

	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° 001

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO (CICCI)

FECHA: 28 DE ABRIL DE 2025.

HORA: 08:00 a.m.

LUGAR: OFICINA DE DIRECCIÓN.

CONVOCA: CARLOS ALBERTO SANCHEZ ARANGO, Director hsua Y Presidente CICCI.
SARA ANZOLA RODRIGUEZ, Subdirectora Administrativa.
DIANA FRANCO ZAMBRANO, Subdirectora Científica.
CARLOS EDUARDO EUGENIO LÓPEZ, Asesor Jurídico.
ANA MARIA JULIETH IBARRA MURGAS, Profesional Universitario de Dirección para actividades de las funciones de Planeación Institucional.
LUDY SUAREZ ACOSTA, Profesional en enfermería para actividades de Gestión de la Calidad y del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud.
GONZALO DE JESÚS ALVAREZ MONTOYA, Asesor control interno y Secretario Técnico CICCI.

ORDEN DEL DÍA:

- 1) LLAMADA A LISTA Y VERIFICACIÓN DEL QUORUM.
- 2) PRESENTACIÓN DE INFORME DE SEGUIMIENTO Y ANALISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LA GESTIÓN DE AUSTERIDAD Y EFICIENCIA EN EL GASTO PÚBLICO PRIMER TRIMESTRE DE LA VIGENCIA 2025 Y SU COMPARATIVO CON IGUAL PERIODO DE LA VIGENCIA 2024.
- 3) PRESENTACIÓN DE INFORME DE SEGUIMIENTO AL ESTADO DE AVANCE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO RESULTADO DE LA EVALUACIONES SEMESTRAL INDEPENDIENTES DE LA TERCERA LÍNEA DE DEFENSA SEGUNDO SEMESTRE VIGENCIA 2024 Y RESULTADOS HISTÓRICOS VIGENCIAS 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024.
- 4) PRESENTACIÓN PARA APROBACIÓN DE LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGOS VERSIÓN 4 DE ABRIL 8 DE 2025.
- 5) PRESENTACION Y APROBACIÓN MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN
- 6) PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN MATRIZ ESTRATEGICA DE GESTIÓN DE CONFLICTOS DE INTERES (POLÍTICA DE INTEGRIDAD).
- 7) PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN MATRIZ PLAN DE AUSTERIDAD EN EL GASTO PÚBLICO VIGENCIA 2025.

"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 11

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

- 8) INFORME DE EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS CON ENTES DE CONTROL Y VIGILANCIA EXTERNOS.
- 9) PRESENTACIÓN ESTADO DEL CONTROL INTERNO CONTABLE SEGÚN AUDITORIA E INFORME REPORTADO A LA CONTADURIA.
- 10) PRESENTACIÓN DEL ESTADO DE LICENCIAMIENTO DE SOFTWARE, SEGÚN REPORTE INFORME DERECHOS DE AUTOR.
- 11) PROPOSICIONES Y VARIOS
- 12) APROBACION Y SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE ACTA

DESARROLLO:

En Arauca, siendo las dos (02:00) p.m. del veinte (20) de mayo de 2025, 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 de día pre establecido del Comité de carácter ordinario, que se desarrolló observando el horario establecido:

Comité Institucional de Coordinación de Control Interno desarrollado entre las 02:00 p.m y las 05:00 p.m.

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

CARLOS ALBERTO SANCHEZ ARANGO, Director Hospital San Vicente de Arauca E.S.E. y Presidente del CICC.

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

DIANA FRANCO ZAMBRANO, Subdirectora Científica

CARLOS EDUARDO EUGENIO LÓPEZ, Asesor Jurídico

ANA MARIA JULIETH IBARRA MURGAS, Profesional Universitario de Dirección para actividades de las funciones de Planeación Institucional.

LUDY SUAREZ ACOSTA, Profesional en enfermería para actividades de Gestión de la Calidad y del 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

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

de Control Interno continuar con el desarrollo del orden del día, quien interviene verificando la existencia de quorum del ítem uno de la agenda.

Acto seguido, para agotar el numeral 2° de la agenda, el Asesor de Control Interno realiza presentación del informe de austeridad y eficiencia en el gasto público del primer trimestre de la vigencia 2025 y su comparativo con igual periodo de la vigencia 2024 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 Direccionamiento Estratégico 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 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:

PRIMER TRIMESTRE 2025			
CONCEPTO	AHORRO	DESAHORRO	DIFERENCIA
NOMINA Y PRESTACIONES		\$ 2.508.894.383,00	
ADQUISICION 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 3° de la agenda realizando presentación de las matrices de evaluación semestral independientes del estado del Sistema de Control Interno del primer y

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

segundo semestre de la vigencia 2024, y comparativo con los resultados de las evaluaciones en los semestres de las vigencias 2020 a 2024, tomado del formato establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública que contiene archivo en Excel con nueve (9) hojas con instructivos de diligenciamiento, definiciones, y una hoja de cálculo por cada componente uno de los cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno MECI, cada una con los lineamientos requeridos para evaluación, una hoja de análisis de resultados y una de conclusiones que resume el puntaje alcanzado por componente, denota el Asesor el incremento de tres puntos porcentuales para el primer semestre de la vigencia 2024 y dos puntos porcentuales adicionales en el segundo semestre de la vigencia 2024, pero reflejando que de la vigencia 2020 a 2021 se establecieron mejoras e incrementos significativos, el consolidado a partir del segundo semestre de 2021 y los dos semestres de la vigencia 2022 se ha mantenido constante y sin incrementos significativos y durante los dos semestre de la vigencia 2023 decayo en 11% en promedio a los dos semestres de las vigencias 2021 y 2022 y durante 2024 avanzó del 73% del primer semestre de 2023 a 76%% en el primer semestre de 2024 y dos puntos adicionales para el segundo semestre de la vigencia 2024. Por último expone cuadro en Excel con el comportamiento del ejercicio durante los semestres de las vigencias 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024:

RESUMEN DE EVALUACIONES INDEPENDIENTES SEMESTRALES SOBRE INFORMES DE SEGUIMIENTO Y AUDITORÍA AL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - ARTÍCULO 156 DECRETO 2109 DE 2019										
COMPONENTE	SEMESTRE I 2020	SEMESTRE II 2020	SEMESTRE I 2021	SEMESTRE II 2021	SEMESTRE I 2022	SEMESTRE II 2022	SEMESTRE I 2023	SEMESTRE II 2023	SEMESTRE I 2024	SEMESTRE II 2024
AMBIENTE DE CONTROL	53	59	66	77	67	71	56	58	64	67
EVALUACION DEL RIESGO	46	56	58	74	94	97	90	91	90	91
ACTIVIDADES DE CONTROL	58	67	83	83	75	79	72	71	74	76
INFORMACION Y COMUNICACIÓN	59	66	93	96	89	89	68	71	73	76
ACTIVIDADES DE MONITOREO	57	64	86	93	96	96	82	75	77	78
TOTALES PROMEDIOS	54,6	62,4	79,2	84,6	84,2	86,4	74	73,2	76	78

Igualmente expone los puntajes alcanzados por cada uno de los componentes y las razones por las cuales se mejoró o empeoró en cada uno de los mismos y expresa la necesidad, que una vez se tenga el compromiso de la alta dirección para el diseño y ejecución de acciones de mejora para alcanzar mayores niveles de implementación de los componentes del sistema y la obtención de niveles de evaluación más satisfactorios.

Para culminar con el ítem solicita la articulación de ejercicios 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.

 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

Culminado la presentación del este informe, se aborda el numeral cuarto del orden del día que corresponde a la actualización de la Política de Administración de Riesgos conforme a la metodología vigente, para lo cual le cede la palabra a la Ingeniera ANA MARIA JULIETH IBARRA MURGAS, Profesional de apoyo de Dirección para el desarrollo de actividades correspondientes a las Funciones de Planeación del nivel directivo, quien realiza exposición de la nueva versión de la Política de Administración de Riesgos y el formato actualizado para consolidación de las matrices de riesgos por proceso, institucionales, de corrupción y de seguridad de la información, conforme a la metodología adoptada por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP – del segundo semestre de la vigencia 2022, estableciendo para la Política el despliegue de cada una de las etapas, tanto en el conocimiento previo de la institución, el análisis interno y externo, identificación, análisis de riesgos, establecimiento de controles, valoración de la efectividad de los mismo y el tratamiento establecido; documento que se coloca a disposición de los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, que es aprobado por unanimidad y hace parte integral de la presente Acta.

Acto seguido, se aborda el numeral quinto de la agenda, continua con la intervención de la Profesional de Planeación Institucional presenta formato en Excel con nueva versión para las matrices de riesgos por procesos, institucional, de corrupción y de seguridad de la información y compatible con los subsistemas del Sistema Integrado de Riesgos de la Superintendencia Nacional de Salud, documento que se coloca a disposición de los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, que es aprobado por unanimidad y hace parte integral de la presente Acta.

Retoma el Asesor de Control Interno para evacuar el numeral sexto de la agenda, realizando la presentación de documento en Excel con el contenido de las actividades planteadas en el formato externo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública como parte integral de la Política de Integridad, el cual fue adoptado por la Institución, con revisión del Proceso Gestión de la Calidad, para la consolidación de la Matriz Estratégica de Conflictos de Interés vigencia 2025 se construyó nueva matriz en primera versión, toda vez que las anteriores no surtieron el proceso correspondiente, informa que el documento fue concertado entre los Procesos Gestión del Talento Humano, Gestión jurídica y Contractual, Subdirección Administrativa y el Acompañamiento del Asesor de Control Interno y se ajustaron las acciones y presentado para aprobación de los Miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la cual es aprobada por unanimidad y hace parte integral de la presente Acta.

Posteriormente, continua con el ítem séptimo del orden del día, realizando la presentación del documento en Excel Matriz del Plan de Austeridad para la vigencia 2025, con elaboración Coordinada por la Subdirección Administrativa con los diferentes procesos de la entidad, en el cual se plasma lo requerido en la normatividad y dando alcance del principio de colaboración armónica – Artículo 113 de la Constitución Política de Colombia, en el Decreto Nacional 199 del 20 febrero de 2024, y la Directivas Presidenciales 01 de 01 de abril de 2024 y 13 de diciembre 20 de 2024.

Informa igualmente que su construcción se realiza dentro de la Política Ejecución Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público de la Dimensión 2. Gestión del Direccionamiento

"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 5 de 11

 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

Estratégico y Planeación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y detalla en su presentación con las actividades plasmadas, responsables de ejecución y reporte, fechas de inicio y finalización de las actividades, responsable del seguimiento y monitoreo, meta del indicador, indicador de cumplimiento, evidencia y observaciones.

Una vez terminada la presentación, expone que el documento queda a disposición y aprobación por parte de los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, que sometido a votación se aprueba por unanimidad, por lo que expresa el Asesor, que el documento hace parte integral de la presente Acta y puede ser consultado en la Carpeta digital compartida Aragon Z:Comunidad HSVA/Cargue de indicadores/Proceso Evaluación/Control Interno 2025/Rol Seguimiento y Evaluación/Actas CICCI.

Posteriormente el Asesor aborda el numeral octavo del Orden del día, presentado informe sobre las evidencias de ejecución, seguimiento y evaluación de los Planes de Mejoramiento realizados para cumplimiento de compromisos con entes de Control y Vigilancia Externos.

Establece compromisos mediante matrices de planes de mejoramiento documentados en tablas de Excel que contienen acciones suscritas con las siguientes entidades:

Contraloría Departamental de Arauca.
Procuraduría General de la Nación.
Superintendencia Nacional de Salud.

Frente al de la Contraloría Departamental de Arauca, informa que se tiene suscrito Plan de Mejoramiento con acciones pactadas sobre hallazgos de auditoría realizada en noviembre de 2024, sobre la revisión de la cuenta anual consolidada y los estados financieros de la vigencia 2023, por lo cual presenta la matriz del plan en su diseño y contenido, con fecha de suscripción enero 7 de 2025 y para ejecutar durante toda la vigencia y presenta cuadro de resumen del contenido:

Sobre hallazgos de auditoría a la cuenta anual consolidada vigencia 2023

ITEM	NÚMERO DE HALLAZGO	NÚMERO DE ACCIONES DEL HALLAZGO
1	1	8
2	2	5
3	3	1
4	4	3
5	5	3
6	6	3
TOTAL	6	23

"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 6 de 11

 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		

Sobre hallazgos de auditoría de vigencias anteriores.

ITEM	NÚMERO DE HALLAZGO	NÚMERO DE ACCIONES DEL HALLAZGO
1	2	6
2	7	2
TOTAL	2	8

Culminada la presentación del Plan, informa al Comité que de conformidad con lo requerido en las Resoluciones Orgánicas 143 de 2009 y 073 de 2021 y la organizacional No. 008 de 2022, expedidas por la Contraloría Departamental de Arauca, se deben presentar informes de seguimiento y evaluación sobre el estado de avance de las acciones pactadas dentro del proceso de rendición de la cuenta anual consolidada de la vigencia 2024, que se venció y presentó el 10 de febrero de 2025, evaluación semestral con corte a junio 30 de la vigencia en curso y evaluación final con la rendición de la cuenta anual consolidada de la vigencia 2025, que se vencería el 10 de febrero de 2026.

Que en cumplimiento de la normatividad la Institución presentó informe de seguimiento y evaluación sobre la evidencia y cumplimiento de las acciones del Plan el 10 de febrero de 2025 con la rendición de la cuenta anual consolidada de la vigencia 2024, el cual se reportó como documento anexo del formato 99_CDA, sobre el cual expuso el siguiente resultado:

ITEM	NÚMERO DE HALLAZGO	NÚMERO DE ACCIONES DEL HALLAZGO	ACCIONES CON AVANCE DE EJECUCIÓN ENTRE 70 Y 99%	ACCIONES CON AVANCE DE EJECUCIÓN ENTRE 34 Y 69%	ACCIONES CON AVANCE DE EJECUCIÓN ENTRE 1 Y 33%	ACCIONES CON AVANCE DE EJECUCIÓN 0%	ACCIONES AL 100% CERRADO
1	1	8	1, 2, 3 Y 4	5		6,7,8	
2	2	5		2		1, 3, 4 Y 5	
3	3	1					3
4	4	3				1, 2 Y 3	
5	5	3	1			2 Y 3	
6	6	3		1 Y 2		3	
TOTAL	6	23	5	4	0	13	1
							23

Del Plan de Mejoramiento suscrito por la auditoría a la revisión de la cuenta anual consolidada y estados financieros de la vigencia 2023, se determinaron 6 hallazgos, para los cuales se diseñaron 23 acciones en total, de las que a la fecha de corte para presentación del primer informe de evaluación sobre avances en el cumplimiento de las mismas – febrero 10 de 2025, solo una contó con cierre total por ejecución del 100%, 5 registraron avance entre el rango 70 y el 99%, cuatro entre el 34 y el 69% y trece no contaron con avances de ejecución, por lo que se registra en el cuadro con 0%,

(Handwritten signature)

"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 7 de 11

 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		

VIGENCIAS ANTERIORES

ITEM	NÚMERO DE HALLAZGO	NÚMERO DE ACCIONES DEL HALLAZGO	ACCIONES CON AVANCE DE EJECUCIÓN ENTRE 70 Y 99%	ACCIONES CON AVANCE DE EJECUCIÓN ENTRE 34 Y 69%	ACCIONES CON AVANCE DE EJECUCIÓN ENTRE 1 Y 33%	ACCIONES CON AVANCE DE EJECUCIÓN 0%	ACCIONES AL 100% CERRADO
1	2	6				28, 29, 30, 31, 32 Y 33	
2	7	2		3		4	
TOTAL	2	8	0	1	0	7	0

De acciones pendientes de acciones de ejecución de planes de mejoramiento de vigencias anteriores – auditoría de revisión de la cuenta anual consolidada y los estados financieros de la vigencia 2022, se adjunto al presente las acciones 2 y 7, de las cuales quedó pendiente la ejecución de ocho acciones de las cuales solo una presentó avance entre el rango de 34 a 69% y las demás no presentaron avance de ejecución por lo que se registran con el 0%, por lo que solicita al nivel directivo adelantar el respectivo monitoreo y seguimiento al cumplimiento de las acciones por parte de los líderes responsables y reportar evidencia de cumplimiento en medio magnético en el lugar establecido en la carpeta digital compartida Aragon Z:Comunidad HSVA/Cargue de Indicadores/2025/Seguimiento Planes de Mejora/2.Plan de Mejora Contraloría Departamental 2023, toda vez, que de conformidad con la normatividad ya mencionada la fecha de corte para la siguiente evaluación y reporte de información al ente de control vence el próximo 30 de junio de 2025.

Frente a los Planes de mejoramiento con la Procuraduría General de la Nación y de la Superintendencia Nacional de Salud, se realizaron de forma interna sobre actividades de monitoreo de los entes de vigilancia y control y desarrollo de ejercicios de seguimiento del nivel directivo y el acompañamiento del Asesor de Control Interno, planes que se sometieron a aprobación de los miembros de este Comité en reunión realizada en agosto de 2024 y sobre su ejecución se han solicitado a los responsables el reporte de evidencias de cumplimiento, información que a la fecha no han remitido a Control Interno para la respectiva evaluación y presentación al Comité, situación que de resolverse se presentarán los avances de ejecución en futura reunión del Comité

Dando continuidad al orden del día el Asesor de Control Interno aborda el numeral noveno de la agenda del día y realiza presentación sobre informes anuales del estado del control interno contable según auditorías y e informes anuales reportados a la Contaduría General de la Nación, a través de la plataforma del Sistema Consolidador de Hacienda e Información Financiera Pública – CHIP- de los cuales expone la normatividad que los exige (Resolución 193 de 2016) y resume en cuadros de información detallando el esquema, la valoración cuantitativa sobre elementos del marco normativo, en sus etapas y sub etapas y la valoración cualitativa. En cuanto a la valoración cuantitativa se determina la ponderación asignada conforme al cumplimiento de los criterios cumple, parcialmente y no cumple, calificación, observaciones, promedio por criterio y calificación total.

"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 8 de 11

Una vez culminada la presentación del informe de la vigencia 2024, el Asesor presenta cuadro de despliega cuadro con la evolución de la evaluación desde la vigencia 2017 a 2024, de la siguiente forma:

INFORME EVALUACIÓN CONTROL INTERNO CONTABLE - RESULTADOS DESDE 2017 A 2024 - RANGO DE CALIFICACIÓN DE 0 A 5		
VIGENCIA	PUNTAJE CALIFICADO	DIFERENCIA
2017	4,47	0
2018	4,47	0
2019	4,59	0,12
2020	4,60	0,01
2021	4,62	0,02
2022	4,79	0,17
2023	4,85	0,06
2024	4,88	0,03

Del que denota la constante de los dos primeros años evaluados por el actual Asesor de Control Interno, sobre los cuales los funcionarios del proceso para la fecha no avanzaron en implementar las recomendaciones para su mejoramiento, solo a partir de 2019 dado los cambios de personal resultantes del proceso meritocrático se empezaron a aplicar acciones de mejora mostrando para 2019 avance de 0,12 puntos, para 2020 avance de 0,01 puntos, para 2021 0,02 puntos, para 2022 0,17 puntos, para 2023 con 0,06 puntos y 2024 con 0,03 puntos.

En cuanto a la valoración cualitativa, se han mantenido constantes los requerimientos de control interno, en los que año tras año ha observado:

Se recomienda socializar y ajustar continuamente conforme a cambios normativos los manuales de procesos y procedimientos y dejar evidencia documental, realizar ejercicios de autocontrol y autoevaluación para actualización de los mapas de riesgo diseño y ejecución de controles, determinar la efectividad de los controles de proceso, igualmente la viabilidad de ajustar la planta de cargos incorporando profesionales o técnicos para el área de contabilidad, que permita la generación de competencia, idoneidad y compromiso laboral y comportamental con las funciones del proceso, programación y autorización de capacitaciones y actualizaciones normativas en materia contable, tener en cuenta las materializaciones de riesgos y ajustar las matrices de riesgos de los procesos generadores de información insumo para el proceso contable, dar continuidad a los procesos de depuración de las cuentas contables y de procesos de bajas de activos en desuso e inservibles.

Por lo que se solicita al nivel directivo como línea estratégica de defensa la toma de medidas conducentes a la implementación de las recomendaciones y a la mejora del proceso del Sistema de Control Interno Contable.

Acto seguido, para el cumplimiento de lo planeado en la agenda del día, numeral 10, presenta informe de derechos de autor y conexos – software legal de la vigencia 2024,

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

reportado en marzo de 2024 con certificación y cumplimiento oportuno a la plataforma establecida por la Dirección Nacional de Derechos de Autor y Conexos, en el que se refleja el inventario de recurso tecnológico de la Institución, hardware, software y licenciamiento, haciendo énfasis que a la fecha solo se cuenta con software legal en la entidad del 69%, por lo que recomienda el asesor, generar acciones necesarias para mejoramiento del proceso gestión de la información y las comunicaciones, avanzar en la consolidación, gestión de la financiación y ejecución del proyecto de optimización de la arquitectura tecnológica, continuar con los ejercicios de parametrización de los cambios generados en la normatividad en los módulos del sistema dinámica gerencial que permita mejorar ejercicios del control interno entre las áreas o procesos generadoras de información insumos para el proceso contable y gestionar recursos para alcanzar el licenciamiento o software legal en el 100% de los programas utilizados en la entidad.

Igualmente presenta cuadro con la evolución del licenciamiento desde el momento en que ejerce como Asesor Control Interno en la Institución:

INFORME DERECHOS DE AUTOR Y CONEXOS - SOFTWARE LEGAL - EVALUACIÓN INDEPENDIENTE TERCERA LÍNEA DE DEFENSA - ASESOR CONTROL INTERNO - RESULTADOS Y EVOLUCIÓN DESDE 2017 A 2024			
VIGENCIA	NUMERO DE EQUIPOS	PORCENTAJE LICENCIAMIENTO	DIFERENCIA
2017	175	25%	0
2018	186	28%	3
2019	176	30%	2
2020	183	35%	5
2021	195	40%	5
2022	182	45%	5
2023	185	60%	15
2024	197	69%	9

El Asesor expresa de lo observado en el cuadro presentado la brecha se ha disminuido del 75% en la vigencia 2017 al 31% en la vigencia 2024, por lo que sugiere al nivel directivo como línea estratégica de defensa y al líder del proceso sistemas de información adelantar las acciones necesarias para adquirir las licencias requeridas y evitar el riesgo de posibles y futuras sanciones de carácter fiscal en contra de la administración por el uso ilegal en el 31% de los equipos del software instalado en la Institución, o en su defecto, reclamaciones de los autores de la adquisición en término perentorio con la retroactividad pertinente, lo que redundaría en mayores gastos que los generados en su contratación y adquisición contractual normal.

Interviene el Representante Legal y Presidente del Comité, informando sobre las gestiones adelantadas para la financiación del proyecto de modernización tecnológica, adquisición de equipos con software licenciado, mayor acompañamiento de ingenieros de soporte técnico sobre los módulo del sistema dinámica gerencial.

Se aborda el undécimo ítem de la agenda el Asesor expresa que es el momento para determinar si se abocan proposiciones y varios, sin que se hayan generado e inmediatamente pone en consideración de los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno la

"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

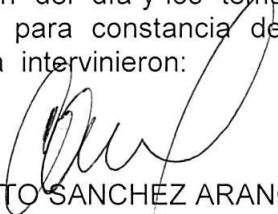
Arauca, Arauca / Colombia

Página 10 de 11

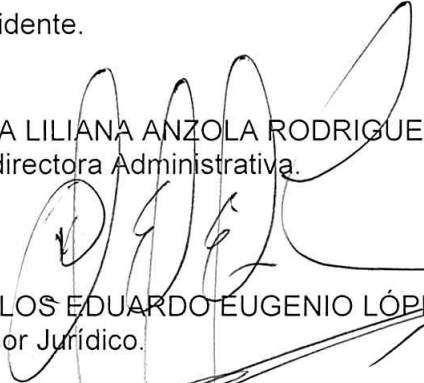
 100,32,08	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: GTD- AR-FR-006
	PROCESO: GESTIÓN TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL SUB PROCESO: ARCHIVO	VERSIÓN: 03
	ACTA	FECHA: 11/04/2019

aprobación y refrendación de la presente Acta del último ítem de la agenda, la cual es aprobada por unanimidad, por lo que el Asesor comunica que una vez impresa se pasará a recoger las firmas de cada uno de sus miembros e invitados.

Agotado el Orden del día y los temas propuestos se da por terminada la reunión siendo las 11:10 a.m. y 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.

Presidente.


SARA LILIANA ANZOLA RODRIGUEZ
Subdirectora Administrativa.


DIANA FRANCO ZAMBRANO
Subdirectora Científica.


CARLOS EDUARDO EUGENIO LÓPEZ
Asesor Jurídico.


ANA MARIA JULIETH IBARRA MURGAS
Profesional Universitario de Dirección con funciones de Planeación.


GONZALO DE JESUS ALVAREZ MONTOYA
Asesor Control Interno – Secretario Técnico

Invitada:


LUDY SUÁREZ ACOSTA

Profesional Apoyo proceso Gestión de la Calidad.

Anexos: Hacen parte integral de la presente Acta los documentos ubicados en carpeta digital compartida: Aragon Z/Comunidad HSVA/Proceso Evaluación/Control Interno 2025/CICCI Abril 2025.