

 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

HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E

ACTA N° 003

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

FECHA: 30 DE DICIEMBRE DE 2024.

HORA: 08:00 a.m.

LUGAR: OFICINA DE DIRECCIÓN.

CONVOCA: CARLOS ALBERTO SANCHEZ ARANGO, Director HSVA.

CONVOCADOS: SARA LILIANA ANZOLA RODRIGUEZ, Subdirectora Administrativa.
 DIANA FRANCO ZAMBRANO, subdirectora Científica.
 CARLOS EDUARDO EUGENIO LOPEZ, Asesor Jurídica.
 ASTRID CAROLINA MORA ROMERO, Profesional Universitario de
 Dirección con funciones de Planeación.
 ZULMA TRIANA GOMEZ, Ingeniera de Sistemas - Sistema Obligatorio de la
 Garantía de la Calidad en Salud
 GONZALO DE JESÚS ALVAREZ MONTOYA, Asesor control interno.

ORDEN DEL DÍA:

1. Llamada a lista y verificación del quorum.
2. Lectura y aprobación del Acta anterior.
3. Presentación resultados de ejecución del Plan de trabajo Anual de la oficina de Control Interno sobre acciones de los cinco roles y de Auditorías vigencia 2024.
4. Presentación del Plan de Trabajo Anual de la Oficina de Control Interno y de Auditorías Integradas basadas en riesgos – Vigencia 2025.
5. Presentación de informe de seguimiento y análisis del comportamiento de la gestión de austeridad y eficiencia en el gasto público tercer trimestre de la vigencia 2024 y su comparativo con igual periodo de la vigencia 2023.
6. Socialización de informe del proceso defensa judicial.
7. proposiciones y varios.
8. Aprobación del Acta.

DESARROLLO:

En Arauca, siendo las ocho (08:00) a.m. del treinta (30) de diciembre de 2024, en ejercicio de las funciones del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno del Modelo Integrado de Planeación y Gestión se reunieron en el Despacho del Director del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E, para evacuar el orden del día pre establecido del Comité, que se desarrolló observando el horario establecido:

Comité Institucional de Coordinación de Control Interno desarrollado entre las 08:00 a.m. y las 10:45 a.m.

 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

A la convocatoria para el CICCI, respondieron los siguientes Miembros:

SARA LILIANA ANZOLA RODRIGUEZ, Subdirectora Administrativa y Representante de la Dirección para los Sistemas de Gestión.

DIANA FRANCO ZAMBRANO, Subdirectora Científica

ASTRID CAROLINA MORA ROMERO, Profesional de Dirección con funciones de Planeación.

CARLOS EDUARDO EUGENIO LÓPEZ, Asesor Jurídico

ZULMA TRIANA GOMEZ, Ingeniera de sistemas - Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud.

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

Verificada la asistencia de los convocados y ejecutado el numeral 1° del Orden del Día, el Doctor CARLOS ALBERTO SANCHEZ ARANGO, en su Rol de Director de la Entidad y en su calidad de Presidente del Comité, da la bienvenida a los participantes y solicita a Gonzalo Álvarez Montoya, Asesor de Control Interno y Secretario Técnico del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno continuar con el desarrollo del orden del día, quien interviene verificando la existencia de quorum del ítem uno de la agenda y agota el numeral 2° del orden del día dando lectura del Acta anterior del ítem dos, Acta 2 del 25 de septiembre de 2024, que fue aprobada en la reunión de septiembre por la totalidad de sus miembros y se encuentra firmada, por lo que se ordena su publicación en la WEB de la entidad para dar cumplimiento a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Acto seguido, para agotar el numeral 3° de la agenda, El Asesor de Control Interno, presenta informe de ejecución de las acciones a ejecutadas del Plan de Acción de la Oficina de Control Interno y de Auditorías Integradas de la vigencia 2024 por cada uno de sus roles como son: liderazgo estratégico, evaluación de la gestión del riesgo, enfoque a la prevención tanto en asesoría y acompañamiento como en el fomento de la cultura de control, relación con entes externos de control y de evaluación y seguimiento, especificando el porcentaje de ejecución del por roles de la oficina, como lo ha requerido el Departamento Administrativo de la Función Pública y con planeación y ejecución de auditorías para cada sistema de gestión denotando la sigla, norma, promesa de valor, objetivo, alcance, herramienta, norma que legaliza la herramienta, norma ISO Internacional, componentes, requisitos, procesos a ejecutar y fecha de ejecución, presenta ejercicios para el sistema de control interno, para el sistema integrado de gestión, modelo de líneas de defensa y Políticas y equipos transversales de MIPG, Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en el Sector Salud, con sus sistemas, el único de habilitación, de acreditación y del Sistema de Calidad de la Información en Salud y continua con el registro de auditorías para el sistema de gestión ambiental, sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo y el sistema de gestión de seguridad de la información.

"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 8

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

De este ejercicio presenta a los miembros del Comité el número de acciones programadas por la vigencia 2024 para cada uno de los roles, el número de actividades ejecutadas y porcentaje de cumplimiento como se resume en el siguiente cuadro:

ROL	NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS	NUMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
LIDERAZGO ESTRATÉGICO	8	7	88%
ENFOQUE A LA PREVENCIÓN – ASESORIA Y ACOMPAÑAMIENTO	16	13	82%
ENFOQUE A LA PREVENCIÓN – FOMENTO DE LA CULTURA DE CONTROL	8	7	88%
RELACION CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL	17	17	100%
EVALUACION DE LA GESTION DEL RIESGO	15	15	100%
EVALUACION Y SEGUIMIENTO	77	71	92%
TOTALES	141	130	92%

Al respecto igualmente expone que estos porcentajes se han dado gracias al esfuerzo conjunto de coordinadores de líneas de defensa, pero que se hace necesario el fortalecimiento de la Oficina de Control Interno con estructura organizacional y equipo interdisciplinario para la mejora de las actividades correspondientes al control interno de gestión, financiero y contable. Al igual que reitera el requerimiento del Acta anterior sobre ejercicios de articulación de los actividades de monitoreo y reportes de información entre líneas de defensa, la necesidad del diseño de planes de acción para el ejercicios de auditoría y auto evaluación de la segunda línea de defensa, articulación de ejercicios con el grupo de auditores internos con la tercera línea de defensa y realizar mayores ejercicios de activación e implementación del Modelo de las Líneas de Defensa y del Trabajo de los Equipos transversales para la implementación de las acciones de las Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

“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 8

 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

Finalizado este informe, el Asesor, aborda el numeral cuarto de la agenda y presenta para aprobación por parte de los miembros del CICCI, conforme lo requiere el Literal b, del Artículo 2.2.21.1.6 del Decreto 648 de 2017, el proyecto de Plan de Trabajo Anual de la Oficina de Control Interno y de Auditorías Internas Integradas para la vigencia 2025, requerido conforme a la Guía Rol de las Oficinas de Control Interno generada por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, en reglamento del Artículo 2.2.21.5.3 del mismo Decreto.

Por lo anterior el Asesor presenta las acciones a adelantar por cada uno de los roles de la guía en mención, como lo son: Liderazgo Estratégico, Evaluación de la gestión del Riesgo, Enfoque a la Prevención, tanto en Asesoría y Acompañamiento como en el Fomento de la Cultura de Control, Relación con Entes de Control Externos y Evaluación y Seguimiento, especificando que dentro de este último se encuentra el Plan Integrado de Auditorías Internas basadas en riesgos y con el establecimiento de auditorías para cada uno de los Sistemas de Gestión, denotando para cada sistema; su sigla, norma que lo regula, su promesa de valor, la herramienta de implementación, norma que legaliza la herramienta, norma internacional ISO, componentes, requisitos, procesos a ejecutar y fechas de ejecución. En este Plan de Auditorías se presenta proyección de ejercicios para el Sistema Integrado de Gestión, Sistema de Control Interno, Modelo de Líneas de Defensa y Equipos Transversales de Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud- SOGCS, que incluye el Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Acreditación, Sistema de la Calidad de la Información en Salud y el Programa de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad en Salud – PAMEC, Sistema de Gestión Ambiental, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.

Posterior a la presentación del Plan, denota la importancia de la articulación de los ejercicios de monitoreo y reportes de información entre líneas de defensa para la gestión y el control, la necesidad de formar auditores internos que permitan la materialización del plan de auditorías, se realicen los respectivos programas y planes por cada ciclo de auditoría, se cumpla por parte de la primera línea con el principio y ejercicios de autocontrol, reportes periódicos de información, capacitación, seguimiento y monitoreo por parte de Planeación Institucional y miembros de la segunda línea de defensa, así como la elaboración de informes autoevaluación cuatrimestrales y reporte de los mismos a la tercera y línea estratégicas de defensa para someter a supervisión y toma de decisiones en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Finalizada la presentación y argumentación del proyecto de Plan, lo somete a votación y es aprobado por unanimidad.

Acto seguido, para agotar el numeral quinto de la agenda, el Asesor de Control Interno realiza presentación del informe de austeridad y eficiencia en el gasto público del tercer trimestre de la vigencia 2024 y su comparativo con igual periodo de la vigencia 2023 e informa que el contenido muestra un análisis sobre la evolución de los gastos conforme a la política de ejecución presupuestal y eficiencia del gasto público de la Dimensión Dirección Estratégica y Planeación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión del Decreto 1499 de 2017, austeridad en gasto público de acuerdo con lo establecido en el decreto N° 199 del 20 de

"Trabajando Por La Salud del Pueblo Araucano"

Calle 15 16-17 Esquina. PBX (097) – 8850000 – 8855298 - 8853878 FAX: 8853399 - 8857616 CALL CENTER-8853086

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

Arauca, Arauca / Colombia

Página 4 de 8

 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

febrero de 2024 y Directivas Presidenciales 01 del 1° de abril de 2024 y 03 del 20 de diciembre de 2024, en aplicabilidad del principio de colaboración armónica del Artículo 113 de la Constitución Política de Colombia, se realiza con la revisión de los gastos y la información remitida por las diferentes áreas, tomando como referentes: la ejecución presupuestal, los estados contables, comprobantes de egresos, la planta de personal, los contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión institucional tanto administrativa como asistencial y los Informes de estadísticas, entre otros; todo ello suministrado por los Líderes de Gestión Jurídica y Contratación, Gestión Financiera, Gestión Talento Humano, Gestión de Recursos Físicos y Complementarios, Gestión Contable, Técnico de Costos, Subdirección Administrativa y Subdirección Científica.

Luego de presentar a detalle el informe realiza resumen de todos los ítems o rubros en los que se generó ahorro y los que incrementaron su gasto generando la diferencia, que resumen en el siguiente cuadro:

TERCER TRIMESTRE 2024			
CONCEPTO	AHORRO	DESAHORRO	DIFERENCIA
NOMINA Y PRESTACIONES		\$ 2.508.894.383,00	
ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS (AByS) CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN		\$ 2.968.816.917,00	
AByS VIGILANCIA		\$ 72.389.731,00	
AByS ALIMENTACION	\$ 141.529.778,00		
VIATICOS Y GASTOS DE VIAJE	\$ 521.121,00		
SERVICIOS PUBLICOS		\$ 127.760.346,00	
ARRENDAMIENTOS		\$ 46.254.546,00	
PAPELERIA		\$ 14.083.334,00	
MMTO VEHICULOS	\$ 24.535.520,00		
COMBUSTIBLE	\$ 5.481.960,00		
TOTALES	\$ 172.068.379,00	\$ 5.738.199.257,00	-\$ 5.566.130.878,00

Igualmente expresa que el incremento del gasto se da por el mayor número de servicios ofertados, la adquisición de servicios por ops para atender todos los servicios, la mayor demanda en la prestación de servicios asistenciales, por consiguiente el incremento de adquisición de servicios de comidas servidas por el crecimiento exponencial del censo diario de pacientes, etc.

Acto seguido se aborda el numeral sexto de la agenda y se le otorga la palabra al Asesor Jurídico, Doctor CARLOS EDUARDO EUGENIO LÓPEZ, quien presenta informe generado y allegado por el Abogado Externo, Doctor CARLOS PADILLA SUAREZ, presentando relación con el número de demandas en contra de la entidad por tipo de proceso y el monto de las pretensiones de los demandantes, conforme se resume en el siguiente cuadro:

Relación de procesos judiciales vigentes tramitados del período comprendido entre 1° de enero de 2024 – 30 de diciembre de 2024

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

HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.				
NIVEL DE LITIGIOSIDAD: BAJO				
PASO UNO: IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD LITIGIOSA				
PERÍODO ANALIZADO: Desde el 1° de enero de 2024 – 30 de diciembre de 2024 (Demandas activas)				
INSUMO	TIPO DE PROCESO	CAUSA GENERAL	FRECUENCIA	VALOR
Demandas	Nulidad y restablecimiento del Derecho	Configuración del contrato realicad	6	\$ 28.111.674
		Ajuste incremento salarial		
Demandas	Reparación directa	Falla médico	5	\$ 5.633.579.100
Demandas	Ejecutivo	Pago de sentencias	3	\$ 2.046.992.822
Demandas	Ordinario Laboral	Reconocimiento de relación laboral con la entidad	0	\$ 0
Demandas	Contractual	Controversias Contractuales	0	\$ 0

Conforme la tabla anterior, podemos observar el tipo de demandas que se interpusieron en contra de la entidad durante la vigencia 2024, debidamente discriminadas por tipo de proceso, cantidad, concepto y cuantía; de lo cual, la entidad ha ejercido su derecho de defensa técnica a través del abogado externo, en conjunto y coordinación con el líder de la oficina jurídica de la entidad, en donde se establecen adicional a las estrategias de defensa, las políticas de prevención del daño antijurídico, conforme los factores de riesgo y frecuencia de las demandas.

En igual sentido, la entidad organiza su defensa desde el momento en el cual tiene conocimiento de las diferentes solicitudes de conciliación extrajudicial ante la Procuraduría General de la Nación; toda vez que, se emiten conceptos ceñidos a la ficha técnica aprobada por el comité de conciliación de la entidad, en donde se exponen los hechos, fundamentos legales, pretensiones, caducidad, llamamiento en garantía, pruebas del convocante, y las posturas jurídicas y argumentativas para una eventual defensa en instancias judiciales, en caso de no conciliarse las pretensiones del convocante.

Ahora bien, de conformidad con el instructivo de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, el HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E., cuenta con una baja litigiosidad, ya que tiene menos de 1000 procesos en curso, lo cual no significa que esta entidad del Estado, escatime esfuerzo alguno por prevenir la actividad litigiosa, identificando y superando los factores de riesgo previamente identificados, lo cual genera el insumo necesario para fortalecer las estrategias y políticas de defensa de la entidad.

 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

En continuidad de la agenda del día se le otorga la palabra a la Doctora ASTRID CAROLINA MORA ROMERO, Profesional de Dirección quien apoya las funciones de Planeación, para abordar y agotar el numeral sexto de la agenda, quien expone para revisión y consideración de los miembros del Comité los siguientes temas:

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.

Presentación para validación del comité, el ejercicio de las mesas técnicas de trabajo realizados por el equipo interdisciplinario de los Procesos Dirección Estratégica — Dirección, Planeación, Gestión de Calidad y Garantía de la Calidad del SOGCS y Control Interno y Plan de mejoramiento, realizado en el transcurso de la vigencia y soportado mediante acta 01 de agosto de 2024 con compromisos frente a ajustes de las matrices de riesgos institucionales, al igual que avances en la construcción del código de ética empresarial y de buen gobierno y armonización de la política de riesgos vigente con el Sistema Integrado de Administración de Riesgos conforme a lo requerido en la Circular Externa 20211700000004-5 DE 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y el trabajo coordinado con cada responsable en la identificación de los riesgos de cada uno de los subsistemas que se ordenan en la misma circular, los cuales fueron articulados en la matriz de riesgos institucional. Los riesgos de los subsistemas que se presentan para validación y aprobación fueron los riesgos en salud, riesgos operacionales, riesgo actuarial, riesgo de crédito, riesgo de liquidez, dos de ellos no aplican para la entidad como son los riesgos de mercado de capitales y los riesgos de grupo, igualmente, expresa que en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Acta 01 de 2024 se aprobó matriz de plan de mejora sobre informe de monitoreo de la Superintendencia Nacional de Salud, que requiere la atención de todas las líneas de defensa para la gestión y el control.

Acto seguido, la Presidente del Comité, expresa que previo a la socialización de los mismos, por ser documentos contruidos en el transcurso del segundo semestre de la vigencia, se debe adelantar revisión de los mismos e identificar posibles cambios en cada subsistema, 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 el primer semestre de la vigencia 2025, igualmente, expresa 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.

Agotado el sexto de la agenda y en cumplimiento de lo establecido en la agenda y de lo requerido en el numeral séptimo, el Asesor de Control Interno interviene para poner en consideración de los Miembros del Comité sobre el requerimiento de proposiciones y varios, sin generación de estos por lo que agotado el Orden del día y los temas programados se da por terminada la reunión siendo las 10:45 a.m. y se coloca a disposición y aprobación de los miembros del Comité, el contenido de la presente Acta, que

 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

es aprobada por todos, por lo que el Asesor informa que una vez se imprima un ejemplar pasará por la Oficina de sus miembros a recoger las respectivas firmas.

Para constancia de lo plasmado en la presente Acta se firma por los que en ella intervinieron:



CARLOS ALBERTO SANCHEZ ARANGO
Director Hospital San Vicente de Arauca E.S.E.

SARA LILIANA ANZOLA RODRIGUEZ
Subdirectora Administrativa.



DIANA FRANCO ZAMBRANO
Subdirectora Científica

ASTRID CAROLINA MORA ROMERO
Profesional de Apoyo para Planeación

CARLOS EDUARDO EUGENIO LÓPEZ
Asesor Jurídico

GONZALO DE JESUS ALVAREZ MONTOYA
Asesor Control Interno – Secretario técnico.

Invitada:

ZULMA TRIANA GÓMEZ
Ingeniera de Sistemas – Profesional de Apoyo Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad En Salud.

Anexos: Hacen parte integral de la presente Acta los documentos ubicados en carpeta digital compartida: Aragon Z/Comunidad HSVA/Proceso Evaluación/Control Interno 202/CICCI Diciembre 2024.