

Reunión:	Comité de coordinación de Control Interno.	Acta N°	02
		Fecha:	Octubre 22 del 2024
Responsable:	Gerente	Hora inicio:	8:00 am
Lugar	Sala de Juntas	Hora fin:	9:30 am

ORDEN DEL DÍA

1	Verificación del cuórum y aprobación de acta anterior
2	Informe de los avances del plan de auditorías internas de control interno.
3	Informes de los avances en las auditorías e informes de ley.
4	Proposiciones y tareas

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1	Verificación del cuórum y aprobación de acta anterior Se da inicio al comité a las 08:00 am, con la participación de 4 líderes de procesos y la gerencia, contando así con quorum para deliberar y decidir. La Doctora Diana Mejía quien preside el comité, da un cordial saludo y recalca la importancia de este comité para informar todas las generalidades del sistema de control interno y gestionar las mejorar a que haya lugar. Se realiza lectura al acta anterior y aprobación del acta del comité del mes de febrero.
2	Informe de los avances del plan de auditorías internas de control interno. Se presentaron las generalidades de la ejecución del plan anual de auditorías 2024 de control interno, se da a conocer a groso modo los resultados obtenidos de las auditorías realizadas así: Servicio Farmacéutico y de Esterilización Administración/Gestión Ambiental. Cirugía (no se hizo efectiva) Contratación Servicio De Alimentación Seguimiento Trámite de Los Pagarés Financiera (no se ha concretado el desarrollo de ésta) Recursos Físicos Y Biomédicos (no se hizo efectiva)
3	Informes de los avances en las auditorías e informes de ley.
OTROS INFORMES DE SEGUIMIENTO Semestral del sistema de control interno Planes de mejora de las auditorías externas	

Evaluación de la gestión por dependencias (evaluación a la gestión)
Control Interno Contable
PQRS y atención al ciudadano
Evaluación Al Sistema De Gestión (MIPG)
Mapa de RIESGOS DE CORRUPCIÓN y política de riesgos.
Seguimiento al Plan Anticorrupción y atención al ciudadano.
Austeridad Del Gasto. y plan de austeridad
Seguimiento I al Comité De Conciliaciones Y Defensa Jurídica.
Derechos De Autor (dirección Nacional de derechos de autor)
Rendición De Cuentas, Audiencia
Matriz Ley De Transparencia – ITA – (índice de transparencia y acceso a la información).
SIA contraloría.
Sistema De Gestión Del Empleo Sigep II procesos vinculación, desvinculación, hojas de vida, registro de conflictos de interés" hojas de vida, declaración juramentada bienes y rentas.
Arqueos de Caja menor.
Sistema de administración de riesgo de lavado de activos y de la financiación del terrorismo. SARLAFT
Subsistema De Administración Del Riesgo De Corrupción, Opacidad Y Fraude (SICOF)
Superintendencia Nacional De Salud.

Todos los informes presentados por control interno están publicados en la página web de la entidad y son enviados a la gerente.

5 | **Proposiciones y tareas**

Actualizar el Programa De Transparencia Y Ética Empresarial (PTEE). Acorde al Decreto 1122 de 2024 (igualmente actualizar el acuerdo de junta 009 del 28 de diciembre del 2023 ya que no coincide las fecha de este acto administrativo. (se le informara a talento humano).

Apoyar con el tema de avances de los planes de mejora de las diferentes áreas auditadas, en noviembre se realizará el respectivo seguimiento (auditorías internas).

Aprobar el desarrollo del curso virtual a través de la plataforma DAFP, del modelo integral de gestión MIPG, para todos los líderes de procesos entre otros. (Esta es aprobada y se bajara la información a talento humano).

Aprobar recursos para la Actividad de autocontrol (Noviembre 18-22)(aprobada por parte de la gerencia, coordinar con la subgerencia administrativa.

Revisar con todos los líderes de los procesos, los mapas de riesgos tanto de procesos como de corrupción para que las acciones a los controles sean más efectivas y medibles, elaborar participativamente el mapa de los Riegos fiscales.

ACCIONES Y TAREAS		
Descripción	Fecha	Responsable
Actualizar manual de funciones de vinculados y no vinculados	*Inmediato	Subgerente Administrativo y financiero (talento humano).
Gestionar, revisar (normativa) si se puede sistematizar a través de un módulo, la recepción de las fórmulas de control especial. Revisar en otras entidades pares.	Inmediato Inmediato	Subgerencia Científica (líder de farmacia).
Delegar la presidencia en el comité farmacéutico, y/o revisar la resolución si da pie para actualizarla según el caso.	Inmediato	Subgerencia Científica (jurídica).
Documentar el procedimiento de disposición final de residuos, dados de baja. Además llevarse a un comité ya existente, esta función.	Inmediato	Subgerente Administrativo y financiero.
Revisar posibles cobros de pagarés acumulados con cierta antigüedad a través de un servicio social.	Inmediato	Subgerente Administrativo y financiero. Talento humano.
Entregar formalmente las funciones de responsabilidad de inventarios de consumo al líder de compras e inventarios según manual de funciones.	Inmediato	Subgerente Administrativo y financiero. Talento humano.
Delegar formalmente funciones específicas a la jefe de talento humano, indelegables.	Inmediato	Subgerente Administrativo y financiero.
Plasmar o formalizar acciones de austeridad en cuanto al uso de las bolsas plásticas Vs talegos de tela.	Inmediato	Gerencia (coordinador ambiental).
Hacer gestión con otras entidades para cruzar el servicio de un profesional (contador – auditor) para realizar auditoría interna financiera en el Hospital.	Inmediato	Subgerente Administrativo y financiero.

PARTICIPANTES			
Nombre	Cargo	Asistió	Causa
Diana María Mejía Valencia	Gerente	X	
Jairo A. Gómez G	Subgerente Administrativo Y Financiero	X	

Patricia Elena Quintero V.	Subgerente Científica	X	
Cyntia teresa Mogollón J.	Asesora calidad- planeación	X	
Ruby Esneda Marín López	Jefe De Control Interno	X	

Se da por terminado el comité a las 9: 30 am

APROBACIÓN DEL ACTA		
		Por definir
Firma de quien Elaboró Ruby Esneda Marín L.	Firma del Gerente o Responsable Diana María Mejía V.	Fecha Próxima Reunión:

Se adjunta registro de asistencia original (1 folio). Informe de auditorías y otros informes (14 folios).



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

FORMATO DE ASISTENCIA
VERSIÓN 03Código
FEC0205005
Fecha:
Febrero 2023

Actividad	comite de coord. de control Interno			Responsable	Gerencia
Fecha	octubre 22/2024	Horario		Lugar	Gerencia H.S.J.D.
No	NOMBRE DEL ASISTENTE	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	CARGO/SERVICIO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Patricia Elena Quintero V	39438012	subgerencia Cu-tilica	subgerencia@hospitalmarques.gov.co	
2	Cynthia T. Magallon Jimenez	1.128.414.044	A. Planeacion Calidad	calidad@hospital	
3	Jairo A. Gomez Garcia	15.440.211	Subgerente financiero Hospital	financiera@hospital	
4	Dora Mejia V	39444318	Contable	contable@hospitalmarques.gov.co	
5	Ruby Clarin	39186518	C.I.	controlinterno@hosp.	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
OBSERVACIONES					

COMITÉ DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO

(Resolución gerencial 071 de 2018 y 107 de 2023)

FECHA: Octubre 22 del 2024

LUGAR: Gerencia

HORA: 8:00 am

TEMAS

1. Revisión acta anterior
2. Informe de los avance del plan de auditorías internas de control interno.
3. Otros informes que se presentan periódicamente.
4. Propositiones y tareas

DESARROLLO

1. Revisión acta anterior (comité directivo para esta fecha)
2. Informe de los avance del plan de auditorías internas de control interno y otros informes de legalidad.

INFORMES AUDITORIAS INTERNAS

AUDITORIA	OBSERVACIONES
Servicio Farmacéutico y de Esterilización (MAYO)	Se debe revisar las <u>funciones específicas</u> dentro del manual de funciones de la entidad. Quien lidera este proceso?

	La auditoría observa que la recepción de las fórmulas de control especial, se asientan oportunamente en el libro llamado, de control especial se realiza de forma manual soportado en dichos <u>talonarios</u> y luego se asienta en el libro físico, <u>lo cual podría generar mayores costos, demanda de tiempo y reprocesos.</u> Revisar la posibilidad de implementar un módulo que, de trazabilidad a los medicamentos. Es importante <u>actualizar el protocolo de riesgos</u> propios en la prestación del servicio farmacéutico se encuentra con fecha de Julio de 2012, <u>realizar el seguimiento periódico, a los controles</u> tanto del mapa de procesos, los riesgos del procedimiento del servicio, y del protocolo de riesgos, revisar la <u>posibilidad de unificar estos riesgos en un solo documento.</u> No se evidencia el <u>rol del presidente o su delegado en el comité</u> farmacéutico según actas no se evidencia la firma, en la Resolución Gerencial 066 de 2007, es claro este Rol. Participar de este comité o delegar formalmente en otro funcionario. HALLAZGO 1. COMPARTIDO: <u>No existe un autocontrol y seguimiento en el tema de inventarios de los cuatro puntos,</u> no es claro <u>quién es el líder</u> o área responsable de consolidar esta información, tomar acciones según los resultados de estos inventarios, y realizar los planes de mejora los cuales no se evidenciaron durante la auditoria. Se hace necesario mayor seguimiento y autocontrol al personal del servicio que tiene a cargo, realizar los <u>conteos mensualmente</u>, brindar capacitación o reinducción sobre el tema. Es necesario utilizar un documento o formato en el cual se lleve la información de los residuos (<u>medicamentos de consumo parcial</u>) y se deje soporte en la entrega al área ambiental. No se evidencia dentro del <u>organigrama</u> de la entidad, el área del servicio farmacéutico, el cual podría tenerse en cuenta en la modificación del manual de funciones. En la política del servicio farmacéutico, en el ítem, destrucción o desnaturalización de medicamentos, son entregados a la empresa ECOLOGISTICA encargada de realizar la gestión externa de los Residuos Biosanitarios aparentemente se evidencia un sesgo en el documento en el cual define el nombre propio de una empresa, con la cual se va a contratar. No se evidenció un seguimiento a los indicadores del proceso.
--	--

Administración/Gestión Ambiental (Mayo)	<u>Hallazgo compartido.</u> No se evidencio contrato formalizado alguno con la empresa dueña de los <u>equipos</u> (laboratorio), documento borrador elaborado con fecha del año 2022, desde esta fecha se viene trabajando sin documento legal, <u>lo que genera un riesgo a la hora de un suceso con estos aparatos o quipos, que al igual no se evidencio póliza o seguro alguno de estos).</u> • En la medición de los indicadores del Programa de ahorro y uso eficiente de agua y energía, es importante que este resultado y análisis se realice y envíe trimestralmente al área financiera y de control interno con el fin de hacer el seguimiento a la austeridad en el gasto. • Darle una mejor disposición final a los materiales y residuos especiales y de construcción, depurar. (rebujos) no se evidencio procedimiento de los bienes dados de baja, <u>como destino final.</u>
Cirugía (junio)	No se logró dar por terminar la auditoria, no se recibió la información solicitada, como Lista de chequeo con 16 puntos de la información y documentos necesarios para la revisión, verbalmente se informa (tener una falencia ya que, no conto con jornadas o turnos administrativos para poder realizar la recolección de la documentación). Falta de personal en el servicio.
Contratación (julio)	Debilidad en el cumplimiento con la <u>norma archivística</u> (ley 594 del 2000), con los expedientes contractuales, (orden cronológico, foliación originales, firmas, etc. no es claro en qué lugar debe reposar estos expediente (jurídica, supervisor, CAD. Tener claridad de los archivos si seguirán siendo solo digitales o físicos o ambos (ya que hay documentos en el secop II, que no están en el expediente físico y viceversa). (Manual de contratación). En los contratos que fueron firmados en diciembre 2023 y la CDP y el RP firmados en enero 2024. Se evidencia que la verificación de las listas de chequeo no se diligencia completamente. En la mayoría de los expedientes contractuales no reposa los informes de los contratistas, ni los pagos a los contratistas. No se evidencio en los expediente contractuales la certificación de conflicto de intereses Ley 2013 de 2019.

	Dentro de los expedientes de contratos de arrendamiento no se evidencio documento o soporte alguno de la aprobación de junta directiva.
Servicio de alimentación (abril).	Identificación insegura de la alimentación de los pacientes (nombres incompletos) Uso de vajilla y Utensilios de cocina en mal estado en mal estado y sin buen aspecto (manchados). Falta de Controles de plagas es ineficientes en las diferentes áreas del servicio. No se garantiza la cadena de frio, en los Alimentos descongelados Transporte de los alimentos a la sede Gilberto mejía son inadecuados (Alimentos que llegan revueltos y regados) Empaques de alimentos abiertos y expuestos al ambiente sin rotulación. Inadecuada disposición de los vertimientos Infraestructura locativa con difícil en la limpieza y desinfección y falta de mantenimientos. precarias condiciones de limpieza y desinfección, evaluación del 46% (límite de cumplimiento insuficiente)
Informe de seguimiento al procedimiento del trámite de los pagarés en el hospital (mayo)	Realizar un mayor <u>seguimiento</u> y que haya un control o filtro a través de los supervisores, hacia los facturadores para dar cumplimiento al proceso o trámites de los pagarés, con el fin de evitar que la documentación en relación se siga extraviando en especial los anexos (formato FPA0305005). <u>Documentar</u> el procedimiento de la elaboración y cobros de los pagarés y socializarlo al personal de facturación. Actualizar las <u>funciones de la auxiliar de cartera</u> y el área a la cual pertenece, Manual Especifico de Funciones y Competencias laborales para personal no vinculado (MPA0101002). Implementar una <u>estrategia de la custodia</u> y entrega de los pagarés por parte de los facturadores, garantizando que los documentos no queden tan expuestos y no se extravíen. Gestionar para que a través de un servicio social o alfabetizadores el apoyo a la auxiliar de cartera, para llevar a cabo la actividad de cobros de los pagarés que se encuentran archivados con mayor antigüedad.

Informe De Seguimiento En Relación Al Procedimiento De Inventarios. (Junio)	No se cuenta con un cronograma de <u>inventario permanente y actualizado de los bienes</u>, presentar informes y/o actas de esta labor. <u>Capacitar</u> al personal de la entidad, sobre el cuidado de los bienes y el procedimiento de inventarios, entregas formales por escrito de estos bienes a los jefes de los servicios, y dar a conocer el manual de políticas contables. Designar por escrito las <u>funciones específicas</u> a quien realiza o custodia los inventarios (auxiliar de activos, líder administrativo) y hacer mayor seguimiento y control. Definir o <u>actualizar el procedimiento</u> sobre los faltantes y/o sobrantes de los bienes, Definir el destino final de los bienes dados de baja. Revisar la necesidad de <u>crear el comité de bajas o agregar</u> estas funciones a otro comité ya existente, podría ser el comité de sostenibilidad contable y financiera. Gestionar un apoyo para el auxiliar de “activos fijos”, para llevar a cabo las actividades en relación al seguimiento de los bienes y/o activos fijos, podría ser a través de un servicio social.
Financiera (agosto)	No se le ha dado cumplimiento (no se ha tenido el recurso, profesional financiero-auditor)
Recursos físicos y biomédicos (Septiembre)	No se ha dado cumplimiento, no se contó con la información (lista de chequeo de 22 preguntas.)
OTROS INFORMES DE SEGUIMIENTO	
Semestral del sistema de control interno I (pormenorizado)	(5 componentes) puntaje 88. Ambiente de control 94 Evaluación de riesgos 74

	Actividades de control 92 Información y comunicación 96 Monitoreo 84
Seguimiento a los planes de mejora de las auditorías externas	hallazgos iniciales: 28 hallazgos con avances: 6 hallazgos cerrados: 10 hallazgos sin avance: 12 9 hallazgos a los cuales se vencieron las fechas de cumplimiento. Se requiere más oportunidad en el desarrollo de las actividades para darle cumplimiento a este plan a 31 de diciembre.
Evaluación de la gestión por dependencias (evaluación A la gestión)	De los 22 componentes con las 179 actividades programadas dentro del plan operativo anual POA 2023, se logró una ejecución del 95%.
Seguimiento al CONTROL INTERNO CONTABLE	Se realiza en línea puntaje de 4.62 en plataforma CHIP, con el apoyo de la contadora
SEGUIMIENTO I a las PQRS y atención al ciudadano	De las 716 PQRS recibidas en el primer semestre del 2024, el 53.49 % pertenecen a quejas el de menor proporción del 10.61% a reclamos. La manifestación que más se presentó fue, Por derechos del paciente con un 45.94%. El canal más utilizado para la recepción de pqrs fue los buzones que se encuentran en ambas sedes de la institución. Del total de PQRS para este semestre tuvo un incremento de 214 con al segundo semestre del 2023, equivaliendo aun 66.4 %. Importante instruir y capacitar a los diferentes líderes y/o jefes de área y directivos en el tema de la calidad de respuestas que se esté dando a esta PQRS, y plasmar y hacer seguimiento de planes o acciones de mejora.
Evaluación al sistema de gestión (MIPG)	A través del formato FURAG (2 componentes de planeación y el de control interno. Puntaje 68.5, igualmente se realiza <u>seguimiento anual de las acciones</u> realizadas en cada política a este modelo.

Seguimiento al mapa de RIESGOS DE CORRUPCIÓN y política de riesgos.	(3 seguimientos) Riesgos fiscales (plasmarlos participativamente con los líderes de los procesos.																																							
INFORMES DE SEGUIMIENTO al PLAN ANTICORRUPCIÓN II y atención al ciudadano. (3 seguimientos)	<table><tr><th>N°</th><th>COMPONENTE</th><th>SUB COMPONENTE</th><th>ACTIVIDADES</th><th>% DE CUMPLIMIENTO</th></tr><tr><td>1</td><td>Gestión del riesgo de corrupción</td><td>5</td><td>7</td><td>81</td></tr><tr><td>2</td><td>Racionamiento de tramites</td><td>1</td><td>8</td><td>75</td></tr><tr><td>3</td><td>Rendición de cuentas</td><td>4</td><td>15</td><td>64.2</td></tr><tr><td>4</td><td>Atención al ciudadano</td><td>4</td><td>7</td><td>75.7</td></tr><tr><td>5</td><td>Transparencia y acceso a la información.</td><td>2</td><td>5</td><td>80.0</td></tr><tr><td colspan="2">Total</td><td>16</td><td>42</td><td>75.2</td></tr></table>	N°	COMPONENTE	SUB COMPONENTE	ACTIVIDADES	% DE CUMPLIMIENTO	1	Gestión del riesgo de corrupción	5	7	81	2	Racionamiento de tramites	1	8	75	3	Rendición de cuentas	4	15	64.2	4	Atención al ciudadano	4	7	75.7	5	Transparencia y acceso a la información.	2	5	80.0	Total		16	42	75.2	Seguimiento a la estrategia de racionalización de trámites a través del Sistema Único de Información de TRÁMITES – SUIT.			
N°	COMPONENTE	SUB COMPONENTE	ACTIVIDADES	% DE CUMPLIMIENTO																																				
1	Gestión del riesgo de corrupción	5	7	81																																				
2	Racionamiento de tramites	1	8	75																																				
3	Rendición de cuentas	4	15	64.2																																				
4	Atención al ciudadano	4	7	75.7																																				
5	Transparencia y acceso a la información.	2	5	80.0																																				
Total		16	42	75.2																																				
SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.	De los controles implementados para valorar el riesgo inherente, se obtuvo: <table><tr><th>N°</th><th>ZONA DE RIESGO</th><th>% DE CUMPLIMIENTO</th></tr><tr><td>3</td><td>Baja</td><td>38</td></tr><tr><td>2</td><td>Moderada</td><td>25</td></tr><tr><td>3</td><td>Alta</td><td>37</td></tr></table> Se requiere fortalecer mas la construccion de los controles a estos riesgos. Asi como se tiene los riesgos de los procesos y de corrupcion se debe tener los <u>RIESGOS FISCALES</u>					N°	ZONA DE RIESGO	% DE CUMPLIMIENTO	3	Baja	38	2	Moderada	25	3	Alta	37																							
N°	ZONA DE RIESGO	% DE CUMPLIMIENTO																																						
3	Baja	38																																						
2	Moderada	25																																						
3	Alta	37																																						
Informe seguimiento al a AUSTERIDAD DEL GASTO. Y al PLAN DE AUSTERIDAD																																								

		GASTOS DE FUNCIONAMIENTO TERCER TRIMESTRE 2024/2023			
		NOMBRE	AÑO 2023	AÑO 2024	%
		PAPELERIA Y UTILES DE ESCRITORIO	87,504,711	47,724,295	-45%
		MANTENIMIENTO EDIFICIO	71,184,917	17,640,633	-75%
		MANTENIMIENTO EQUIPOS DE OFICINA	5,453,176	0	-100%
		MANTENIMIENTO DE VEHICULOS	524,020	2,635,510	403%
		SERVICIOS PUBLICOS	136,547,914	172,511,849	26%
		PUBLICIDAD Y PROPAGANDA	20,381,303	2,769,422	-86%
		IMPRESOS PUBLICACIONES	9,583,207	5,443,056	-43%
		COMUNICACIONES Y TRANSPORTE	79,194,536	59,913,875	-24%
		ELEMENTOS DE CAFETERIA	14,756,726	1,707,339	-88%
		HONORARIOS Y SERVICIOS	4,506,653,980	4,691,624,115	4%
		TOTAL	4,931,784,490	5,001,970,094	1%
		Acciones para mayor austeridad (PAPEL, SERVICIOS PUBLICOS) entregar los gastados los papeles de resma etc.			

Seguimiento I al COMITÉ DE CONCILIACIONES Y DEFENSA JURIDICA.	Se tiene 57 procesos en curso en cuanto a su <u>clasificación por tipo de acción judicial</u> y el estado general de los mismos:			
	Probabilidad de fallo en contra	Clasificación por periodo probable de fallo		Clasificación por tipo de acción:
	Alta 6	Entre 1 y 2 años	1	Acciones de reparación directa 32
	Media 24	Entre 2 y 5 años	18	Acciones contractuales 2

Baja 27	Superiores a 5 años 38	Acciones de nulidad y restablecimiento del derecho 8
		Acciones laborales 15

INDICADORES

NOMBRE INDICADOR	MEDICIÓN	META
Capacitación a los funcionarios	Capacitaciones realizadas/ Capacitaciones programadas	Mayor al 90%
Realización Comités	Comités de Conciliación realizados/ Comités de Conciliación programados	Mayor al 90%
Realización Comités	Comités de Contratación realizados/ Comités de Contratación programados	Mayor al 90%

No se evidencia seguimiento a estos indicadores, se sugiere fortalecerlos.

Se debe Actualizar la política de prevención del daño antijurídico acorde a la norma ley 2220 del 2022 se debe actualizar cada año. La actual es de 2018, se debe tener en la web. Igualmente Un informes semestralmente el DE GESTIÓN de este comité.

Los miembros de los comités de conciliación deberán recibir capacitación en conciliación en materia contencioso administrativa, por lo menos una vez cada año por parte del Ministerio Público de conformidad con los lineamientos impartidos por el Ministerio de Justicia y del Derecho y la Procuraduría General de la Nación.

	Las sesiones del comité, Se ha llevado a cabo 3 comités (dice la norma que se deben reunir mínimo 2 veces por mes).															
Seguimiento a las plataformas de contratación, SECOP II- SIA OBSERVA de la contraloría.	Porcentaje de Cumplimiento <table><tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>■ Cant. Contratos y ordenes</td><td>784</td><td>2</td><td>28</td><td>837</td></tr><tr><td>■ % de cumplimiento</td><td>47.5%</td><td>0.1%</td><td>1.7%</td><td>50.7%</td></tr></table> Se observar que, Del total 1.651 contratos suscritos, 837 representan un 50.7% de cumplimiento, mientras que 784 representan un 47.5% de cumplimiento y los otros 30 un 1.8% de cumplimiento. Fortalecer la presentación de Informes de supervisión y del contratista. Se debe revisar la plataforma, ya que existen documentos que aún no han sido entrelazados en SIA observa.		1	2	3	4	■ Cant. Contratos y ordenes	784	2	28	837	■ % de cumplimiento	47.5%	0.1%	1.7%	50.7%
	1	2	3	4												
■ Cant. Contratos y ordenes	784	2	28	837												
■ % de cumplimiento	47.5%	0.1%	1.7%	50.7%												
DERECHOS DE AUTOR (dirección Nacional de derechos de autor)	La entidad cuenta con 543 equipos de cómputo, 31 de los equipos son portátiles). Cada uno de los equipo de cómputo cuenta <u>con licencia debidamente</u> instalado, Se tiene <u>políticas administrativas</u> de dominio separado por grupos, para uso debidamente de aplicaciones en la institución, lo cual esto impide instalar programas sin el consentimiento del área de sistemas).															
INFORME RENDICION DE CUENTAS, AUDIENCIA pública a la ciudadanía	- Se evidencio compromiso por parte de los funcionarios- líderes de la entidad para la <u>recopilación de la información</u>, como fue la gestión del 2023. - Se notó una planeación efectiva para el desarrollo de esta jornada.															

	• Se <u>cumplió los objetivos propuestos en la Estrategia de Rendición de Cuentas.</u> • Se realizó <u>una buena convocatoria</u>, utilizando los medios existentes para la asistencia al evento. • Se <u>dio a conocer el informe de gestión 2023</u> de una manera muy dinámica y amena. • El <u>tiempo utilizado</u> para el desarrollo de la actividad fue el más apropiado. • Se da cumplimiento con el desarrollo de los <u>principios constitucionales de transparencia, responsabilidad, eficiencia, imparcialidad y participación ciudadana en el manejo de los recursos públicos.</u> • Se dio un espacio de <u>interlocución</u> directa entre los funcionarios, servidores públicos y la ciudadanía en general.
Seguimiento MATRIZ LEY DE TRANSPARENCIA – ITA – (índice de transparencia y acceso a la información). SIA contraloría.	El seguimiento a la implementación y avance de lo establecido en la Resolución 1519 de 2020 anexo 2, se evidencia que las diferentes áreas de la entidad en coordinación con comunicaciones y planeación, han venido trabajando de manera articulada, lo cual se ha logrado avanzar con la información y publicación en el transparencia y acceso a la información de la página web de la entidad, el autodiagnóstico arrojó un 99%.
Seguimiento al sistema DE GESTIÓN DEL EMPLEO SIGEP procesos vinculación, desvinculación, hojas de vida, , registro de conflictos de interés” hojas de vida, declaración juramentada bienes y rentas	SEGUIMIENTO A LAS HOJAS DE VIDA (actualización Hojas de Vida”). Se encuentra trabajadores retirados de la entidad y continúan en el sigep, y lo contrario laboran en el hospital y no aparecen en la plataforma. DECLARACION DE BIENES Y RENTAS (La presentan como otra entidad, realizarla en la plataforma independiente a que la presenten en físico) DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERESES (nivel directivo). De acuerdo al anterior análisis se encontró inconsistencias en el reporte de ingreso, cambio de novedades y retiro de funcionarios del SIGEP II, así como la revisión permanente de las Hojas de Vida de los servidores de la entidad. <u>Evaluar los acuerdos de gestión (subgerentes)</u>
INFORME de Seguimiento a los Arqueos de CAJA menor.	Se requiere más constancia en la periodicidad de estos arqueos

	(Se tiene inconformidades con los recursos que provee la caja menor del área, líder administrativa (CAD envíos y asuntos jurídicos, se requiere para mayor disponibilidad de la necesidad).
Informe de seguimiento I al Sistema de administración de riesgo de lavado de activos y de la financiación del terrorismo. SARLAFT.	• Fortalecer el <u>monitoreo al mapa</u> de riesgos de corrupción como mínimo cada 3 meses como primera línea en coordinación con la segunda línea (planeación). • Realizar seguimiento a los informes periódicos que debe realizar el <u>revisor fiscal</u>. • Acreditar por parte del oficial de cumplimiento los <u>conocimientos</u> en materia de administración del riesgo LA/FT por parte de instituciones autorizadas por el ministerio de Educación Nacional, para el cual el diplomado no debe durar menos de 90 horas o certificar 4 años de experiencia laboral en las áreas de administración y gestión de riesgos. • <u>Aprobar por acuerdo</u> de la junta directiva, el manual del SARLAFT de agosto del 2022. • Asignar partida presupuestal en cada vigencia, para este sistema, o certificar de qué manera económicamente se atenderá el desarrollo de las actividades relación al SARLAFT. • Revisar y actualizar la documentación (expedientes) en el CAD, y recopilar toda la en este lugar, asequible para los entes de control y de la Súper Salud.
INFORME DE Seguimiento al Subsistema De Administración Del Riesgo De Corrupción, Opacidad Y Fraude (SICOF) Superintendencia Nacional De Salud.	1. No se evidenció la metodología de medición individual y consolidada. 2. No se encontró los indicadores y controles que evidencien los potenciales riesgos con el respectivo seguimiento en relación al SICOF. 3. No se evidencio fechas y medios por la cual fue comunicado las políticas y procedimientos del SICOF, al personal del hospital. 4. No se evidencio los Acuerdos de aprobación por parte de la junta directiva, de los numerales a, b, c. 5. No se evidencio el plan anual de acción en relación al SICOF 2024. 6. No se identificó en qué lugar o medios se tiene toda la información documental en relación al desarrollo del SICOF.

	7. No se evidenció el reporte o informe de cierre del revisor fiscal de la anualidad anterior. 8. No se evidencio los planes de capacitación o programas con los que cuenta la entidad que sobre el SICOF., en esta anualidad. 9. No se evidencio el plan para realizar los seguimientos a los pagarés. 10.No se evidencio un Soporte de esta solicitud, ni un avance del procedimiento documentado. 11. No se evidencio el manual para la anulación de transacciones el cual establece procedimientos. 12.No se evidencio la socialización o difusión del respectivo manual del SICOF. 13.No se dio a conocer, cuál es el sistema de monitoreo que se implementó. 14.No se evidencio el instructivo para la anulación de los recibos. 15.No se evidencio soportes de las reuniones en la cual establecieron compromisos para la mitigación del riesgo. No se recibe respuesta a esta información solicitada: Se recomendó Realizar plan de mejora.
Pendientes por realizar a corte Diciembre 31 - 2024	Auditoria al Programa de gestión PGD y PINAR Monitoreo y Evaluación Mapa de Riesgos Gestión III Seguimiento a Austeridad en el Gasto Público IV. Pormenorizado Semestral al sistema de control interno II Seguimiento II a las PQRS. Seguimiento al Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST) Seguimiento a las plataformas secop-SIA. Seguimiento al plan anticorrupción Seguimiento a planes de mejoramiento de las auditorías internas. Seguimiento IV a los planes de mejora de las auditorías externas Seguimiento II al comité de conciliaciones y defensa jurídica. Seguimiento Código de Conducta y de Buen Gobierno, de integridad O PTEE). Seguimiento al comité de sostenibilidad contable.

Todos los informes presentados por control interno están publicados en la página web de la entidad.

PROPOSICIONES SUGERENCIAS

Actualizar PROGRAMA DE TRASPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL (PTEE). Decreto 1122 de 2024 (igualmente el acuerdo de junta 009 cd 28 de diciembre del 2023 no coincide la fecha del encabezado. Este programa debe contener las acciones en relación al plan anticorrupción, el cual ya quedaría abolido.

Apoyar en el tema de los avances de los planes de mejora de las diferentes áreas auditadas, a mediados de noviembre se realizara el seguimiento (auditorías internas).

Aprobar el desarrollo del curso virtual a través de la plataforma DAFP, del modelo integral de gestión MIPG, para todos los líderes de procesos entre otros.

Actividad autocontrol (Noviembre 18-22) aprobar aporte para material, a través de talento humano.

Riegos fiscales, consolidar participativamente con los líderes de los procesos (comité de gestión) ya sea en el mapa de procesos o uno diferente. En si recomienda revisar todos los riegos, mejorar los controles.