

Reunión:	Comité de coordinación de Control Interno	Acta N°	01
		Fecha:	11 de enero de 2023
Responsable:	Gerente	Hora inicio:	8:00 am
Lugar	Sala de juntas del JSJD	Hora fin:	9:00 am

ORDEN DEL DÍA

1	Verificación del cuórum
2	Revisión de tareas y/del acta anterior
3	Informe por dependencias
4	Presentación de informe de gestión de control interno
5	Presentación y aprobación y plan de auditorías internas 2023
6	Proposiciones y varios

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1	Verificación del cuórum y aprobación del acta anterior
Se da inicio al comité a las 8: 00 am con 6 participantes, de los cuales 2 funcionarios son invitados, Se aprueba el acta anterior.	
2	Revisión de tareas (no hubo tareas el acta anterior ya se había aprobado.
3	Informe por dependencias
A. Gerencia Para el 2023 se debe trabajar arduamente especialmente en los primeros seis meses del año para tener un buen cierre, en la reunión con la Secretaria de Salud departamental se le planteo la inversión de los 5mil millones en el hospital del recaudo de estampilla prohopsital, ante la buena gestión del pasivo pensional. Se proyecta realizar una negociación o alianza con Serviucis, ellos tienen contrato hasta el 30 de noviembre, se cambiaría la forma de negocio, no como arrendatario sino como socios, se les entregaría el espacio de las urgencias antiguas, ellos habilitarían el servicio y lo operarían, requieren todo el espacio de las urgencias viejas, esto lleva a repensar el espacio para ginecoobstetricia en el espacio que libere Serviucis incluyendo una ampliación de hospitalización. En cuanto a la unidad renal, se puede plantear en la unidad ambulatoria o en donde era cancerología, el dueño de Nefrouros va a revisar el espacio para dar inicio al proyecto,	

ellos habilitarían el servicio. El hospital habilitaría cancerología ambulatoria en el otro espacio y en el espacio de RTS se ampliaría consulta externa.

Los convenios docencia servicio se va a incluir EAFIT, con quien se firmó una carta de intención, quien piensa abrir medicina en el segundo semestre del año, de igual forma se espera tener con la Universidad Nacional, incluyendo un rubro presupuestal de estas entidades para apoyar al hospital por ser el centro de práctica.

B. Subdirección administrativa y financiera

Este mes no se ha recibido giro directo ni ingreso adicional. El año se pagó hasta octubre a proveedores y personal tercerizado. Se tiene preocupación por la contratación con el municipio, frente a los convenios del PIC, del cual aún nos deben saldos del 2021 y todo el 2022 (3.260 millones). En una reunión con el secretario de salud se le indico que se requiere un ingreso mensual al menos de 500 millones para sostener el personal del PIC.

Se está organizando el parqueadero para dar inicio al funcionamiento este mes, se necesita una talanquera, se debe cobrar una tarifa considerable a los particulares y una más favorable a los empleados. Se van a presentar las tarifas para aprobación.

Se debe revisar el tema de servicios particulares, se deben impulsar los servicios a nivel particular de fototerapia, resonancias y tomografías, se debe generar productividad para las 24 horas.

C. Área de Calidad

Este mes se deben reportar los siguientes archivos:

- Registro telemedicina - 5 enero - Coord. Ambulatorios
- Formulario RH1 - 10 enero - Ing. Ambiental
- Cambios en bases de datos - 10 enero - Jefe sistemas
- Atención de gestantes - 10 enero - Estadística
- Sarlaft - 10 enero - Admón.
- Seguimiento PAAC - 10 enero - control interno
- Sia Contraloría Trimestral FF06 y F22 - 10 enero - Admón., cartera, control interno
- Sia contraloría semestral F40a - 15 enero - Control interno
- Archivo FT025 - 20 enero - Facturación
- Programación participación ciudadana - 20 enero - Atención al usuario
- Archivo FT026 - 20 enero - Jurídica
- Sia Contraloría Mensual - 28 enero - presupuesto y admón.
- Chip - contabilidad

- Circular 030 - 30 enero - Cartera
- Precios de medicamentos - 30 enero - Farmacia
- Pacientes hospitalizados - 30 enero - Estadística
- SIHO 2193
- Indicadores 256 - 30 enero - Estadística
- Publicación PAAC - 30 enero - Calidad
- Mantenimiento SIHO - 30 enero - Admón.
- Seguimiento PGIRS - 30 enero – área Ambiental

Para el trabajo del comité institucional de gestión y desempeño se tomará como insumo las recomendaciones generadas del reporte del furag, tomando como prioritarias las que se repiten en varias de las políticas, buscando una mejora transversal.

Se articuló el programa de auditorías de control interno y calidad para optimizar tiempo y recursos. Se creó un espacio en el SharePoint donde quedará disponible para toda la institución a medida que se presentan los informes y planes de mejora.

Se está construyendo el POA 2023 el cual debe presentarse antes del 31 de enero a la junta para aprobación. Se propone incluir las acciones articuladas de los diferentes programas para evitar reproceso.

4. Oficina de Control interno

Se presenta informe de gestión 2022 de la oficina de control interno, se logró desarrollar 9 auditorías en el año, a las áreas de, sistemas, contratación, talento humano al mapa de corrupción y de procesos, a los trámites en el SUIT, a los avances de plan operativo, a los manuales, a los comités del hospital al mipg. Se dio cumplimiento a las reuniones de comité de control interno (4 en el año), se dio cumplimiento a los reportes de ley a través del cuadro (COLA) se adjunta.

Se brindó 6 capacitaciones en marzo y julio al comité de gestión y desempeño con un consultor externo, en los temas de: Fundamentos, articulación y ejemplos Sistemas de Gestión y de Control Interno. Roles y responsabilidades Líneas de defensa, Explicación operación Líneas de Defensa en Procesos Estratégicos y de Apoyo. Elementos de análisis para identificar riesgos y puntos de control en los procesos. Política de operación para indicadores. Controles en los procedimientos. Relación entre la evaluación y la auditoría y los planes de mejoramiento Institucional y por proceso. Relación entre los planes de mejoramiento y la gestión del riesgo. Mejores prácticas en la formulación, seguimiento, evaluación y verificación de los planes de mejoramiento.

Además de una capacitación de registro de furag y se organizaron las responsabilidades de las líneas de defensa. Se desarrolló campaña de autocontrol con el comité municipal de control interno, a través de la contraloría.

5. Se da a conocer programa de auditoria de control interno anual 2023, el cual se consolido con la calidad y se articulan las auditorías, se hará énfasis por parte de la oficina de control interno en la auditorías a: talento humano (planes institucionales y otros), contratación (precontractual y contractual), atención al usuario(seguimiento a las respuestas de las pqs), SGSST, área financiera, para esta última se solicita un profesional en el área financiera para realizarla en lo posible que sea externo.

La anterior solicitud es aprobada, se revisara porque rublo o con que profesional se puede suplir esta necesidad.

Por unanimidad es aprobado por los asistentes el programa de auditoria 2023 (adjunto)

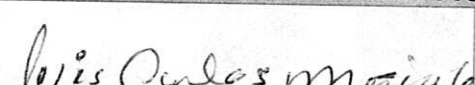
6. No hubo proposiciones.

Adjunta informe de gestión (5 folios)

Plan o programa de auditoria (3 folios)

Registro de asistencia (1 folio)

APROBACIÓN DEL ACTA

		
Ruby Esneda Marin L.	Luis Carlos Mejía Quiceno	Junio de 2023
Firma de quien Elaboró	Firma del Gerente o Responsable	Fecha Próxima Reunión:

INFORME DE GESTIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2022

Para: Gerencia

Fecha de elaboración: Diciembre 22 de 2022.

A continuación se presenta el informe de gestión de la oficina de control interno correspondiente a la vigencia 2022.

De manera preventiva la oficina de Control interno contribuye al mejoramiento continuo de los procesos del hospital y control en la gestión, a través de la actividad independiente y objetiva de evaluación y asesoría, teniendo en cuenta las funciones inherentes a esta oficina.

Dentro de los cinco roles de la oficina de Control Interno se desarrolló las siguientes actividades durante la vigencia 2022.

1. **EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL:** De acuerdo con este rol la Oficina de Control Interno cumplió con el plan de auditorías para la vigencia 2022 aprobadas por el comité de Coordinación de Control Interno. Las cuales se realizaron desde marzo hasta diciembre así:

Nº	PROCESO AUDITAR	OBJETIVO Y ALCANCE	CRITERIOS DE AUDITORIA
1	Sistemas	Revisión, análisis, evaluación al cumplimiento Accesibilidad web.	Ley 1712 del 2014. Decreto 1081 del 2015. Artículo 2.1.1.3.1.1 numeral 5. Resolución 1519 de 2020 "Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar
2	Contratación	Hacer seguimiento al desarrollo de la contratación en las 3 fases (precontractual, contractual y pos contractual, acorde a la norma que la rige.	Manual de contratación, procedimiento calidad, informes de auditoría externa.
3	Talento humano	Verificar el cumplimiento en la concertación de objetivos, el seguimiento y evaluación de desempeño de los funcionarios.	Acuerdo 6176 de 2018, Por el cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Periodo de Prueba, Ley 909 de 2004.

4	Planeación-calidad	Revisar el Procedimiento para autorización de <u>trámites</u> y el seguimiento a la política de racionalización de trámites	Ley 962 de 2005, decreto 019 de 2012, decreto 1081 de 2015, Resolución 1099 de 2017, Sistema Único de Información de Trámites -SUIT. Ley 1474 de 2011
5	Gestión del riesgo	Verificar la efectividad de los controles establecidos para minimizar los riesgos en especial los de corrupción y dar cumplimiento a los objetivos.	Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. Ley 1474 art. 73, 81. Ley 1437 de 2011. Ley 1757 de 2015. Resolución 012 del 20 de enero 2022 contraloría municipal, Política institucional de riesgos.
6	Planeación-calidad	verificar los avances en la ejecución del plan operativo anual (POA 2022)	Metas del plan operativo anual, plan anual de adquisiciones, plan de desarrollo municipal 2020-2023.
7	Varios Procesos transversales	Hacer seguimiento al desarrollo dentro de los <u>comités institucionales</u> que tiene la entidad en especial los creados por norma.	Normativa vigente relacionada con la creación de cada comité. Actas de los comités.
8	Planeación-calidad	Revisión, análisis al avance en la implementación del Modelo integrado de planeación y gestión MIPG.	Decreto 1499 de 2017 (sistema de gestión)
9	Varios Procesos transversales	Evaluar el estado actual de los <u>manuals institucionales</u> con los que cuenta la entidad.	Normativa vigente relacionada con la construcción de los manuales.
10	Planeación-calidad	Realizarse el seguimiento a los avances de los <u>planes de mejoramiento</u>	Informes auditorías internas, externas y resultados del furag.
11	Planeación-calidad	Realizar el seguimiento a la medición al cumplimiento de los indicadores.	marco legal pamec, plan de desarrollo 2020-2024
12	Gestión de atención al usuario	Verificar el cumplimiento del proceso de atención al usuario (pqrs)	Ley 190 de 1995. Atención al usuario, ley 1474 DE 2011, ley 1437 de 2011 en su artículo 7 numeral 5:
13	Revisión y rendición informes obligaciones legales (cola)	Verificar, revisar y rendir informes obligatorios administrativos y financieros	(Adjunta) cuadro informes legales con su respectiva normativa, fechas y medio para rendir

2. VALORACIÓN DE RIESGOS: Mediante la verificación de los controles existentes para minimizar la probabilidad e impacto de la ocurrencia de los riesgos, se realizó seguimiento semestral al mapa de riesgos y a través de las auditorías a cada proceso de evidencia el seguimiento de los riesgos y sus controles. Teniendo en cuenta que se materializo 2 riesgos del área administrativa y financiera a los cuales se le vienen haciendo las acciones correctivas y de mejora a través de los líderes de tesorería y facturación, igualmente se notificó al área de calidad-planeación para actualizar y revisar estos riesgos acordes a los procesos y a la normativa.



HOSPITAL
San Juan de Dios
Empresa Social del Estado
Rionegro - Antioquia

Siempre por la vida

NIT. 890.907.254-7

PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN
FORMATO MAPA DE RIESGOS CORRUPCIÓN E INFORMACIÓN 2022

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO			TRATAMIENTO DEL RIESGO					SEGUIMIENTO riesgos corrupción y otros	
Nº	Riesgo	Clasificación	Causas Vulnerabilidades	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo inherente	Opinión de Manejo	Actividad de Control	Soporte	Responsable	Tiempo	Indicador	Control interno
1	Desconocimiento del usuario interno de los servicios ofrecidos por la institución	Estratégico	Debilidad de procedimientos de inducción y reinducción, insuficiente capacitación al personal que labora atendiendo usuarios. Alta rotación del personal. Desactualización de medios de transmisión de información. Falta de un portafolio de servicios institucional actualizado y completo.	Pérdida económica para la institución. Mala imagen institucional. Insatisfacción de usuario interno y externo. Desaprovechamiento de la capacidad instalada.	Casi seguro	Insignificante	ALTO	REDUCIR	Reestructuración del proceso de inducción. Identificación de cadenas de difusión. Comunicados internos de los cambios significativos. Actualización y difusión del portafolio.	Listados de asistencia a la inducción y reinducción de personal. Registros del seguimiento de servicios publicados en página web y difundidos a través del correo electrónico. Registros de difusión de información por redes sociales.	Jefe de Talento Humano Comunicadora	Continuo	Proposición de personal con proceso de inducción completo.	may-22 Continuamente se realiza la inducción o reinducción, según el caso si personal que ingresa a la entidad ya sea por prestación de servicios o por convenio con otra entidad. (Pantallazo de la plataforma común de la inducción y reinducción que se realiza virtualmente. Lista de empleados que ingresan a la entidad sujetos a inducción y/o reinducción.)
3	Utilización inadecuada de canales y medios de comunicación de la institución	Estratégico	Desinformación del personal en la transmisión adecuada de información al equipo de trabajo. Falta de tiempo por carga laboral. Uso de correo electrónico institucional solo para algunos cargos. Desconocimiento de los canales de información.	Desorden en la atención y en el receptor de la información. Información no oficial. Información no articulada desde el área encargada.	Casi seguro	Insignificante	ALTO	REDUCIR	Seguimiento a parrilla de programación. Seguimiento a la cadena de difusión institucional. Emisión de comunicados oficiales.	Parrilla de programación. Registros de cadena de difusión. Comunicados.	Comunicadora	Trimestral	Proposición de plan de acción de comunicaciones implementado.	Se realizó seguimiento a la cadena de difusión de whatsapp, identificando información, pertinencia de la información y uso por parte de los colaboradores, además seguimiento a la parrilla de programación de medios externos en el Plan de medios (institucional) donde se establecen temas, canales y medios implementados durante el año. Finalmente, se envían comunicados de información oficial internos (pueden estar representados como piezas gráficas) con el fin de recordar los medios oficiales con los que cuenta el Hospital y que

SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Nº	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			VALORACIÓN DEL RIESGO			TRATAMIENTO DEL RIESGO					SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO (SEPTIEMBRE 2022)		
	Riesgo	Categoría	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo inherente	Objetivo de gestión	Actividad de Control	Instrumento	Responsable	Tiempo		Indicador	
1	Desempeño del servicio interno de los servicios ofrecidos por la institución	Estratégico	Debilidad de procedimientos de inducción y reincorporación al personal que labora atendiendo usuarios. Atraso en la atención de los usuarios. Desatención de los usuarios. Faltas de un portafolio de servicios institucional actualizado y completo.	Pérdida económica para la institución. Mala imagen institucional. Insatisfacción de usuarios y entorno. Desempeño deficiente de la capacidad instalada.	Caso seguro	Insuficiente	ALTO	REDUCIR	Reestructuración del proceso de inducción. Identificación de canales de difusión. Comunicados internos de los cambios significativos. Actualización y difusión del portafolio.	Cartilla de asistencia a la inducción y reincorporación de personal. Registro del servicio al usuario. Portafolio de servicios publicado en página web y difundido a través del correo electrónico. Registro de difusión de.	Jefe de Talento Humano Comunicadora	Continuo	Proporción de personal con proceso de inducción completo.	La Entidad viene realizando inducción a todo el personal que ingresa, para el mes de septiembre se tiene programada la reincorporación, además cuenta con la intranet donde se mantiene actualizada la información de las comunicaciones y se realiza difusión de los cambios a través de las redes que cuenta la entidad página web, correo.
3	Utilización inadecuada de canales y medios de comunicación de la institución	Estratégico	Desempeño del personal en la transmisión adecuada de información al equipo de trabajo. Falta de tiempo por carga laboral. Uso de correo electrónico institucional solo para algunos cargos. Desconocimiento de los canales de información.	Decaden en la eficiencia y en el receptor de la información. Información no oficial. Información no oficial. Información no oficial.	Caso seguro	Insuficiente	ALTO	REDUCIR	Seguimiento a peticiones de programación. Seguimiento a la cadena de difusión institucional. Emisión de comunicados oficiales.	Plan de programación. Registro de cadena de difusión. Comunicaciones.	Comunicadora	Trimestral	Proporción de plan de acciones de comunicaciones implementado.	Se cuenta con el Plan de comunicaciones aprobado y actualizado en la vigencia 2022.
8	Calificación de contratos en el seno de las formalidades establecidas en la ley y los reglamentos	De cumplimiento	Falta de claridad en la aplicación de los procedimientos contractuales del hospital por parte de los funcionarios del hospital y/o contratistas.	Pérdida económica para la institución. Insatisfacción de usuarios internos y entorno. Riesgos legales de la entidad.	Probable	Mayor	EXTREMO	REDUCIR	Aplicación rigurosa del estatuto y manual de contratación de la ESE. Verificación de los requisitos contractuales.	Lista de chequeo, expedientes contractuales e informe de ejecución contractual.	Asesor y asistente jurídico	Continuo	Porcentaje de cumplimiento de procedimientos contractuales.	La oficina de control interno realizó su función a la gestión contractual y en cada expediente contractual se encuentra la lista de chequeo y la ejecución del contrato, la lista de chequeo fue actualizada.
9	Cobro para facilitar un trámite	De corrupción	Alta demanda. Disminución de oferta.	Investigaciones, sanciones disciplinarias y judiciales.	Improbable	Mayor	ALTO	EVITAR	Uso de la Ley de Servicios con acceso restringido. Auditoría de trámites realizados por los usuarios.	Informe de ejecución de citas de Servicio. Cuadros de turno no asignaciones.	Coordinadores de Areas Ambulatorias	Trimestral	Proporción de eventos de control con seguimiento.	Se encuentra con usuario y contratista, solamente ingresa la persona autorizada, se realiza un control a la asignación de citas.

3. ASESORÍA Y ACOMPAÑAMIENTO: Promover el mejoramiento continuo de los procesos de la Entidad asesorando en los procesos y la alta dirección en la búsqueda del cumplimiento de los objetivos y alcance. Esta actividad se lleva a cabo mediante la asistencia en los diferentes comités (de sostenibilidad, conciliación, contratación, coordinación de control interno y control interno disciplinario, directivo y de gestión, entre otros donde Control Interno participa con voz, pero sin voto, además se realiza asesoría a las diferentes dependencias cuando lo requieren. Se brindó cinco jornadas de capacitación y asesoría en los meses de marzo a junio, sobre los temas: Sistema integrado de Gestión. (Riesgos y controles, procesos y procedimientos, indicadores, planes de mejora, líneas de defensa a través de un expositor externo conocedor de los temas del sistema de control interno y de gestión.

4. FOMENTO DE LA CULTURA DEL CONTROL: Se elaboró y aportó herramientas e instrumentos orientados a sensibilizar e interiorizar el ejercicio de la autogestión, autocontrol y autoevaluación.



HOSPITAL
San Juan de Dios

Empresa Social del Estado
Rionegro - Antioquia

Siempre por la vida

NIT. 890.907.254-7

RESOLUCIÓN No. 191

(Ciudad Santiago de Arma de Rionegro, 24 de octubre de 2022)

POR MEDIO DE LA CUAL SE IMPLEMENTA EL ESQUEMA DE LAS LINEAS DE DEFENSA Y LINEAS DE REPORTE DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN -MIPG

El Gerente del Hospital San Juan de Dios E.S.E Rionegro, en uso de las facultades legales estatutarias y en especial las otorgadas por los artículos 209 de la Constitución Política, la Ley 489 de 1998 y,

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 209 de la Constitución Política determina que, La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones.

Se realizó Campaña sobre el autocontrol Con representación y participación de todas las áreas (120 personas aprox.) en relación a la Semana institucionalizada por la gobernación de Antioquia, y desarrollada por el comité municipal de control interno.

avanzamos años
con orientación al control interno

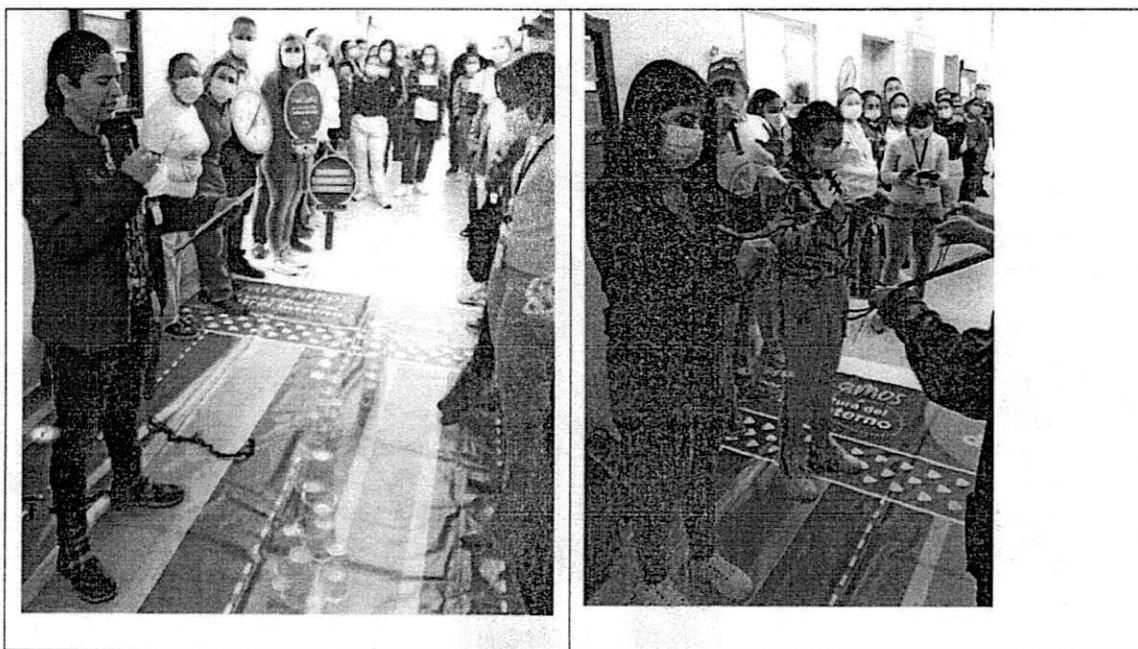
Semana de la Cultura del Control
Del 8 al 11 de noviembre

Autocontrol
Autocontrol
Autocontrol

Organiza: Comité Municipal de Control Interno

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Actividad	Actividad	Actividad	Actividad
Apertura del Evento	Actividad Académica	Actividad entidades descentralizadas	Actividad entidades descentralizadas
Proyectando la cultura del control	XV ENCUENTRO INTERNACIONAL DE CONTROL INTERNO	Proyectando la cultura del control	Proyectando la cultura del control
ACTIVIDAD PARA REFORZAR LOS PILARES DEL CONTROL INTERNO	Plaza mayor de 9:00 a.m a 4:00 p.m	ACTIVIDAD PARA REFORZAR LOS PILARES DEL CONTROL INTERNO	ACTIVIDAD PARA REFORZAR LOS PILARES DEL CONTROL INTERNO
Alcalde primer piso 9:00 a.m	CONVERSATORIO Transferencia de conocimientos para el ejercicio auditor.	ESO 8:30 a.m HOSPITAL 10:00 a.m EDES 1:30 p.m INCAROSA 3:00 p.m	IMER 7:30 a.m SOMOS 9:00 a.m NUTRICIÓLOGOS 10:30 a.m
	3:00 p.m		



A Través de los informes de auditoría del sistema de Control Interno, se orienta hacia un autocontrol y autoevaluación a través de las líneas de defensa.

5. RELACIÓN CON LOS ENTES EXTERNOS: Facilitar el cumplimiento de las exigencias de ley y solicitudes de los diferentes organismos que nos vigilan. Este rol se cumple a través de los diferentes informes que se deben presentar y de los planes de mejoramiento derivados de las auditorías realizadas por los organismos externos.

SEGUIMIENTO AL CALENDARIO DE OBLIGACIONES LEGALES ADMINISTRATIVAS Y FINANCIERAS (COLA) INFORMES DE LEY: se cumplieron al 100%, de acuerdo con las normas establecidas, en su mayoría se publican en la web.

SEGUIMIENTO A INFORME	NORMATIVA	PERIODO-FECHA
Seguimiento al cumplimiento de los PLANES DE MEJORA DE LAS AUDITORIAS EXTERNAS. plataforma SIA Contraloría (formato propio)	Resolución 2020500002034 de Rendición de cuentas. Artículo 10. Resolución 012 del 20 de enero 2022 de la contraloría municipal, artículo 8 numeral 5, parágrafo 2.	Cada TRES meses, abril 10 julio 10 octubre 10 Enero 10.
SEMESTRAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (pormenorizado) formato único (publicar en la web) y SIA contraloría	Circular externa 100-006 de 2019. Decreto 648 de 2017. Ley 1474 de 2011 art. 9. Modificado por el Decreto Decreto 2106 de 2019 art. 156. Resolución 012 de enero 2022. DECRETO 1083 DE 2015.	Semestral, enero. julio



HOSPITAL
San Juan de Dios
Empresa Social del Estado
Rionegro - Antioquia
Siempre por la vida
NIT. 890.907.254-7

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS, evaluación gestión institucional (procesos) SIA contraloría. (para 2023)	Ley 909 de 2004. Art. 39, Circular 04 de 2005 Consejo Asesor Del Gobierno Nacional. Decreto 648 de 2017 art. 2020210409 # E. sentencia 00920/2018 ART. 17 CNSC. Decreto 2145 de 1999, artículo 8. Resolución 012 del 20 de enero 2022 de la contraloría mpal, Acuerdo 6176 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil. www.siacontralorias.auditoria.gov.co	Anual, febrero
CONTROL INTERNO CONTABLE (contaduría Gral. De la nación) en plataforma CHIP. Y plataforma SIA contraloría.	Resolución 533 de 2015, resolución, Decreto 648 de 2017 art. 2.2.21.4.9 lit. d. Instructivo N° 001 de dic 2021 c.g. nación. Resolución 706 del 16 de diciembre de 2016, artículo 3° Resolución 193 de 2016, modificada por las Resoluciones 043 y 097 de 2017	Anual, febrero
DERECHOS DE AUTOR (dirección Nacional de derechos de autor) plataforma. SIA contraloría (derautor@derautor.gov.co)	Directiva presidencial 002 de 2002. Derechos de autor software. Decreto Nal 648 de 2017 artículo 2.2.21.4.9, lit. f circular 17 de 2011 derechos de autor. Resolución 108 de julio de 2022 de la contraloría municipal	Anual, (3er viernes de marzo).
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO MECI- informe ejecutivo anual, resultado arrojado FURAG y recomendaciones y plan de trabajo En plataforma DAFP. Y SIA contraloría.	Decreto 648 de 2017 art. 2.2.21.4.9 lit. a. decreto 1083 de 2015 art. 2.2.22.3.10 y 2.2.23.3. Y, Resolución 108 julio 2022 de la contraloría mpal. Después de ser liberado de DAFP	Anual, febrero 28
Seguimiento al sistema de gestión del empleo SIGEP procesos vinculación, desvinculación, hojas de vida, declaración juramentada de bienes y rentas entre otros. Plataforma SIA contraloría.	Resolución 012 de enero 2022 y 108 julio de la contraloría municipal Directiva 015 agosto 30 2022 de la procuraduría. Declaración de bienes y rentas del 1 de junio y el 31 de julio de cada vigencia. Artículo 2.2.16.4 decreto 1083 de 2015.	Anual, agosto.
SEGUIMIENTO a las PQRS y atención al ciudadano. (gerencial) (Publicar en web.) SIA contraloría.	Ley 1474 de 2011 art. 76. Decreto 491 de 2020.	Semestral, enero - Julio

	Resolución 012 de enero y 108 de julio de 2022 de la contraloría municipal.	
INFORMES DE SEGUIMIENTO AL DESARROLLO DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN y atención al ciudadano (publicar en la web). Y Plataforma SIA contraloría.	Decreto 124 de 2016 art.2.1.4.6 Y 8. Circular externa 100-020-2021 de la Función Pública. Resolución 108 de julio 2022 de la contraloría municipal. Ley 1474 art. 73, 81. Guía Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.	Cada 4 meses, Enero- mayo. Septiembre.
Seguimiento a los mapas o MATRIZ DE RIESGOS de corrupción. Y política de riesgos. SIA contraloría	Decreto 124 de 2016, Decreto 1083 de 2015 art. 2.2.21.5.3 y 4. Decreto 1081 de 20105 artículos 2.1.4.5 y 6 (monitoreo y seguimiento publicar en la web)	Sept. (2 seguimientos)
Seguimiento del PLAN DE MEJORAMIENTO ARCHIVÍSTICO, si posee plan con el archivo general o certificación. Plataforma. SIA contraloría	Decreto 648 de 2017, decreto 106 de 2015 Resolución 108 de julio de 2022 de la contraloría municipal.	Semestral, febrero agosto
Informe seguimiento AUSTERIDAD DEL GASTO	Decreto 1068 de 2015, capítulo 7. Artículo 2.8.4.8.2 Resolución 108 de julio de 2022 de la contraloría, decreto 397 de 17 de marzo de 2022. Decreto No. 984 de 14 de mayo de 2012 (Modifica el art. 22 del Decreto 1737 de 1998) Decreto No.371 del 8 de abril de 2021	Cada 3 meses enero abril, julio, octubre
Seguimiento a las funciones del COMITÉ DE CONCILIACIONES	Resolución 108 del julio 2022 de la contraloría municipal. Decreto compilatorio 1069 de 2015 artículo 2.2.4.3.1.2.12. Artículos 2.2.4.3.1.2.2 Al 2.2.4.3.1.2.9. Decreto nacional 1167 de 2016 artículo 3. Resolución 204 de agosto 18 de 2009. Decreto 1167 de 2016 artículos 2, 3, 6. Resolución Gerencial 204 de agosto 18 de 2009.	Cada 6 meses, febrero 15, agosto 15.
Actas del COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO. Plataforma. SIA contraloría	Resolución 108 del julio 2022 de la contraloría municipal. Decreto 1083 de 2015 (art. 2.2.21.1.6)	Anual agosto
Seguimiento al cumplimiento de los PLANES DE MEJORAMIENTO DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS. Plataforma. SIA contraloría	Resolución 108 del julio 2022 de la contraloría municipal.	Anual agosto
Seguimiento MATRIZ LEY DE TRANSPARENCIA – ITA – (índice de transparencia y acceso a la información). SIA contraloría.	Formatos por resolución Ley 1712 DE 2014 artículo 23. 108 de julio 2022 de la contraloría municipal. Directiva 014 agosto 2022 de la procuraduría	Anual Agosto



HOSPITAL
San Juan de Dios
Empresa Social del Estado
Rionegro - Antioquia
Siempre por la vida

NIT. 890.907.254-7

Seguimiento a las plataformas de contratación, SECOP- SIA OBSERVA SIA contraloría.	Resolución 012 del 20 de enero 2022 de la contraloría municipal. Artículo decimo, parágrafo 1	Cada 3 meses, enero, abril, julio, octubre.
Reporte y/o actualización de inmuebles y participaciones accionarias en el sistema de información de gestión de activos (SIGA)	Ley 1778 de 2016 (2.5.2.1.2) Asesorías en siga@cisa.gov.co	Anual de acuerdo a
LEY DE CUOTAS FEMENINAS (participación de la mujer en los niveles decisorios de las diferentes ramas y órganos del poder público)	Ley 581 de 2000 artículo 12 dafp., De acuerdo con circular 100-009-2022 DAFP (en línea) decreto 455 del 2020 dafp.	Anual
RENDICION DE CUENTAS (contraloría Municipal) en plataforma SIA contraloría.	Resolución 012 del 20 de enero 2022 de la contraloría mpal.	Anual, febrero 28
INFORME DE GESTION de control interno, (mapa de riesgos, pormenorizado, furag, control interno contable, otros.	Directriz en la plataforma sia contraloría. formato propio anexo F27	Anual.
AUDIENCIA RENDICIÓN DE CUENTAS de la entidad a la ciudadanía.	Ley 1757 DE 2015.	Anual
PLAN ANUAL DE AUDITORIA INTERNA de control interno (aprobación en el comité institucional de control interno).	Decreto 648 de 2017 art. 2.2.21.1.6 lit b	Anual, febrero
RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES a través del Sistema Único de Información de Trámites -SUIT. OPAS, el seguimiento a la política de racionalización de estos. (Abril 30, agosto 31, dic. 31) diez primeros días del mes siguiente, se presenta el informe.	Ley 2052 de 2020, decreto 088 de 2022, resolución 455 de 2021, Ley 962 de 2005, decreto 019 de 2012, decreto 1081 de 2015, Ley 1474 de 2011. Resolución Gerencial 122 de mayo de 2018 (política de racionamiento de trámites. Presentación política de simplificación racionalización y estandarización de los tramites DAFP abril 2022.	Anual
AUDITORIAS INTERNAS control I. (Anual). Procesos de calidad, programas, proyectos, áreas, modelos, políticas, matrices, planes etc.	Ley 87 de 1993. Decreto 780 de 2016.	Prevía aprobación al plan de auditoria (febrero a diciembre)
Seguimiento y participación a COMITÉS institucional Control Interno, e institucional de gestión y desempeño mipg, sostenibilidad, contratación, control interno disciplinario, sostenibilidad, conciliación. Entre todos los	Decreto 1083 de 2015 art. 2.2.21.7.4, 2.2.22.3.7, decreto 648 de 2017.	Acorde a las fechas dadas por resolución y cronograma de calidad.

SEDE JORGE HUMBERTO GONZÁLEZ NOREÑA

Cra. 48 No. 56-59 - Conm.: 531 37 00 Fax: 531 10 00

SEDE GILBERTO MEJÍA MEJÍA

Cra. 70 No. 40-68 - Conm.: 531 69 27

Rionegro - Antioquia

creados formalmente por resolución gerencial o mandato del gobierno nacional.		
Derecho del acceso a la información pública. Publicación de la información y actualizar cada mes EN LA WEB.	Ley 1712 DE 2014 de Transparencia Y Del Derecho De Acceso A La Información Pública. Artículo 7, 9 y 10.	Actualizar cada mes
Informe anual de los activos de la entidad	SIGA (sistema de información gestión de activos) a través del CISA. DAFP	Anual
Arqueos de CAJA	Dos informes en esta anualidad.	Semestral

AUDITORIAS DE GESTIÓN: Se cumplieron en un 100%, de acuerdo al programa o plan presentado y aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno en el mes de febrero.

Cordialmente,



Jefe de control interno



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

Código
FEC0203001

Fecha:
Julio de 2016

FORMATO PROGRAMA DE AUDITORIAS 2023 VERSIÓN 02

Nº	PROCESO A AUDITAR	OBJETO Y ALCANCE	CRITERIOS DE AUDITORIA	FECHA		EQUIPO	LUGAR
				Inicio	Finaliza		
1	Calidad y Mejora Continua	Autoevaluación frente a requisitos de acreditación	Resolución 5095 de 2018	Enero de 2023	Febrero de 2023	Grupo PAMEC	Toda la Institución
2	Talento Humano	Verificación de los estándares aplicables a todos los servicios y el grado de implementación de los planes estratégicos del área	Resolución 3100 de 2019 Planes estratégicos	Febrero 2 de 2023	Febrero 3 de 2023	Calidad Control interno	Oficina de Talento Humano
3	Infraestructura	Verificación de los estándares aplicables a todos los servicios	Resolución 3100	Febrero 6 de 2023	Febrero 7 de 2023	Calidad	Toda la Institución
4	Dotación	Verificación de los estándares aplicables a todos los servicios y grado de implementación de los procedimientos para la gestión de inventarios	Resolución 3100 Manual de inventarios y almacén	Febrero 8 de 2023	Febrero 10 de 2023	Calidad Control interno	Biomed
5	Medicamentos	Verificación de los estándares aplicables a todos los servicios y seguimientos a inventarios de medicamentos e insumos	Resolución 3100	Febrero 13 de 2023	Febrero 13 de 2023	Calidad Control interno	Servicio Farmacéutico
6	Procesos Prioritarios	Verificación de los estándares aplicables a todos los servicios y manuales generales de áreas administrativas	Resolución 3100	Febrero 16 de 2023	Febrero 24 de 2023	Calidad	Oficina de Calidad
7	Historia Clínica	Verificación de los estándares aplicables a todos los servicios	Resolución 3100	Febrero 27 de 2023	Febrero 28 de 2023	Calidad	Oficina de Calidad



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

Código
FEC0203001

FORMATO PROGRAMA DE AUDITORIAS 2023

VERSIÓN 02

Fecha:
Julio de 2016

Nº	PROCESO A AUDITAR	OBJETO Y ALCANCE	CRITERIOS DE AUDITORIA		FECHA		EQUIPO	LUGAR
			Inicio	Finaliza				
8	Sede GMM	Verificar los niveles de desviación frente a los procedimientos de la Sede GMM	Resolución 3100 de 2019	Marzo 2023	Marzo 2023		Grupo de Auditores Internos	Sede GMM
9	Cirugía	Realizar Diagnóstico frente a la eficiencia del proceso de cirugía desde la programación hasta cita de revisión y egreso del usuario	Resolución 3100 de 2019	Marzo 2023	Marzo 2023		Grupo de Auditores Internos	Servicio de Cirugía
10	Urgencias	Verificar el grado de avances en los planes de mejora planteados en el año anterior	Resolución 3100 de 2019	Marzo 2023	Marzo 2023		Grupo de Auditores Internos	Servicio de Urgencias
11	Contratación	Verificar desarrollo de las etapas pre y contractual del proceso de contratación	Estatuto y Manual de contratación	Marzo 2023	Marzo 2023		Control interno	Jurídica
12	Hospitalización Pediatría/ Pensión/ Cuidado básico neonatal	Verificar el nivel de desviación frente al procedimiento de hospitalización	Resolución 3100 de 2019	Abril 2023	Abril 2023		Grupo de Auditores Internos	Servicio de Hospitalización Pediatría y Cuidado básico neonatal
13	Hospitalización Ortopedia	Verificar el nivel de desviación frente al procedimiento de hospitalización	Resolución 3100 de 2019	Abril 2023	Abril 2023		Grupo de Auditores Internos	Servicio de Hospitalización Ortopedia
14	Financiera	Verificar de cumplimiento de los procedimientos financieros		Abril 2023	Junio 2023		Control interno	Área financiera

N°	PROCESO A AUDITAR	OBJETO Y ALCANCE	CRITERIOS DE AUDITORIA	FECHA		EQUIPO	LUGAR
				Inicio	Finaliza		
15	Hospitalización Quirúrgicas	Verificar el nivel de desviación frente al procedimiento de hospitalización	Resolución 3100 de 2019	Mayo 2023	Mayo 2023	Grupo de Auditores Internos	Servicio de Hospitalización Quirúrgicas
16	Hospitalización Medicina Interna	Verificar el nivel de desviación frente al procedimiento de hospitalización	Resolución 3100 de 2019	Mayo 2023	Mayo 2023	Grupo de Auditores Internos	Servicio de Hospitalización Medicina Interna
17	Calidad y mejora continua (SIAU)	Verificar el grado de eficiencia del sistema de información y atención al usuario	Ley 190 de 1995. Atención al usuario, LEY 1474 DE 2011, ley 1437 de 2011 en su artículo 7 numeral 5:	Mayo 2023	Mayo 2023	Calidad y Control interno	Atención al usuario – Procesos misionales
18	Hospitalización Ginecoobstetricia	Verificar el nivel de desviación frente al procedimiento de hospitalización	Resolución 3100 de 2019	Junio 2023	Junio 2023	Grupo de Auditores Internos	Servicio de Hospitalización Ginecoobstetricia
19	Atención al Parto	Verificar el nivel de desviación frente al procedimiento de hospitalización	Resolución 3100 de 2019	Junio 2023	Junio 2023	Grupo de Auditores Internos	Servicio de Atención al parto
20	Calidad y Mejora Continua	Medición Inicial del PAMEC	Indicadores definición de la calidad esperada PAMEC	Junio 2023	Junio 2023	Grupo PAMEC	Toda la Institución



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA
FORMATO PROGRAMA DE AUDITORIAS 2023
VERSIÓN 02

Código
FEC0203001
Fecha:
Julio de 2016

Nº	PROCESO A AUDITAR	OBJETO Y ALCANCE	CRITERIOS DE AUDITORIA		FECHA		EQUIPO	LUGAR
			Inicio	Finaliza	Inicio	Finaliza		
21	Apoyo Diagnostico (Laboratorio)	Verificar el nivel de desviación frente a los procedimientos de laboratorio Clínico	Resolución 3100 de 2019	Julio 2023	Julio 2023	Julio 2023	Grupo de Auditores Internos	Laboratorio
22	Apoyo Terapéutico (Servicio Pre transfusional)	Verificar el nivel de cumplimiento de los estándares de habilitación del servicio pre transfusional	Resolución 3100 de 2019	Julio 2023	Julio 2023	Julio 2023	Grupo de Auditores Internos	Banco de Sangre
21	Apoyo diagnostico (Patología)	Verificar el cumplimiento de los requisitos de habilitación del servicio de patología	Resolución 3100 de 2019	Agosto 2023	Agosto 2023	Agosto 2023	Grupo de Auditores Internos	Patología
22	Ambulatorios (Consulta Externa)	Verificar el grado de avance en los planes de mejora planteados en el año anterior	Resolución 3100 de 2019	Agosto 2023	Agosto 2023	Agosto 2023	Grupo de Auditores Internos	Consulta Externa
23	Contratación	Verificar desarrollo de las etapas contractuales y pos etapas del proceso de contratación	Estatuto y Manual de contratación	Marzo 2023	Marzo 2023	Marzo 2023	Control interno	Jurídica
24	Ambulatorios (Terapias)	Verificar el nivel de cumplimiento de los requisitos de habilitación del servicio de terapias	Resolución 3100 de 2019	Septiembre de 2023	Septiembre de 2023	Septiembre de 2023	Grupo de Auditores Internos	Servicio de Consulta externa
25	Servicio Farmacéutico y central de esterilización	Auto inspección de requisitos de planta de aire medicinal	Resolución 2011012580 del 25 de abril de 2011	Septiembre de 2023	Septiembre de 2023	Septiembre de 2023	Grupo producción Aire Medicinal	Planta de aire medicinal
26	Servicio farmacéutico y	Verificación del grado de cumplimiento de los programas de	Decreto 2200 de 2005	Septiembre de 2023	Septiembre de 2023	Septiembre de 2023	Asesora de Calidad	Servicio Farmacéutico



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

Código
FEC0203001

Fecha:
Julio de 2016

FORMATO PROGRAMA DE AUDITORIAS 2023 VERSIÓN 02

N°	PROCESO A AUDITAR	OBJETO Y ALCANCE	CRITERIOS DE AUDITORIA	FECHA		EQUIPO	LUGAR
				Inicio	Finaliza		
27	Servicio Farmacéutico	farmacovigilancia y tecnovigilancia Verificación del cumplimiento de los requisitos de habilitación del servicio farmacéutico	Resolución 3100 de 2019	Octubre 2023	Octubre 2023	Grupo de Auditores Internos	Servicio Farmacéutico
28	Apoyo diagnóstico (Imagenología)	Verificar el grado de avances en los planes de mejora planteados el año anterior	Resolución 3100 de 2019	Octubre 2023	Octubre 2023	Grupo de Auditores Internos	Servicio de imagenología
29	Servicio farmacéutico y central de esterilización	Verificación del cumplimiento de los procedimientos de la planta de producción de aire medicinal	Resolución 2011012580 de 2011	Octubre 2023	Octubre 2023	Asesora de Calidad	Planta de Aire medicinal
30	Banco de Sangre	Verificación de cumplimiento hallazgos de INVIMA	Acta visita INVIMA	Noviembre 2023	Noviembre 2023	Asesora de Calidad	Banco de Sangre
31	Calidad y mejora continua	Verificación de grado de cumplimiento de funciones comités institucionales	Manual de Comités	Diciembre de 2023	Diciembre de 2023	Asesora de Calidad Control interno	Oficina de calidad
32	Talento Humano	Hacer seguimiento a la gestión de SGSST	Lista de chequeo	Diciembre de 2023	Diciembre de 2023	Asesora de Calidad Control interno	Talento Humano
33	Servicio Farmacéutico y central de esterilización	Auto inspección de requisitos de planta de aire medicinal	Formato auto inspección de procesos en producción	Diciembre de 2023	Diciembre de 2023	Grupo producción aire medicinal	Planta de aire medicinal



HOSPITAL
General de México
Secretaría de Salud
Siempre Por ti vida

PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

Código
FEC0203001

FORMATO PROGRAMA DE AUDITORIAS 2023

VERSIÓN 02

Fecha:
Julio de 2016

N°	PROCESO A AUDITAR	OBJETO Y ALCANCE	CRITERIOS DE AUDITORIA		FECHA		EQUIPO	LUGAR
			de aire medicinal		Inicio	Finaliza		
34	Servicio Farmacéutico y central de esterilización	Verificación de requisitos de planta de aire medicinal	Resolución 2011012580 de 2011	Diciembre de 2023	Diciembre de 2023	Asesora de calidad / Asesor externo	Planta de aire medicinal	

Vº Bº
Jesús Cordero Mota

V.B. Generacion

FORMATO DE ASISTENCIA

Nombre de la Reunión: Comité de coordinación de control interno			Responsable: Gerencia				
Fecha: Enero 11 de 2023			Lugar: Sala de juntas del hospital S.J.D.				
Horario: 8:00 AM			Dirigido a: Miembros del comité institucional de coordinación de control interno				
N°	NOMBRE DEL ASISTENTE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SERVICIO	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Claudia Puerta	1036926560	Sede GRI	Coordinación	3127490358	coordinaciongri@hospitalriazorogov.co	Claudia Puerta
2	LUIS CARLOS MORALES	5558.924	GERENCIA	GERENTE	3266279223	luis.carlos.moraless@hospitalriazorogov.co	Luis Morales
3	LUIS HAZO GARCIA	15438096	Financiero	Tesoroero	320686308	tesoroero@hospitalriazorogov.co	Luis Hazo
4	Angela Mayllan	112844049	Calidad	Asesor	316971371	calidad@hospitalriazorogov.co	Angela Mayllan
5	Ruby Marina	39186518	C.I	J.C.I	3117606827	carolina.rivera@hospitalriazorogov.co	Ruby Marina
6	Claudia Anguiano						
7							
8							
9							
10							
11							
12							

