

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: GTD- AR-FR-006
PROCESO: GESTIÓN TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL SUB PROCESO: ARCHIVO	VERSIÓN: 03
ACTA	FECHA: 11/04/2019

HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E

ACTA N° 005

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

FECHA: 09 DE DICIEMBRE DE 2021.

HORA: 08:00 a.m.

LUGAR: OFICINA DE DIRECCIÓN.

CONVOCADOS: OLGA LUCIA GUAPACHA MEJIA, Directora.
JOSELIN RUBIO VARGAS., Subdirector Administrativo.
SARA EDDY MALDONADO MANTILLA, Subdirectora Científica (E).
FREDDY FLORIAN NOGUERA, Asesor Jurídico.
KARIME GONZÁLEZ ZAPATA, Profesional de Planeación.
GONZALO DE JESÚS ALVAREZ MONTOYA, Asesor control interno.

INVITADOS: PAULA ANDREA CUBILLOS GALLEGO, Profesional de Apoyo para la Implementación del MIPG y Formulación de Proyectos.
ALEXANDER REYES MELDIVELSO, Profesional de Apoyo — Proceso Garantía y gestión de la Calidad.

1. ORDEN DEL DÍA:

1. Llamada a lista y verificación del quorum.
2. Lectura y aprobación del Acta anterior.
3. Informe de ejecución del Plan de Acción de la Oficina de Control, del Plan de Auditoría Interna Integrada por Sistemas de Gestión y Presentación del Proyecto de Plan de Acción y Plan de Auditoría Interna Integrada de la Vigencia 2022.
4. Presentación de proyecto de mapas de riesgo por procesos, de seguridad de la información y de corrupción, mapa de riesgo institucional para Política de Administración de Riesgos. Decreto 1499 de 2017, Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación MIPG — Dimensión Gestión del Direccionamiento Estratégico y Planeación Institucional, Dimensión Gestión con Valores para Resultados y Dimensión Control Interno y Guía Metodológica para la Gestión y Administración de Riesgos.
5. Propositiones y varios.

DESARROLLO:

En Arauca, siendo las nueve (08:00) a.m. del nueve (9) de diciembre de 2021, en ejercicio de las funciones del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno del

“Trabajando Por La Salud del Pueblo Araucano”

Calle 15 16-17 Esquina. PBX (097) – 8850030 – 8855298 - 8853878 FAX: 8853399 - 8857616 CALL CENTER-8853086

Correo electrónico: Hospitalsanvicente@hotmail.com Página Web: www.Hospitalsanvicente.gov.co

Arauca, Arauca / Colombia

Página 1 de 5

 100,32,08	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: GTD- AR-FR-006
	PROCESO: GESTIÓN TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL SUB PROCESO: ARCHIVO	VERSIÓN: 03
	ACTA	FECHA: 11/04/2019

Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, se reunieron en el Despacho de la Directora del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E, los miembros e invitados convocados para adelantar la agenda pre establecida que se desarrolló observando el horario establecido:

Comité Institucional de Coordinación de Control Interno desarrollado entre las 08:00 a.m. y las 11:30 a.m.

A la convocatoria para el CICCI, respondieron los siguientes:

MIEMBROS:

Doctora **OLGA LUCIA GUAPACHA MEJIA**, Directora Hospital San Vicente de Arauca E.S.E.

Doctor **JOSELIN RUBIO VARGAS**, Subdirector Administrativo

Doctora **SARA EDDY MALDONADO MANTILLA**, Subdirectora Científica (E)

Doctora **ANA KARIME GONZALEZ ZAPATA**, Profesional de Apoyo a la Gestión - Oficina de Planeación.

Doctor, **FREDDY FLORIAN NOGUERA**, Asesor Jurídico.

Doctor **GONZALO DE JESUS ALVAREZ MONTOYA**, Asesor Control Interno — Secretario Técnico.

INVITADOS: Doctora **PAULA ANDREA CUBILLOS GALLEGO**, Profesional de Apoyo a Gestión para la Implementación del MIPG y Formulación de Proyectos.

Doctor **ALEXANDER REYES MELDIVELSO**, Profesional de Apoyo — Proceso Garantía y gestión de la Calidad.

Verificada la asistencia de los convocados e invitados y ejecutado el numeral 1º del Orden del Día y determinada de Quorum para deliberación, la Jefe Olga Guapacha Mejía, en su Rol de Directora de la Entidad y en su calidad de Presidente del Comité, da la bienvenida a los participantes, establece la necesidad de abordar el correspondiente orden del día para estudio y aprobación del Plan Anual de Auditorías Internas Integradas y Basadas en Riesgos y para cumplir obligaciones pendientes desde vigencias anteriores, como lo son las actualizaciones de los mapas de riesgos por proceso, de seguridad de la información y de corrupción, al igual de aprobación de matriz de riesgo institucional, revisar el ejercicio de las mesas técnicas de trabajo realizados por el Proceso Direccionamiento Estratégico — Dirección, Planeación y de Gestión de Calidad realizado en el transcurso de la vigencia, conforme a lo requerido en la Guía metodológica de Gestión y Administración de Riesgos Versión 5 del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP.-, y aprobación de los mismos por parte de los miembros del Comité, por lo que cede la palabra a Gonzalo Álvarez Montoya, Asesor de Control Interno, quien ejerce como Secretario Técnico del Comité, para dar continuidad al orden del día establecido, quien aborda el segundo punto de la agenda, dando lectura del Acta anterior del ítem dos, coloca a consideración y que es aprobada por la totalidad de sus miembros.

Acto seguido, para agotar el numeral 3º de la agenda, el Señor Álvarez presenta informe de

“Trabajando Por La Salud del Pueblo Araucano”

Calle 15 16-17 Esquina. PBX (097) – 8850030 – 8855298 - 8853878 FAX: 8853399 - 8857616 CALL CENTER-8853086

Correo electrónico: Hospitalsanvicente@hotmail.com Página Web: www.Hospitalsanvicente.gov.co

Arauca, Arauca / Colombia

Página 2 de 5

 100,32,08	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: GTD- AR-FR-006
	PROCESO: GESTIÓN TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL	VERSIÓN: 03
	SUB PROCESO: ARCHIVO ACTA	FECHA: 11/04/2019

gestión sobre el Plan de Acción de la Oficina de Control Interno, el cual Contiene en el Rol de Seguimiento y Evaluación el Plan de Auditoría de la Vigencia 2021 y su nivel de ejecución, posteriormente presenta proyecto de Plan de Acción de la Oficina de Control Interno para la vigencia 2022, y en su rol de seguimiento y evaluación proyecta el Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2022, el cual desglosa por roles de control interno y dentro de seguimiento y evaluación el desglose de auditorías por sistemas de gestión de forma integrada, la cual presenta a los miembros de Comité para análisis y aprobación, después de deliberaciones y aclaración de dudas de algunos de los miembros, es aprobado por unanimidad. Acto Seguido, abordando el numeral cuarto del orden del día, cede la Palabra a la Doctora KARIME GONZALEZ ZAPATA, Profesional de Apoyo del Proceso Planeación, para que exponga a los miembros del Comité, en forma resumida las actividades adelantadas para la gestión de riesgos y la validación por medio de acta del Comité de todas las mesas de trabajo realizadas para la revisión, análisis y ajustes de los mapas de riesgos por proceso, de corrupción y de seguridad de la información lideradas por la Dirección.

En su intervención, La Líder del Proceso Planeación, realiza exposición de las actividades adelantadas durante lo corrido de la vigencia 2021, entre otras las siguientes:

Metodología y Formatos: Frente a la nueva Guía Metodológica para la Gestión y Administración de Riesgos Versión 5 del DAFP, generada en 2020 y puesta a disposición de las entidades públicas en Diciembre de 2020, se abordó el conocimiento de la misma y de los documentos contenidos en la caja de herramientas, se revisó el formato GDE — SA — FR 001 Versión 3 del 25 de noviembre de 2020, mediante el cual se había establecido el formato institucional para la consolidación de matrices de riesgos por procesos, de seguridad de la información y de corrupción, permitiendo realizar los ajustes requeridos por la metodología y formato de la caja de herramientas versión 5, socialización de la misma como consta en actas de Comité Institucional de Gestión y Desempeño, programación y ejecución conjunta de planeación y control interno de jornadas de asesoría, acompañamiento y capacitaciones a todas las líneas de defensa, sobre el formato y la metodología en el mes de abril de 2021 como consta en los registros de asistencia y fotográficos del proceso, con mayor énfasis en la primera y segunda líneas.

Construcción de Mapas de Riesgos por Proceso, de Seguridad de la Información y de Corrupción: A partir de mayo de 2021, se dispuso de programación y despliegue para la construcción de las matrices de riesgos de proceso, de seguridad de la información y de corrupción de todos los procesos, con asesoría y acompañamiento de la segunda y tercera líneas como consta en registro de asistencia, fotográfico y actas de reunión y correos internos institucionales control_interno@hospitalsanvicente.gov.co, planeacion@hospitalsanvicente.gov.co y mipg@hospitalsanvicente.gov.co, soporte que hace parte integral del Acta 004 de octubre 20 de 2021 de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en el que mediante mesas de trabajo técnico de la dirección, planeación y gestión de la calidad se revisó y se realizó ajustes al ejercicio adelantado entre los meses mayo a septiembre de la actual vigencia y se aprobó el proyecto de acto administrativo actualizando la Política de Administración de Riesgos y se adoptó para la Institución la Guía metodológica DAFP Versión 5, que cuenta ya con acto

“Trabajando Por La Salud del Pueblo Araucano”

Calle 15 16-17 Esquina. PBX (097) – 8850030 – 8855298 - 8853878 FAX: 8853399 - 8857616 CALL CENTER-8853086

Correo electrónico: Hospitalsanvicente@hotmail.com Página Web: www.Hospitalsanvicente.gov.co

Arauca, Arauca / Colombia

Página 3 de 5

 100,32,08	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: GTD- AR-FR-006
	PROCESO: GESTIÓN TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL	VERSIÓN: 03
	SUB PROCESO: ARCHIVO ACTA	FECHA: 11/04/2019

administrativo de adopción - Resolución 496 del 25 de octubre de 2021.

Construcción de la Matriz Institucional de Riesgos: Paralelo a la revisión y ajuste de riesgos por proceso, de seguridad de la información y de corrupción en las mesas de trabajo antes mencionadas, se adelantó la consolidación de información de riesgos de posible afectación a los objetivos estratégicos de la entidad que permitió culminar matriz institucional que se presenta para aprobación de los miembros del Comité, no obstante de posibles y posteriores ajustes o actualizaciones toda vez que se convierte en una herramienta dinámica para la gestión y el control.

Una vez presentado el resumen de las actividades, procede a presentar para someter a aprobación de los miembros de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno las Matrices o Mapas de Riesgos por Proceso, de Seguridad de la Información y de Corrupción presentados por cada líder de proceso y sus equipos de trabajo de primera línea, previamente con revisión y requerimientos de ajustes por partes de la segunda y tercera líneas de defensa, en el siguiente orden:

ADMINISTRATIVOS: Auditoria, Cartera, Contabilidad, Costos, Facturación, Gestión de las Comunicaciones, Gestión Documental, Gestión Estadística, Gestión de Información al Usuario, Gestión Jurídica y Contractual, Gestión Talento Humano, Mejoramiento Continuo, Planeación, Recursos Físicos, Presupuesto, Sistemas de Información, Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo y Tesorería.

ASISTENCIALES: Consulta Externa, Esterilización, Gestión Farmacológica, Ginecología, Hospitalización, Laboratorio Clínico, Quirófanos, Referencia y Contra referencia, Rehabilitación, Servicio Pre transfusional, UCI y Urgencias.

Igualmente comunica al Comité el incumplimiento por parte del Líder y equipo de trabajo del proceso Imagenología, que no presentaron el mapa del proceso.

Interviene el Asesor de Control Interno, exponiendo que estas matrices o mapas con los requisitos necesarios para su aprobación, no obstante por ser la exposición al riesgo algo constante, se convierten en tablas dinámicas sujetas a modificaciones dado el ejercicio práctico en el día del cumplimiento de los objetivos de cada proceso, y pone en consideración de los miembros del Comité la aprobación de los mismos, los cuales se aprueban por unanimidad.

Acto seguido, la Presidente del Comité, expresa que previo a la socialización de los mismos, por ser documentos algunos contruidos en el primer semestre e inicio del segundo, adelantar revisión de los mismos e identificar posibles cambios, realizarlos si es del caso y comunicarlos a los procesos para su ejecución y monitoreo por parte de los líderes y equipos de trabajo a más tardar antes de finalizar abril del próximo año.

Continúa la Líder de Planeación presentando el Mapa de Riesgos Institucional, consolidado en mesas de trabajo conjunto entre la Dirección, Planeación, Subdirección Administrativa, Calidad y

 100,32,08	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: GTD- AR-FR-006
	PROCESO: GESTIÓN TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL SUB PROCESO: ARCHIVO	VERSIÓN: 03
	ACTA	FECHA: 11/04/2019

Mejoramiento Continuo con el acompañamiento del Asesor de Control Interno, expone la matriz contentiva de riesgos con posible afectación a objetivos estratégicos de la institución, con el ejercicio completo acorde con la metodología actualizada.

Nuevamente interviene el Asesor de Control Interno, expresando que el Mapa contiene todos los requerimientos de la normatividad aplicable, para su aprobación por parte de los miembros del Comité, pero que debe ser un documento de revisión y ajuste periódico y realizar revisión de los informes de seguimiento cuatrimestrales adelantados por la segunda y la tercera línea de defensa; dicha revisión se debe realizar en los Comités Institucionales y tomar decisiones sobre desviaciones. Culminado esto coloca a consideración de los miembros del Comité la aprobación de la matriz, que es aprobada por todos los miembros con derecho a voto.

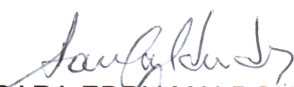
Acto seguido, la Directora, Olga Guapacha Mejía, solicita adelantar todos los ejercicios necesarios para socialización y ejecución de las acciones de control, adelantar los seguimientos necesarios y realizar las revisiones en Comité, cada cuatrimestre de la siguiente vigencia.

Para agotar el numeral 4º de la agenda, el Asesor de Control Interno, coloca a consideración de los Miembros del Comité la determinación de abordar proposiciones y varios, sin que se haya generado requerimiento de temas adicionales.

Agotado el orden del día y los temas propuestos se da por terminada la reunión siendo las 11:30 a.m. y para constancia de lo plasmado en la presente Acta se firma por los que en ella intervinieron.


OLGA LUCIA GUAPACHA MEJIA
 Directora E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca.


JOSELÍN RUBIO VARGAS
 Subdirector Administrativo


SARA EDDY MALDONADO MANTILLA
 Subdirectora Científica (E).


ANA KARIME GONZALEZ ZAPATA
 Profesional de Apoyo – Planeación


FREDDY FLORIAN NOGUERA
 Asesor Jurídico.


GONZALO DE JESUS ALVAREZ MONTOYA
 Asesor Control Interno – Secretario Técnico, sin voto.