



I. IDENTIFICACIÓN

APROBACION DEL PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS

ACTA N°: 01

FECHA: 26/01/2023

LUGAR: Oficina de Gerencia

HORA INICIO: 08:00 AM

HORA FINAL: 11:00 A.M.

ACTA N° 01

II. ORDEN DEL DIA

1. Asistencia
2. Presentación
3. Propósito y Objetivos de la Auditoría
4. Control de Registro y Asistencia

III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. ASISTENCIA :

La reunión de apertura contó con los siguientes funcionarios:

Alberto Segundo Vidal Díaz
Zulim Trujillo Guerra
Jhanina Díaz Vidal
Tomas Valdelamar

Gerente
Jefe de control interno
Coordinador de calidad
Jurídico

2. ORDEN DEL DIA:

1. Verificación de asistencia.
2. Alcance y objetivos del COMITÉ DE CONTROL INTERNO.
3. Presentación de PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS VIGENCIA 2023.
4. Informe del desarrollo del programa de auditoria vigencia 2022.

3. DESARROLLO DE LA REUNION:

- 1). Verificación de asistencia. Siendo las 10:00 AM del 26 de febrero de 2023 se verifico la asistencia de los funcionarios convocados a la reunión.
- 2) Toma la palabra el jefe de control interno, quien explica que EL COMITÉ DE CONTROL INTERNO es la instancia para la Formulación, evaluación e implementación de políticas de **control interno**, como también realiza la evaluación de los procesos misionales y de apoyo adoptada y utilizada por la entidad, con el fin de determinar su coherencia con los objetivos y resultados comunes inherentes a la misión institucional. Anota además, que es el conjunto de acciones, **actividades**, planes, políticas, normas, registros,



procedimientos y métodos, incluido el entorno y actitudes que desarrollan autoridades y su personal a cargo, con el objetivo de prevenir posibles riesgos que afectan a una entidad pública.

Acto seguido, Expone que el sistema de **control interno MECI**, está dividido en cinco **componentes** integrados que se relacionan con los objetivos de la entidad: Ambiente de **control**, evaluación de los riesgos, actividades de **control**, sistemas de información y comunicación, y actividades de monitoreo y supervisión y las detalla a continuación, de la siguiente manera.

- **AMBIENTE DE CONTROL:** Condiciones mínimas que debe tener la entidad para el ejercicio de control interno.
- **EVALUACION:** Toda entidad debe identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales. Se debe identificar los riesgos en los procesos que afecten el cumplimiento de las metas.
- **ACTIVIDADES DE CONTROL:** Diseñar los controles o mecanismos (PLAN ANTICORRUPCION).
- **INFORMACION Y COMUNICACIÓN:** Canales de comunicación, normograma, veedurías.
- **ACTIVIDADES DE MONITOREO- AUDITORIAS- MAPAS DE RIESGO**

3).La jefe de control interno, expone el programa de auditorías internas para la vigencia 2023, quien explica que el programa se elaboró teniendo en cuenta las metas de la organización y acorde con el sistema integrado de gestión, el cual se detalla en tres partes, de la siguiente manera:

1. Describe los objetivos institucionales de cada proceso a auditar, el alcance, el área organizacional y los requisitos.
2. Describe el sistema, los procesos a auditar, los jefes de área encargados, el auditor responsable, el auditor acompañante, fecha de inicio y fecha final.
3. Recursos financieros, humanos y de tiempo.

Seguidamente toma la palabra el Dr. ALBERTO SEGUNDO VIDAL DIAZ, quien manifiesta que el programa de auditorías se ajusta a los requerimientos institucionales.

Una vez socializado el programa de auditorías internas los asistentes del comité de auditorías deciden aprobar este programa que contiene actividades para la vigencia 2023. Se anexa plan y programa de auditorías vigencia 2023.

El jurídico de la ESE , manifiesta que mediante resolución #0013 del 25 de febrero de 2023, "**POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA Y SE ESTABLECE EL COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO DE LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE VALENCIA-CORDOBA**", exponiendo taxativamente las funciones del mismo, tales como:

1. Evaluar el estado del Sistema de Control Interno de la entidad y aprobar las modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento del sistema a partir de la normativa vigente, de los informes presentados por el jefe de control interno o quien haga sus veces, de los organismos de control y de las recomendaciones de otras instancias institucionales, como el Comité Institucional de Gestión y Desempeño u otros que suministren información relevante para la mejora del sistema.
2. Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la entidad presentado por el jefe de control interno o quien haga sus veces, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del plan, de acuerdo con lo dispuesto en el estatuto de auditoría, basado en la priorización de los temas críticos según la gestión de riesgos de la administración.
3. Aprobar el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de ética y buen gobierno, así como verificar su cumplimiento.



4. Revisar la información contenida en los estados financieros de la entidad y hacer las recomendaciones a que haya lugar.
5. Servir de instancia para resolver las diferencias que surjan en desarrollo del ejercicio de auditoría interna, siempre que se haya surtido el conducto regular ante la Oficina de Control Interno, de manera previa a la entrega del informe final de auditoría.
6. Conocer y resolver los conflictos de interés que afecten la independencia de la auditoría.
7. Someter a aprobación del representante legal. la política de administración del riesgo y hacer seguimiento, en especial a la prevención y detección de fraude y mala conducta.
8. Evaluar, decidir y adoptar oportunamente las propuestas de mejoramiento del sistema de control interno que presente en sus informes la Oficina de Control Interno.
9. Definir mejoras al Modelo Integrado de Planeación y Gestión implementado por la entidad, con especial énfasis en las actividades de control establecidas en todos los niveles de la empresa, información que deberá ser suministrada al Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su incorporación.
10. Analizar las recomendaciones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño en relación con las políticas de gestión y desempeño que puedan generar cambios o ajustes a la estructura de control de la entidad.

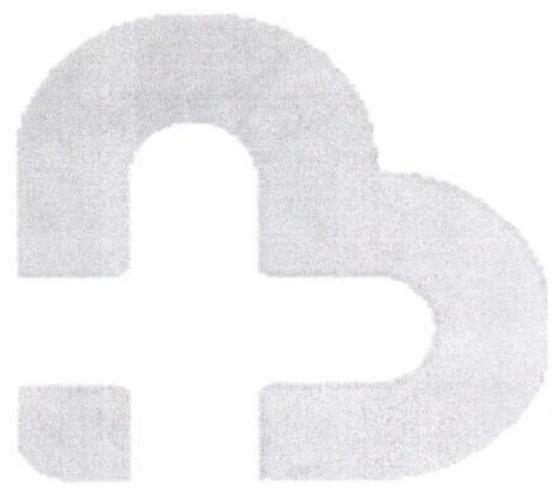
La coordinadora de calidad y/o jefe de planeación, manifiesta que El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se reunirá mínimo dos (2) veces en el año, y extraordinariamente, cuando alguno de sus miembros, lo considere conveniente. Sesionará, con la asistencia de mínimo la mitad más uno de sus integrantes y adoptará las decisiones por mayoría simple. En caso de empate, se someterá el asunto a una nueva votación; de persistir el empate el Presidente del Comité o quien haga sus veces tendrá la función de decidir el desempate.

- 4) El Jefe de control interno, informa que el cronograma de auditoria para la vigencia 2022, se dio un cumplimiento del 100% .No siendo otro el objeto de la reunión, se da por terminada por los integrantes del comité y se firma el acta.



4. CONTROL DE REGISTRO DE LA ASISTENCIA A LA REUNION DE APERTURA:

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
ALBERTO SEGUNDO VIDAL DIAZ	Gerente	<i>A.S.V.</i>
ZULIM TRUJILLO GUERRA	Jefe de control interno	<i>Zulim Trujillo Guerra</i>
JHANINA DIAZ VIDAL	Coordinador Calidad	<i>Jhanina Diaz V.</i>
TOMAS VALDELAMAR	Jurídico	<i>Tomas Valdelamar</i>





RESOLUCIÓN No. 0013 DE 2023.

(25 DE ENERO).

"Por la cual se adopta el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS"

EL GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS.

En uso de sus facultades legales y estatutarias, y:

CONSIDERANDO:

Que el artículo 13 de la Ley 87 de 1993 establece que los organismos y entidades del Estado, en sus diferentes órdenes y niveles, deben establecer un Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, de acuerdo con la naturaleza de las funciones propias de la organización.

Que en concordancia con lo anterior, el artículo 2.2.21.1.5 del Decreto 1083 de 2015 dispone que las entidades y organismos del Estado están obligadas a establecer un Comité Institucional de Coordinación de Control Interno como órgano asesor e instancia decisoria en los asuntos de control interno.

Que el artículo 2.2.23.1 de la misma norma señala que el Sistema de Control Interno se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades. El Control Interno es transversal a la gestión y desempeño de las entidades y se implementa a través del Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

Que mediante el Decreto 648 de 2017, se modifica el Título 21 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015 Reglamentario Único del Sector de la Función Pública, y se establece el Sistema Institucional de Control Interno, el cual se integra por el esquema de controles de la organización, la gestión de riesgos, la administración de la información y de los recursos y por el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos, y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas, resultados u objetivos de la entidad.

Que el decreto 1083 de 2015 establece que el Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades; que el Control Interno es transversal a la gestión y desempeño de las entidades y se implementa a través del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, cuya estructura está acompañada de un esquema



de asignación de responsabilidades y roles para la gestión del riesgo y el control, el cual se distribuye en diversos servidores de la entidad, no siendo ésta una tarea exclusiva de las oficinas de control.

Que el Decreto Nacional 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015” sustituyó los Títulos 22 y 23 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto Nacional 1083 de 2015, determinando el objeto e instancias de dirección y coordinación del Sistema de Gestión, adoptando el nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG, y estableciendo, la articulación del Sistema de Gestión con el Sistema de Control Interno.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º. Conformar el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Artículo 2º. Naturaleza del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno es un órgano de asesoría y decisión en los asuntos de control interno de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS. En su rol de responsable y facilitador, hace parte de las instancias de articulación para el funcionamiento armónico del Sistema de Control Interno.

Artículo 3: Implementación del sistema de control interno. Para el establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno, se tendrán en cuenta los lineamientos e instrumentos definidos por las entidades líderes de política de gestión del orden nacional y distrital, así como las de la Empresa Metro de Bogotá S.A. en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.–.

CAPÍTULO 2

Integración y funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Artículo 4º. Integración del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno está integrado por:

- i. Gerente General, quien lo presidirá
- ii. Gerente Administrativo y Financiero
- iii. Jurídico
- iv. Jefe de planeación
- v. Jefe de control interno

Artículo 5º. Funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Son funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E., las siguientes:



1. Evaluar el estado del Sistema de Control Interno de la entidad y aprobar las modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento del sistema a partir de la normativa vigente, de los informes presentados por el jefe de control interno o quien haga sus veces, de los organismos de control y de las recomendaciones de otras instancias institucionales, como el Comité Institucional de Gestión y Desempeño u otros que suministren información relevante para la mejora del sistema.
2. Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la entidad presentado por el jefe de control interno o quien haga sus veces, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del plan, de acuerdo con lo dispuesto en el estatuto de auditoría, basado en la priorización de los temas críticos según la gestión de riesgos de la administración.
3. Aprobar el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética y Buen gobierno, así como verificar su cumplimiento.
4. Revisar la información contenida en los estados financieros de la entidad y hacer las recomendaciones a que haya lugar.
5. Servir de instancia para resolver las diferencias que surjan en desarrollo del ejercicio de auditoría interna, siempre que se haya surtido el conducto regular ante la Oficina de Control Interno, de manera previa a la entrega del informe final de auditoría.
6. Conocer y resolver los conflictos de interés que afecten la independencia de la auditoría.
7. Someter a aprobación del representante legal la política de administración del riesgo y hacer seguimiento, en especial a la prevención y detección de fraude y mala conducta.
8. Evaluar, decidir y adoptar oportunamente las propuestas de mejoramiento del sistema de control interno que presente en sus informes la Oficina de Control Interno.
9. Definir mejoras al Modelo Integrado de Planeación y Gestión implementado por la entidad, con especial énfasis en las actividades de control establecidas en todos los niveles de la empresa, información que deberá ser suministrada al Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su incorporación.
10. Analizar las recomendaciones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño en relación con las políticas de gestión y desempeño que puedan generar cambios o ajustes a la estructura de control de la entidad.
11. Las demás asignadas por el Representante Legal de la entidad.

Artículo 6 º. Funciones del presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Son funciones del Presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la empresa, las siguientes:

1. Presidir, instalar y dirigir las reuniones correspondientes.



2. Decidir los impedimentos y recusaciones que presenten los integrantes del Comité.

3. Las demás funciones que establezca la ley o el reglamento.

Artículo 7º. Secretaría Técnica del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. El jefe de control interno de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, o quien haga sus veces participará con voz, pero sin voto en el Comité y ejercerá la Secretaría Técnica del Comité.

Artículo 8º. Funciones de la Secretaría Técnica del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Son funciones de la Secretaría Técnica del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, las siguientes:

1. Convocar a sesiones a los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, indicando: hora, día y lugar de la reunión.

2. Programar la agenda del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y enviarla previamente a cada uno de los integrantes del Comité.

3. Elaborar las actas de las reuniones.

4. Organizar la logística y los recursos técnicos necesarios para el funcionamiento del Comité.

5. Hacer seguimiento a las decisiones adoptadas y compromisos adquiridos por el Comité.

6. Las demás funciones que establezca la ley o el reglamento.

CAPITULO 3

Funcionamiento del Comité

Artículo 9º. Sesiones y quorum decisorio y deliberatorio. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se reunirá mínimo dos (2) veces en el año, y extraordinariamente, cuando alguno de sus miembros, lo considere conveniente. Sesionará, con la asistencia de mínimo la mitad más uno de sus integrantes y adoptará las decisiones por mayoría simple. En caso de empate, se someterá el asunto a una nueva votación; de persistir el empate el Presidente del Comité o quien haga sus veces tendrá la función de decidir el desempate.

Artículo 10º Sesiones no presenciales: El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno podrá deliberar, votar y decidir a través de cualquier medio electrónico que permita una comunicación simultánea o sucesiva, previa convocatoria de la Secretaría Técnica del Comité dejando constancia de lo actuado, de conformidad con lo establecido en el artículo 63 de la Ley 1437 de 2011, o las normas que los modifiquen o sustituyan. Para efectos de las sesiones no presenciales, el medio técnico empleado para llevar a cabo la comunicación a distancia deberá permitir probar las deliberaciones realizadas y las decisiones adoptadas, mediante mecanismos tales como grabaciones o filmaciones, correos electrónicos, videoconferencia o mensajes de datos, entre otros, con los atributos de seguridad necesarios de acuerdo con la Ley 527 de 1999, Para este último caso, los miembros del comité deberán expresar su voto y/o ejercer su derecho de voz dentro del mismo día en el que se haya iniciado la reunión.



Artículo 11º. Invitados a las reuniones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Cuando lo considere pertinente, según los temas a tratar en el orden del día, el presidente del Comité podrá invitar personas o representantes de entidades del sector público que tengan injerencia en los asuntos de control interno, quienes sólo podrán participar, aportar y debatir sobre los temas para los cuales han sido invitados.

Artículo 12º. Citación a las reuniones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Las reuniones ordinarias del Comité serán convocadas por la Secretaría Técnica, con una antelación de por lo menos cinco (05) días hábiles. Este plazo podrá ser inferior cuando las circunstancias lo exijan.

La Secretaría Técnica deberá especificar en el texto de la convocatoria la fecha y hora de la sesión, el orden del día, la forma de intervención y el término para proponer observaciones y para manifestar la aprobación o no de cada uno de los temas a tratar.

La convocatoria de las reuniones extraordinarias se realizará con una antelación de por lo menos dos (02) días hábiles. En caso de urgencia se podrá convocar verbalmente, de los cuales se dejará constancia en el acta. La citación siempre indicará el orden del día a tratar.

La invitación a la sesión del Comité se efectuará por medio del correo electrónico institucional, a la cual se adjuntará los soportes correspondientes al asunto a tratar, de realizarse sesiones virtuales con la invitación deberán estar las instrucciones para la asistencia a la misma.

Si se presentan observaciones o comentarios por los miembros del Comité de los temas a tratar y del orden del día, se harán los ajustes sugeridos, si en criterio del Presidente proceden.

Artículo 13º. Reuniones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Las sesiones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se adelantarán de conformidad con lo siguiente:

1. Las reuniones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno serán instaladas por su Presidente.
2. A continuación, el Secretario Técnico del Comité verificará el quórum y dará lectura al orden del día propuesto el cual será sometido a consideración y aprobación del Comité por parte del Presidente, e informará al Presidente sobre la extensión de las invitaciones a la sesión y las justificaciones presentadas por inasistencia.
3. Desarrollo de los asuntos a tratar.
4. Una vez se haya surtido la presentación, los miembros y asistentes deliberarán sobre de los asuntos tratados y adoptarán las determinaciones que estimen oportunas, las cuales serán de obligatorio cumplimiento.
5. Efectuada la deliberación, el Secretario Técnico procederá a preguntar a cada uno de los integrantes el sentido de su voto.



6. Una vez evacuados todos los asuntos a consideración del Comité, el Secretario Técnico informará al Presidente que todos los temas han sido agotados, procediendo el Presidente a levantar la sesión.

PARÁGRAFO. Las sesiones del Comité podrán ser grabadas por el Secretario Técnico del Comité, y con base en las mismas, el citado funcionario elaborará actas ejecutivas del desarrollo de la sesión conforme a las disposiciones que se indican más adelante. En este evento, siempre se informará a los presentes de la opción de grabación de la reunión con fines de transcripción.

ARTICULO SEXTO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

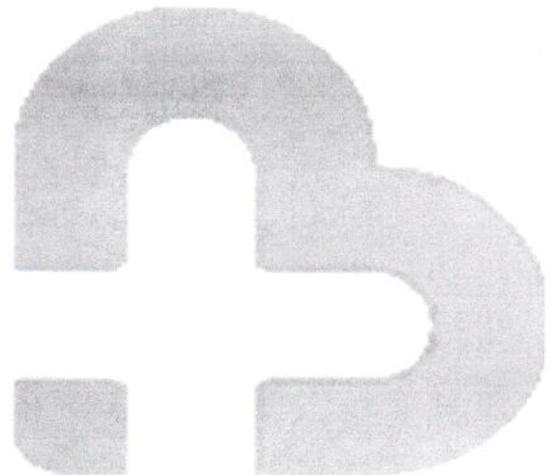
NOTIFIQUESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLESE

Dado en Valencia a los: veinticinco (25) días del mes de Enero de 2023.

A.V.M.
ALBERTO SEGUNDO VIDAL DIAZ

Gerente ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Valencia.

Tomas Valdelamar
Elaboró.





I. IDENTIFICACIÓN

DIVULGACION E IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

ACTA N°: 002

FECHA: 15/05/2023

LUGAR: Oficina de Gerencia

HORA INICIO:

09:30 AM

HORA FINAL:

11:00 A.M.

ACTA N° 002

II. ORDEN DEL DIA

1. Asistencia
2. Presentación
3. Propósito y Objetivos de la Auditoría
4. Control de Registro y Asistencia

III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. ASISTENCIA:

La reunión de apertura contó con los siguientes funcionarios:

Alberto Segundo Vidal Díaz
Zulim Trujillo Guerra
Sandy Soto Pérez
Tomas Valdelamar

Gerente
Jefe de control interno
Coordinador de calidad
Asesor Jurídico.

2. ORDEN DEL DIA:

1. Llamada a lista y verificación de asistencia.
2. Lectura y aprobación del orden del día.

Informe de LA POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE LA ESE, VIGENCIA 2023.



3. DESARROLLO DE LA REUNION:

a). Llamada a lista y verificación de asistencia. Siendo las 09:30 AM del 15 de mayo de 2023, se verifico la asistencia de los funcionarios y contratistas convocados a la reunión.

b) Se da lectura al orden del día, siendo aprobada por los asistentes sin ninguna modificación.

c) Toma la palabra la jefe de control interno, quien explica que La política de riesgos no es más que la capacidad que tiene la entidad para emprender las acciones necesarias que le permitan el manejo de los eventos que puedan afectar negativamente el logro de los objetivos institucionales, protegerla de los efectos ocasionados por su ocurrencia, por lo tanto la política de riesgo de la ESE, toma los parámetros del modelo integrado de planeación y gestión de los procesos, así como los del Modelo Estándar de Control Interno, las líneas de defensa, los lineamientos de la Guía para la administración del riesgo de FP – 2018, la cual articula los riesgos de gestión, corrupción y de seguridad digital y la estructura del Sistema Integrado de Gestión – SGI, para establecer los lineamientos que permitan la identificación, el análisis, la valoración y el tratamiento de los riesgos que pudieran afectar la misión y el cumplimiento de los objetivos institucionales en el marco de los programas, proyectos, planes, procesos y productos de la institución.

Cabe anotar, que la política de administración de riesgo de la ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, se actualizó a través de la resolución #0005 del 20 de enero del 2023, donde la gerencia, tiene como alcance, ofrecer los mecanismos y recursos necesarios para mantener el control adecuado sobre todos los procesos y, se hará especial énfasis en el mejoramiento continuo, buscando la eliminación sistemática de riesgos mediante el establecimiento de controles automáticos o manuales que mitiguen, dispersen o eliminen los riesgo, teniendo como responsable de la definición de las Políticas de Administración de Riesgos a el jefe de control interno y el encargado de planeación de la Empresa Social del Estado Sagrado Corazón de Jesús. Acto seguido, se continua exponiendo que, dentro de la política de administración de riesgos, existen tres líneas de defensa, donde demarcan la responsabilidad. En la primera línea, le corresponde a los líderes de los procesos y se detalla las actividades principales, en la segunda línea le corresponde a planeación, y en la tercera línea la responsabilidad la asume la oficina de control interno. Toma la palabra la encargada de planeación, quien continua exponiendo que los riesgos de procesos se clasifican en niveles de bajo, moderado, alto y extremo encontrándose la ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, en un nivel moderado ya que el monitoreo a los controles de cada gestión, se realiza cuatrimestralmente, manifiesta también que la aplicación de los controles a los riesgos inherentes a cada proceso, conlleva a la mitigación efectiva y la reducción del riesgo residual, lo cual es el resultado de un efectivo análisis, evaluación y monitoreo en el Mapa de Riesgos Institucional, lo cual denota la importancia del cumplimiento de las acciones sugeridas, los planes de mejora solicitados a los líderes de cada proceso y el informe a la gerencia, sobre el estado de dichos controles, para una revisión de los resultados e implementación de las acciones de mejora que se requieran.

Expone además, que los riesgos de corrupción, también se clasifican en niveles de bajo, moderado, alto y extremo encontrándose la ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, en un nivel Moderado ya que el monitoreo se realiza trimestralmente, junto con el jefe planeación, la dra Jhanina, quien resalta la importancia del seguimiento de las acciones inherentes a este tipo de riesgos y además destaca que el análisis del riesgo de LA ESE, se está cumpliendo de manera preventiva y correctiva y el tratamiento que se le da, esta cargo de la oficina de control interno, que tiene como función principal:

1. Informar al líder del proceso sobre el hecho.
2. Informar a la segunda línea de defensa con el fin facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso, para revisar el mapa de riesgos
3. Acompañar al líder del proceso en la revisión, análisis y toma de acciones correspondientes para resolver el hecho.



En esta vigencia se anexo a la POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS, los criterios para la evaluación de impacto de perdida de continuidad que define, La determinación de las prioridades de recuperación de servicios en caso de materialización de escenarios de pérdida de continuidad de negocio se realiza mediante la valoración del impacto percibido por los líderes de los procesos, definidos así:

Criterio	Descripción
Financiero	Nivel de pérdidas económicas
Reputacional	Nivel de pérdida de la confianza de los grupos de valor en la entidad
Legal / Regulatorio	Nivel de incumplimiento de normas y regulaciones a las que está sometida la entidad
Contractual	Impactos asociados al incumplimiento de cláusulas en obligaciones contractuales
Misional	Nivel de incumplimiento o impacto percibido por imposibilidad de cumplir los objetivos y obligaciones misionales.

Los niveles de calificación de impacto para los riesgos de gestión y de seguridad d se realiza aplicando la siguiente tabla de valoración establecida por Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la Republica y de la guía para administración del riesgo y el diseño de controles en entidades publicas . dirección de gestión y desempeño institucional. Observando que en esta vigencia, la media del impacto cambió de porcentajes a S.M.LV.

Se definen además las acciones de los riesgos materializados, donde se especifican los tipos de riesgos, de corrupción, de gestión y seguridad digital, de contiuidad del negocio, tratamiento de riesgos, acciones ante los riesgos materializados.

Es importante resaltar que la consolidación del mapa de riesgo por proceso institucional que fue elaborado por el asesor de planeación y los líderes de los procesos de la E.S.E, en conjunto con la oficina de calidad y/o planeación, apuntándole al cumplimiento de los objetivos institucionales y que el seguimiento al mapa de riesgos institucional es realizado por la oficina de control interno en cada auditoría realizada, enviando oficios solicitándoles a los responsables de las acciones informes de la ejecución, acciones de mejoras y/o avance de las acciones asociadas al control establecidas para cada uno de los proceso.

De acuerdo al seguimiento realizado a los diferentes procesos en el mapa de riesgos institucional se observó que se están cumpliendo con los controles para la mitigación de riesgos contemplados en el mapa de riesgos institucional.

Se concluye entonces que de manera general se evidencia el cumplimiento en la ejecución y control de las

acciones contempladas en este mapa de riesgo institucional. Sin embargo aunque algunas acciones asociadas al control no se han realizado se debe a la falta de recursos se observa en algunos procesos ya indicados que algunas acciones asociadas al control no se han realizado por tanto, se hace necesario implementar las respectivas acciones correctivas, y se recomienda crear controles efectivos en las siguientes acciones:

1. Retroalimentación permanente con el proceso de facturación.
2. Seguimiento a los indicadores de radicaciones y recaudos.
3. Gestión de glosas.
4. Levantar plan de seguridad.
5. Implementar plan de seguridad
6. Levantar política de seguridad de la información
7. Presentar informes de las áreas al comité de gestión y desempeño, para la correcta implementación del MIPG.
8. Terminar la documentación, adopción y adaptación de las GPC.
9. Realizar seguimiento y evaluación de adherencia a las GPC
10. Fortalecer la cultura de reporte de los eventos adversos que se presenten en las áreas.
11. Gestionar compra de antivirus licenciado.
12. Adquirir UPS para evitar daños del servidor institucional.
13. Detallar el Plan de capacitaciones como el presupuesto asignado a la vigencia 2023.
14. Evidencias de la inducción y reinducción vigencia 2023.

Cabe anotar, que se han contemplado ciertas modificaciones al mapa de riesgo, incluyendo riesgo de corrupción, digital y de gestión por lo que se tomaron las acciones y se actualizó el mapa de riesgos correspondiente a la vigencia 2023. Acto seguido, el gerente tomó atenta nota y de todo lo detallado y manifestó que la voluntad existe, pero que algunas de las actividades señaladas depende del presupuesto, por lo tanto organizara una reunión para mirar la disponibilidad y empezar a ejecutar dentro de lo mas pronto las actividades.

No siendo otro el objeto de la reunión se da por terminada y se firma por los que en ella intervinieron.

4. CONTROL DE REGISTRO DE LA ASISTENCIA A LA REUNION DE APERTURA:

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
ALBERTO SEGUNDO VIDAL DIAZ	Gerente	A.v.1.
ZULIM TRUJILLO GUERRA	Jefe de control interno	Zulim Trujillo Guerra
SANDY SOTO PEREZ	Coordinador Calidad	Sandy Soto Perez
TOMAS VALDELAMAR	Asesor Jurídico	Tomas Valdelamar



I. IDENTIFICACIÓN

FORMALIZACION DE LAS LINEAS DE DEFENSA EN LA ESE HSCJ.

ACTA N°: 003

FECHA: 24/07/2023

LUGAR: Oficina de Gerencia

HORA INICIO: 4:00 PM

HORA FINAL: 6:30 P.M.

ACTA N° 003

II. ORDEN DEL DIA

1. Asistencia
2. Presentación
3. Propósito y Objetivos de la Auditoría
4. Control de Registro y Asistencia

III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. ASISTENCIA:

La reunión de apertura contó con los siguientes funcionarios:

Alberto Segundo Vidal Díaz
Sandy Soto Perez
Tomas Valdelamar
Zulim Trujillo Guerra
María Ramos

Gerente
Coordinador de calidad
Asesor Jurídico.
Jefe de control interno
Profesional Universitario

2. ORDEN DEL DIA:

1. Llamada a lista y verificación de asistencia.
2. Lectura y aprobación del orden del día.
3. Intervención de funcionarios. Socialización del estado del sistema de control interno
4. Evaluar el estado del sistema de control interno vigencia 2022

3. DESARROLLO DE LA REUNION:

- a). Llamada a lista y verificación de asistencia. Siendo las 04:00 PM del 12 de julio de 2022 se verifico la asistencia de los funcionarios y contratistas convocados a la reunión.
- b) Se da lectura al orden del día, siendo aprobada por los asistentes sin ninguna modificación.



c) Toma la palabra la jefe de control interno. Quien realiza la socialización del estado del sistema de CONTROL INTERNO, exponiendo que el **MECI** es una sigla que significa Modelo Estándar de Control Interno, que tiene como fin servir de control de controles, para que las entidades del Estado logren cumplir con sus objetivos institucionales, con el marco legal aplicable a ellas, la cual a través de sus 5 componentes permitirán a la entidad establecer la efectividad de los controles diseñados desde la estructura de las dimensiones de MIPG, como eje articulador se encuentra el Esquema de las **líneas de Defensa**, donde se definirán las responsabilidades frente al control, todo ello, a través de sus 5 componentes, diseñados desde la estructura de las dimensiones de MIPG. La estructura definida para el MECI está acompañada de un esquema de líneas de defensa, donde se definen funciones y asignan responsabilidades y roles para la gestión del riesgo y el control, estas se distribuyen entre los servidores de la entidad, no siendo ésta una tarea exclusiva de las oficinas de control interno, ya que dicha oficina hace parte del Sistema de Control Interno de forma integral, aportando información desde la evaluación independiente. Las líneas de defensa se definen así:

Primera Línea de Defensa. Responsable de la gestión operacional y se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, ejecutar procedimientos de riesgo y el control sobre una base del día a día. La gestión operacional identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos, guiando el desarrollo e implementación de políticas y procedimientos internos que aseguren que las actividades efectuadas son consistentes con las metas y objetivos.

Segunda Línea de Defensa. Asegura que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente, supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces. Consolidan y analizan información (Líneas de reporte) sobre temas clave para la entidad, base para la toma de decisiones y de las acciones preventivas necesarias para evitar materializaciones de riesgos.

Tercera Línea de Defensa. La conforma la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces en la entidad, quien lleva a cabo una evaluación independiente de la gestión, de forma coordinada con la 2ª Línea de Defensa. Los auditores internos proveen aseguramiento sobre la efectividad de la gestión de riesgos y el control interno, incluyendo la manera en que la primera y segunda línea de defensa alcanzan sus objetivos de gestión de riesgos y control.

Con fundamento en lo anterior y dado que la tercera línea de defensa debe: "*Coordinar actividades y considerar confiar en el trabajo de otros proveedores internos y externos de aseguramiento*", se requiere elaborar el Mapa de Aseguramiento, el cual permite coordinar las diferentes actividades de aseguramiento en la segunda línea de defensa, y de esta forma minimizar la duplicidad de esfuerzos y maximizar la cobertura de actividades de control, auditoría y gestión de los riesgos, para fortalecer el ambiente de control.

Las funciones que supervisan los riesgos. Las funciones que proporcionan aseguramiento independiente. Acto seguido, continua diciendo que El sistema de control interno de la ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, se encuentra en una etapa satisfactoria, ya que se ha dado cumplimiento a la mayoría de los elementos incluidos en los componentes del MECI, todos los funcionarios han adquirido un compromiso con sus actividades bajo los

parámetros de autorregulación, autogestión y autocontrol, definidos así:

AUTOCONTROL: Mecanismo de tipo subjetivo, a través del cual se controla el trabajo de manera individual. Capacidad de cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos.

AUTORREGULACION: Establece métodos participativos al interior de la entidad, buscando en todo momento un entorno de integridad y eficiencia de acuerdo a la propia implementación y desarrollo del Sistema de Control Interno, lo que lleva a ser conscientes de sus propios procesos y actuar conforme a ellos.

AUTOGESTION: Cada entidad logra identificar, planear, ejecutar y evaluar, en ultimas desarrollar el debido control y ajustes de los programas y procedimientos, para tomarlos más eficientes, efectivos y eficaces frente a unos objetivos determinados.

Definiendo además que la ESE HSCJ, tiene identificado estos procesos o actividades en la entidad, como también Dentro de cada una de las fases se desarrollarán las diferentes actividades acordes con su objetivo y los atributos descritos en Formato Estructura Líneas de Defensa - Matriz de aseguramiento del DAFP.

Por todo lo expuesto, damos como analizado y socializado el documento de las líneas de defensa en la ESE HSCJ.

Existe un fuerte compromiso por parte de la alta dirección en lo que tiene que ver con la actualización y perfeccionamiento del Sistema de control interno; se han realizado compromisos con los responsables del sistema, para fortalecer el sistema, se han realizado estrategias enmarcadas dentro del Direccionamiento Estratégico como lo es la socialización de los planes, programas y proyectos de la entidad, la actualización permanente de los procesos y procedimientos de la entidad, protocolos, guías y manuales de la entidad. Se fortalece el componente Talento Humano con la implementación de las evaluaciones de desempeño. Nuestra entidad tiene documentado e implementado el Programa de Administración del Riesgo 2022. Se encuentra fortalecido el componente auditoría interna y la implementación de planes de mejora resultados de las auditorías. Como eje estratégico para nuestra entidad se encuentra el eje transversal de comunicación e información donde se da prioridad al usuario y a los clientes internos, como actores fundamentales en el mejoramiento continuo de nuestra entidad.

RECOMENDACIONES AL COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO:

- Continuar con la implementación, la socialización y sensibilización del Modelo Estándar de Control Interno.
- Continuar con la implementación, la socialización y sensibilización del MIPG.
- Fortalecer en la entidad el componente de Direccionamiento Estratégico en sus elementos Indicadores de Gestión y Políticas de Operación.
- Fortalecer el componente de Administración del Riesgo, su seguimiento y control, mediante la socialización y sensibilización del programa a los funcionarios de la entidad, como estrategia de fortalecimiento organizacional,
- Continuidad al proceso de Inducción y reinducción del personal.
- Fortalecer la autoevaluación de control y gestión, a través de la medición de los procesos y el resultado de los indicadores en cada uno de los macro procesos (estratégicos,



misionales, apoyo y evaluación).

- Continuar con el fortalecimiento del Sistema de Gestión Documental.
- Hacer seguimiento a la implementación de los Planes de Mejoramiento producto del programa de auditoría establecido.
- Monitorear el cumplimiento de la política de administración de riesgos de la entidad.
- Fomentar la promoción de los espacios para capacitar a los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo sobre la metodología de gestión del riesgo, con el fin que sea implementada adecuadamente entre los líderes de los procesos.
- Realizar un diagnóstico de seguridad y privacidad de la información.
- Identificar los recursos (financieros, humanos, físicos, tecnológicos) asignados para lograr los objetivos definidos en el plan de acción anual institucional de la entidad.
- Garantizar en el presupuesto, recursos para financiar los planes, proyectos o programas de la entidad.
- Revisar y mejorar continuamente los indicadores utilizados para hacer seguimiento y evaluación de la gestión de la entidad.

COMPROMISOS: Fortalecer el proceso de capacitación de temas relacionados con Control Interno con los funcionarios del Hospital. Capacitar permanentemente al personal involucrado de la ESE en el módulo de planeación y gestión MIPG con base en las dimensiones que le competen a cada jefe de área.

4. CONTROL DE REGISTRO DE LA ASISTENCIA A LA REUNION DE APERTURA:

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
ALBERTO SEGUNDO VIDAL DIAZ	Gerente	<i>A.S.V.D.</i>
ZULIM TRUJILLO GUERRA	Jefe de control interno	<i>Zulim Trujillo Guerra</i>
SANDY SOTO PEREZ	Coordinador Calidad	<i>S.P.S.P.</i>
TOMAS VALDELAMAR AVILEZ	Asesor Jurídico	<i>TOMAS VALDELAMAR</i>
MARIA RAMOS	Profesional Universitario	<i>Maria Ramos</i>

I. IDENTIFICACIÓN

EVALUAR EL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO, ANALIZANDO LOS INCUMPLIMIENTOS EN LAS AREAS.

ACTA N°: 004

FECHA: 15/09/2023

LUGAR: Oficina de Gerencia

HORA INICIO: 9:00 PM

HORA FINAL: 10:30 P.M.

ACTA N° 004

II. ORDEN DEL DIA

1. Asistencia
2. Presentación
3. Propósito y Objetivos de la Auditoría
4. Control de Registro y Asistencia

III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. ASISTENCIA:

La reunión de apertura contó con los siguientes funcionarios:

Alberto Segundo Vidal Díaz
Jhanina Díaz Vidal
Tomas Valdelamar
Zulim Trujillo Guerra
María Ramos

Gerente
Coordinador de calidad
Asesor Jurídico.
Jefe de control interno
Profesional Universitario

2. ORDEN DEL DIA:

1. Llamada a lista y verificación de asistencia.
2. Lectura y aprobación del orden del día.
3. Intervención de funcionarios. Socialización del estado del sistema de control interno, analizando los riesgos críticos y los incumplimientos en cada área.
4. Evaluar el estado del sistema de control interno vigencia 2023

3. DESARROLLO DE LA REUNION:

- a). Llamada a lista y verificación de asistencia. Siendo las 09:00 AM del 15 de septiembre de 2023 se verifico la asistencia de los funcionarios y contratistas convocados a la reunión.
- b) Se da lectura al orden del día, siendo aprobada por los asistentes sin ninguna modificación.
- c) Toma la palabra la jefe de control interno, quien manifiesta que se observa un alto grado de



consolidación del Sistema Integrado de Gestión, conforme al modelo MECI. Se avanza hacia el mejoramiento continuo, se han revisado los elementos implementados, se están ajustando aquellos que lo ameritan y se han adelantado actividades complementarias de mantenimiento y mejoramiento continuo para aquellos que no requieren actualización. Esta relación de riesgos críticos se hace basada en las auditorias programadas y en los seguimientos cuatrimestrales del APLICATIVO DE GESTION DEL RIESGO de la entidad. A continuación se detallan las falencias de las áreas auditadas y el incumplimiento a finde realizar acciones de mejorar para subsanar los hallazgos encontrados.

AREA DE GESTION DEL TALENTO HUMANO:

Fecha auditada: 16 de febrero 2023.

1. Se Observa que no se ha realizado documentación ni socialización del Plan de Capacitaciones, Manual de Inducción y Reinducción.
2. No se han desarrollado las actividades y controles descritos en el Mapa de Riesgo Integral; tales como: comité de bienestar social, manual de funciones sin actualizar, plan estratégico de talento humano sin implementar.

AREA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO :

Fecha auditada: 15 de marzo de 2023.

1. No están socializadas las guías, protocolos y demás documentos del proceso.
2. No se ha realizado medición de adherencia a las guías de práctica clínica por parte del personal de PyM

AREA DE URGENCIAS:

Fecha auditada: 20 de abril de 2023.

1. Procedimientos, protocolos y guías del área, que aun requieren actualización y socialización.
2. Mal estado de las barandas de las camillas en observación.
3. No existe correcta identificación de los pacientes (manillas y tableros) en áreas de observación, hospitalización y recién nacidos.

AREA DE CALIDAD:

Fecha auditada: 10 de mayo de 2023.

1. No se observa implementación de PAMEC.
2. Carece de un plan de acción para que desde el área asistencial se efectuó revisión, socialización y evaluación de adherencia a las guías de practica clínica.

AREA DE ODONTOLOGIA:

Fecha auditada: 09 de junio de 2023.

1. El mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos no se está efectuando oportunamente.
2. Lo procedimientos, protocolos y guías del área, no han sido socializados ni actualizados en su totalidad.
3. No se reportan eventos adversos.
4. No se diligencia Kardex de los insumos ni semaforización.



5. Se observa desorden y desaseo en el área.

AREA DE GESTION DEL SIAU:

Fecha auditada: 18 de julio de 2023.

- 1.No se evidencia la implementación de un aplicativo que mide el porcentaje de cumplimiento de la gestión en el trámite de las PQRSDF.
- 2.Perdida de eficacia en el manejo de las PQRSDF.
3. Implementar flujogramas del área del SIAU.

AREA DE HOSPITALIZACION:

Fecha auditada: 23 de agosto de 2023.

- 1.Los procedimientos, protocolos y guías del área de hospitalización de la ESE están desactualizados y no han sido socializados durante esta vigencia.
- 2.No se reportan eventos adversos por ende no se están analizando las acciones a desarrollar para las prevenciones que ocurran nuevamente.
- 3.La infraestructura del área de hospitalización presenta averías en las paredes de las habitaciones y baños.
- 4.Se observan camillas y colchonetas en mal estado.
- 5.No se realiza una correcta identificación de pacientes, ya que no existen tableros ni manillas de identificación.

AREA LABORATORIO:

Fecha auditada: 23 de agosto de 2023.

- 1.Los protocolos se encuentran implementados, pero no se han socializado al personal de laboratorio.
- 2.No se gestionan los eventos adversos para planes de mejoramiento a través del comité de seguridad del paciente.
- 3.Infraestructura deficiente para el funcionamiento del laboratorio.

APOYO DIAGNOSTICO:

- 1.Licencia de Rayos X

AREA AMBIENTAL:

Fecha auditada: TOMADA DE LOS SEGUIMIENTOS CUATRIMESTRAL DEL APLICATIVO MAPA DE RIESGO INTEGRAL

El código de colores no se encuentra actualizado.

Deficiencia en la señalización de la ruta de evacuación de residuos.

No hay suficientes canecas para el almacenamiento de residuos.

AREA INFORMACION Y COMUNICACIÓN:

Fecha Auditada: TOMADA DE LOS SEGUIMIENTOS CUATRIMESTRAL DEL APLICATIVO MAPA DE RIESGO INTEGRAL

- 1.Se evidencia solicitud de compra de antivirus y no se ha realizado la capacitación.
- 2.Se realizan mantenimientos preventivos y correctivos, pero no se cuenta con UPS
- 3.No se ha documentado la política de privacidad de la información y los permisos por módulos que se otorgan en el

software salud plus.

4.No existe un programador de sistemas para el manejo de la página web

AREA CONTABILIDAD:

Fecha Auditada: TOMADA DE LOS SEGUIMIENTOS CUATRIMESTRAL DEL APLICATIVO MAPA DE RIESGO INTEGRAL

- 1.Se realiza depuración de cartera, pero no se han presentado los informes ante el comité de gestión y desempeño.
- 2.No se ha documentado la estructura del área de contabilidad.
3. No evidencia soportado las operaciones las EAPB sobre conciliación.
4. No se evidencia gestión de cobros de recaudos ante las EPS.

AREA CONTRATACION:

Fecha Auditada: TOMADA DE LOS SEGUIMIENTOS CUATRIMESTRAL DEL APLICATIVO MAPA DE RIESGO INTEGRAL

1. se observa un retraso en la gestión contractual, debido a que no se tiene especificado ni detallado en la etapa precontractual un **ANÁLISIS DEL SECTOR** , para cada contrato que se suscribe en la ESE.
- 2.Se observa deficiencia en los informes de supervisor y del contratista /FALTA DE SOPORTES Y ESPECIFICACIONE)

AREA JURIDICA:

- 1.Una de las falencias detectadas en el área jurídica, es que al momento de ejercer la defensa judicial en representación de la ESE, es necesario que comparezcan testigos y su ubicación ha generado dificultades, lo que afecta la defensa técnica.

Seguidamente expresa el representante de calidad que mucha de estas acciones se han formulado acciones de mejora como resultado de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno y varias de ellas se han cumplido, evidenciándose que el riesgo más crítico es el presupuestal porque así como el mejoramiento en los procesos y procedimientos es claramente del talento humano (gestión) de la entidad, existen otro tipo de riesgos económicos como habilitación en las estructuras, rutas de evacuación, canecas de bioresiduos, rutas de evacuación para traslado de cadáveres a la morgue. Acto seguido expresa, la jefe de control interno, que no se alcanzan a dar cumplimiento a las acciones dispuestas en el MAPA DE RIESGO INTEGRAL, el cual relaciona prevención, monitoreo y control a los riesgos de corrupción, gestión y seguridad digital, que son transversales a todos los procesos y procedimientos de las diferentes dependencias de la institución como tampoco se le da total cumplimiento a los componentes del MECI que se están implementando en la ESE Hospital sagrado Corazón de Jesús, sus responsables, indicadores y avance durante la vigencia 2023 en pro del alcance de los objetivos estratégicos que en dicho plan se contemplan.

El gerente de la Ese manifiesta que, la reunión ha sido de suma importancia ya que se están analizando los riesgos e incumplimientos en cada una de las áreas, a través de los seguimientos de auditorias y planes institucionales de la ESE y que determina que presupuestalmente dará cumplimiento y viabilidad presupuestal para mitigar las acciones anteriormente descritas.

Y en lo que requiere a los protocolos, guías y procedimiento de cada área, designara en la reunión de comité de gestión y desempeño a cada representante de su proceso a que se ocupe de desarrollar, documentar y socializar los protocolos en el que se detallan falencias, con apoyo del área de calidad.



COMPROMISOS:

- Fortalecer el proceso de capacitación de temas relacionados con calidad y control interno - MECI, tales como: Procesos y procedimiento de cada área.
- Disponibilidad presupuestal por parte de gerencia para subsanar los hallazgos
- Requerir a través de oficio a que los jefes de proceso sean oportunos e integrales al momento de presentar su plan de mejora, para así superar los hallazgos encontrados con oportunidad de mejora.

4. CONTROL DE REGISTRO DE LA ASISTENCIA A LA REUNION DE APERTURA:

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
ALBERTO SEGUNDO VIDAL DIAZ	Gerente	A.V.D.
ZULIM TRUJILLO GUERRA	Jefe de control interno	Zulim Trujillo Guerra
SANDY SOTO PEREZ	Coordinador Calidad	Sandy Soto Perez
TOMAS VALDELAMAR AVILEZ	Asesor Jurídico	TOMAS VALDELAMAR
MARIA RAMOS HERNANDEZ	Profesional Universitario	María Ramos H



I. IDENTIFICACIÓN

INCUMPLIMIENTO O RETRASOS SOBRE LA GESTION DE INFORMACION SIGEP II.

ACTA N°: 005

FECHA: 16/10/2023

LUGAR: Oficina de Gerencia

HORA INICIO: 03:00 PM

HORA FINAL: 4:30 A.M.

ACTA N° 005

II. ORDEN DEL DIA

1. Asistencia
2. Presentación
3. Propósito y Objetivos de Reunión.
4. Control de Registro y Asistencia

III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. ASISTENCIA:

La reunión de apertura contó con los siguientes funcionarios:

Alberto Segundo Vidal Díaz
Zulim Trujillo Guerra
Jhanina Diaz Vidal
Tomas Valdelamar
María Ramos

Gerente
Jefe de control interno
Coordinador de calidad
Asesor Jurídico.
Profesional Universitaria

2. ORDEN DEL DIA:

1. Llamada a lista y verificación de asistencia.
2. Lectura y aprobación del orden del día.
3. Importancia del reporte en el sigep II.

3. DESARROLLO DE LA REUNION:

a). Llamada a lista y verificación de asistencia. Siendo las 3:00 PM del 16 de Octubre de 2023 se verifico la asistencia de los funcionarios y contratistas convocados a la reunión.

b) Se da lectura al orden del día, siendo aprobada por los asistentes sin ninguna modificación.

c) Toma la palabra la jefe de control interno, quien da a conocer el análisis respectivo del Sigep en materia de talento humano. Explica que el SIGEP, es la implementación del Sistema de Información y Gestión del Empleo Público, herramienta clave al servicio de la administración pública y de los ciudadanos que permite consolidar, administrar y procesar la información de carácter institucional tanto nacional como territorial relacionada con: tipo de entidad, sector al que pertenece, conformación, planta de personal, empleos que posee, salarios, etc.; información con la cual se identifican las instituciones del Estado Colombiano.

Expone además, Si eres un funcionario público y aún no cuentas con el registro de tu hoja de vida o declaración de renta en el **SIGEP II**, deberás juntar y tener a la mano un escáner de todos tus documentos de identificación, laborales, académicos, entre otros. Posterior a esto, tendrás que ingresar a la plataforma y acceder al botón de "información personal" en donde seleccionarás la opción de "mi hoja de vida". Allí encontrarás un formulario de registro en el que podrás anexar toda la documentación requerida, complementando los espacios en los que se requiera añadir información adicional. Una vez hayas efectuado este proceso, el sistema registrará tu información y de esta manera los ciudadanos podrán conocer los detalles de tu cargo junto a los respectivos datos de tu oficio que puedan resultar de interés público.

Mejorar la confianza de los ciudadanos con las entidades del Estado es posible gracias al acceso a la información que proporcionan las distintas herramientas con las que trabaja la Función Pública. En este sentido, el **SIGEP** se convierte en una garantía institucional que avala las labores que realizan diariamente los diferentes funcionarios públicos, propiciando así la innovación dentro del sector y dándole el justo reconocimiento a los diferentes miembros que ejercer un cargo de estas características. Por lo tanto es responsabilidad de la entidad darle cumplimiento a este lineamiento, según lo estipula la normas 1083 de 2015. Acto seguido, el jefe de control interno manifiesta que, luego de haber realizado una inspección ocular a oficina de talento humano, se pudo verificar que la profesional universitaria de la ESE, solo le ha dado cumplimiento al diligenciamiento del SIGEP con el personal de planta de la entidad; es decir, se ve la necesidad de seguir registrando el personal que labora con la entidad, tales como contratistas . La jefe de talento humano, MARIA RAMOS, toma la palabra y manifiesta que ella tiene claro el compromiso de procesar la información en la plataforma , porque es la forma de identificarnos a nivel institucional, quien aprovecha y pide excusas, comentando que ha tenido carga laboral , lo que ha atrasado el proceso, pero asi mismo, se compromete a tener organizada esa información lo más pronto posible, debido a que ya existen contratistas laborando y no se reportan en el Sigep.

A continuación, el gerente manifiesta la importancia de cumplir con las obligaciones y estar atentos a los requerimiento legales, pero así no incurrir en fallas administrativas que nos conlleven a disciplinarios mas tarde. Interpela el jurídico resaltando que esta información debe ir de la mano de la oficina de contratación y se debe hacer un cruce constante de información y así verificar cuales son los contratistas que van ingresando a la ESE, y también deja claro que información de las hojas de vida en el Sigep II, se debe realizar al mismo tiempo de la suscripción del contrato. La jefe de control interno, deja claro que esto no puede seguir pasando y que la información se debe actualizar de manera inmediata, porque estamos reflejando incumplimientos que pueden afectar la actualización de la gestión del empleo público en Colombia.

