodega alterna, para la ubicación de bienes que contengan concepto técnico para baja, lo cual reduce los costos de bodega y maximiza los recursos de la entidad.	2/07/2024	31/12/2024	Gerente; Subgerente Administrativo y Financiero y Almacén	100
8	El revisor fiscal del HUSJP incluyó una auditoría específica a la contratación en su plan de trabajo para el año 2023. No obstante, no revisó ningún contrato argumentando la falta de personal calificado en el área jurídica y de contratación, según su respuesta escrita al cuestionamiento de la entidad de control fiscal.	Traslado a la junta directiva por ser el nominador del Revisor Fiscal	2/07/2024	31/12/2024	Gerente; Subgerente Administrativo	
9	Eficiencia decreciente Recaudo	Aplicar la Ley 1122 de 2007 y que el HUSJ se haga partícipe de las mesas de negociación judiciales y extrajudiciales que nos invite la Superintendencia de Salud	2/07/2024	31/12/2024	Gerente; Subgerente Administrativo y Financiero, jefe de Cartera.	
10	Comités Institucionales HUSJ.	Que la oficina de planeación consolide y socialice el cronograma de los 14 comités establecidos por ley y de los demás necesarios por cada proceso	2/07/2024	31/12/2024	Los directores de los comités institucionales, junto con los encargados de la Oficina de Planeación.	50
11	Deficiencias en control de inventarios y Almacén	Efectuar el saneamiento contable de las diferencias	2/07/2024	31/12/2024	Gerente; Subgerente Administrativo y Financiero, Almacenista, Contador	

ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 04

Página 7 de 29

12	Desfinanciamiento Presupuestal de \$98.419.000.000 determinados en el acuerdo # 015 de noviembre 27 de 2023 expedido por la Junta Directiva y por medio del cual se aprueba el Presupuesto de Ingresos y Gastos del Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado para la vigencia fiscal del 01 enero al 31 de diciembre de 2024 en \$320,119,000,000	A partir de la fecha los actos administrativos del presupuesto contendrán un anexo técnico donde se podrá evidenciar los escenarios financieros de forma detallada de la proyección presupuestal objeto a aprobación	2/07/2024	31/12/2024	Gerente; Subgerente Administrativo y Financiero, Jefe de Presupuesto.	
13	Hogar de Paso Hospital Universitario San José E.S.E.	Se dará una destinación dentro de la política de responsabilidad social en el componente colaborar, convenio docencia y servicios	2/07/2024	31/12/2024	Gerente; Subgerente Administrativo y Financiero.	
14	Falta de publicación en la plataforma	Actualización de procedimiento para la publicación de la contratación en la plataforma SIA OBSERVA	2/07/2024	31/12/2024	Supervisores de los Contratos, Jefe oficina Jurídica	20
15	inexistencia de acta de inicio	Suscribir las actas de inicio a los contratos que se determinan en el manual de contratación	2/07/2024	31/12/2024	Supervisores, Jefe de la Oficina Jurídica	50
AVANCE						26,60%

El Dr. Guillermo Mosquera hace una intervención referente al hallazgo N°5 de la PM de la Auditoria manifestando que en el año 2011 él dejó un hallazgo fiscal con el tema Dumian, en la cual el hospital San José delegó una sala para crear una uci Dumian, entonces Dumian hizo unas adecuaciones sin previa autorización de junta directiva del HUSJ, además no pagaban el arrendamiento y había un saldo de más de 100 millones de pesos, la pregunta es: ¿Cómo se logró solventar esa deuda?, o si ese saldo sigue igual?, si ese hallazgo fiscal se cerró o siguió igual?

El Dr. Víctor Gómez da lectura al documento del PM de la Contraloría donde se detalla el hallazgo N°5 realizado a Dumian, y en donde aparentemente se llegaron a unos acuerdos de pago, manifiesta que no se desarrollaron diferentes acciones por parte de la administración para subsanar la deuda.

El Dr. Arteaga manifiesta que le llama la atención que han pasado diferentes administraciones y no se ha resuelto ese tema, y tampoco se realizaron esos cobros ejecutivos. En el Plan de Mejora se menciona que se deberían realizar las acciones pertinentes para realizar el cobro ejecutivo, pero a la fecha no se ha realizado ninguna acción por parte de la oficina jurídica, a lo que el jefe de la oficina jurídica Dr. Juan Manuel Legarda manifiesta que: sí se realizaron acciones como la devolución del espacio otorgado en arrendamiento y que existe una demanda en curso desde el año 2017.

Se continua con hallazgo N°13, sobre LA CASA DE PASO ubicada en la parte de atrás del hospital universitario san José, y el Sr gerente manifiesta que ya se reunió con el Dr. René, con planeación, con la decana de la facultad de medicina, para que ellos construyan su casa de paso, o casa de residentes de medicina, en los predios de la Universidad del Cauca, dado que en las instalaciones del HUSJ no lo pueden hacer, y que devuelvan la casa de paso la cual fue una donación para otro uso, como es albergar usuarios de lejano domicilio que tengan familiares hospitalizados, de estos acuerdos existe un acta con lista de

asistencia, además que ya existe un documento por parte de los entes de control donde les exige la devolución de esa propiedad por parte de la Universidad del Cauca.

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

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

ACTIVIDAD NRO. 5: AVANCES: CUMPLIMIENTO 100%.

ACTIVIDAD NRO. 6: ARQUEOS CAJA MENOR

En la vigencia 2024 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. CUMPLIMIENTO 92%.

ACTIVIDAD NRO. 7: AUDITORÍA A LOS DESEMBOLSO DEL FONDO FIJO DE CAJA MENOR. En arqueos realizados se observó que se compraban medicamentos y otros insumos por lo cual esta oficina evidenció y recomendó que estas compras se realizaran mediante contrato y no por caja menor.

En el arqueo realizado en el mes de noviembre de 2024, en compañía de la Revisoría Fiscal, se observó que dicha recomendación fue tomada en cuenta y no se presentaron compra de medicamentos por caja menor. Cumplimiento del 92%.

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

ACTIVIDAD NRO. 9: PLAN DE ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO. Teniendo en cuenta que el artículo 73 de la ley 1474 de 2011 fue modificado por el artículo 31 de 2195 de 2022 y modificado por el programa de transparencia y ética pública., no aplica para este año.

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

1.PRIMER CUATRIMESTRE: Para este periodo se pudo observar que la Entidad cumplió con las actividades programadas en el plan objeto de evaluación con un 100% de cumplimiento. Se resalta el cumplimiento en el reporte al mapa de riesgos con un 98 %. Y no se evidencio la materializan de algún riesgo, lo que permite concluir la efectividad de los controles.

2. SEGUNDO CUATRIMESTRE: Se observa que la entidad cumple con las 12 actividades programadas para este periodo con un 100%.

El 28 de febrero de 2024 se presentó el informe de Control Interno Contable, el cual obtuvo una calificación eficiente de 5/5 de la ejecución de las actividades derivadas del informe.

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

ACTIVIDAD NRO. 13: INFORME AUSTERIDAD DEL GASTO - CUMPLIMIENTO -75%

La oficina de Control Interno presento y público en el link de transparencia los tres informes correspondientes a la fecha, donde se hacen las observaciones en cada caso.

ACTIVIDAD NRO. 14: SARLAF- CUMPLIMIENTO -75%

De acuerdo al acta de Junta Directiva del Hospital realizada el 15 de diciembre de 2022, se aprobó el manual de ARLAFT (FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO Y LAVADO DE ACTIVOS) en la que de igual forma se ratificó como oficial de cumplimiento del SARLAFT a la Subgerencia Administrativa y Financiera.

La oficina de control interno verifica envió de informes EN LA PLATAFORMA UIAF (Unidad de Información y Análisis Financiero) mediante envió de correo de fecha 8 de mayo y 31 de julio de 2024.

Se evidencia informe del 1er semestre del 15/05/2024 y 11 /07/2024, con los certificados de los reportes generados en los meses de: febrero, marzo, abril, mayo, publicación del SARLAFT de fecha 8 de mayo de 2024.

ACTIVIDAD NRO. 15: SICOFT-CUMPLIMIENTO -50%

Seguimiento SICOFT (RIESGOS DE CORRUPCIÓN). La oficina de control interno realiza seguimiento a estos informes mediante correo de fecha 8 de mayo y 31 de julio de 2024.

El oficial de cumplimiento del SICOFT es el Jefe de la oficina de Planeación con fecha 14/05/2024 se evidencia el primer informe del Primer cuatrimestre 2024.

Para la vigencia 2024 se manejan seis (6) riesgos de corrupción los 3 primeros son transversales para todos los procesos :

- 1-Apropiación de dinero y bienes institucionales (Hurto y peculado)
- 2- Falsedad en certificaciones de cumplimiento de actividades contractuales
- 3- Estudios previos direccionados
- 4- Mal uso de los recursos de caja menor
- 5-Alteración de los valores de la nómina y las prestaciones sociales
- 6- Prestación de servicios no facturados, auditados ni radicados.

otras evidencias anexas Documento Excel de Programa de transparencia y ética pública 2024, matriz Mapa Riesgos del SICOFT 2024 Adoptado del DAFP Versión 06

Los riesgos se tienen en cuenta con factores de MEDICIÓN, CONTROL, Y MONITOREO. de 74 PROGRAMAS O PROCESOS se ejecutaron 73 equivalentes a 98,6%.

Las actividades realizadas sobre el SICOFT con capacitaciones a líderes y coordinadores de los procesos. En el segundo informe queda pendiente ya que tiene corte a 30 de diciembre 2024.

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 lo siguiente:

PROCESO	% DE CUMPLIMIENTO	RONDA SEGURIDAD
Endoscopia digestiva	100	100
Medicina interna 2	100	100
Cardiología	94	100
Lavandería	53	73
Unidad de cuidados intermedios tercer piso	71	73

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

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

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. 18: P.M. INTERNO ALMACÉN – 2020 – CUMPLIMIENTO DEL 100%

Este plan de mejoramiento fue cerrado el 13 de agosto de 2024, solo estaba pendiente la baja de bienes que se efectuó entre febrero y marzo de la presente vigencia.

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

Esta actividad se realizó en las siguientes fechas:

1. Jueves 13 de junio - urgencias de pediatría – se encontró desabastecimiento.
2. Jueves 13 de junio – urgencias adulto – desabastecimiento
3. Viernes 14 de junio - cirugía – desabastecimiento
4. Miércoles de 19 de junio - trauma – desabastecimiento
5. Martes 25 de junio – urgencias – no se evidencio desabastecimiento.

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

Esta actividad que la oficina de C.I. hace en conjunto con la Revisoría Fiscal, se cumplió de la siguiente forma:

1. En el inventario del 21 al 28 se encontró una evidencia de:
 - 1.1. Sobrantes: \$461,191 PESOS, equivalentes al 0,011%.
 - 1.2. \$83.106, EQUIVALENTES AL 0,00020%
2. La oficina de control interno en compañía de la revisoría fiscal acompañó el segundo inventario del 27 al 30 de noviembre - pendiente informe por parte de farmacia.

ACTIVIDAD NRO. 20: INVENTARIO ALEATORIO ALMACÉN - CUMPLIMIENTO 100%

Se dio cumplimiento a esta actividad en las siguientes fechas y bodegas:

1. El 23 de julio se realizó inventario aleatorio a la bodega de insumos y suministros, donde no se encontró diferencias o hallazgos importantes.

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 2023 y la consolidación del resultado final de la evaluación del periodo 2023-2024, establece que este proceso fue 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.

Ahora, para el 2024, en lo correspondiente al primer periodo de esta vigencia se pudo observar que no se realizó la evaluación a todos los funcionarios en carrera de la entidad, evaluándose 56 funcionarios.

ACTIVIDAD NRO. 22: MIPG - CUMPLIMIENTO 80%

Vale resaltar los siguientes resultados:

La oficina de C.I. tiene a su cargo 102 actividades de las cuales se ha dado cumplimiento al 80% de ellas, matriz que fue entregada a la oficina de planeación.

Vale indicar que el informe consolidado se presenta en enero con la información que se reúna con el cierre de la vigencia.

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 2024.

Grupo de Estandar	Número de Oportunidades de Mejora	Número de Actividades Planeadas Año	Actividades Cumplidas	Actividades en Desarrollo	Actividades Atrasadas	% Cumplimiento Primer Semestre 2024
Estandar Asistencial	115	607	118	325	164	73%
Estandar Gerencia del Talento Humano	15	76	7	37	32	58%
Estandar Gerencia	24	111	0	70	41	63%
Estandar Direccionamiento	16	81	4	63	14	83%
Estandar Gerencia de la Información	6	33	0	29	4	88%
Estandar Gestión de la Tecnología	8	52	0	21	31	40%
Estandar Ambiente Físico	19	90	0	32	58	36%

ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD

- La junta recomendó revisar la información reportada sobre principales causas de morbilidad y mortalidad, analizar las razones que expliquen el alto porcentaje de causas inespecíficas e implementar los correctivos que les permitan conocer mejor el perfil de la población atendida, implementar herramientas de agrupación diagnóstica que les permitan analizar los costos y pesos de los diagnósticos y hacer comparaciones con instituciones similares en el contexto de las obligaciones de referenciación comparativa.

MORBILIDAD DE URGENCIAS ADULTOS SEPT.2024

URGENCIAS ADULTOS	R104	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	288	269	224	781
	N692	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SIN OTRO ESPECIFICADO	154	196	140	590
	A954	FIEBRE DEL DENGUE (DENGUE CLÁSICO)	129	180	126	535
	A374	APENDICITIS NO ESPECIFICADA	116	138	119	393
	T150	CUERPO EXTRAÑO EN LA CORNEA	116	100	119	365
	N625	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	77	141	141	359
	N800	CÁLCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLELITIASIS AGUDA	115	133	122	350
	N912	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA	107	107	81	296
	R51A	CEFALEA	106	108	97	281
	R500	ESGUINCHADO AL PARAR O DE	90	76	100	266
Total URGENCIAS ADULTOS			1,268	1,548	1,322	4,138

MORBILIDAD DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	J990	NEUTROPENIA RESPIRATORIA AGUDA	18	24	18	60
	R572	Choque séptico	15	14	7	36
	A35	CAPNOXIA AL AGUARDAR	4	-	6	17
	S269	TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO	3	4	7	14
	N185	Enfermedad renal crónica etapa 3	2	5	6	13
	E64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGIA O ISQUEMICO	0	6	5	11
	I219	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO SIN OTRO ESPECIFICADO	1	4	4	10
	N05	HEMORRAGIA SUBARAL TRÁNSITO	1	2	4	9
	G409	EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO	0	4	5	9
	R14	HEMORRAGIA DE LA ADRENAL DERECHA SIN MENCIÓN DE RUPTURA	4	4	3	11
Total UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS			49	74	65	188

La oficina de CI pudo verificar:

En acreditación se presentó el plan de mejora en el tiempo establecido, entrega de plan de mejora el 21 de septiembre de 2024 y se realizará una evaluación complementaria el 20 de mayo de 2025 y la realización de la visita el 19 de julio de 2025 pero los hallazgos persisten en lo de la morbilidad y mortalidad, con dolor abdominal como primera causa en urgencias, insuficiencia respiratoria en UCI adultos, las causas inespecíficas persisten.

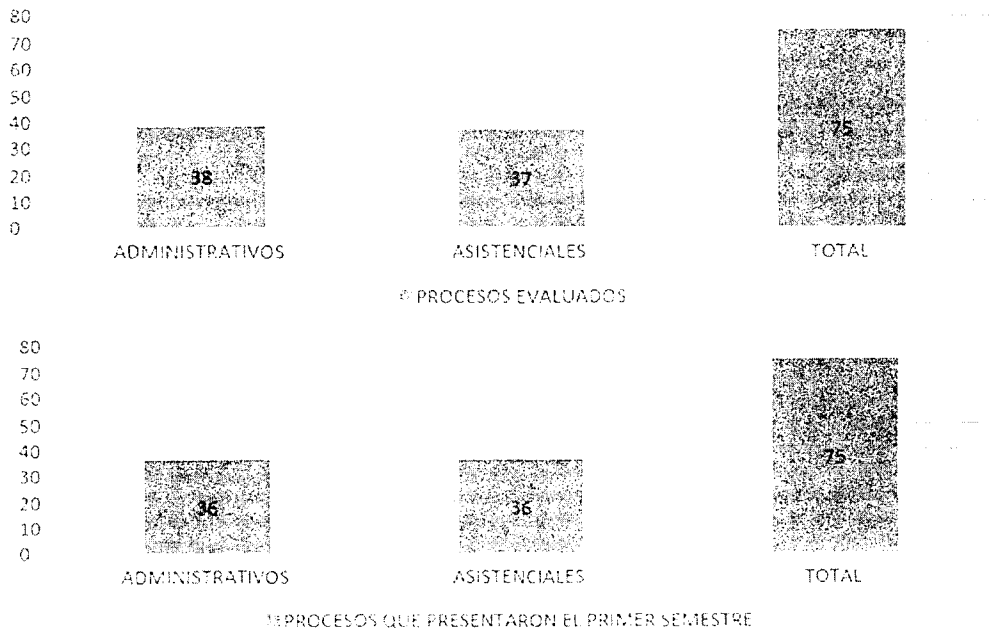
Habilitación, se han realizado las novedades correspondientes para las nuevas prestaciones de servicios (Especialidades maxilofacial, oncología y servicios como cardio hemodinamia)

ACTIVIDAD NRO. 26: INDICADORES MASTER – CUMPLIMIENTO 50%

Los indicadores se analizaron y se realizó una depuración con los coordinadores de los servicios para realmente tener los normativos y los que agreguen valor institucional y que se puedan medir los resultados.

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

El primer semestre muestra los siguientes resultados:



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 al 96% de su seguimiento para el primer semestre.

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

El primer semestre muestra los siguientes resultados:

TIPO DE RIESGOS SUPERSALUD	PROCESOS 2024 PRIMER SEMESTRE		TOTAL	%
	ADMINISTRA TIVOS	ASISTENCI ALES		
OPERACIONAL	62	16	78	64%
EN SALUD	1	38	39	32%
ACTUARIAL	1	0	1	0,8%





EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
ATENCIÓN INTEGRAL Y DIGNA

ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 04

Página 13 de 29

DE CRÉDITO	1	0	1	0,8%
LAFT	1	0	1	0,8%
REPUTACIONAL	1	0	1	0,8%
TOTAL	67	54	121	100%

ZONA DE RIESGO INHERENTE	R. ADTIVOS.	R. ASISTENCIALES	TOTAL
Extremo	0	0	0
Alto	15	15	30
Moderado	38	32	70
Bajo	14	7	21
TOTAL	67	54	121

ZONA DE RIESGO RESIDUAL	R. ADTIVOS.	R. ASISTENCIALES	TOTAL
Extremo	0	0	0
Alto	0	0	0
Moderado	27	21	48
Bajo	40	33	73
TOTAL	67	54	121

El primer semestre muestra los siguientes resultados:

FRECUENCIA DE RIESGOS	CANTIDAD	%
Eventos clínicos	31	27,3
Incumplimiento normativo	18	15,5
Perdida de información	6	5,5
Desabastecimiento, vencimiento o daño de insumos	3	2,7
Contaminación (personas, alimentos, agua)	3	2,7
HC incompleta	2	1,8
Falta de equipos	2	1,8
Cierre o suspensión de servicios	1	0,9
Accidentes laborales	1	0,9
Barreras físicas	0	0
Otros	47	40,9
TOTAL	114	100

CAUSAS DE EVENTOS CLINICOS	CANTIDAD	%
Falta adherencia a guías, protocolos y procedimientos institucionales	16	51,6
No apropiación del código de integridad.	8	25,8
Falta de controles en la custodia de los elementos e insumos	2	6,5
Otras	5	16,1
TOTAL	31	100

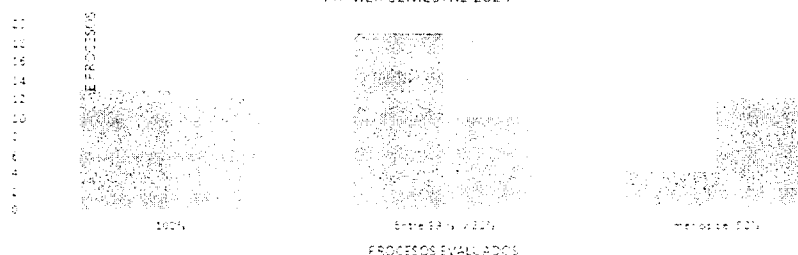
CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO NORMATIVO	CANTIDAD	%
Falta de adherencia a proceso de elaboración de informes	5	27,8
No apropiación del código de integridad.	4	22,2
Falta de oportunidad en generación y entrega de la información	3	16,7
Otras	6	33,3
TOTAL	18	100

CAUSAS DE PERDIDA DE INFORMACION	CANTIDAD	%
Falta de adherencia a procesos administrativos	3	50
Daño u obsolescencia de hardware, software y redes	3	50
Otras	0	0
TOTAL	6	100

ACTIVIDAD NRO. 28: EVALUACIÓN PLANES DE ACCIÓN - CUMPLIMIENTO 50%

El primer semestre muestra los siguientes resultados:

CUMPLIMIENTO DE PAOS
PRIMER SEMESTRE 2024





ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 04

Página 15 de 29

En general de las 662 actividades propuestas en los PAP del hospital para el primer semestre de 2024 se cumplieron 590 que equivalen al 89%.

ACTIVIDAD NRO. 29: SEGUIMIENTO PQRSF - CUMPLIMIENTO 75%
Primer trimestre.

EDUCACIÓN 2024				
SERVICIOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL
URGENCIAS	1219	1311	505	3455
CONSULTA EXTERNA	742	1173	202	2117
SALA DE CIRUGIA	342	291	246	879
PEDIATRIA	143	158	119	420
UCIN 4 PISO	127	155	100	382
QUIRURGICAS I	145	90	126	361
QUIRURGICAS II	126	154	60	340
UCIN 3 PISO	88	150	100	338
ENDOSCOPIA	97	135	91	323
MEDICOQUIRURGICAS II	150	76	91	317
MEDICOQUIRURGICAS I	124	94	90	308
TRAUMATOLOGIA	118	108	69	295
URGENCIAS PEDIATRIA	87	116	68	271
MLUCICAS I	92	106	69	267
ONCOLOGIA	101	72	47	225
GINECOLOGIA	81	57	70	214
MEDICAS II	67	65	65	197
MEDICOQUIRURGICAS III	68	55	50	173
UCI 2	68	54	43	165
IMAGENES DIAGNOSTICAS	31	59	59	149
UCI 3	63	19	44	126
POBLACION MISAK	26	30	54	110
MEDICAS III	87	17		104
NEONATOS	72	5	12	89
UCI 1	39	25	25	89
SALA DE ESPERA DE	28	24	10	62
UCIP	39	23	19	81
UCIP 2	26	12	30	68
REHABILITACION	14	28	33	75
UNIDAD DE QUEMADOS	0	27	44	71
POBLACION NASA	30	27		57
UNIDAD MENTAL	14	11	21	46
CARDIOLOGIA	0	34	0	34
PATOLOGIA	0	0	0	0
ANGIOGRAFIA	0	0	0	0
FARMACIA	0	0	0	0
TOTAL	4459	4745	3008	12212

Queja (por atención de func	Accesibilidad	3
	Falta de opor	9
	Hotelería y co	2
	Información s	4
	Pertinencia	1
	Privacidad en	1
	Seguridad	4
	Trato recibido	44
Total Queja (por atención de funcionario)		68



ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 04

Página 16 de 29

CARACTERIZACION DE PQRSF I TRIMESTRE 2024

Tipo de solicitud	Total
Felicitaciones	1303
Sugerencia	171
Queja (por atención de funcionario)	68
Petición	54
Reclamo de riesgo simple	30
Reclamo de riesgo priorizado	14
Denuncia	3
Reclamo de riesgo vital	2
Total general	1645

SEGUNDO TRIMESTRE.

EDUCACIÓN 2024				
SERVICIOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL
URGENCIAS	1239	1311	905	3455
CONSULTA EXTERNA	742	1173	202	2117
SALA DE CIRUGIA	342	291	246	879
PEDIATRIA	143	158	119	420
UCIN 4 PISO	127	125	100	352
QUIRURGICAS I	145	90	126	361
QUIRURGICAS II	126	154	60	340
UCIN 3 PISO	88	150	100	338
ENDOSCOPIA	97	135	91	323
MEDICOQUIRURGICAS II	150	76	91	317
MEDICOQUIRURGICAS I	124	94	90	308
TRAUMATOLOGIA	118	108	69	295
URGENCIAS PEDIATRIA	87	116	68	271
MEDICAS I	92	106	69	267
ONCOLOGIA	101	77	47	225
GINECOLOGIA	81	57	76	214
MEDICAS II	63	65	65	193
MEDICOQUIRURGICAS III	68	55	50	173
UCI 2	68	54	43	165
IMAGENES DIAGNOSTICAS	31	59	59	149
UCI 3	63	19	44	126
POBLACION MISAK	26	30	54	110
MEDICAS III	87	17		104
NEONATOS	72	5	12	89
UCI 1	38	25	25	88
SALA DE ESPERA DE	28	24	30	82
UCIP	39	23	19	81
UCIP 2	16	12	30	78
REHABILITACION	14	28	33	75
UNIDAD DE QUEMADOS	0	27	44	71
POBLACION NASA	30	27		57
UNIDAD MENTAL	14	0	41	55
CARDIOLOGIA	0	34	0	34
PATOLOGIA	0	0	0	0
ANGIOGRAFIA	0	0	0	0
FARMACIA	0	0	0	0
TOTAL	4459	4745	3008	12212



ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 04

Página 17 de 29

CARACTERIZACION DE PQRSF I TRIMESTRE 2024

Tipo de solicitud	Total
Felicitaciones	1303
Sugerencia	171
Queja (por atención de funcionario)	68
Petición	54
Reclamo de riesgo simple	30
Reclamo de riesgo priorizado	14
Denuncia	3
Reclamo de riesgo vital	2
Total general	1645

Queja (por atención de func	Accesibilidad	3
	Falta de oport	9
	Hotelería y co	2
	Información s	4
	Pertinencia	1
	Privacidad en	1
	Seguridad	4
	Trato recibido	44
Total Queja (por atención de funcionario)		68

[Handwritten signature]



TERCER TRIMESTRE.

COMPORTAMIENTO DE QUEJAS POR SERVICIO TERCER TRIMESTRE AÑO 2024	Total
CIRUGIA - QUIROFANOS	28
CONSULTA EXTERNA	28
URGENCIAS ADULTOS	28
ESTANCIA GENERAL QUIRURGICA	14
FACTURACIÓN	11
ESTANCIA GENERAL MEDICA	9
ESTANCIA GENERAL MEDICO QUIRURGICA	8
IMAGENOLÓGIA	8
UNIDAD DE SALUD MENTAL	7
VIGILANCIA	7
ESTANCIA GENERAL GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	5
ESTANCIA GENERAL PEDIATRICA HOSPITALIZADA	5
ESTANCIA GENERAL TRAUMATOLOGICA	4
FARMACIA	4
SERVICIOS GENERALES	3
TERAPIA FISICA	3
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	3
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATAL	3
ATENCIÓN AL USUARIO	2
ONCOLOGIA	2
TALENTO HUMANO	2
UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	2
UNIDAD DE QUEMADOS PEDIATRICO	2
URGENCIAS CONSULTA Y PROCED GINECOBSTE	2
CARDIOLOGIA	1
CIRUGIA ONCOLOGICA	1
LABORATORIO CLINICO	1
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	1
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIATRICO	1
Total general	195

TERCER TRIMESTRE AÑO 2024	
Tipo de solicitud	Total
Felicitaciones	782
Queja (por atención de funcionario)	195
Reclamo de riesgo simple	96
Sugerencia	89
Petición	44
Reclamo de riesgo priorizado	5
Reclamo de riesgo vital	4
Denuncia	3
Total general	1218

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

El plan de mejoramiento de la Auditoría 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%.

ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 04

Página 19 de 29

La oficina de Control Interno durante el año 2023 y 2024 envía correos al proceso de Jurídica solicitando evidencias de la subsanación de las acciones correctivas y avance y cumplimiento del Plan de Mejoramiento así: Fecha 23 de enero 2023, 27 febrero 2023, 18 de julio de 2023, posteriormente el 30 de enero de 2024, con respuesta del 05 de febrero de 2024 aportando las siguientes evidencias: PUNTO 3, Referente a los contratos de arrendamiento, se observa que se han actualizado algunos contratos por parte de la oficina jurídica, pero está pendiente la suscripción de los mismos y la publicación; acción correctiva que queda pendiente. Se envía correo el 24 de octubre de 2024 al proceso de archivo, en el que se solicita informe de evidencias del avance de las transferencias documentales hechas por parte de jurídica a archivo a la fecha. La oficina de C.I envía correo el 7 de noviembre de 2024, solicitando informe de la actualización de los contratos de arrendamiento. A la fecha se evidencia que: de 6 contratos solo se han actualizado y publicado 2 los cuales son: N°033/2024 LAVANDERIA, N°039 /2024 ECONOMATO CAFETERÍA; Los 3 contratos siguientes: N°071 /2022 del espacio de las máquinas de snacks, el contrato N°104/2022 del parqueadero, el contrato N°130/2022 de MANTENIMIENTO se vencieron el 31/12/2022 y no se han actualizado ni publicado en la plataforma del SECOP II. El contrato del espacio donde está el cajero de Banco Davivienda es del año 2009 y se encuentra sin actualizar.

Esta Oficina de control Interno ha realizado gestiones para la actualización, no solo del contrato de LAVANDERÍA Y ECONOMATO sino del contrato del PARQUEADERO; del contrato de ÁREA DE MANTENIMIENTO, contrato de MAQUINAS DE SNAKS Y BEBIDAS CALIENTES Y FRÍAS -JUAN CARLOS VEJARANO FERNANDEZ, contrato de CAJERO DEL BANCO DAVIVIENDA -LEONOR UMAÑA APONTE, contratos de arrendamiento que tiene en este momento el hospital con dicho Sindicato y otros, se a gestionado su actualización en pro de salvaguardar el patrimonio y recurso público. ✓

	CONTRATO N°	FECHA VENCIMIENTO	OBJETO	OBSERVACION
1	N° 186 DE 2019 N° 071 DEL 7 FEBRERO 2023	31/12/2022	MAQUINAS DE SNAKS Y BEBIDAS CALIENTES Y FRÍAS JUAN CARLOS VEJARANO FERNANDEZ, C.C. 391.560.002.5	CONTRATO VENCIDO CONTRATO SIN PUBLICAR EN EL SECOP I
2	N° 235 DE 30/05/2019 N° 104 DEL 12 MARZO 2022	31/12/2022	PARQUEADERO CONTRATO CUMPLI NIT 600.076.570.0	CONTRATO VENCIDO. CONTRATO SIN PUBLICAR EN EL SECOP I
3	N° 236 DE 2019 N° 130 DEL 11/10/2022	31/12/2022	ÁREA DE MANTENIMIENTO CONTRATO CUMPLI NIT 600.076.570.0	CONTRATO VENCIDO. CONTRATO SIN PUBLICAR EN EL SECOP I
4	BANCO DAVIVIENDA S.A. 28/12/2009 SIN ACTUALIZAR	28/12/2019	CAJERO. LEONOR UMAÑA APONTE	CONTRATO VENCIDO. CONTRATO SIN PUBLICAR EN EL SECOP I
5	N° 033 DEL 2024 01/01/2024	31/12/2024	LAVANDERIA CONTRATO CUMPLI	OK SI ESTA PUBLICADO EN EL SECOP I
6	N° 039 DEL 2024 01/01/2024	31/12/2024	SERVICIO DE ALIMENTACIÓN, CAFETERÍA	OK SI ESTA PUBLICADO EN EL SECOP II

ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 04

Página 20 de 29

ACTA DE INFORME ENTREGADO A LA CONTRALORIA MUNICIPLA EN VISITA DE 16 FEBRERO 2024



ACTA PRUEBA RECORRIDO OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

FO-PCA-01

Versión: 04

Página 1 de 2

ACTA No	FECHA			HORA		LUGAR	RESPONSABLE REUNIÓN
01- 2024	DIA 16	MES 02	ANO 2024	INICIAL 9:00 am	FINAL 10 am	Oficina de Control Interno del Hospital Universitario San José de Medellín	Victor Fabio Gómez Franco, Jefe Oficina Asesora de Control Interno HUSJ

ASISTENTES O INTEGRANTES

NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO ELECTRONICO	CARGO	DEPENDENCIA O SERVICIO
José Italo Cárdeno Varona	Auditor2@contraloria-popayan.gov.co	Lider de Auditoria	Contraloría Municipal de Popayán
Victor Fabio Gómez Franco	gescontro@hospital-san-jose.gov.co	Jefe	Oficina Asesora de Control Interno
Sandra Patricia Medina Muñoz	gescontro@hospital-san-jose.gov.co	Apoyo Administrativo	Oficina Asesora de Control Interno
Roberto Gustavo Callejas	gescontro@hospital-san-jose.gov.co	Apoyo Administrativo	Oficina Asesora de Control Interno
Adriana Esperanza Galeano Trujillo	gescontro@hospital-san-jose.gov.co	Apoyo Asistencial	Oficina Asesora de Control Interno
Elkin Javier Idarraga Granda	gescontro@hospital-san-jose.gov.co	Apoyo Asistencial	Oficina Asesora de Control Interno

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

ORDEN DEL DÍA

- Actividades de la Oficina de Control Interno HUSJ respecto a Planes de Mejoramiento de Auditorías realizadas por la Contraloría Municipal al Hospital Universitario San José periodos 2020, 2021, 2022, 2023.
- Plan de Auditorías Oficina Asesora de Control Interno del 2023. Asistencial y Administrativo e Informes de ley PAAC Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano con periodicidad 4er trimestre a cargo de Control Interno HUSJ.

DESARROLLO DE LA REUNION.

Apertura la reunión el Lider de Auditoria Contador Público Titulado José Italo Cárdeno Varona, con saludo a los presentes y expone que en desarrollo del proceso auditor HUSJ 2023, considera de importancia conocer los temas detallados en el orden del día. Seguidamente interviene el jefe de la oficina asesora de control interno, abogado Victor Fabio Gómez Franco, indicando que en armonía con la Auditoría Financiera y de Gestión 2023, anunciada

ACTIVIDAD NRO. 31: AUDITORÍA INTERNA DE FACTURACIÓN (CERRADA-PM)

AUDITORÍA DE FACTURACIÓN:

Esta auditoría Interna de Facturación se realiza, de conformidad con lo expuesto en el PGA aprobado en el Comité de Coordinación de Control Interno para el 2022 y del comité asistencial celebrado el 19 de diciembre de 2021.

Esta auditoría se apertura con la trazabilidad de otros procesos como Consulta Externa, Facturación, Urgencia y Sistemas). En especial tratar observaciones evidenciadas frente al incumplimiento de los procedimientos, guías, protocolos en los procesos administrativos y asistenciales, con el fin de analizar las inconformidades y quejas de la prestación de servicio hospitalario actualmente y estudiar las posibles soluciones para la mejora del servicio, las cuales están generando GLOSAS.

En el marco de lo mencionado, se dio inicio y apertura de la auditoría interna al proceso de Facturación el jueves 21 de julio de 2022.

El 17 de junio de 2024, se socializa el informe FINAL (recopilación de los comités de seguimiento Acta de comité realizada el 22 de marzo de 2023, Acta de comité realizada el 24 de abril de 2023, Acta 27 de junio 2023, Acta de comité realizada el 01 de diciembre de 2023, Acta de reunión con la Contraloría Municipal del 12 de marzo de 2024) informe que se revisó con los jefes y coordinadores de los procesos responsables de esta auditoría, y en la misma se aceptó el plan de mejoramiento y acciones correctivas registradas en este informe final.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO 1: Se evidenció que El Sistema Dinámica Gerencial en su funcionamiento es deficiente ya que se cae frecuentemente la red. (Posible solución Instalación de un servidor). RESPONSABLES: GERENCIA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA, SISTEMA.

OBSERVACIONES: La jefe de proceso de facturación Dora Isabel Girón, da a conocer que: 1)-El hospital necesita un servidor con mayor capacidad que garantice la adecuada custodia de la información y almacenamiento de la misma (seguridad informática)

Capacitación y actualización normativa ante el ministerio de salud ya que esta norma rige a partir del mes de octubre de 2024, y es necesario aplicar la facturación electrónica etc. Anteriormente el hospital trabajaba con una plataforma de Dinámica WEB. En este momento el hospital labora con Dinámica NET. El jefe de Sistemas informa que la compra o repotenciación de un servidor ya está en proceso y toca determinar si se separa el módulo de facturación del de las historias clínicas para solucionar esta problemática.

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO 2. Se evidencio que NO se están aplicando los principios de planeación y de anualidad, con referencia específicamente a los contratos de arrendamiento ya que estos vienen desde el 2008, a los cuales es necesario actualizar las tarifas, esto en cumplimiento de la acción correctiva del proceso de Facturación. Liquidar con oportunidad los contratos suscritos. El proceso de Jurídica no ha entregado copia de contratos actualizados, (esterilización, servicios públicos, arrendamientos, aprovechamiento, re empaque; facturación ha solicitado la copia. (se anexa copia de solicitud de contratos.

El día 23 de julio de 2024 la Oficina de control Interno cita a reunión a el jefe de Sistemas y a la oficina de planeación para tratar tema sobre posible pérdida de información de historias clínicas realizada por el Subgerente ante el concejo Municipal de Popayán.

En fecha 19 de noviembre de 2024, se cita a reunión a los procesos responsables de las acciones correctivas del Plan de Mejoramiento, pero NO asisten. El 20 de noviembre se envió correo con documentos y Plan de Mejoramiento para su revisión y firma pero no respondieron.

Nuevamente se envió correo el 3 de diciembre para lo correspondiente.

Finalmente se cierra esta auditoría con un Plan de Mejoramiento de 2 hallazgos y un plazo de cumplimiento de 3 meses ósea hasta el 28/02/2025.

ACTIVIDAD NRO. 32: AUDITORIA DE GESTIÓN DOCUMENTAL.

Apertura de la auditoría: 17 de septiembre de 2024

1. Seguimiento y evaluación de los planes a cargo del área a auditar.
2. control del cumplimiento a las normas y programas que corresponden al proceso a auditar
3. Aplicabilidad a los Procesos, procedimientos y Manuales a cargo según mapa de procesos.
4. Aplicabilidad y seguimiento al mapa de Riesgo
5. visita de seguimiento de auditoría a las instalaciones del Archivo Central

OBSERVACIONES AL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL:

1. NO ACTUALIZACIÓN DE LAS TABLAS DE RETENCIÓN 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.

ACTIVIDAD NRO. 33: AUDITORIA DE TALENTO HUMANO. REVISIÓN DOCUMENTOS DE NOMBRAMIENTOS EN PROVISIONALIDAD AÑO 2024.

Se revisa documentación de carpeta enviada por la doctora Sonia Amparo Zapata Marín "seguimiento informe de gestión del Talento Humano", se anexa un documento en word y un cuadro en Excel.

ACTIVIDAD NRO. 34: HALLAZGOS AUDITORIA NEONATOS – CUMPLIMIENTO 50%

No entrega del cargo y el servicio a la nueva coordinadora, con inicio del 1 de Julio de 2024, hallazgo de no seguimiento de talento humano al ingreso y retiro de un nuevo colaborador.

Los indicadores institucionales: incumplimiento al indicador de adherencia al lavado de manos 65,92% para un estándar del 80%, útil en la seguridad de los pacientes en la atención, teniendo en cuenta que son neonatos.

Incumplimiento a la adherencia a las guías medicas del 79,37%, estándar de 95%

Incumplimiento a las adherencias a los protocolos de enfermería del 92,57 %, estándar del 95%

Nomograma desactualizado, se encontró el del 2021

No se pudo evidenciar las actas de participación de los comités institucionales para el buen desarrollo de la ESE HUSJ.

No se pudo evidenciar las actas de los planes de mejoramiento interno en aras de la acreditación

ACTIVIDAD NRO. 35: AUDITORIA AL PROCESO DE CIRUGIA

- 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. Referente al PGA y a la actividad N°7. auditorías a los desembolsos del Fondo Fijo de caja Menor, se menciona que este proceso ha realizado recomendaciones para que los gastos realizados por parte del proceso de farmacia sobre la compra de medicamentos por caja menor.

Sobre la Actividad N°5. de la auditoría de los avances, se evidenció varios pagos de capacitaciones a funcionarios que en este año 2024 suman un valor de 21 millones de pesos m/c, datos reflejados en el INFORME DE AUSTERIDAD DEL GASTO se planifique previamente para que no se improvise sacando mediante los avances.

El Dr. Gómez continúa con el informe y manifiesta que se han presentado tres informes, correspondientes a los meses de enero a septiembre vigencia 2024, los cuales todos están publicados, y están fundamentados en lo que dice la norma, además hace énfasis en puntos importantes de cada informe.

El Dr. Guillermo menciona que es importante que, en el informe de austeridad del gasto, se proyecten rubros que sean de impacto en la institución, como por ejemplo medicamentos, y dispositivos médicos.

ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 04

Página 23 de 29

El jefe de la oficina jurídica informa que se hizo supervisión y seguimiento a 374 contratos, y el contrato 202, 207 y 270, 320 y 358 no tienen datos, es decir se quedaron en blanco en el consecutivo de la plataforma ZEUS, son en total 144 contratos con cero datos, puede ser que sí se hayan revisado, pero no se han cargado a la plataforma.

El Dr. Víctor continúa la reunión y pasa a informar acerca del SARLAF, que cuenta con un cumplimiento del 75%, SECOP con el 50% de cumplimiento, en cuanto a la actividad de las 5 eses en áreas asistenciales con un cumplimiento del 100%. En cuanto al Plan de Mejora interno de almacén y farmacia se realizaron todos los inventarios aleatorios a los cuales se les hizo el acompañamiento correspondiente, hace falta el acta del último inventario que se hizo a farmacia y almacén. Hay algunas dificultades con el inventario de almacén debido a que el almacenista tiene una carga que ha venido arrastrando y el inventario más complicado es el de la bodega de no explotados, hay que esperar que llegue el acta para revisar cuánto queda en faltantes y sobrantes.

El Dr. Arteaga sugiere que se le realice una auditoría minuciosa al servicio de Farmacia, debido a que se ha dado cuenta de algunas inconsistencias en cuanto a la compra de medicamentos con fechas próximas a vencerse y eso representa un detrimento patrimonial, porque el gasto y costo de esos medicamentos es alto, y los proveedores no reciben nuevamente esos medicamentos próximos a vencer. Se hace presentación de avances en las auditorías asistenciales, las cuales se vienen desarrollando satisfactoriamente, pero aún está pendiente el cierre de las mismas para este fin de mes.

4. Presentación y aprobación PGA 2025. El jefe de la oficina de Control Interno Dr. Víctor Gómez Franco presenta el PGA con los ajustes y las recomendaciones del Sr. Gerente Dr. Juan Carlos Arteaga, para ser aprobado por los asistentes a este comité.

Propuesta de Plan General de Auditorías Asistenciales y Administrativas 2025.

Nº	NOMBRE DEL PROCESO SUBPROCESO ACTIVIDAD QUE VA A HACER AUDITADA	MODALIDAD Y NORMATIVIDAD	PERIODICIDAD	RESPONSABLE DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO
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 2023.	Cumplimiento del Decreto 612 de 2018	ANUAL	Oficina de Planeación y Responsables de los planes.
2	Reportar en la plataforma SIA CONTRALORIA, seguimiento a los P.M. EXTERNOS	En cumplimiento de la Res 017 de 2017, art 35, presentar avances P.M. enero y julio 10 de cada año.	SEMESTRAL	Gerencia, Responsables de las acciones correctivas y Oficina de Control Interno
3	seguimiento Res 1519 de 2020, avance de link de transparencia.	Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos	ANUAL	Sub gerencia Administrativa, Planeación y Sistemas



ACTA DE REUNION

4	Realizar seguimiento a la entrega de la encuesta de Derechos de Autor, Software. Plazo hasta el viernes 18 de marzo de 2024.	Directiva Presidencial 002 de 2002 y Circular 17 de 2011. 3er viernes del mes de marzo	Diligenciamiento de la encuesta de Derechos de Autor, que se sube a la pagina. ANUAL	Sistemas y Oficina de Control Interno
5	Realizar auditoria al otorgamiento y legalización de avances aplicando las 3 líneas de defensa de MIPG	Cumplimiento de la Res 111 del 2018	MENSUAL	Sub gerencia Administrativa, responsables del sub procesos otorgamiento y legalización de avances y Contratista de apoyo a la auditoria administrativa de la oficina de Control Interno
6	Arqueos de caja general y caja menor. aplicando las 3 líneas de defensa de MIPG.	Gestión y resultados financiera. Decreto 943 del 2014, y la ley 1474 del 2011	MENSUAL	Sub gerencia Administrativa, responsables del sub procesos de Arqueo de Caja General y Caja Menor y Contratista de apoyo a la auditoria administrativa de la oficina de Control Interno
7	Auditoria a los desembolsos del fondo fijo de caja menor, aplicando las 3 líneas de defensa de MIPG.		ALEATORIO	Sub gerencia Administrativa, responsables del sub procesos de Desembolsos de fondos fijos y Caja Menor y Contratista de apoyo a la auditoria administrativa de la oficina de Control Interno
8	Informe Sistema de Control Interno	Decreto 2106 del 2019, art 156. Reportar cada 6 meses	Este informe incluye MECI, FURAG, y MIPG. SEMESTRAL	Oficina de Control Interno
9	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA	31 de la Ley 2195 del 18 de enero de 2022 modificó el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011	CUATRIMESTRAL	Oficina de Planeación y control interno
10	Elaboración del informe de Control Interno contable	Cumplimiento Res 193 de 2016 y presentar el resultado a la CGN a través del aplicativo CHIP, antes del 28 de febrero de cada vigencia	Se sube al CHIP de la contaduría, antes del 28 de febrero de cada vigencia. ANUAL	Contabilidad y Oficina de Control Interno
11	Diligenciamiento de la encuesta FURAG II	Cumplimiento la fecha la determina el DAFP, y se diligencia en el aplicativo	ANUAL	Oficina de Planeación y de Control Interno, cada una con su propia clave de acceso al aplicativo.

ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 04

Página 25 de 29

12	Informe de Austeridad del gasto	Cumplimiento del Decreto 1068 de 2015, Art 2.8.4.8.2	Se realizara el informe de los gastos comparativos entre el año anterior y la presente vigencia para determinar su incremento., y presentar correctivos. TRIMESTRAL	Presupuesto y Apoyo a las auditorias administrativas de la oficina de Control Interno
13	Verificación del envío de la información del SARLAFT.	Cumplimiento de la Circular 09 del 21 de abril del 2016	TRIMESTRAL	Junta Directiva, Sub Gerente Administrativo como oficial de Cumplimiento, Revisoría Fiscal y Control Interno
15	seguimiento SICOF	CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 17-09-2021	SEMESTRAL	OFICIAL DE CUMPLIMIENTO OFICINA DE PLANEACIÓN
16	Cumplimiento de las 5S	Cumplimiento, programa de Orden y Aseo	ANUAL	Gestión Ambiental y Control Interno
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	Cumplimiento	SEMESTRAL	Sub gerencia Científica, Sub gerencia administrativa y financiera, Calidad
18	Realizar inventario aleatorio a las farmacias central y satélites.	Procedimiento control de inventarios de medicamentos y DM, AAD-SF-PD8, de 2019	Las fechas se determinaran con el Área de, Farmacia, Revisoría fiscal y C.I. 3 en el año (Julio y Diciembre, y 1 aleatorio)	Sub gerencia cintica (Área de Farmacia), Revisoría Fiscal y Contratista de apoyo a las auditorias asistenciales y Administrativas de la oficina de Control Interno
19	Inventario periodico de farmacia 2024	Procedimiento control de inventarios de medicamentos y DM, AAD-SF-PD8, de 2019	SEMESTRAL	JEFE DE FARMACIA



ACTA DE REUNION

20	Auditoria inventario aleatorio/fijo de Bodegas de Almacén.	Procedimiento control de inventarios de Almacén, GSU-AM-PD4 de 2015..	Las fechas se determinaran con el Área de Almacén, Farmacia, Revisoría fiscal y C.I. 3 en el año (Julio y Diciembre y 1 aleatorio)	Sub Gerencia Administrativa (área de Almacén), Revisoría Fiscal y Contratista de apoyo a las auditorías asistenciales y Administrativas de la oficina de Control Interno
21	Verificación de que se realice la evaluación de desempeño laboral semestral y entrega del informe a la Gerencia.	Ley 909 de 2004 art 39. Acuerdo 617 de 2018.	SEMESTRAL Y ANUAL	- Gerencia - Sub gerencia Científica - Subgerencia Administrativa y Financiera, Coordinación de Talento Humano.
22	Seguimiento a la implementación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG-, según planes de acción	Decreto 1499 de 2017.	Se realizara la verificación en el avance de los planes de acción del MIPG SEMESTRAL	Los responsables del cumplimiento de los Planes de Acción del MIPG en sus 7 dimensiones, Oficina de Planeación y de Control Interno
23	Verificación de envío del informe de Servicio de la deuda.	Ley 51 de 1990	TRIMESTRAL	Contabilidad y Sub gerencia Administrativa
24	Seguimiento Programa para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC, Administrativo y Asistencial. El Informe de ACREDITACION es anual	Ley 100 1993 articulo 180 y 186. Res 5095 del 2018	SEMESTRAL PAMEC Y ANUAL ACREDITACION	Coordinación Calidad, Oficina de Planeación y Contratista de apoyo a las auditorías asistenciales de la oficina de Control Interno
25	Seguimiento al Cumplimiento de la HABILITACION Administrativo y Asistencial.	Cumplimiento. Res 3100 de 2019	SEMESTRAL	Coordinación Calidad, Sub gerencia científica (Coordinadores de Servicios) Sub Gerencia Administrativa y Contratista de apoyo a las auditorías asistenciales de la oficina de Control Interno
26	Seguimiento a la Evaluación de los indicadores de gestión (408 de 2018, 256 del 2016 y los INDICADORES MASTER)	Cumplimiento. Resolución 408 de 2018	SEMESTRAL	Coordinación Calidad, Sub gerencia científica (Coordinadores de Servicios) Sub Gerencia Administrativa y Contratista de apoyo a las auditorías asistenciales de la oficina de Control Interno
27	Evaluación de los mapas de riesgos asistenciales y administrativos	Gestión y resultados-Asistencial.	SEMESTRAL	Coordinación Calidad, Planeación, Sub gerencia científica (Coordinadores de Servicios) Sub Gerencia Administrativa y Contratista de apoyo a las auditorías asistenciales y Administrativas de la oficina de Control Interno



ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

Versión: 04

Página 27 de 29

28	Seguimiento a la evaluación de los Planes de Acción	Ley 1474 del 2011 art 74. y se integra el Decreto 612 de 2018. Publicación antes del 31 de enero	SEMESTRAL	Coordinación Calidad, Planeación, Subgerencia cintica (Coordinadores de Servicios) Sub Gerencia Administrativa y Contratista de apoyo a las auditorias asistenciales y Administrativas de la oficina de Control Interno
29	Informe de seguimiento a las PQRSF y Sistema de Información y Atención al Ciudadano -SIAU- y a los planes de mejoramiento.	Ley 190 de 1995, art 53 al 55	Se realizara el informe y seguimiento de las PQRS y el avance en el cumplimiento de los planes de mejoramiento. TRIMESTRAL	SIAU, personal de Apoyo a las auditorias administrativas de la oficina de Control Interno
30	Seguimiento a Auditoria al proceso de Jurídica, área de Contratación.	Gestión y resultados-Asistencial. PGA 2021	1ER SEMESTRE DE 2024	Coordinador y personal del Proceso de Jurídica, y del apoyo a las auditorias asistenciales y administrativas de la Oficina de Control Interno
31	SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO FACTURACIÓN	Gestión y resultados-Asistencial. PGA 2024	SEGUN CRONOGRAMA P.M	Coordinador y personal del Proceso de Facturación, y del apoyo a las auditorias administrativas de la Oficina de Control Interno
32	SEGIMIENTO P.M. AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN DOCUMENTAL.	Gestión y resultados-Asistencial. PGA 2024	SEGUN CRONOGRAMA P.M	Coordinador y personal del Proceso Gestión documental, y del apoyo a las auditorias administrativas de la Oficina de Control Interno
33	SEGUMIENTO P.M. AUDITORÍA INTERNA TALENTO HUMANO	Gestión y resultados-Asistencial. PGA 2024	SEGUN CRONOGRAMA P.M	Coordinador y personal del Proceso Talento Humano, y del apoyo a las auditorias administrativas de la Oficina de Control Interno
34	SEGUIMIENTO P.M. AUDITORÍA PROCESO DE NEONATOS	Gestión y resultados-Asistencial. PGA 2024	SEGUN CRONOGRAMA P.M	Coordinador y personal del Proceso neonatos, y del apoyo a las auditorias asistenciales de la Oficina de Control Interno
35	SEGUIMIENTO P.M. AUDITORÍA PROCESO DE CIRUGÍA	Gestión y resultados-Asistencial. PGA 2024	SEGUN CRONOGRAMA P.M	Coordinador y personal del Proceso cirugía , y del apoyo a las asistenciales administrativas de la Oficina de Control Interno
36	AUDITORÍA ALMACEN	Gestión y resultados-Asistencial. PGA 2025	PRIMER SEMESTRE	Coordinador y personal del Proceso DE ALMACEN , y del apoyo administrativas de la Oficina de Control Interno

ACTA DE REUNION

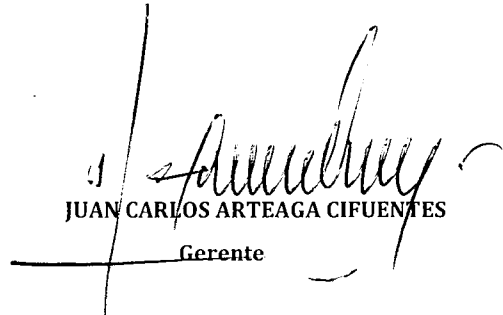
FO-PCA-01

Versión: 04

Página 28 de 29

37	AUDITORÍA PROCESO JURÍDICO Y CONTRACTUAL vigencia 2024 - contr 108 - interventoría torre - sindicatos. Seguridad social ojo. - FORMALIZACIÓN LABORAL - CONTRATO U.	Gestión y resultados-Asistencial. PGA 2025	PRIMER SEMESTRE	Coordinador y personal del Proceso JURÍDICO , y del apoyo administrativas de la Oficina de Control Interno
	VIGILANCIA Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS	PRIMER TRIMESTRE		
38	AUDITORÍA PROCESO URGENCIAS	Gestión y resultados-Asistencial. PGA 2025	SEGUNDO SEMESTRE	Coordinador y personal del Proceso, y del apoyo a las asistenciales administrativas de la Oficina de Control Interno
39	AUDITORÍA DE CUENTAS Y FACTURACIÓN - FACTURACIÓN PROCESOS ASISTENCIALES VS AUDITORÍA DE CUENTAS QUE SE ESTA REALIZANDO.	Gestión y resultados-Asistencial. PGA 2025	SEGUNDO SEMESTRE	Coordinador y personal del Proceso, y del apoyo a las asistenciales administrativas de la Oficina de Control Interno

Popayán, 11 de diciembre 2024


JUAN CARLOS ARTEAGA CIFUENTES
Gerente


VICTOR FABIO GOMEZ FRANCO
Jefe O.A. Control Interno

Socializado el PGA 2025, es colocado en consideración de los miembros del comité con la siguiente votación:

Juan Carlos Arteaga Cifuentes- Gerente	Voto positivo
Juan Francisco Mora Obando-Subgerente Administrativo y Financiero.	Voto positivo
Juan Francisco Mora Obando-Subgerente Administrativo y Financiero.	Voto positivo
Martha Lucia Castillo- Subgerente Científica.	Voto positivo
Juan Manuel Legarda- jefe OA. Jurídica.	Voto positivo
Alejandro Martínez – jefe de Planeación.	Voto positivo



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAJÓN
PERU

EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL

ACTA DE REUNION

FO-PCA-01

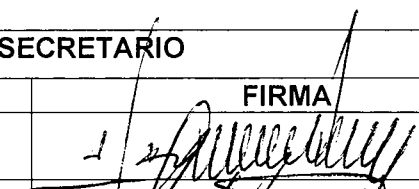
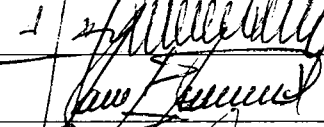
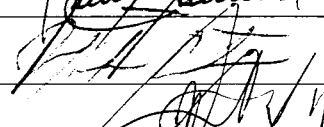
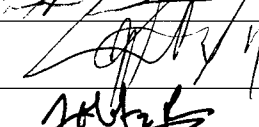
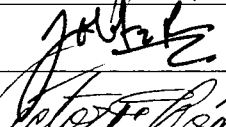
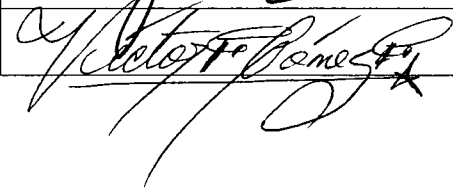
Versión: 04

Página 29 de 29

El secretario del Comité Dr. VICTOR FABIO GÓMEZ FRANCO informa que es aprobado el PGA 2025 por la totalidad de los miembros.

Siendo las 13:25 pm, se da por terminada la reunión. Se anexa firma de asistentes.

FIRMA MIEMBROS DEL COMITÉ Y SECRETARIO

NOMBRE	FIRMA
Juan Carlos Arteaga Cifuentes- Gerente	
Juan Francisco Mora Obando- Subgerente Administrativo y Financiero.	
Martha Lucia Castillo- Subgerente Científica.	
Juan Manuel Legarda- jefe OA. Jurídica.	
Alejandro Martínez – jefe de Planeación.	
Víctor Fabio Gómez Franco- jefe OA. Control Interno	

LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO

Versión: 02

FECHA: 11 Diciembre 2021

LUGAR: Sala de Juntas de Gerencia

HORA:

TEMA (S):

Comité Coordinador de Control Interno.

MONITOR (ES):

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	# CEDULA	ACTIVIDAD Y/O CARGO	ORGANIZACIÓN O ASOCIACION	PROCESO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	William Guevara	76307486	Gerente	H. U.S.J.	Gerencia	william.guevara@hospital.gov.co	[Firma]
2	José Luis Muñoz Sarmiento	4.613.845	Dir. Cto. Int. Discipl.	H. U.S.J.	Cto. Int. Discipl.	jolumber22@gmail.com	[Firma]
3	Fernando Cárdenas T.	25082830	Apoyo Asist. de Cto. Interno	Sintraoempuh	Cto. Interno	gescontrol@h.usj.gov.co	[Firma]
4	MARIA ANGELO MONDIZ	23185666	ENFERMERA	H. U.S.J.	CONTROL INTERNO	marianpa21@gmail.com	[Firma]
5	Enrique Salgado	76317622	Apoyo Administrativo	Sintraoempuh	Control Interno	gescontrol@hospital.gov.co	[Firma]
6	Elkin Idaraga	12909530	Prof. de Historia	Sintraoempuh	Cto. Interno	gescontrol@hospital.gov.co	[Firma]
7	Sandra P. Meduna	34561015	Apoyo Administrativo	Sintraoempuh	Control Interno	gescontrol@h.usj.gov.co	[Firma]
8	Victor Fabio Gomez Franco	7061714343	Jefe Control In.	H. U.S.J.	Control Interno	gescontrol@h.	[Firma]
9	Claudia Chumbe S	34563589	Prof. Univ. 62	H. U.S.J.	Presupuesto	presupuesto@h.usj	[Firma]
10	Alejandro Martinez B	70675700	Secc	H. U.S.J.	Planeación	planeacion@h.usj	[Firma]
11	Claudia Dejenis	706728106	Profesional Planea	Asesora del	Planeación	planeacion@hospital.gov.co	[Firma]
12	Marta Lucia Castillo	34560110	Subgerente Control	H. U.S.J.	Subgerencia	Subgerencia@hospital.gov.co	[Firma]
13	Juan Francisco Horta O	10592559	Subgerente Administrativo	H. U.S.J.	Subgerencia		[Firma]
14	Juan Manuel Bernal P.	106752324	Jurídica	H. U.S.J.	Jurídica	juridica@h.usj.gov.co	[Firma]
15	Jean Carlos Arteaga Cárdenas	96308906	Gerente h.usj	H. U.S.J.	Gerencia	gerencia@hospital.gov.co	[Firma]