
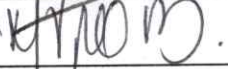
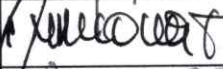
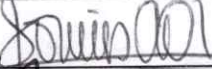

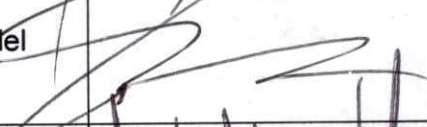
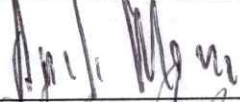
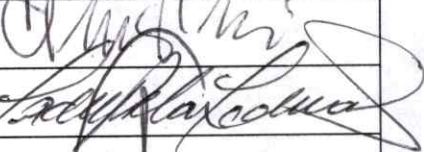
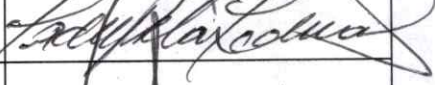




|  |                                       |                        |                  |
|--|---------------------------------------|------------------------|------------------|
| <b>LUGAR: Comité Virtual</b>                           |                                       |                        |                  |
| <b>ACTIVIDAD: Comité de Control Interno de Gestión</b> | <b>CAPACITACION</b>                   |                        | <b>REUNION</b> X |
| <b>ACTA No. 11</b>                                     | <b>FECHA: 22 de diciembre de 2022</b> | <b>HORA: 9:30 a.m.</b> |                  |

Asistentes:

| NOMBRES                            | ROL   | AREA O SERVICIO                          | FIRMA   |
|------------------------------------|---|--|---|
| MIGUEL TONINO BOTTA FERNANDEZ      | Gerente   | Gerencia                                 |    |
| MARIBEL TRUJILLO BOTELLO           | Subgerente de Servicios de Salud.                 | Subgerencia de Salud                     |    |
| RUTH XIOMARA RODRIGUEZ CRISTANCHO  | Subgerente Administrativo                         | Subgerencia Administrativa               |    |
| DORIS ANGARITA ACOSTA              | Asesora de Planeación y Calidad.                  | Planeación y Calidad                     |    |
| Dr. JHON ALEXANDER PEREZ JAIMES    | Líder de Recursos Financieros.                    | Recursos Financieros.                    |   |
| Dr. MARCO ANTONIO NAVARRO PALACIOS | Líder de Gestión y Desarrollo del Talento Humano. | Gestión y Desarrollo del Talento Humano. |  |
| JOSE LUIS MORA VELANDIA            | Líder de Gestión de Ambiente y Recursos Físicos   | Recursos Físicos                         |  |
| YENI ESPERANZA PEÑA GUERRERO       | Líder Atención Ambulatoria                        | Ambulatoria                              |  |
| MARIA DEL PILAR MEDINA SUAREZ      | Líder de Atención Quirúrgica                      | Quirófanos                               |  |
| HERNANDO OTERO RODRIGUEZ           | Líder de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico          | Apoyo Diagnóstico y Terapéutico          |  |
| MARTIN EDUARDO HERRERA LEON        | Asesor de Control Interno de Gestión              | Oficina Asesora de Control Interno.      |  |

ORDEN DEL DIA

- Llamado a lista y verificación del quórum
- Aprobación del Acta No.10
- Comisión para aprobación de la presente Acta
- Presentación del Informe de cierre de Auditoría de Atención Ambulatoria
- Presentación del Informe de cierre de Auditoría de Gestión Financiera
- Presentación del Informe de cierre de Auditoría de Gestión y Desarrollo del Talento Humano
- Presentación del Informe de cierre de Auditoría de Direccionamiento Estratégico y Gerencial
- Informe de Seguimiento al Fomento de la Cultura
- Presentación y aprobación del Plan Anual de Auditorias 2023
- Proposiciones y Varios

El doctor Miguel Tonino Botta Fernández, Presidente, da autorización para iniciar el Comité, se da inicio a las 9:30 de la mañana.

El doctor Martín Eduardo Herrera León, realiza llamado a lista y la verificación del quórum

**1. Verificación del quórum: Asisten los miembros del Comité de Control Interno.**

Asisten los miembros del Comité de Control Interno de Gestión, El Líder de Atención Hospitalaria, doctor Andrés Eloy Galvis Jaimes, no pudo asistir por múltiples ocupaciones.

[illegible]



The screenshot displays a Google Meet interface. The main area shows a grid of seven participants in a video call. The participants are: Tonino Salas Peraldo, Martin Eduardo Herrera Leon, Doris Angarita Acosta, Yeni Peña, Marco Antonio Navarro Palacios, Martin Mora, and Briggito Corrao Vasquez. A large letter 'D' is visible in the top right of the grid. Below the grid, there are icons for 'N', 'Q', and '10 más'. The bottom status bar shows the time as 11:02 and the meeting ID 'pkt-psoi-rpm'. On the right side, a sidebar titled 'Mensajes de la llamada' displays messages from participants, including Ruth Xiomara Rodriguez Cristancho, Jhon Alexander Pérez, and Quirofano Huem.

25/6




- Aprobación del Acta No. 10 de 2022:** El Asesor de Control Interno de Gestión Dr. Martin Eduardo Herrera León, pregunta a los asistentes del Comité, si tienen observaciones sobre la presente acta, quienes manifestaron conformidad a los temas tratados. Al no existir observaciones se aprueba el acta.
- Comisión Aprobación de la presente Acta:** Se delega a la doctora Doris Angarita Acosta, Asesora de Planeación y Calidad y a la doctora Ruth Xiomara Rodríguez Cristancho, Subgerente Administrativa.
- PRESENTACION DEL INFORME DE CIERRE DE AUDITORIA DE ATENCION AMBULATORIA**

El doctor Nixon Leal, realiza la presentación ante los miembros del Comité.

| 1. HALLAZGOS |   |                       |   |    |    |   |
|--------------|---|-----------------------|---|----|----|---|
| No           | Descripción del hallazgo  | Procedimiento         | C | NC | OB | Criterios de Auditoria  |
| 01           | Una vez revisado el aplicativo institucional, TUCI, Tablero Único de Indicadores, se pudo constatar que los respectivos indicadores de Urgencias Adulto, Urgencias Pediatría, Cuidado Intermedio, Referencia y Contra Referencia aparecen diligenciados oportunamente, y con los ajustes necesarios al cumplimiento de las metas.   | Atención de Urgencias | X |    |    | Aplicativo Institucional TUCI, Tablero Único de Indicadores.      |
| 02           | Constatado el aplicativo institucional, planes de mejoramiento, PUM, se observó que para la oficina asesora de control interno de gestión, no se requiere agilizar algún plan de mejoramiento a la fecha del alcance de la presente auditoria.  | Atención de Urgencias | X |    |    | Aplicativo Institucional PUM, Planes de Mejoramiento.             |
| 03           | Del mapa de riesgos institucional: Tras la verificación realizada al mapa de riesgos institucional, se evidencia que a la fecha, las actividades del mismo se encuentran desactualizadas, se deja como observación coordinar con la persona responsable de su debida actualización.   | Atención de Urgencias |   |    | X  | Mapa de Riesgos Institucional.                                    |
| 04           | Se evidencia el cumplimiento de las actividades del procedimiento de atención de urgencias adulto y pediatría, relacionadas en el protocolo de bienvenida (DT-PT-072 V-5), formato de registro de información al usuario (DT-FO-363), protocolo Triage de Urgencias Adulto y de Pediatría (UR-PT-001), la información generada con la Consulta, Atención Médica, Atención de Enfermería, valoración por especialista y el manejo intrahospitalario queda soportado en el software institucional, D.G.H. se evidencian soportes en la Historia | Atención de Urgencias | X |    |    | Manual de Procesos y Procedimientos. Formatos, Guías, Protocolos. |




|   |                                       |                   |
|---|---------------------------------------|-------------------|
|  | GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION | CODIGO: IC-FO-020 |
|   |                                       | VERSION: 2        |
|   | ACTA                                  | FECHA: SEP 2017   |
|   |                                       | PAGINA 5 de 39    |

|    |  |   |   |  |   |  |
|----|--|---|---|--|---|--|
|    | Clínica.   |   |   |  |   |  |
| 05 | Se evidencia que los formatos UR-FO-001 solicitud de camas de urgencias de adulto, UR-FO-002 patrón seguimiento horario de reanimación, UR, FO,-003 formato de recibo y entrega de turno en enfermería en urgencias, UR-FO-004 formato hoja de medicamento urgencia y UCIN, UR-FO-005 formato de declaración de retiro voluntario de usuarios de la entidad, UR-FO-006 formato institucional individual de monitoreo a sala E.R.A, UR-FO-007 traslado de pacientes a urgencias Ginecoobstetricas, a la fecha se encuentran desactualizados, al igual que la caracterización, por lo tanto se deja la recomendación para la pronta actualización. | Atención de Urgencias   |   |  | X | Manual de Procesos y Procedimientos.<br><br>Formatos, Guías, Protocolos. |
| 06 | Tras la revisión de las actividades del procedimiento de traslado externo de paciente en ambulancia, se constató que estas cumplen en su totalidad, quedando soportado el adecuado diligenciamiento del formato de lista de chequeo, más la evidencia en el DGH y el panel de referencia.  | Procedimiento de Traslado Externo de Pacientes en Ambulancia. | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos<br><br>formatos Guías, Protocolos,   |
| 07 | En cuanto al procedimiento de traslado interno de cadáveres COVID-19, se evidencia que este ya no es diligenciado, por lo tanto se recomienda que sea retirado del sistema.  | Procedimiento de Traslado Interno de Pacientes Covid-19.      |   |  | X | Manual de Procesos y Procedimientos.<br><br>Formatos Guías, Protocolos.  |
| 08 | Ante la inspección realizada al procedimiento de Apoyo tecnológico en referencia, se observa el cumplimiento de las actividades del mismo en su totalidad, quedando evidencias de la solicitud del médico tratante, soporte del anexo 9, correos electrónicos a las E.P.S, la notificación de la solicitud a través de GLPI, todo esto soportado en el DGH y el panel de referencia.   | Procedimiento de Apoyo Tecnológico en Referencia.             | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos.<br><br>Formatos Guías, Protocolos   |
| 09 | Una vez revisado el procedimiento de Remisión referencia y contra referencia, se constató que las actividades cumplen el paso a paso del mencionado procedimiento, dejando trazabilidad de evidencias a través del aplicativo institucional DGH, GLPI, el anexo técnico 9, correos electrónicos y el panel de referencia.  | Procedimiento de Remisión Referencia y Contra Referencia.     | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos.<br><br>Formatos Guías, Protocolos.  |

*MSA*

*[Handwritten signature]*



|   |                                       |                   |
|---|---------------------------------------|-------------------|
|  | GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION | CODIGO: IC-FO-020 |
|   |                                       | VERSION: 2        |
|   | ACTA                                  | FECHA: SEP 2017   |
|   |                                       | PAGINA 6 de 39    |

|    |  |  |   |  |  |  |
|----|--|--|---|--|--|--|
| 10 | Mediante la inspección realizada al procedimiento de referencia remisión de interconsulta, se logró evidenciar que las actividades están soportadas a través del DGH, correo electrónico Referencia@huem, anexo técnico 3, el formato único de transporte de pacientes DT-FO-320, anexo técnico 4, anexo técnico 10, GLPI y principalmente en el panel de referencia, cumple.  | Procedimiento de referencia Remisión de Interconsulta.       | X |  |  | Manual de Procesos y Procedimientos.<br>Formatos<br>Guías, protocolos,     |
| 11 | Tras la verificación de la documentación soporte del procedimiento de Referencia orden de servicio se evidencio el cumplimiento de las funciones, registros y aplicación de los respectivos formatos y anexos pertenecientes al procedimiento objeto de la evaluación.   | Procedimiento de Referencia Orden de Servicio.               | X |  |  | Manual de Procesos y Procedimientos.<br><br>Formatos<br>Guías, Protocolos. |
| 12 | Ante la inspección realizada a la documentación ( SOAT, REVISION TECNOMECHANICA, LICENCIAS DE CONDUCCION del personal asignados a los vehículos tipo ambulancias básicas y medicalizadas, OWN-275, OES-225,OWN-298,OWN-299, GWU-065, GWU-072, OWN-380 se encuentran vigentes junto con su póliza de responsabilidad civil extra contractual, soportadas en carpetas individuales en medio físico y magnético. cumple   | Atención de Urgencias,<br><br>Referencia y Contra Referencia | X |  |  | Manual de Procesos y Procedimientos.<br><br>Formatos<br>Guías, Protocolos. |
| 13 | Tras la verificación realizada y a través de las diferentes listas de chequeo, se logró constatar, que los equipos y medicamentos asignados a cada uno de los vehículos tipo ambulancias básicas y medicalizadas, cumplen con los requisitos normativos, así como la verificación de los equipos Biomédicos, Dispositivos Médicos y Medicamentos.  | Atención de Urgencias.<br><br>Referencia y Contra Referencia | X |  |  | Manual de Procesos y Procedimientos.<br><br>Formatos<br>Guías, Protocolos. |
| 14 | Mediante inspección ocular, al procedimiento de paciente Hiperfrecuentador en servicio de urgencias, se pudo constatar que las actividades del mismo, es la ruta a seguir en los casos que exista paciente este tipo de pacientes, se observa que en el servicio de urgencias no existe alta prevalencia de este tipo de usuarios que demanden y generen graves consecuencias a nivel organizacional, administrativo y | Procedimiento paciente Hiperfrecuentador                     | X |  |  | Manual de Procesos y Procedimientos.<br><br>Formatos<br>Guías, Protocolos. |



|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| económico, sin embargo si este informe se realiza de forma anual como lo indica el mismo procedimiento en su numeral segundo. Cumple. |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|

Descripción de Hallazgo: Conforme (C); No Conformidad (NC); Observación (OB), Marque con una X según corresponda

LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DE GESTION, REALIZA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES.

- Realizar la respectiva revisión de los aplicativos institucionales TUCI, tablero único de indicadores, mapa de riesgos y ajustar los soportes necesarios en las actividades realizadas.
  - Dejar los respectivos soportes de la trazabilidad y el oportuno diligenciamiento con la persona responsable, en los ajustes de las actividades en el mapa de riesgos.
- Actualizar los formatos en el área de atención ambulatoria, tanto urgencias adulto, como urgencias pediatría.
- Solicitar por parte del Responsable del Proceso de Atención Ambulatoria, al Comité de Gestión y Desempeño, que se elimine el procedimiento con el código UR-PR- 003, Procedimiento de Traslado Interno de Cadáveres COVID-19.
  - Revisar la periodicidad y oportunidad en la entrega de los Elementos de Protección Personal, E.P.P. del Personal Asistencial de las áreas evaluadas.
  - Los Responsables de los Procedimientos Evaluados, deben subir al aplicativo de los Planes de Mejoramiento las acciones determinadas como: No Conformidad (NC) en un plazo de ocho (8) días hábiles, así como cumplir los compromisos de las observaciones.

La doctora Yenni Peña, manifiesta como lo presenta el Dr. Nixon, efectivamente en las observaciones que hallaron en los formatos, lo cual hace parte del procedimiento de Enfermería, el cual se está acabando de actualizar estos Manuales. En cuanto a Mapa de Riesgos asumo mi responsabilidad, desafortunadamente no manejo y no tengo la posibilidad de publicar las acciones de mejora, le corresponde al Referente Riesgo Mi Control de Planeación, que no hizo la actualización en su momento, para lo cual asumo la responsabilidad. El Procedimiento de Traslado de Paciente COVID 19, ya se hizo la eliminación del documento, por tanto se cumplió con estas tareas.

La doctora Doris Angarita, manifiesta que efectivamente ya se actualizó el Mapa de Riesgos, se envió a Sistemas para que sea publicado en la Intranet

5. PRESENTACION DEL INFORME DE CIERRE DE AUDITORIA DE GESTION FINANCIERA


El doctor Martín Mora, realiza la presentación ante los miembros del Comité e informa que se basó en los criterios básicos frecuentes como: Indicadores de Gestión, Planes de Mejoramiento y Mapas de Riesgos de Corrupción

| 1. HALLAZGOS |   |                    |   |    |    |                                     |
|--------------|---|--------------------|---|----|----|-------------------------------------|
| No           | Descripción del hallazgo  | Procedimiento      | C | NC | OB | Criterios de auditoria              |
| ➤            | Tras verificación documental practicada al proceso de Gestión Financiera , se pudo evidenciar , que tiene documentados y aprobados por el Comité de Gestión De Desempeño los Manuales , Guías procesos, , procedimientos, registros o puntos de control | Gestión Financiera | X |    |    | Manual de Procesos y Procedimientos |
| ➤            | En el aplicativo, se evidencia el   | Indicadores        |   |    | X  | Aplicativo Institucional Software.  |

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*



|   |                                       |                   |
|---|---------------------------------------|-------------------|
|  | GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION | CODIGO: IC-FO-020 |
|   |                                       | VERSION: 2        |
|   | ACTA                                  | FECHA: SEP 2017   |
|   |                                       | PAGINA 8 de 39    |

|    |  |  |            |            |   |   |
|----|--|--|------------|------------|---|---|
|    | cumplimiento y análisis sin embargo, revisar el oportuno soporte o cargue de actividades de cada uno de los indicadores.   |  |            |            |   | Indicadores   |
| ➤  | Se cumplió parcialmente con las acciones de mejora establecida.  | Planes de Mejoramiento   |            |            | X | Aplicativo Institucional Software - Planes de Mejora.   |
| ➤  | En atención a los aplicativos revisados se determina como cumplidas  | Mapa de Riesgos de corrupción - Riesgos de corrupción Mapa de Riesgos de por proceso.  | X          |            |   | Aplicativo Institucional Software<br><br>Mapas de Riesgos de Corrupción y por Procesos.                 |
| ➤  | Se practicó revisión documental física encontrándose los siguientes hallazgos :<br><b>De la Caracterización del proceso.</b> Actualizar<br><br><b>Procedimientos:</b> Elaboración de Estados Financieros - Distribución de Costos - Declaraciones Tributarias - Depuración Contable y de Cartera - Ingresos Financieros.<br><br><b>Formatos:</b><br>Solicitud traslado de Nit - Control entrega de glosas - Entrega de respuestas a glosas y o devoluciones - Formato informe operaciones de tesorería - Lista de chequeo de cuentas por pagar | De la actualización de procedimientos - Formatos<br><br>De la actualización de los Manuales, Procesos Procedimientos y Formatos. Generales |            | X<br><br>X |   | Manual de Procesos y Procedimientos.<br>Manual de Procesos y Procedimientos                             |
| 01 | Ante la revisión documental de los soportes se realizan las siguientes actividades: - Comparación de las cuentas de cobro originales radicadas en cada ERP, confirmándose en el software institucional- Pago parcial o total y la nota crédito si la glosa es aceptada, en caso de recibir pagos se envía requerimiento a las ERP y/o requerimiento del cobro jurídico.<br>Se constata que se le da cumplimiento con los reportes trimestrales establecidos en el  | Cartera  | X<br><br>X |            |   | Manual de Procesos y Procedimientos<br><br>Decreto 2193 Superbancaria<br><br>Superbancaria Decreto 2193 |

1



21




|    |  |   |   |   |   |                                     |
|----|--|---|---|---|---|-------------------------------------|
|    | judiciales. Se determina como cumplida (C).  |   |   |   |   |                                     |
| 02 | Tras la inspección documental practicada se recomienda en la actividad cuatro (4) incluir que los pagos se deben realizar dentro de los primeros cinco (5) días del mes siguiente  | Descuento de Estampillas pro-hospital – Tesorería |   |   | X | Manual de Procesos y Procedimientos |
| 02 | De la actividad No. 1 programación de arqueo de caja, se evidenció que no se lleva a cabo el punto de control que corresponde a un cronograma de arqueos de caja anual. No se soportó los informes bimestrales de arqueo de caja. De la actividad cinco (5) No se envía a Control Interno copia del Acta de arqueo. – De las seis, cajas fuertes entregadas solo se encuentran en funcionamiento tres, se sigue guardando los dineros en la gaveta. No cumple  | Arqueo de Caja a Facturadores -Tesorería          |   | X |   | Manual de Procesos y Procedimientos |
| 03 | Revisar las actividades 5 y 6 de identificación y cargue de procedimientos o servicios y solicitud diaria de autorizaciones de procedimientos y estancias a EPS. Referente a los registros o puntos de control   | Facturación                                       |   |   | X | Manual de Procesos y Procedimientos |
| 03 | Se cumplen con las siguientes actividades y registros: - Armado de cuentas – Revisión técnica de facturas – Corrección de facturas – Entrega DE FACTURAS A RADICACIÓN Envío de cuentas a Radicación y entrega de radicados a Facturación. Cumple.  | Facturación                                       | X |   |   | Manual de Procesos y Procedimientos |
| 03 | Revisado los soportes del consolidado de facturación vigencia 2022 arroja los siguientes resultados. De las empresas responsable de pago los siguientes ítems: Régimen subsidiado – Vinculado contributivo IPS privadas Empresas de régimen especial – Particulares Eventos catastróficos y Compañías Aseguradoras.<br><br>Total facturado vigencia 2022/ 09 \$ 192.203.016.757<br>Total radicado vigencia 2022 \$156.944.895.905. De donde total porcentaje radicado corresponde a del 89.7%. Porcentaje este que se encuentra por debajo del estipulado en el contrato que corresponde al mínimo de un 95% | Facturación                                       |   | X |   | Manual de Procesos y Procedimientos |



|    |   |  |   |  |   |                                      |
|----|---|--|---|--|---|--------------------------------------|
|    | No cumple.  |  |   |  |   |                                      |
| 04 | Se actualizó el procedimiento a septiembre 2021. En el procedimiento de Ingresos Financieros se determinaron los hallazgos por su transversalidad con este procedimiento  | Arqueo de caja a Facturadores. Tesorería                 |   |  | X | Manual de Procesos y Procedimientos  |
| 05 | No existe procedimiento. Revisar consecutivo de procedimiento de financiera.  | N.A.   |   |  | X | Manual de procesos y procedimientos  |
| 06 | Las modificaciones al presupuesto de ingresos y gastos están debidamente soportadas según actividades establecidas por la normatividad y el procedimiento. Cumple   | Acuerdos de Adición Reducción y Traslados Presupuestales | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos  |
| 07 | No aplica   | N/A.   |   |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos. |
| 08 | <p>Se soportaron acuerdos de pago de las vigencias 2021 y 2022 con las siguientes EPS: Medimas-Ecoopsos – Seguro del estado y compartía. Igualmente se soportan Actas de la Junta Directiva.</p> <p>Se evidencia la gestión realizada mediante las diferentes actas realizadas con las diferentes EPS y secretarías de salud, nacionales. Se verificaron: Recepción inicial de Glosas y devoluciones, asignación de glosas y devoluciones. Del Plan de mejora se evidenció el cumplimiento de los compromisos establecidos.</p> <p>SE actualizó la Guía de Cuentas médicas. Revisar la pertinencia de la actividad No. 8. Alistamiento para entrega al abogado externo de acuerdo a la directriz financiera. Se determina como cumplida</p> | Cuentas Médicas  | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos. |
| 09 | Tras inspección documental se evidencia Adopción de la Resolución No. 000376 del 06/03/220 para la creación del Comité de saneamiento contable. Se soporta el cumplimiento tanto del objetivo, como cada una de las actividades y registros establecidos en el procedimiento entre otras Búsqueda de saldos de terceros con saldos en mora – Examen de facturación a depurar – Comparativo de terceros de cartera y contabilidad – Proyección de depuración, Actas de citación a los comités Técnicos . Se encuentra  | Depuración Contable y de Cartera                         | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos. |






|   |                                       |                   |
|---|---------------------------------------|-------------------|
|  | GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION | CODIGO: IC-FO-020 |
|   |                                       | VERSION: 2        |
|   | ACTA                                  | FECHA: SEP 2017   |
|   |                                       | PAGINA 12 de 39   |

|    |   |   |   |  |   |   |
|----|---|---|---|--|---|---|
|    | en desarrollo. Cumple   |   |   |  |   |   |
| 10 | Practicada la revisión documental, se comprobó el cumplimiento de cada una de las actividades y registros establecidos por el procedimiento. Sin embargo se recomienda modificar el punto de control o registro de las actividades 3 ,5 y 6 la expresión clasificadora por Catálogo de Cuentas. | Ejecución del Presupuesto de Ingresos y Gastos                                      | X |  |   | Manual de Procesos y procedimientos   |
| 11 | Se cumple con las actividades y registros establecidos .Sin embargo se recomienda modificar el punto de control o registro de las actividades 3 ,5 y 6 la expresión clasificadora por Catálogo de Cuentas.  | Elaboración Proyecto de Presupuesto   |   |  | X |   |
| 12 | Se realiza presentación revisión y aprobación mensual de ejecución del presupuesto por Líder Financiero y la Alta Dirección. Remisión de información a entes de Control: IDS- SIHO-Ministerio de Salud y Protección Social. Contraloría Departamental , Contraloría General de la República     | Informe de Ejecución Presupuestal<br><br>Informe de Ejecución Presupuestal          | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos MIPG.<br><br>Manual de Procesos y Procedimientos. MIPG. |
| 13 | Revisados los soportes, practicados por la transversalidad del procedimiento con el de Ingresos y egresos se determina como cumplida.   | Recepción y trámite de otras por pagar ( Nómina Servicios Públicos , Resoluciones ) | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos   |
| 14 | Revisados los soportes , practicados por la transversalidad del procedimiento con el de Ingresos y egresos se determina como cumplida   | Recepción y Trámite de cuentas por pagar ( Prestación de Servicios Profesionales )  | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos   |
| 15 | Revisados los soportes , practicados por la transversalidad del procedimiento con el de Ingresos y egresos se determina como cumplida   | Recepción y trámite de Cuentas por Pagar ( Proveedores bienes )                     | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos.  |
| 16 | Revisados los soportes , practicados por la transversalidad del procedimiento con el de Ingresos y egresos se determina como cumplida   | Pagos   | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos.  |
| 17 | Revisados las actividades y registros se evidenció: que se  | Declaratorias Tributarias.  | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos.  |

A



|    |   |   |   |   |  |   |
|----|---|---|---|---|--|---|
|    | cumplen en concordancia con la norma y son firmados digitalmente por el Gerente Se descargan los formularios de la página Web de la Dian y enviados a tesorería para el consabido pago .En el 2021 y 2022 se presentó información exógena ante la Dian mediante los formatos 101-1006-1007-10081009-1011-1012 2276 se establece Cumple  |   |   |   |  |   |
| 18 | Tras la inspección documental realizada, se determina el cumplimiento de cada uno de los soportes establecidos. Entre otros matriz contentiva que contiene información de materiales-depreciación de activos fijos , distribución de nóminas por causación, honorarios formato de depreciación informe de cuentas y resumen por causación   | Distribución de Costos.                       |   |   |  | Manual de Procesos y Procedimientos.                                |
| 19 | Se cumplen con los lineamientos establecidos por la Contaduría General de la Nación. Se practicó Cálculo de las depreciaciones amortización y traslados de costos ingresados en el software DGH módulo de Contabilidad. Validación y entrega de la información de la publicación de la información contable requerida por Supe salud Siho. Se evidencia validación informe SIHO cargada en la página Web. | Elaboración de Estados Financieros            | X |   |  | Manual de Procesos y Procedimientos.                                |
| 20 | Se actualizó el procedimiento en septiembre de 2021. Se inicia desde el pago de las cuentas para generar descuentos hasta el pago a Hacienda del Departamento.  | Descuento Directo de Estampillas Pro hospital | X |   |  | Manual de Procesos y Procedimientos.                                |
| 21 | Se evidencias operaciones de conciliaciones bancarias en Contabilidad y tesorería recepción de extractos bancarios y libros de bancos. . Las conciliaciones deben ser registradas en el software DGH, aspecto este que no se cumple   | Conciliaciones Bancarias de Cuentas ESE HUEM  |   | X |  | Manual de Procesos y Procedimientos.<br><br>Manual de Contratación. |


Descripción de Hallazgo: Conforme (C); No Conformidad (NC); Observación (OB), Marque con una X según corresponda.

LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DE GESTION, REALIZA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES.

- En el desarrollo de ejecución del presupuesto de gastos Los ingresos se realizan manualmente según reporte de Tesorería y Cartera. Definir la integracionalidad del Software DGH.





|   |                                       |                   |
|---|---------------------------------------|-------------------|
|  | GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION | CODIGO: IC-FO-020 |
|   |                                       | VERSION: 2        |
|   | ACTA                                  | FECHA: SEP 2017   |
|   |                                       | PAGINA 14 de 39   |

- Revisar y ajustar, el orden cronológico de la numeración de los procedimientos, por cuanto su secuencia, no corresponde con la ejecución de las actividades de cada uno de los procedimientos pertenecientes al Proceso Financiero.
- En el Procedimiento de Facturación, se evidencia falta de oportunidad en la entrega de insumos generados (relación de medicamentos y dispositivos médicos) de los Servicios de Farmacia y Osteosíntesis.
- Programar Capacitaciones, al Área de Facturación y Revisoría de Cuentas, para fortalecer los referidos Procedimientos y Fortalecer la Disminución de Glosas de las EPS.
- Revisar en todas las Acciones Financieras, la aplicación del Manual de Políticas Contables y de Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).
- Revisar la pertinencia en los indicadores y mejorar en el seguimiento y soportes que respaldan las actividades desarrolladas.
- De los \$ 418.619.967.879 en cartera \$180.7722565.335 son Acreencias de las EPS en Liquidación, que corresponde a un 43% del total adeudado, genera un riesgo de recaudo, por lo cual los esfuerzos deben seguir direccionando, a la Gestión Jurídica para el Reintegro de estos valores.
- La deuda del IDS con la ESE HUEM, alcanza la suma de \$ 105.187.594.788 equivalente al 25%, de las Acreencias de la Entidad. Valor este muy importante para las finanzas de la entidad, por ende continuar la Gestión de Cobro, ya que como ente regulador de nuestro Hospital, requerimos de su mayor Apoyo con las finanzas, para optimizar necesidades prioritarias de mejoramiento.

El doctor Marco Antonio interviene manifestando que es una apreciación que considero que el papa nuestro es la Gobernación, no el IDS, este es un Ente Asesor, creo que se extralimita en sus funciones que debe tener un Ente de Asesoría, quería dejar esta apreciación personal.

El doctor Tonino Botta, manifiesta para complementar lo que dice el doctor Marco Antonio, es tan así que nos ponían como imposición en la tarea como se confeccionaba el Presupuesto año a año a un visto bueno que tenían que dar ellos sí o sí, de acuerdo a su capricho pretensión, informarles que acaba de quedar abolido y nuestro Presupuesto no tuvo que ser pasado por manos de esa funcionaria que todos los años hacia esa acción con el Hospital. De igual manera en aquel tema que todos conocen, con respecto a los recursos de la parte prestacional estaba en reserva nuestra los excedentes que había ahí y ellos condicionando la forma como teníamos nosotros que gastar eso. A esas entidades no se les olvida que la esencia de la Institución es Empresas Sociales del Estado tienen su autonomía y que están regida por una Junta Directiva. Hay veces que la gente busca protagonismos con todas estas cosas; lo que dice el doctor Martín Mora a veces confunden, hasta nosotros mismos porque esos recursos que teníamos dudas de cómo utilizarlos y solicitando autorizaciones de un Ministerio a otro, sabiendo que estos recursos son nuestros y ya nosotros habíamos pagado con cargo a nuestro del Presupuesto de la Institución esas acreencias. Entonces no podían ellos estar condicionando de cómo se gastaba esa plata y cómo se hacía, al punto que por ellos se nos abrió una investigación un Ente de Control que vinieron con toda la mala intención buscando una descalificación de ese acto y no encontraron nada, a pesar de haber ocurrido esto saltaron a una instancia superior, elevando la denuncia de que se estaba haciendo las cosas indebidas, la verdad compensamos que nosotros tenemos una autonomía y hay que ejercerla como es la esencia de la empresa, no es que nosotros seamos indomables, por encima de nosotros está la Junta Directiva y quién preside la Junta es el Señor Gobernador, no el IDS, eso era para completar lo que dice el doctor Marco Antonio.

Nuevamente el doctor Marco Antonio manifiesta que está totalmente de acuerdo con el Doctor Tonino porque el IDS, históricamente ha asumido esa posición que más bien parece que es una posición caprichosa, malintencionada en aras de obstaculizar todo nuestro proceso.

El doctor Martín Herrera, manifiesta agradeciendo las gestiones que se han hecho de cobro y que ha mejorado mucho y con respecto al cobro jurídico se ha adelantado como debe ser, simplemente las recomendaciones que estaban presentes de decirles que continúen de la manera que lo están haciendo, que lo están haciendo de una manera correcta.



El doctor Martín Mora manifiesta la preocupación Institucional con respecto al IDS que se ha vuelto una talanquera para el Hospital.


El doctor Tonino Botta, antes de continuar manifiesta al doctor Martin Herrera y al doctor Martín Mora sobre el tema que hace referencia al Recaudo, verdadera ha habido una acción para recuperar los recursos que es lo que ha hecho la administración. Definitivamente se encuentra uno con la falta de voluntad política de hacer las cosas para que una Red Pública se le cumpla con lo que se ha causado en el gasto en la pensión de la esencia nuestra que es atender los pacientes, entonces todas las herramientas los abogados la conocen que se han utilizado casi que infructuosa, al punto de que en las mesas de flujos de recursos se llega con el acompañamiento de la Supersalud y se hacen propuestas indecorosas por parte del asegurador y con un silencio que llama la atención para yo no utilizar una palabra inadecuada, porque esto se puede volver público con una mirada complaciente que el asegurador propone de que a nosotros se nos deba DIEZ MIL MILLONES DE PESOS (\$10.000.000.000), por decir un acuerdo de pago implícito, un pago valga la redundancia de 36 meses sin intereses ni nada, como la desaparecida COOMEVA que después de debernos QUINCE MIL MILLONES DE PESOS (\$15.000.000.000). Nos propone pagarnos OCHO MIL MILLONES DE PESOS (\$8.000.000.000) a cinco años, sin ningún cargo de intereses. En una instancia se nos ocurrió de demandar una Junta Directiva, porque las demandas a las EPS es un saludo a la bandera y demandar una Junta Directa me implico a mí, la enemistad personal, porque aquí en este país las cosas las personalizan, como una EPS que tiene una gente de mucho peso y cuando ingresaba a las Oficinas del Ministerio, me decían que si yo era el que había demandado a la directiva de la NUEVA EPS, que cómo se le había ocurrido eso, entonces me volví yo la figura por un acto bien intencionado, pero interpretado por ellos con perverso y malo, hoy ningún Juez de la República se atreve a demandar a la Junta Directiva de un asegurado, entonces miren contra a quién nosotros estamos luchando, a veces se pregunta uno cuál es la intención de todo esto y para donde vamos, es que desaparezca la Red Pública, porque no se ve de otra manera, nos queda una herramienta la última que utilizaría y es declararle la guerra frontal a un sistema, las Empresas Promotoras de Salud son con su accionar permitido por el Ministerio, el Ministerio es solidario con las ternas, nosotros podríamos demandar al Ministerio de Salud, o sea sería terminar de quemar las velas porque ese sí es verdadero papa de nosotros, absolutamente nada para la ESE HUEM y simplemente el Ministerio de Hacienda no le aprueba nada y el Hospital lo asfixia, entonces fíjense en que escenarios nosotros nos movemos, doctor entonces recoja el Hospital, disminuya el gasto, si se puede hacer en Talento Humano magnífico y en la Prestación del Servicio, entonces como hago yo selectivamente la atención si se opera esto o no, ahí está la orden de la SUPERSALUD, en estos momentos me acaba de llegar, donde nos combinan a nosotros, así sea intervenida la entidad, en estos momentos ECOOPSOS, nosotros tenemos que atenderle los pacientes, es sí o sí, eso no se lo dicen a la Red Privada, porque la Red Privada vayan a otra parte, eso se lo dicen a la Red Pública y contra quién vamos a facturar nosotros, si nosotros sabemos cuál es la historia de una Entidad que intervienen y ocupa sus instalaciones, tiene algodones en la nariz para dos meses de vida y a los dos meses la liquidan y esa masa de la deuda a quién se le cobra, así hicieron con MEDIMAS, en la anterior Administración de Gobierno me combinaron a mí a que yo tenía que abrirle las puertas a MEDIMAS, sopena a una sanción penal para mí como Gerente de la Institución, entonces estamos compitiendo en condiciones totalmente desventajosa contra la Red Privada, cómo podemos ser competitivos sin en el juego normativo, ellos lo acomodan a lo que necesiten, esa es la verdad real de aquí, entonces los Gerentes de los Hospitales prácticamente para que funcionen tendrán que nombrarlos el Superintendente de Salud, para que él nombre a sus amigos y todo pueda fluir.

6. PRESENTACION DEL INFORME DE CIERRE DE AUDITORIA DE GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO.

El doctor Martín Mora, realiza la presentación ante los miembros del Comité.

| HALLAZGOS |   |                  |   |    |    |  |
|-----------|---|------------------|---|----|----|--|
| No        | Descripción del hallazgo  | procedimiento    | C | NC | OB | Criterios de auditoria                         |
|           | De los Indicadores de Gestión: los indicadores. ID: 888-887 – 1893- 464 - 1392-1393 1992 - 1991- 1990- 1989- 176 y 174, subidos al aplicativo, no cumplen con el desarrollo | Indicadores TUCI |   | X  |    | Aplicativo Institucional Software. Indicadores |



|   |                                       |                   |
|---|---------------------------------------|-------------------|
|  | GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION | CODIGO: IC-FO-020 |
|   |                                       | VERSION: 2        |
|   | ACTA                                  | FECHA: SEP 2017   |
|   |                                       | PAGINA 16 de 39   |


|    |  |                         |   |  |   |   |
|----|--|-------------------------|---|--|---|---|
|    | diligenciamiento y soportes respectivos. . Afectando la toma de decisiones, que generen acciones de mejora.  |                         |   |  |   |   |
|    | Revisado el aplicativo institucional, se determina que se encuentran en desarrollo las acciones de mejora establecidas en la anterior auditoría de Control de Interno, entre otras:. Cumplimiento de la Ley de Archivística – Actualización de procedimientos y formatos etc.  | Planes de Mejoramiento  |   |  | X | Aplicativo institucional Software - Planes de Mejora. |
| 01 | Revisar las modificaciones establecidas en la Ley 1952/19. Regulada a partir de marzo de 2022  | Disciplinario Verbal    |   |  | X | Manual de Procesos y Procedimientos.                  |
| 02 | Se soportan, mediante matriz de seguimiento de las quejas presentadas por los trabajadores. De la actividad 3 en adelante solo se lleva el registro de las quejas, por cuanto el quejoso es requerido y no se presenta a descargos.  | Procedimiento Ordinario |   |  | X | Manual de Procesos y Procedimientos.                  |
| 03 | De las generalidades. Vinculación del personal de planta de Libre nombramiento y Remoción incluir los cargos de Tesorero y Almacenista General. Revisar lo inherente a Contratación de servicios.<br>- De la actividad (1) uno , excluir informe de evaluación de prestación de servicios<br>- De la actividad tres (3) codificar el Acta del Comité Evaluador.<br>- De la actividad cuatro (4). Revisar y ajustar.<br>Las demás actividades y registros verificados se cumplen a cabalidad. | Ingreso                 |   |  | X | Manual de Procesos y Procedimientos.                  |
| 04 | Ante la verificación documental practicada, se soporta de manera adecuada, todos y cada uno de las actividades y los puntos de control o registro establecido. Entre otros: Resolución, Paz y Salvo – Administrativo, y Asistencial, Liquidación de prestaciones   | Retiro<br><br>Retiro    | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos.                  |

↑



|    |  |                          |  |   |  |   |
|----|--|--------------------------|--|---|--|---|
|    | sociales etc. Cumple   |                          |  |   |  |   |
| 05 | Se evidencia Formato Plan de Formación y Capacitación debidamente publicado en la intranet. No se evidencia acto administrativo (Resolución) de aprobación del Plan de Formación y capacitación. Observación. La adopción del Plan de Capacitación y Formación debe ser soportada mediante Resolución legalizada y no mediante acta de comité. No cumple | Formación y Capacitación |  | X |  | Manual de Procesos y Procedimientos- MIPG |
| 06 | Tras la revisión documental realizada se evidenció la elaboración, aprobación y publicación de los planes Anuales de Bienestar Social Vigencia 2021 y 2022.  | Bienestar Social         |  | X |  | Manual de Procesos y Procedimientos.      |
| 06 | El Plan Anual de Capacitaciones debe ser aprobado mediante Resolución, se modificó para ser aprobado mediante Acta de Comité de, El cual genera no conformidad   | Bienestar Social         |  | X |  | Manual de Procesos y procedimientos.      |
| 06 | Practicada, la inspección documental de las actividades y soportes establecidos en el procedimiento se determina como cumplida.  | Bienestar Social         |  | X |  | Manual de Procesos y Procedimientos.      |
| 07 | Tras verificación de los responsables, actividades, registros y soportes acreditados entre otros: se practica a todo el personal tanto de planta, como agremiados y profesionales , con el desarrollo de la plataforma E-learning: cursos. herasmomeoz.gov.co. Se descargan del aplicativo los respectivos certificados.                                 | Inducción y Reinducción  |  | X |  | Manual de Procesos y Procedimientos.      |
|    | De las actividades 7 y 8 resultados de tabulación y comunicación no se evidenciaron.   | Inducción y Reinducción  |  | X |  | Manual de Procesos y Procedimientos.      |
| 08 | Se cumple con el objetivo del procedimiento.   | Encargo                  |  | X |  | Manual de Procesos y Procedimientos.      |




|   |                                       |                   |
|---|---------------------------------------|-------------------|
|  | GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION | CODIGO: IC-FO-020 |
|   |                                       | VERSION: 2        |
|   | ACTA                                  | FECHA: SEP 2017   |
|   |                                       | PAGINA 18 de 39   |

|     |  |   |   |                   |   |
|-----|--|---|---|-------------------|---|
| 09  | <p>Practicada la inspección documental, de las evidencias y soportes se constató que en concordancia con las fechas estipuladas por la Comisión Nacional del servicio Civil (CNSC) se practicó la verificación de la concertación de compromisos entre el evaluado y el evaluador teniendo en cuenta los compromisos laborales, comportamentales y los demás establecidos por el acuerdo 6176/ del 10/10/2018</p>  | <p>Evaluación de desempeño</p> <p>Evaluación de desempeño</p> | X |                   | <p>Manual de Procesos y Procedimientos.</p> <p>Manual de Procesos y Procedimientos- CNSC.</p> |
| 10  | <p>Incluir en la descripción de la actividad uno (1) la expresión y por terminación del período.</p> <p>En la actividad cuatro (4) incluir en el registro o punto de control la expresión Lista de Candidatos.</p> <p>En la actividad cinco (5) en el punto de control incluir la expresión Relación de Jurados Designados</p> <p>De la actividad seis (6) en la descripción incluir la expresión Apertura de Proceso Electoral y el punto de control Acta Modificar y codificar</p> <p>En la actividad ocho (8) en la descripción incluir la palabra Cierre de escrutinio</p> | <p>Elecciones</p> <p>Elecciones</p>                           |   | <p>X</p> <p>X</p> | <p>Manual de Procesos y Procedimientos.</p> <p>Manual de Procesos y Procedimientos.</p>       |
| 11. | <p>Verificado el suministro de las respectivas instrucciones y recomendaciones y orientaciones, para la ejecución y diligenciamiento de los Formatos y decretos reguladores del DAFP y los respectivos correos electrónicos donde se soportan Los Documentos del Acuerdos de Gestión</p>   | Acuerdos de Gestión   | X |                   | Manual de Procesos y Procedimientos.  |
| 12. | <p>Se practicó revisión, ajustes y modificación al Manual de Funciones mediante Proyecto de Acuerdo, que es revisado por el área Jurídica Laboral y presentada para su aprobación por la Junta Directiva mediante acuerdo</p>  | Modificación al Manual de Funciones y Competencias Laborales  | X |                   | Manual de Procesos y Procedimientos.  |

7




|     |  |  |   |  |   |  |
|-----|--|--|---|--|---|--|
|     | de la misma. SE encuentra publicada en la pág. Web. Cumple.  |  |   |  |   |  |
| 13. | En la descripción de la actividad 01, agregar la expresión Aprobación del Coordinador, Líder o Subgerente y en el punto de control Codificar la solicitud del interesado. En la actividad cuatro (4) adicionar la expresión Legalizado. Las demás actividades y registros se cumplen cabalmente  | Comisión de Estudios y o servicios al exterior |   |  | X | Manual de Procesos y Procedimientos.   |
| 14. | Procedimiento actualizado y cumplimiento de la acción de mejora establecida. Los soportes constatados denotan el cumplimiento las actividades entre otras: Novedades, dominicales, festivos, nocturnos licencias, préstamos, incapacidades, resoluciones. A través del módulo DGH donde se evidencia la trazabilidad de las actividades y registros. Cumple. | Nómina   | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos.<br><br>Manual de Procesos y Procedimientos. |
| 15. | Se comprobó el cumplimiento de las actividades y registros establecidos en el procedimiento entre otras: Historia Laboral, desprendible de nómina, resolución. Incluir Acto de Notificación de notificación de la resolución. Observación  | Acreencias Laborales                           |   |  | X | Manual de Procesos y Procedimientos.   |
| 16. | Establece los lineamientos de la DIAN, conceptos de devengados, descuentos en salud, pensión, pensión voluntaria y retención en la fuente. Se soporta en Dinámica Gerencial Hospitalaria DGH. Verificados la información soporte del procedimiento, se concluye su cumplimiento de manera oportuna y registros correspondientes. Cumple.                     | Certificados de Ingresos y Retenciones         | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos.   |
| 17. | Se practicó inspección documental evidenciándose el trámite y radicación de las incapacidades médicas, licencias de maternidad y paternidad de los funcionarios registrados en DGH. Se soportan otros  | Incapacidades                                  |   |  | X | Manual de Procesos y Procedimientos.   |



|     |   |  |   |  |   |                                      |
|-----|---|--|---|--|---|--------------------------------------|
|     | documentos mediante desprendible y Resoluciones. Matriz de Excel relación de incapacidades no se soporta Observación.   |  |   |  |   |                                      |
| 18. | Practicada la revisión documental se soportó que las actividades y registros, entre las que se cuentan certificaciones electrónicas, consulta al aplicativo CETIL, Matriz que contiene relación y control de solicitudes se soportó a cabalidad. En las historias Laborales se soportan dichos certificados. Son entregados en cada anualidad Cumple  | Certificados de cumplimiento y Cetil       | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos. |
| 19. | Tras la revisión documental se constató: la recepción de circular del IDS, creación o supresión de cargos, proyección de la modificación de planta de personal, elaboración Plan de Cargos Matriz de proyección de presupuesto de costos y gastos de personal, diligenciamiento de formularios de aportes patronales. Revisión del IDS, aval técnico remisión a presupuesto. Los valores asignados son adoptados mediante Acto Administrativo Acuerdo de Junta Directiva Acuerdo No 027 del 10/07/22 y acuerdo No. 14 del 10/07/22 Soportado. Cumple. | Presupuesto de Costos y Gastos de personal | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos. |
| 20. | En la actividad No. tres (3), incluir en el punto de control el formato TH-FO-033, en la actividad seis (6) incluir la expresión Notificación. Constatadas. Observación. Las actividades y registros de liquidación, reconocimiento y compensación de las vacaciones de los empleados. Se soporta su cumplimiento.  | Vacaciones                                 |   |  | X | Manual de Procesos y Procedimientos. |
| 21. | Se constatan las conciliaciones de las asignaciones mensuales del Sistema General de Participaciones (SGP) por concepto de pensión, salud, cesantías y riesgos  | Saneamiento de Aportes Patronales          | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos. |



|   |                                       |  |                   |
|---|---------------------------------------|--|-------------------|
|  | GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION |  | CODIGO: IC-FO-020 |
|   |                                       |  | VERSION: 2        |
|   |                                       |  | FECHA: SEP 2017   |
|   | ACTA                                  |  | PAGINA 21 de 39   |


|     |  |                     |   |   |  |                                      |
|-----|--|---------------------|---|---|--|--------------------------------------|
|     | laborales, con los valores en cada período y aplicados por las administradoras. Ante la inspección documental realizada se verificó el cumplimiento de cada una de las actividades y registros establecidos en el procedimiento. se califica como cumplida   |                     |   |   |  |                                      |
| 22. | Inicia con la circular del IDS donde establece el porcentaje de incremento para la elaboración del presupuesto y Aplicación del incremento salarial. Se elabora la Proyección de costos, teniendo en cuenta novedades. Se revisó el Proyecto de acuerdo.   | Planes de Cargos    | X |   |  | Manual de Procesos y Procedimientos. |
| 23. | Realizada la inspección documental, fue constatada cada una de las actividades y registros establecidos en el procedimiento, desde la solicitud del anticipo de cesantías, matriz de cálculo de retroactividad, hasta la elaboración de los respectivos paz y salvos, tanto asistencial como Administrativo. Actualizado en feb de 22. Cumple  | Cesantías           | X |   |  | Manual de Procesos y Procedimientos. |
| 24. | Tras la inspección ocular realizada y siguiendo el procedimiento de historias laborales, se pudo constatar que las actividades 1,2,3,4 y 5 correspondientes a la apertura de historias laborales, depuración de historias laborales, foliación, registros en hojas de control y actualización, requerimiento y/o solicitudes de historias laborales, estas cumplen con sus respectivos soportes. | Historias Laborales | X |   |  | Manual de Procesos y Procedimientos. |
| 24. | Mediante revisión realizada al archivo de historias laborales, concerniente a la actividad # 6 en la actualización de actuaciones administrativas, estas no cumplen ya que no se encontraban realizados los respectivos registros en el  | Historias Laborales |   | X |  | Manual de Procesos y Procedimientos. |






|     |   |   |   |  |   |                                      |
|-----|---|---|---|--|---|--------------------------------------|
|     | inventario documental.  |   |   |  |   |                                      |
| 25. | Practicada la inspección documental, se encontró: Que se cumple con el objetivo del procedimiento y Cada una de las actividades a saber: Análisis para crear o suprimir cargos, elaboración de los estudios técnicos Aprobación de la Planta de personal. Cumple. En la actividad cinco (5) en el punto de control Incluir la expresión Publicación en la pág. Web.   | Modificación de Planta de Personal  | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos. |
| 26. | Practicada la revisión documental, se comprueba el Cronograma de capacitaciones Plan de Formación y Capacitación. Evaluación y Registro de la Inducción y Reinducción. Contiene legajos institucionales. Nota ajustar El formato Th-Fo-018 debe ser cambiado por el formato TH-FO-019. Observación  | Inducción, Entrenamiento capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo. |   |  | X | Manual de Procesos y Procedimientos. |
| 27. | Tras la revisión practicada a las actividades, registros , y normatividad que incide en el procedimiento se encontró : registro de la solicitud radicado en Cegdoc y solicitud de medicina laboral , estudio y envío de documentación a la EPS para análisis y archivo de conceptos médicos , y del Comité de Estudio Ocupacional , visitas de seguimiento y archivo en la H.C. De la misma manera los registros se soportaron de acuerdos a los requerimientos del procedimiento. Calificación Cumplida. | Estudio de Enfermedad Laboral.  | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos. |
| 28. | La entidad diseñó, elaboró, socializó, actualizó y tiene publicada en su pág. intranet la Resolución de la Política de Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo. a través de la Plataforma E-Learning se realizan las inducciones y Reinducciones de los colaboradores estudiantes y demás personal vinculado .   | Diseño y Elaboración y Socialización del SG-SST                           | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos. |



|   |                                       |                   |
|---|---------------------------------------|-------------------|
|  | GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION | CODIGO: IC-FO-020 |
|   |                                       | VERSION: 2        |
|   | ACTA                                  | FECHA: SEP 2017   |
|   |                                       | PAGINA 23 de 39   |

|     |  |  |            |  |   |  |
|-----|--|--|------------|--|---|--|
|     | Se establece como cumplida.  |  |            |  |   |  |
| 29. | Practicada la inspección documental se constata actividades y registros, entre otros: diligenciamiento formato TH-FO-010 informe del presunto accidente de trabajo, reporte a la ARL. El formato TH-FO-16, no se diligencia en los aspectos del Riesgo Biológico. Observación. Las demás Actividades y registros se cumplen  | Reportes e Investigaciones de Incidentes y Accidentes de Trabajo.  |            |  | X | Manual de Procesos y Procedimientos.   |
| 30. | Ante la práctica de la confrontación de evidencias se encontró: que la programación de exámenes médicos ocupacionales, según el caso, sea Ingreso, Periódicos, y Retiro registrada en el formato TH-FO_007 HC de ingreso se cumplen, de la misma manera el adecuado diligenciamiento de los formatos TH-FO-009 – TH-FO-012; TH-FO_006-TH-FO_005, que se realizan a cada uno de los trabajadores que sean objetos de la valoración. Se determina como cumplida. | Evaluaciones Ocupacionales de Ingresos Periódicas y de Retiro.<br><br>Evaluaciones Ocupacionales de Ingresos Periódicas y de Retiro. | X<br><br>X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos.<br><br>Manual de Procesos y Procedimientos. |
| 31. | Se corroboró, los documentos soportes del procedimiento se encontró: - Plan de Trabajo Anual TH-FO- TH-FO-042; Visitas de inspección soportadas mediante el diligenciamiento de los siguientes formatos: - inspección ergonómica administrativa, asistencial, lista de chequeo para postura mixta. Cumple. En la actividad tres (3) en el punto de control incluir Acta de registro y evidencia. Cumple  | Inspección Biomecánica del Puesto de Trabajo.  | X          |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos.   |
| 32. | Ante la revisión documental practicada se pudo verificar el adecuado soporte de cada una de las actividades, como registros o puntos de control, donde se comprobó - - Matriz de identificación de peligros evaluación y valoración de los riesgos, se maneja con código de  | Monitoreo y Mediciones Ambientales.  | X          |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos.   |



|     |   |   |   |  |   |                                      |
|-----|---|---|---|--|---|--------------------------------------|
|     | colores. Las actividades se desarrollan en concordancia con la Administradora de Riesgos Laborales quien es la que realiza las mediciones ambientales: ruido, radiación Iluminación, calor, material articulado, gases. Etc. Cumple   |   |   |  |   |                                      |
| 33. | Actividad cinco (5) de las Recomendaciones Correctivas y Preventivas.   | Monitoreo y Mediciones Ambientales  |   |  | X |                                      |
| 34. | Practicada la inspección documental se constata actividades y registros, entre otros: diligenciamiento formato TH-FO-010 informe del presunto accidente de trabajo, reporte a la ARL. El formato TH_FO-16, no se diligencia en los aspectos del Riesgo Biológico. Observación.  | Prevención y Preparación y Respuesta ante Emergencia  |   |  | X | Manual de Procesos y Procedimientos. |
| 35. | Identifica peligros y riesgos laborales para controlar prevenir y disminuir condiciones inseguras . Se comprobó cada uno de los soportes establecidas se encontró: Formato TH-FO-042 F Plan de Trabajo Anual , Matriz identificación de peligros y riesgos MIPER GTC45  | Matriz de identificación de peligros evaluación y valoración de riesgos                       | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos. |
| 36. | Soportada Matriz de Identificación de peligros y valoración de los riesgos. Plan de trabajo Anual ESE HUEM con la ARL. Informes de estudios de puestos de trabajo, Intervenciones de la ARL y Plan de Trabajo anual TH_FO_042. Cumple   | Elaboración del programa de Vigilancia epidemiológica para los diferentes factores de riesgos | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos. |
| 37. | Distribución del recurso humano, cubrimiento de 24 horas día y 7 días a la semana. Se soporta Listados de personal, novedades, formato de reportes de programaciones y novedades, cambios de turno. Se verifica el cumplimiento de las actividades y registro establecidos en el presente procedimiento de manera satisfactoria. Cumple | Asignación de Turnos  | X |  |   | Manual de Procesos y Procedimientos. |
|     | Ante la revisión documental practicada se encontró:   | Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.  | X |  |   | M.I.P.G.                             |





ms. 7

- Manual de Funciones Y competencias laborales  
- Acuerdos de Gestión  
- Planes de Cargos  
- Presupuesto de Costos y Gastos de Personal  
- Comisión de Estudios y Servicios al Exterior  
- Elecciones  
- Encargo  
- Ingresos  
-Evaluaciones ocupacionales de ingreso periódicas y de retiro

PROTOCOLOS :

-Actuación y Amenazas Salud Mental

PLANES

Plan anual de Previsión del Recurso Humano 2022

Diagnóstico de percepción de Integridad.2020

Plan Estratégico de Talento Humano 2022

Plan Institucional de Formación y Capacitación 2022

Plan de Inducción y Reducción 2019

Plan de Trabajo SG-SST 2022

ACUERDOS

No.007 del 22/02/2021 Modificación del Manual de Funciones

No. 005 del 22/02/21 Modificación Planta de Personal.

De la actualización de los Planes y Acuerdos del Procedimiento T.H.

X

X

X

X

X

X

X

X

Manual de Funciones -  
Manual de Procesos y  
Procedimientos.

Modelo Integrado de  
Planeación y Gestión  
MIPG.

Manual de Funciones -  
Manual de Procesos y  
Procedimientos.

Modelo Integrado de  
Planeación y Gestión  
MIPG.

Manual de Funciones -  
Manual de Procesos y  
Procedimientos.

Modelo Integrado de  
Planeación y Gestión  
MIPG.



|  |  |  |   |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|
|  |  |  | X |  |  |  |
|  |  |  | X |  |  |  |

Descripción de Hallazgo: Conforme (C); No Conformidad (NC); Observación (OB), Marque con una X según corresponda.

LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DE GESTION, REALIZA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES.

Continuar dándole cumplimiento, a los elementos que evalúan y cuantifican la medición de las actividades establecidas en los procedimientos , Mapas de Riesgos Institucionales y de Riesgos de Corrupción – Indicadores de Gestión y Planes de Mejoramiento producto de EPM y Auditorías tanto Internas como de Entes de Control (IDS, MPS, Contraloría Departamental etc.).

Los Aplicativos Institucionales: Planes de Mejoramiento, Indicadores, deben s adjuntar los soportes de las actividades realizadas.

Del Procedimiento de Bienestar Social. Revisar la pertinencia de la participación en las actividades 5, 6, 7,8 y12 en la participación del Profesional Universitario de Control Interno Disciplinario.

Implementar el Control Interno Disciplinario al más alto nivel jerárquico de la entidad, asegurando su autonomía e independencia y el principio de segunda instancia y en concordancia con las recomendaciones de la Función Pública, siempre y cuando existan los recursos para ello.

Actualizar los Procedimientos, Manuales, estatutos, que desarrolla el Procedimiento de Talento Humano, los que se encuentren desactualizados. Nota Revisar la pertinencia y actualizar el formato de registro de Inducción y Reinducción en S.S. TH-FO-018.

Los encargados de procedimientos, no tienen acceso al Software Institucional de Planes de Mejoramiento, e Indicadores de Gestión, la cual dificulta la actualización y descargue de información de manera oportuna.

Incluir los Actos Administrativos donde se aprueban los diferentes mecanismos para darle cumplimiento a los procedimientos, tales como: formación y capacitación, Inducción.etc.

Del MIPG: se evidencia según Acta No.18 del 239/11/2022, El avance alcanzado, en varias de los compromisos establecidos, sin embargo se encuentran en desarrollo los compromisos adquiridos en la referida acta Dichas actividades tienen como cumplimiento hasta el 31/12/2022. Igualmente se manifestó por parte del equipo Jurídico, discrepancias sobre la construcción, presentación y aprobación de la resolución de las líneas de defensa.

El doctor Marco Antonio interviene y quiere dejar una anotación con respecto al proceso de Aportes Patronales, como Líder de Talento Humano de sacar pecho por este proceso y obviamente por la Profesional Especializada, porque verbo y gracia de ese proceso logramos recoger en la actual vigencia casi ONCE MIL MILLONES DE PESOS (\$11.000.000.000) que han contribuido en el último mes al flujo de caja, al flujo de efectivo y a liquidez de la Institución, es un buen resultado del manejo del Proceso de Saneamiento de Aportes Patronales que hemos venido realizando desde hace 10 años.

El doctor Marco Antonio informa que ya tienen listos la nueva estructura de Control Interno Disciplinario, de acuerdo a la Norma Legal del año 2019, el cual fue aprobado por Junta Directiva y el Proceso y Procedimiento ajustado a la Nueva Normatividad Legal comenzará a operativizarse a partir del 1 de enero del 2023.

El doctor Martín Mora informa que los Equipos de Trabajo se necesita que se fortalezca el tema de los Indicadores, Planes de Mejoramiento, de los Mapas de Riesgo de Corrupción de todos los Procesos y Procedimientos de la Institución, que estén juiciosos. Esperemos que para la vigencia 2023 se mejore.




7. PRESENTACION DEL INFORME DE CIERRE DE AUDITORIA DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL.

La doctora Brigytte Correa, realiza la presentación ante los miembros del Comité.



1. HALLAZGOS

| No. | Descripción del Hallazgo   | Procedimiento                                   | C | NC | OB | Criterios de auditoria   |
|-----|--|---|---|----|----|--|
| 01  | El proceso de Direccionamiento Estratégico y Gerencial tiene soportados, los procesos, procedimientos, guías, manuales, evidenciados en la página Intranet de la entidad y los requerimientos por la normatividad.   | Direccionamiento Estratégico y Gerencial        | X |    |    | Plan de Desarrollo Plan de Acción Manual de Procesos Manual de funciones         |
| 02  | Tras revisión en la página intranet se evidencia que el procedimiento cumple con los Planes de Mejoramiento.   | MIPG - Direccionamiento Estratégico y Gerencial | X |    |    | Aplicativo institucional, software. Planes de Mejoramiento                       |
| 03  | De los Indicadores de Gestión, se evidencia que “donaciones realizadas a través del programa huellas” vigencia 2022 no cuentan con los soportes requeridos.<br><br>Además según el programa dicho indicador tiene frecuencia trimestral pero actualmente se está llevando de manera semestral.           | Oficina Asesora de Planeación                   |   |    | X  | Aplicativo institucional, Panel de Indicadores<br><br>Programa huellas PE-PG-002 |
| 04  | Del Mapa de Riesgos Institucional  | MIPG, Mapa de Riesgos                           | X |    |    | Página intranet – Mapa de Riesgos por proceso.                                   |
| 05  | Ante revisión documental se evidencio que los siguientes documentos se encuentran desactualizados:<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- PE-PR-001 GESTIÓN INTEGRAL DE PROYECTOS (ALIANZA ESTRATÉGICA)</li> <li>- PE-PR-002 GESTIÓN INTEGRAL DE PROYECTOS</li> <li>- PE-PR-003 PLAN</li> </ul> | Todos los procedimientos                        |   |    | X  | Manual de Procesos y Procedimientos - Normatividad.                              |




|   |                                       |  |                   |
|---|---------------------------------------|--|-------------------|
|  | GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION |  | CODIGO: IC-FO-020 |
|   |                                       |  | VERSION: 2        |
|   |                                       |  | FECHA: SEP 2017   |
|   | ACTA                                  |  | PAGINA 29 de 39   |

|    |  |                               |   |  |   |   |
|----|--|-------------------------------|---|--|---|---|
|    | BIENAL DE INVERSIONES<br>- PE-IN-001<br>INSTRUCTIVO DE CONSULTAS EN LISTA OFAC O CLINTON Y LISTA ONU   |                               |   |  |   |   |
| 06 | Se realiza el procedimiento de la debida diligencia en el chequeo de listas internacionales: OFAC o CLINTIN y ONU.   | Subgerencia Administrativa    | X |  |   | Instructivo de Consultas en la Lista OFAC o CLINTON y lista ONU<br><br>PE-IN-001  |
| 07 | El Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT se encuentra en desarrollo, para la vigencia 2023 se aplicaran 3 nuevos formatos que deben aplicar todos los terceros que se vinculan o relacionan con la entidad, por norma.  | Subgerencia Administrativa    |   |  | X | Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT  |
| 08 | Que en el mapa de riesgos del proceso debe incluirse los riesgos de SARLAFT, y posteriormente publicarse en la Página Intranet.  | Subgerencia Administrativa    |   |  | X | Página intranet – Mapa de Riesgos por Proceso.  |
| 09 | Del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Institucional, se evidencia: la construcción entre ciudadanos y colaboradores, su publicación en la página web de la entidad en la sección denominada “Transparencia” y divulgación mediante la RES. 000180 de 2022, correos y demás medios informativos.   | Oficina Asesora de Planeación | X |  |   | Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.   |
| 10 | Según el departamento administrativo de la Función Pública, donde se establecen las generalidades acerca de los riesgos de corrupción pg. 65, “se debe elaborar anualmente por cada responsable de los procesos al interior de las entidades junto con su equipo”. Pero se evidencio que no se cumple acabilidad por cuanto se tuvo en cuenta únicamente 7 | Oficina Asesora de Planeación |   |  | X | Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas<br><br>versión 5<br><br>Función Pública<br>Diciembre 2020 |


|    |   |  |   |   |   |   |
|----|---|--|---|---|---|---|
|    | procesos para la construcción del mapa.   |  |   |   |   |   |
| 11 | <p>La matriz definición del riesgo de corrupción se compone así: riesgo, descripción, tipo, causas y consecuencias.</p> <p>Se evidencio que el componente de "consecuencias" no ha sido plasmado dentro del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano durante la vigencia 2021 y 2022.</p>   | Oficina Asesora de Planeación            |   | X |   | <p>Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas</p> <p>versión 4</p> <p>Función Pública<br/>Octubre 2018</p> |
| 12 | El Programa de Promoción y Prevención ejecuta estrategias educativas para fortalecer las habilidades de autocuidado de prácticas seguras en salud en los pacientes, familiares y/o cuidadores de la ESE HUEM. Lo cual queda registrado en la Historia Clínica de cada paciente y mediante programas como: "saludando" "viernes saludable" "un día con" y en la página web de la institución sección educación a usuarios. | Programa de Promoción y Prevención.      | X |   |   | Programa de Educación a Pacientes, Familiares y/o Cuidadores<br>PE-PG-001   |
| 13 | Que la actividad "UN CAFÉ CON" no se ha venido realizando como lo describe el programa, desde épocas de pandemia.   | Programa de Promoción y Prevención       |   |   | X | Programa de Educación a Pacientes, Familiares y/o Cuidadores<br>PE-PG-001.  |
| 14 | Se cumple a cabalidad con los pasos necesario para la Inducción y/o Re inducción de los Miembros de la Junta Directiva del Hospital Universitario Erasmo Meoz.  | Gerencia                                 | X |   |   | Protocolo de Inducción y/o Re inducción a la Junta Directiva<br>PE-PT-001.  |
| 15 | Actualizar Información de los Acuerdos cargados en la sección Códigos de la Intranet, puesto que dichos acuerdos son de vigencias anteriores.   | Direccionamiento Estratégico y Gerencial |   |   | X | Página intranet<br>Sección Códigos.   |
| 16 | La Estructuración y Socialización del Programa de Responsabilidad Social Empresarial se ha desarrollado mediante acciones socialmente responsables en la entidad.   | SIAU                                     | X |   |   | Programa de Responsabilidad Social Empresarial<br>PE-PG-003.  |



|   |                                       |  |                   |
|---|---------------------------------------|--|-------------------|
|  | GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION |  | CODIGO: IC-FO-020 |
|   |                                       |  | VERSION: 2        |
|   | ACTA                                  |  | FECHA: SEP 2017   |
|   |                                       |  | PAGINA 31 de 39   |

|    |   |                               |   |  |  |  |
|----|---|-------------------------------|---|--|--|--|
|    |   |                               |   |  |  |  |
| 17 | Se establecen Lineamientos Institucionales para la Gestión Integral de los Comités en la ESE HUEM, desde: Creación, Funcionamiento, Elaboración del Plan de Trabajo Anual de Comités, Evaluación y Seguimiento de Indicadores.  | Oficina Asesora de Planeación | X |  |  | Guía para La gestión de Comités Institucionales PE-GI-001.                                   |
| 18 | Del Plan de Acción Institucional se evidencio su respectiva ejecución y seguimiento, adopta el respectivo plan y soporte que registran las acciones de seguimiento.   | Oficina Asesora de Planeación | X |  |  | Procedimiento Elaboración, Seguimiento y/o ajuste al Plan de Acción Institucional PE-PR-004. |
| 19 | Se soporta el Cumplimiento del Procedimiento con la Identificación de la necesidad a proyectar dentro de la ESE HUEM.   | Oficina Asesora de Planeación | X |  |  | Gestión Integral de Proyectos PE-PR-002.   |
| 20 | <p>Tras inspección documental practicada se constató de los proyectos formulados que;</p> <p><b>Proyectos por ejecutarse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Torre Administrativa</li> <li>- Remodelación y Ampliación de Archivo.</li> </ul> <p><b>Proyectos que cuentan con estudio de diseño:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adquisición de Equipos para Dotación de Quirófanos de Cirugía Cardiovascular</li> <li>- Morgue</li> </ul> <p><b>Proyectos que ya tienen viabilidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimiento del Servicio Quirúrgico en Dotación de Equipos Biomédicos</li> <li>- Fortalecimiento del Servicio de Hospitalización Urgencias y Apoyo Diagnostico con Dotación de Equipos Biomédicos</li> </ul> | Oficina Asesora de Planeación | X |  |  | Gestión Integral de Proyectos PE-PR-002.   |

8 MS 70

|   |                                       |                   |
|---|---------------------------------------|-------------------|
|  | GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION | CODIGO: IC-FO-020 |
|   |                                       | VERSION: 2        |
|   | ACTA                                  | FECHA: SEP 2017   |
|   |                                       | PAGINA 32 de 39   |

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  | - Fortalecimiento del Servicio de Cirugía con Instrumental Quirúrgico. |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

Descripción de Hallazgo: Conforme (C); No Conformidad (NC); Observación (OB), Marque con una X según corresponda

LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DE GESTION, REALIZA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES.

- Se recomienda actualizar el indicador de gestión “donaciones realizadas a través del Programa Huellas” vigencia 2022 ya que no cuentan con los soportes requeridos y su frecuencia debe ser revisada.
  - Revisar y actualizar los documentos que se encuentran desactualizados a más de 2 años, ubicados en la página intranet.
  - Del Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAFT se debe seguir con su puesta en marcha, del mismo modo realizar la publicación en el Mapa de Riesgos, sobre los riesgos del sistema.
  - Del Mapa de Gestión de Riesgos de Corrupción al momento de su construcción se debe tener en cuenta a todos y cada uno de los procesos del hospital junto con su Líder y Equipo de Trabajo, también del mismo se deben incluir las consecuencias en la matriz de definición de riesgos, como lo indica la Función Pública.
  - Del programa “UN CAFÉ CON” se recomienda revisar su pertinencia de continuar aplicándolo o modificación si lo amerita.
  - De los acuerdos cargados en la página intranet sección CÓDIGOS, ajustar y revisar cuales se encuentran en vigencia.
- Los responsables de los procedimientos evaluados deben subir al aplicativo de planes de mejora las acciones determinadas como: NO CONFORMIDAD (NC) en un plazo de 8 días hábiles, así como cumplir los compromisos de las OBSERVACIONES.

La doctora Doris Angarita, interviene manifestando, todos hicimos la solicitud de solicitar el concepto ante la Función Pública, como tenemos tiempo para hacer el Plan de Mejoramiento, la Función Pública y nos dio el concepto, el cual se lo haré llegar.

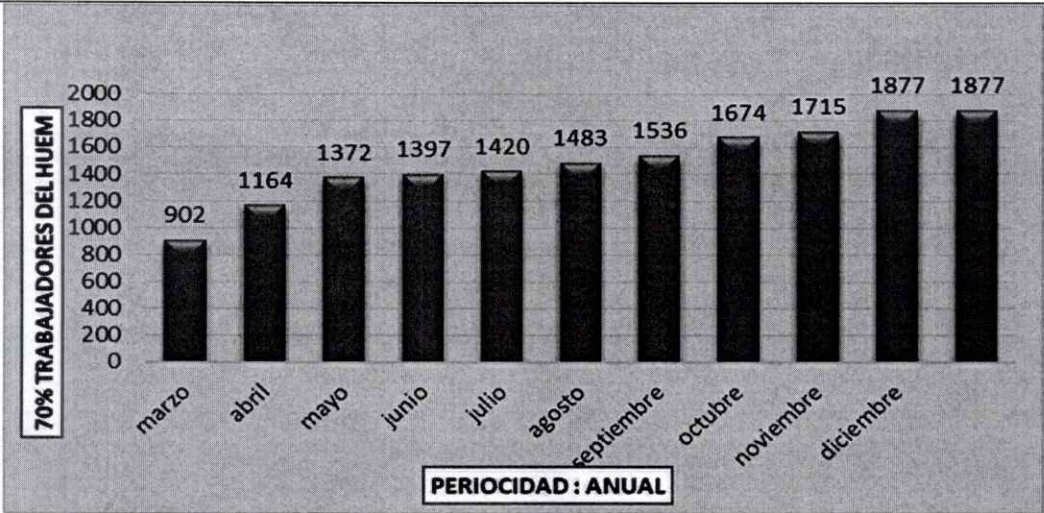
8. INFORME DE SEGUIMIENTO AL FOMENTO DE LA CULTURA

La doctora Brigytte Correa, realiza la presentación ante los miembros del Comité.

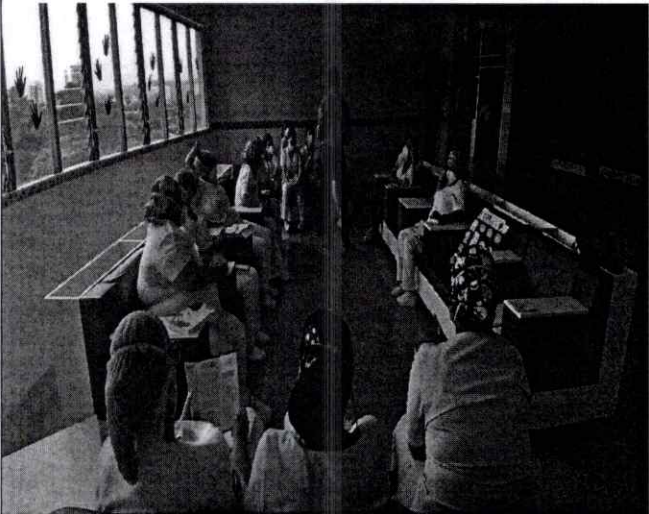
Para el año 2022 la meta de Fomento de la cultura de Control Interno fue llegar al 70% de los trabajadores de la ESE HUEM. Del total de 2.356 trabajadores entre asistenciales y administrativos, se logró llegar a 1.877 trabajadores, superando así la meta propuesta.

*[Handwritten signature]*

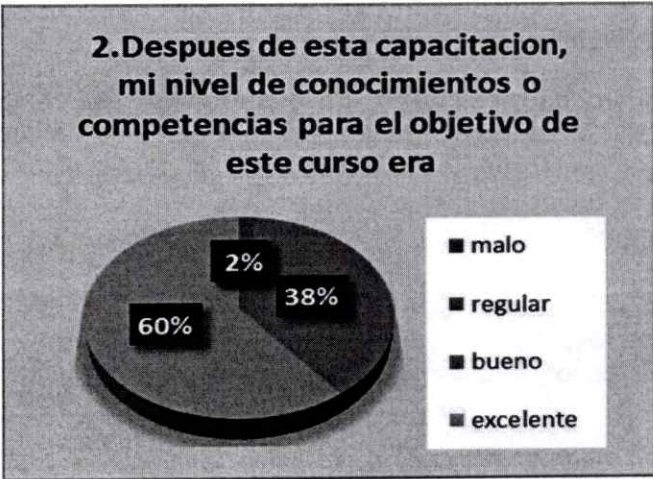




Para el logro del objetivo se llevaron a cabo reuniones presenciales y virtuales, las cuales fueron programadas con cada uno de los líderes de los procesos, envío de información por medio del correo institucional y salvapantallas en todo el hospital. En donde se socializaron también temas de acreditación para la entidad. Durante las capacitaciones se realizaron actividades de aprendizaje y de evaluación, mediante la aplicación de encuestas.

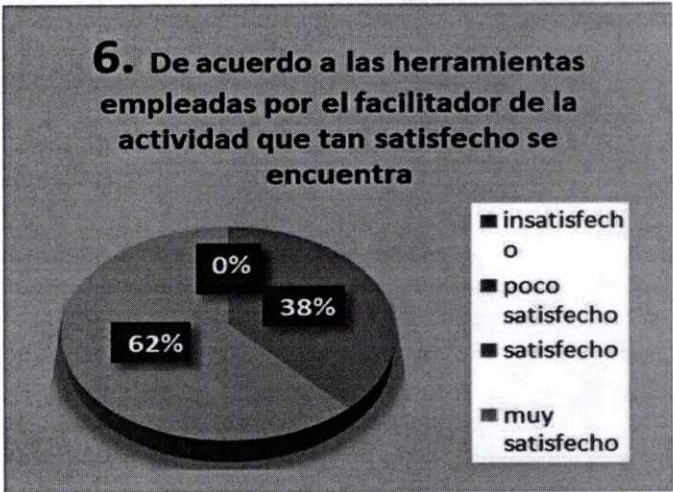
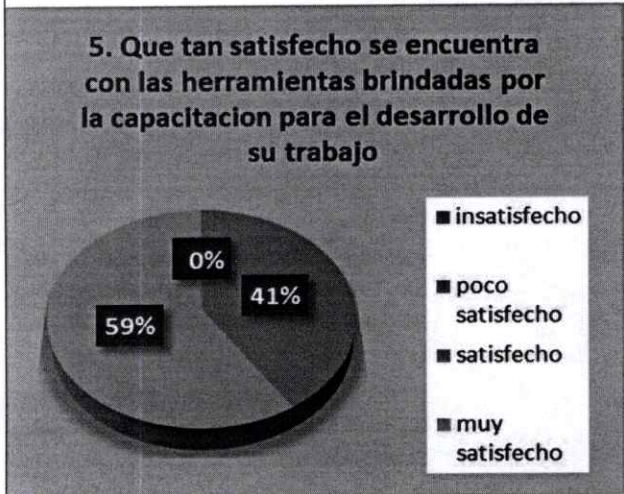
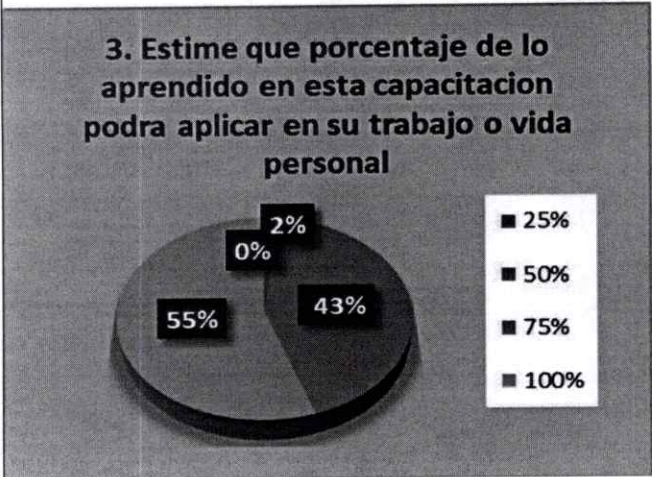


Los resultados de la encuesta aplicada a los trabajadores de la ESE HUEM fueron los siguientes:



*Handwritten signature and date: 10/11/17*





Según las estadísticas obtenidas de la encuesta aplicada a cada uno de los colaboradores de los procesos de la ESE HUEM se concluye que: primero, el nivel de conocimiento o competencias de los trabajadores antes de la capacitación era en su mayoría regular con un 47% de la población y solo un 4% expreso que era excelente.

Para la segunda pregunta, los encuestados expresaron en su mayoría que después de la capacitación su nivel de conocimientos o competencias para el objetivo del curso fue excelente con un 60%, seguido de bueno con un 38% y por último solo un 2% expreso que regular. Indicando así que se cumplió con el objetivo de la capacitación y se generó conocimiento en los trabajadores.

Tercero, de la estimación de lo aprendido en la capacitación el 55% de los trabajadores expresaron que lo aplicarían un 100% en el trabajo o vida personal. Seguida de la cuarta pregunta donde el 66% de la población expresó que el nivel de importancia del contenido de la capacitación en relación con su trabajo es alto. Demostrando así, que la capacitación de Fomento de la Cultura de Control Interno fue en su mayoría práctica y funcional para los trabajadores de la ESE HUEM.

Por último pero no menos importante, con respecto a las herramientas brindadas durante la capacitación para el desarrollo del trabajo, se denota que el 62% de los trabajadores quedaron muy satisfechos, seguido de un 38% satisfecho y ninguno expresó que quedara insatisfecho con dichas herramientas.




Como conclusión general se determina que mediante la ejecución de este procedimiento se generó Mejora Continua en el desarrollo de cada una de las actividades y metas propuestas tanto por los servicios asistenciales como administrativos.

El doctor Martín Herrera manifiesta en relación con el Fomento a la Cultura en años anteriores, se hacía una vez o dos veces al año, en esta oportunidad decidí que se va a ser de manera permanente para poder acercarnos mucho más a cada uno de los Servicios en los Programas y poder capacitarlos de esta manera y contribuir en algo con la futura Acreditación que vamos a obtener

9. PRESENTACION Y APROBACION DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIAS 2023

El doctor Martín Eduardo Herrera León, presenta ante los miembros del Comité el Plan Anual de Auditorías 2023, esta es la propuesta para cada uno de los procesos que se van a evaluar, acomodando las fechas, de acuerdo a los cronogramas que se pudo obtener en el año transcurridos en el 2022, para que sea de una manera cómoda por parte de cada uno de ustedes. Procedo a leer solamente el proceso y la fecha de la Auditoría, si algún Líder o Equipo tiene alguna objeción con estas fechas, le agradezco que pueden ir interviniendo. Procede el doctor Martín Herrera a leer el Plan Anual de Auditorías 2023. Se deja libre el mes de diciembre para realizar el cierre del año y así poder presentarle el INFORME EJECUTIVO de lo que se ha desarrollado en el transcurso del año, lo iba a presentar hoy, pero no consideré prudente incluirlo por muchos temas en el Comité, se presentará en el primer comité del año entrante, se hizo la solicitud para que sea desarrollado el tercer miércoles de cada mes, para así realizar los 12 del año siguiente. Presento ante ustedes el cronograma de Auditorías 2023, si alguno de los miembros del Comité tiene algo que decir sobre las fechas del presente cronograma, le agradezco. Procedo para aprobación doctor Tonino, el Plan Anual de Auditorías 2023. El doctor Tonino Botta pregunta a los presentes si están de acuerdo con las fechas que ha sugerido la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión, si hay alguna objeción expresarla, si nadie tiene objeción alguna se da por aprobado por unanimidad por los miembros del Comité, el Plan Anual de Auditorías 2023.



EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION

PLAN ANUAL DE AUDITORIAS

CODIGO: CI-FO-002

VERSION: 2

FECHA: MAR 2021

PAGINA 1 DE 1

FECHA: VIGENCIA 2023

OBJETIVO DEL PROCESO: Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento.


| PROCESO                           | LIDER<br>(Equipo Auditor) | AUDITADO                   | OBJETIVO DE LA AUDITORIA   | FECHA DE LA AUDITORIA   | CRITERIOS DE AUDITORIA  | FECHA INICIO | OBSERVACIONES |
|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------|--|---|---|--------------|---------------|
| CAJAS DE RECAUDO                  | Equipo auditor            | Lider y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento . Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 11 al 13 de Enero del 2023   | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 12/01/2023   |               |
| GESTION JURIDICA                  | Equipo auditor            | Lider y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua  | Desde el 02 al 23 de Febrero del 2023   | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 02/02/2023   |               |
| ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS | Equipo auditor            | Lider y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento . Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | 1 seguimiento 09 de Febrero al 09 de Marzo del 2023 / 2 seguimiento 13 de Septiembre al 11 de Octubre | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 09/03/2023   |               |



|  |                |                            |   |   |   |            |  |
|--|----------------|----------------------------|---|---|---|------------|--|
| ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS        | Equipo auditor | Líder y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | 1 seguimiento 09 de Febrero al 09 de Marzo del 2023 / 2 seguimiento 13 de Septiembre al 11 de Octubre | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 09/03/2023 |  |
| FOMENTO A LA CULTURA                     | Equipo auditor | Líder y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde Marzo a Diciembre del 2023  | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 01/03/2023 |  |
| GESTION DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN | Equipo auditor | Líder y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 01 al 29 Marzo del 2023  | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 01/03/2023 |  |
| GESTION DE MERCADEO Y VENTAS             | Equipo auditor | Líder y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 16 al 30 de Marzo del 2023   | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 16/03/2023 |  |

|   |   |                |                            |   |   |   |            |  |
|---|---|----------------|----------------------------|---|---|---|------------|--|
| 6 | GESTION DEL AMBIENTE Y RECURSOS FISICOS | Equipo auditor | Líder y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua  | Desde el 04 de Abril al 30 de Mayo del 2023 | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 04/04/2023 |  |
| 7 | GESTION DE TECNOLOGIA                   | Equipo auditor | Líder y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 20 de Abril al 18 de Mayo del 2023 | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 20/04/2023 |  |
| 8 | INGRESO                                 | Equipo auditor | Líder y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 09 al 23 de Mayo del 2023          | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 09/05/2023 |  |
| 9 | EGRESO                                  | Equipo auditor | Líder y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 09 al 23 de Mayo del 2023          | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 09/05/2023 |  |



|   |                                       |                   |
|---|---------------------------------------|-------------------|
|  | GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION | CODIGO: IC-FO-020 |
|   |                                       | VERSION: 2        |
|   | ACTA                                  | FECHA: SEP 2017   |
|   |                                       | PAGINA 37 de 39   |

|                                     |                |                            |   |   |   |            |  |
|-------------------------------------|----------------|----------------------------|---|---|---|------------|--|
| CAJAS MENORES                       | Equipo auditor | Líder y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 06 al 09 de Junio del 2023                 | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 06/06/2023 |  |
| MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD | Equipo auditor | Líder y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 13 de Junio al 18 de Julio del 2023        | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 13/06/2023 |  |
| ATENCION CONSULTA EXTERNA           | Equipo auditor | Líder y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 13 de Junio al 11 de Julio del 2023        | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 13/06/2023 |  |
| VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA           | Equipo auditor | Líder y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 05 de Julio al 02 de Agosto del 2023       | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 05/07/2023 |  |
| ÁPOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO     | Equipo auditor | Líder y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua  | Desde el 06 de Julio al 07 de Septiembre del 2023   | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 06/07/2023 |  |
| ATENCION HOSPITALARIA               | Equipo auditor | Líder y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 02 de Agosto al 06 de Septiembre del 2023  | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 02/08/2023 |  |
| DOCENCIA E INVESTIGACION            | Equipo auditor | Líder y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 17 al 30 de Agosto del 2023                | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 17/08/2023 |  |
| GESTION FINANCIERA                  | Equipo auditor | Líder y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 06 de Septiembre al 06 de Octubre del 2023 | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEN | 06/09/2023 |  |






|  |                |                            |   |   |   |            |  |
|--|----------------|----------------------------|---|---|---|------------|--|
| GESTION FINANCIERA                       | Equipo auditor | Lider y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 06 de Septiembre al 06 de Octubre del 2023 | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEM | 06/09/2023 |  |
| ATENCION QUIRURGICA                      | Equipo auditor | Lider y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 05 de Septiembre al 04 de Octubre del 2023 | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEM | 05/09/2023 |  |
| GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO  | Equipo auditor | Lider y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 11 de Octubre al 16 De Noviembre del 2023  | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEM | 11/10/2023 |  |
| ATENCION DE URGENCIAS                    | Equipo auditor | Lider y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 01 de Octubre al 16 De Diciembre del 2023  | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de contratación / normograma de cada uno de los procedimientos del HUEM | 01/11/2023 |  |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL | Equipo auditor | Lider y equipo del proceso | Determinar el grado de cumplimiento de las actividades, registros, formatos, manuales, protocolos entre otros, establecidos en el procedimiento. Y generar las recomendaciones encaminadas a la Mejora Continua | Desde el 09 al 30 de Noviembre del 2023             | Manual de procesos y procedimientos<br>Manual de funciones / Normas de auditoría generalmente aceptadas (NAGA) / Código de Etica del auditor / Manual de funciones / Manual de  | 09/11/2023 |  |


10. PROPOSICIONES Y VARIOS

En este punto de Proposiciones y Varios, el doctor Martín Herrera propone nuevamente la solicitud al Comité para que sigan apoyando la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión, en la consecución de Profesional de Recurso Humano, como Contador Público y Economista que no tenemos en este momento y un Profesional Médico Auditor que se ha solicitado varias veces, que está pendiente por EPM y por los mismos Entes de Control Externos que han hecho la sugerencia a esta Oficina y lo presento ante el comité en el momento que se pueda determinar esta clase de funcionarios que hacen falta para que aumente el Recurso Humano de esta Oficina.

El doctor Tonino Botta, considerando lo que el Asesor de Control Interno de Gestión, doctor Martín Herrera, si tienen algo que agregar y si no se da por terminado el comité. Si no hay más nada simplemente de mi parte agradecerle la forma dinámica como la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión está llevando todos estos Procesos, realizando las respectivas sugerencias, tomando los correctivos de una forma coactiva y diligente, como debe ser. Felicitarlos por ese trabajo, tratando de fortalecer esa dependencia como lo ha sugerido el doctor Martín Herrera y no me queda más que decir muchas gracias a todos, les deseo una Feliz Navidad para cada uno de ustedes y los miembros de sus familias y un Feliz Año 2023 y ojalá esté lleno de cosas productivas, con salud para todos nosotros que es lo más importante y cada miembro de las familias de ustedes, que seamos capaces de las desabediencias, discutirlos en una sana armonía y un buen ambiente y podamos lograr a feliz término la tarea que se nos ha encomendado. Este Hospital es como la muralla de Cartagena, está erguido y firme, hace más de 40 años que lo construyeron, no puede estar en manos de nosotros que las cosas no funcionen, somos aves pasajeras, aquí lo importante es la Institución, el doctor Mora lo informó que son pocas las Instituciones que quedan como Patrimonio de los Norteesandereanos y los Cucuteños. Esta Institución hay que quererla lo he dicho muchas veces. Por lo tanto los quiero felicitar, les reitero mis felicitaciones y el propósito de que el año entrante lleguemos con las pilas más recargadas. Igualmente como ustedes saben la responsabilidad del barco la tengo yo, pero todos ustedes hacen que esta Institución funcione a bien, que siempre lo he dicho, con solo una persona lo haga mal, el barco funciona mal. A todos ustedes muchas gracias.

El doctor Martín Herrera da las gracias a todos de parte de todo mi equipo Auditor por la preceptividad que tuvieron de manera paciente con las auditorías, mejoraron el proceso auditor, hoy los Planes de Mejoramiento están cumplidos casi en su totalidad, logramos cerrar los de años anteriores que se encontraban abiertos, se les había hecho seguimiento y no se habían mejorado dentro de la plataforma y eso era algunos hallazgos que se habían determinado por cuenta de los Entes Externos y eso era complicado poder seguir trabajando sin poderlos cerrar, hoy en día se encuentran cerrados, inclusive los hallazgos que se hicieron este año en su mayoría en cada uno de los procesos, hoy presentando solamente dos simples observaciones a la doctora Yenni que fueron subsanadas, eso la verdad me alegra mucho es la receptividad que estoy conteniendo de cada uno de estas Profesionales, de cada uno de estos Líderes y eso para mí



|   |                                       |                   |
|---|---------------------------------------|-------------------|
|  | GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION | CODIGO: IC-FO-020 |
|   |                                       | VERSION: 2        |
|   | ACTA                                  | FECHA: SEP 2017   |
|   |                                       | PAGINA 39 de 39   |

es muy grato que me anima a seguir trabajando para el Mejoramiento Continuo de la Institución que adoro. En un principio fue bastante difícil entrar en cada uno de los Servicios, encontraba muchas puertas cerradas, pero la verdad lo que encontré aquí fueron amigos, así como dice el doctor Tonino, yo no vengo a ser amigos y es cierto, pero poco a poco he obtenido mucha amistad de parte de ustedes, mucha colaboración y de verdad se los agradezco. Un abrazo gigante de Navidad y Año Nuevo. Espero que me sigan apoyando y colaborando en el siguiente año, pienso que nunca se habían encontrado con tantos hallazgos dentro de los Procesos, pero que pudimos solucionar de una manera rápida los Planes de Mejoramiento. Gracias doctor Tonino y a todos los miembros del Comité.

A las 10:30 de la mañana se da por terminado el Comité.

### INFORME DE COMISIÓN ACTA No. 11 DE 2022

Atendiendo la Comisión designada por el Comité de Control Interno de Gestión, los suscritos certificamos haber revisado la presente Acta, encontrándola ajustada a lo tratado en este Comité y estamos de acuerdo con ella.



DRA. DORIS ANGARITA ACOSTA  
Asesora de Planeación y Calidad



DRA. RUTH XIOMARA RODRIGUEZ CRISTANCHO  
Subgerente Administrativa

MSH

27



# FIRMA ASISTENCIA COMITE CONTROL INTERNO DE GESTION DICIEMBRE 22 DE 2022

| Marca temporal      | NOMBRES Y APELLIDOS               | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO                         | TELEFONO    | CORREO ELECTRONICO                | FIRMA                         |
|---------------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------------------|-------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 12/22/2022 9:30:44  | MARIA DEL PILAR MEDINA SUAREZ     | 60343752             | LIDER                         | 1202        | QUIROFANOS@HERASMOMEZ.GOV.CO      | MARIA DEL PILAR MEDINA SUAREZ |
| 12/22/2022 9:34:55  | MARCO A NAVARRO P                 | 13475474             | LIDER TH                      | 5829503     | TALENTOHUM@HERASMOMEZ.GOV.CO      | SI                            |
| 12/22/2022 9:42:16  | MARIBEL TRUJILLO BOTELLO          | 60385130             | SUBGERENTE DE SALUD           | 3112870986  | SUBSALUD@HERASMOMEZ.GOV.CO        | MARIBEL TRUJILLO BOTELLO      |
| 12/22/2022 9:45:45  | JHON ALEXANDER PEREZ JAIMES       | 88210650             | LIDER DE RECURSOS FINANCIEROS | 314-3286105 | financiera@herasmomez.gov.co      | JHON ALEXANDER PEREZ JAIMES   |
| 12/22/2022 9:48:23  | MIGUEL TONINO BOTTA FERNANDEZ     | 9092610              | GERENTE                       | 315372195   | gerencia@herasmomez.gov.co        | Tonino Botta Fernandez.       |
| 12/22/2022 9:51:05  | YENI PEÑA GUERRERO                | 60292026             | LIDER ATENCIÓN AMBULATORIOS   | 3004846491  | AMBULATORIOS@HERASMOMEZ.GOV.CO    | YENI PEÑA GUERRERO            |
| 12/22/2022 9:56:51  | MAYRA ALEJANDRA JACOME FUENTES    | 1090378741           | TECNICO ADMINISTRATIVO        | 3505893917  | CNTROLI.APOYO5@HERASMOMEZ.GOV.CO  | Mayra A. Jácome F.            |
| 12/22/2022 10:29:17 | Ruth Xiomara Rodríguez Cristancho | 60331582             | Subgerencia Administrativa    | 3156401895  | subgerencia@herasmomez.gov.co     | si                            |
| 12/22/2022 10:44:03 | NIXON MARTIN LEAL ORTEGA          | 5441464              | PROFESIONAL UNIVERSITARIO     | 3125112940  | njian1904@hotmail.com             | NIXON MARTIN LEAL ORTEGA      |
| 12/22/2022 10:45:17 | Martin Mora Hernández             | 13439912             | PUE                           | 3148414779  | control. apoyo                    | Martin Mora Hernández         |
| 12/22/2022 11:02:20 | HERNANDO OTERO                    | 13253449             | lider                         | 3102329991  | apoyodx@herasmomez.gov.co         | s                             |
| 12/22/2022 11:04:09 | brigyte correa vasquez            | 1092356446           | profesional universitario     | 3004443966  | control. apoyo3@herasmomez.gov.co | brigyte correa                |