

REGISTRO ASISTENCIA
CODIGO: GT-TH-FR-04
VERSIÓN: 07
FECHA: 26/08/2025

ACTA No.	FECHA	HORA INICIO	HORA FINAL	LUGAR
02	22-octubre-2025	02:00 PM	03:20 PM	DIRECCIÓN
OBJETIVO DE LA REUNIÓN				
COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO				
RESPONSABLE DE LA REUNIÓN				
NOMBRE		ROL / CARGO		
NESTOR BASTIANELLI RAMIREZ		Director		

CONVOCADOS / ASISTENTES						
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	ASISTIO LIDER		DELEGO	
			SI	NO	SI	NO
1	Ana María J. Ibarra Murgas	Profesional de Planeación	X			X
2	Diana Franco Zambrano	Subdirectora Científica	X			X
3	Erika Tatiana Carrascal Carrascal	Subdirectora Administrativa	X			X
4	Juan David Casas Moreno	Asesor Jurídico	X			X
5	Ludy Suarez acosta	Líder calidad	X			X
6	Gonzalo de Jesús Álvarez Montoya	Asesor de Control Interno	X			X
7						
8						
9						
10						

AGENDA

N°	TEMA	RESPONSABLE
1	Verificación de Quorum y lectura Acta anterior.	Asesor Control Interno
2	Verificación de Compromisos del acta anterior.	Asesor Control Interno
3	Presentación Informe Austeridad en el Gasto Público II trimestre 2025	Asesor Control Interno
4	Informe de ejecución seguimiento y evaluación de Planes de Mejoramiento con Entes Externos	Asesor Control Interno
5	Presentación Informe Estado de Avance del Estado del Sistema de Control Interno primer semestre 2025	Asesor Control Interno
6	Presentación y Aprobación de matrices de riesgo por procesos y de riesgos institucional.	Asesor Control Interno
7	Proposiciones y varios.	No aplica

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. VERIFICACION DEL QUÓRUM Y LECTURA DEL ACTA ANTERIOR

El segundo Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la vigencia 2025, se desarrolla en la oficina de la Dirección dando inicio a la reunión a las 02:15 p.m. del miércoles 22 de octubre con la verificación del quórum y la asistencia de miembros.

2. VERIFICACION DE COMPROMISOS DEL ACTA ANTERIOR

Se realizó la lectura del Acta 001 de fecha abril 28 de 2025, que fue aprobada y suscrita por los miembros del Comité a esa fecha, evidenciándose que no se generaron compromisos.

COMPROMISO

N°	TEMA	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA	AVANCE

3. PRESENTACIÓN DE INFORME DE SEGUIMIENTO Y ANALISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LA GESTIÓN DE AUSTERIDAD Y EFICIENCIA EN EL GASTO PÚBLICO SEGUNDO TRIMESTRE DE LA VIGENCIA 2025 Y SU COMPARATIVO CON IGUAL PERIODO DE LA VIGENCIA 2024.

Se aborda el numeral tercero de la agenda, el Asesor de Control Interno realiza presentación del informe de austeridad y eficiencia en el gasto público del segundo 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 se resumen en el siguiente cuadro:

VIGENCIA	SEGUNDO SEMESTRE 2025		
CONCEPTO	AHORRO	DESAHORRO	DIFERENCIA
NOMINA Y PRESTACIONES		\$ 416.934.373,00	
ADQUISICION BIENES Y SERVICIOS (AByS) CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN		\$ 4.234.919.110,00	
AByS VIGILANCIA		\$ 217.979.228,00	
AByS ALIMENTACION		\$ 65.616.018,00	
VIATICOS Y GASTOS DE VIAJE			
SERVICIOS PUBLICOS		\$ 227.900.947,00	
PROMEDIO PAPELERIA		\$ 84.508.333,00	
PROMEDIO MMTO Y COMBUSTIBLE		\$ 32.885.744,00	
PROMEDIO ARRENDAMIENTOS		\$ 13.558.983,00	
TOTALES	\$ -	\$ 5.294.302.736,00	-\$ 5.294.302.736,00

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.

A su vez, realiza comparativo proyecta con el mismo periodo de 2024, revisando las diferencias para el II trimestre e informe que el incremento en el gasto es significativo toda vez alcanzó CINCO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE (5.294.302.736,00) en el segundo trimestre de 2025, TRES MIL SETECIENTOS VEINTISEIS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL NOVENTA Y CUATRO PESOS MCTE (\$3.726.992.092,00) lo que equivale al 70% más que en igual periodo de 2024 cuando el total de los gastos alcanzó MIL QUINIENTOS SESENTA Y SIETE MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS MCTE (\$1.567.310.642,00).

4. INFORME DE EJECUCIÓN SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL

Para evacuar el numeral cuarto del orden del día. El Asesor Control Interno, informa a los miembros del Comité, que a la fecha se tiene suscrito Plan de Mejoramiento sobre Informe de Auditoria realizada por la Contraloría Departamental de Arauca, sobre la revisión de la rendición de la cuenta anual consolidada de la vigencia 2023, del cual presenta tres (3) archivos en Excel que contienen el Plan de mejora suscrito y dos formato de evaluación del Plan uno de febrero 10 de 2025 y el otro de junio 30 de 2025, del cual muestra el número de hallazgos, el número acciones por hallazgo, el número de acciones cumplidas en su totalidad y cerradas, el número de acciones cumplidas parcialmente y el número de acciones sin inicio de actividades ni evidencias de cumplimiento, que una vez culminada la presentación resume en el siguiente cuadro;

EVALUACIÓN A FEBRERO 10 DE 2025

Nro. Hallazgo	Nro, Acciones	Cumplimiento Total	Cumplimiento Parcial	Sin cumplimiento
Hallazgo 1.	8	0	5	3
Hallazgo 2.	5	0	1	4
Hallazgo 3.	1	1	0	0
Hallazgo 4.	3	0	1	2
Hallazgo 5.	3	0	1	2
Hallazgo 6.	3	0	2	1

Adiciona a lo anterior comunica que el Plan de Mejoramiento contempla acciones pendientes por cumplimiento que corresponden al Plan de Mejoramiento a los Estados Financieros y Revisión de la Rendición de la Cuenta Anual Consolidada de la Vigencia 2022, que se relacionan en el siguiente cuadro:

Nro. Hallazgo	Nro, Acciones	Cumplimiento Total	Cumplimiento Parcial	Sin cumplimiento
Hallazgo 2.	6	0	0	6
Hallazgo 7.	2	0	1	1

EVALUACIÓN A JUNIO 30 DE 2025

Nro. Hallazgo	Nro, Acciones	Cumplimiento Total	Cumplimiento Parcial	Sin cumplimiento
---------------	---------------	--------------------	----------------------	------------------

Hallazgo 1.	8	0	5	3
Hallazgo 2.	5	1	2	2
Hallazgo 3.	1	1	0	0
Hallazgo 4.	3	0	2	1
Hallazgo 5.	3	0	2	1
Hallazgo 6.	3	0	2	1

Acciones pendientes por cumplimiento que corresponden al Plan de Mejoramiento a los Estados Financieros y Revisión de la Rendición de la Cuenta Anual Consolidada de la Vigencia 2022, que se relacionan en el siguiente cuadro:

Nro. Hallazgo	Nro, Acciones	Cumplimiento Total	Cumplimiento Parcial	Sin cumplimiento
Hallazgo 2.	6	0	1	5
Hallazgo 7.	2	0	2	0

Por lo anterior, el Asesor Control Interno, hace recomendaciones y sugerencias respetuosas sobre la necesidad de prestarle atención a los incumplimientos, que se generen los ejercicios necesarios para que se genere la evidencia de cumplimientos de estas acciones, toda vez que de persistir en los incumplimientos nos veríamos avocados a la imposición de sanciones o multas en contra de la Administración y/o Representante Legal, por parte del ente de control externo.

5. PRESENTACIÓN INFORME ESTADO DE AVANCE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO PRIMER SEMESTRE 2025.

Culminado el informe del numeral cuarto, se aborda el numeral 5° de la agenda realizando presentación de la matriz de evaluación semestral independiente del estado del Sistema de Control Interno primer semestre de la vigencia 2025, y comparativo con los resultados de las evaluaciones en los semestres de las vigencias 2020 y 2021, 2022, 2023 y 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 la el incremento de siete puntos porcentuales para el presente I semestre de la vigencia 2025, pero reflejando que de la vigencia 2020 a 2021 se establecieron mejoras e incrementos significativos, al pasar de 54 puntos porcentuales en el primer semestre de 2021 a 84,6 puntos porcentuales en el

segundo semestre de 2022, el consolidado a partir del primer semestre de 2023 decrece en 12 puntos y en los siguientes semestres el segundo de 2023 y los dos de 2024 se mantuvo constante y sin incrementos significativos, al igual que para el primer semestre de la vigencia 2025, en total en las tres ultimas vigencias los resultados no han alcanzado el 80% que se obtuvo en 2022. Por último expone cuadro en Excel con el comportamiento del ejercicio durante los semestres de las vigencias 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 y del primer semestre de 2025:

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	SEMESTRE I 2025
AMBIENTE DE CONTROL	53	59	66	77	67	71	60	56	64	59	79
EVALUACIÓN DEL RIESGO	46	56	58	74	94	97	91	91	91	82	88
ACTIVIDADES DE CONTROL	58	67	83	83	75	79	71	71	71	75	83
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	59	66	93	96	89	89	71	71	79	68	68
ACTIVIDADES DE MONITORIO	57	64	86	93	96	96	75	75	82	75	75
TOTALES PROMEDIOS	55	62	79	85	84	86	74	73	77	72	79

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 de la necesidad 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.

6. PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DE MATRICES DE RIESGOS POR PROCESO Y LA MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

Previo a la socialización de las matrices de riesgo efectuada por la Oficina de Planeación mediante Comité Institucional de Gestión y Desempeño conforme se constata en el Acta 6 de octubre 22 de 2025, ejercicio adelantado conforme a la nueva versión de la Política de gestión y Administración de riesgos y nuevo formato aprobado en el Acta 001 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de Abril 8 de 2025, el Asesor comunica a los miembros del Comité, que se realizó Asesoría y Acompañamiento

por parte de las oficinas de Planeación y de Control Interno a los Líderes de procesos para la actualización de las matrices de riesgos de cada proceso y luego la consolidación de la matriz de riesgo institucional, por lo que presenta de la carpeta digital compartida Aragon Z/Biblioteca HSVA/Manual de Documentos las matrices por proceso de cada tipo de los procesos estratégicos, misionales de apoyo y evaluación, se realiza presentación de las actualizaciones de las matrices de riesgos por proceso y la matriz de riesgo institucional, y se colocó a consideración su aprobación, conforme a continuación se relaciona:

PROCESO	TIPO DE PROCESO	NUMERO DE RIESGOS	NRO. ACCIONES DE CONTROL
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION	ESTRATEGICO	4	4
GESTION DEL TALENTO HUMANO	ESTRATEGICO	11	11
GESTION DE LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES	ESTRATEGICO	6	4
MEJORAMIENTO CONTINUO	ESTRATEGICO	5	5
ATENCION AL USUARIO	MISIONAL	2	2
INTERNACION	MISIONAL	7	7
CIRUGIA	MISIONAL	5	5
CONSULTA EXTERNA	MISIONAL	3	3
GESTION CLINICA	MISIONAL	5	5
APOYO DIAGNOSTICO	MISIONAL	5	5
APOYO TERAPEÚTICO	MISIONAL	6	6
GESTION JURIDICA Y CONTRACTUAL	APOYO	5	5
GESTION CONTABLE Y FINANCIERA	APOYO	4	4
GESTION RECURSOS FISICOS Y AMBIENTAL	APOYO	4	4
GESTION BIOMEDICA	APOYO	3	3
GESTION DOCUMENTAL	APOYO	6	5
ALMACEN	APOYO	4	4
GESTION CONTROL INTERNO	EVALUACION	3	3

Igualmente informa, que de este ejercicio se analizaron los riesgos que afectaban directamente los objetivos institucionales y se actualizó la matriz de riesgos institucionales, la cual presenta a los miembros del Comité, y para la presente acta los resume conforme se muestra en el siguiente cuadro:

TOTAL, RIESGOS	POR TIPO DE RIESGOS	NUMERO DE RIESGOS POR TIPO	NUMERO DE ACCIONES POR TIPO
29	De cumplimiento legal y normativo	2	2
	De operación	13	13
	En salud	10	10
	De Seguridad de la Información	1	1

	De corrupción	2	2
	Fiscal	2	2
TOTALES		29	29

Una vez presentada la matriz de riesgos institucional y su resumen en el anterior cuadro, el Asesor, somete a consideración y aprobación de la misma por parte de los miembros del Comité, no sin antes, establecer que este documento se debe convertir en dinámico conforme al curso de las operaciones de la entidad, además, que se debe verificar futuros ajustes haciendo consolidación de las metodologías del riesgos de la función pública para tipos de corrupción, de gestión y de seguridad de la información, con los determinados por circulares externas de la Superintendencia Nacional de Salud con los subcomponentes de riesgos aplicables a la Institución del Sistema Integrado de Administración de Riesgos del ente de control y vigilancia.

Por lo anterior el Representante legal hace requerimiento a las Subdirecciones realizar las verificaciones pertinentes y solicitar los ajustes necesarios a los lideres y equipos de trabajo responsables de dicha consolidación.

No obstante, el Asesor comunica a los Señores miembros del Comité sobre la necesidad de considerar su aprobación, toda vez que la matriz de riesgos institucional adolece de ajustes y actualizaciones desde finales de la vigencia 2022, por lo que en respuesta es aprobada por unanimidad.

7. PROPOSICIONES Y VARIOS.

No se registran proposiciones y varios.

COMPROMISOS			
Nº	TEMA	RESPONSABLE	FECHA ENTREGA

En constancia firman,

Responsable de la Reunión

Un participante de la reunión

Nota: Se debe anexar listado de asistencia demás participantes a la reunión, que coincida con la fecha y objetivo de reunión, sin esto, este formato no tendrá validez.

Anexos: SI () NO ()

Elaboró:

Revisó:

ACTA DE REUNIÓN

CODIGO: MC-GC-FR-06

VERSIÓN: 03

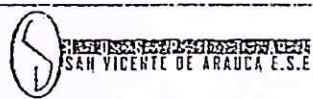
FECHA: 26/08/2025

1. CONTROL DEL DOCUMENTO:

El presente documento deberá reposar en la siguiente ruta:

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSION	FECHA APROBACIÓN			MOTIVO
	DIA	MES	AÑO	
01	07	03	2019	Creación del Documento
02	27	12	2024	Actualización de formato, este documento reemplaza al GTD-AR-FR-006 FORMATO ACTA y al GDE-GC-FR-006 CONSTANCIA DE REUNIÓN Y/O INTERVENCIÓN
03	26	08	2025	Se actualiza el documento en general. También se actualiza el listado de asistencia

ELABORO/ACTUALIZO	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE Ludy Suarez Acosta	NOMBRE Erika Tatiana Carrascal Carrascal	NOMBRE Comité Institucional de Gestión y Desempeño
CARGO Líder de Mejoramiento Continuo	CARGO Subdirectora Administrativa	CARGO Acta No. 004 del 2025
FECHA 10/08/2025	FECHA 25/08/2025	FECHA 26/08/2025



REGISTRO ASISTENCIA

CODIGO: GT-TH-FR-04

VERSIÓN: 07

FECHA: 26/08/2025

FECHA DE ACTIVIDAD	TIPO DE ACTIVIDAD	MODALIDAD	FECHA DE ACTIVIDAD	FECHA DE ACTIVIDAD	FECHA DE ACTIVIDAD	FECHA DE ACTIVIDAD	FECHA DE ACTIVIDAD	FECHA DE ACTIVIDAD	FECHA DE ACTIVIDAD
22-OCTUBRE-2025	Reunión	X	Capacitación/ Socialización	Auditoría	Inducción/ Reinducción	Otro	07:00 AM		DIRECCIÓN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comité Institucional de control Interno									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nestor Bastianelli Ramirez	Director								
----------------------------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--

Nº	NOMBRE	TELÉFONO	CARGO	INSTITUCIÓN	TELÉFONO	FIRMA
1	Gonzalo Alvaro Mantoya	14584481	Asesor CI	Gob Arauca	3156080772	
2	Juan David Casas M.	1032056766	Asesor Jurídico	HSUA	3703395705	
3	Nestor Bastianelli	13480614	Director	HSUA	3174050650	
4	Ludy Suarez Arosta	68294858	Calidad	HSUA	3103026574	
5	Ana María Iborra M	1095840451	Planeación	HSUA	3174960823	
6	Diana Franco Zembrano	68249415	Subgerencia	HSUA	3508344947	
7	Eliza Patricia Camacho	191667018	Subdirección	HSUA	3168077731	
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						