

REGISTRO ASISTENCIA

CODIGO: GT-TH-FR-04

VERSIÓN: 07

FECHA: 26/08/2025

ACTA No.	FECHA	HORA INICIO	HORA FINAL	LUGAR
03	29-Diciembre-2025	02:00 PM	03:10 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 III trimestre 2025	Asesor Control Interno
4	Recomendaciones sobre acciones incumplidas de Planes de Mejoramiento	Asesor Control Interno
5	Presentación de Informe sobre el estado de las PQRSD I semestre 2025	Asesor Control Interno
6	Presentación de informe de seguimiento a matrices de riesgos	
7	Presentación de Informe de Ejecución y Evaluación del Plan de Acción y de Auditorías basadas en riesgos de la Oficina de Control Interno	Asesor Control Interno
8	Proposiciones y varios.	No aplica

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. VERIFICACION DEL QUÓRUM Y LECTURA DEL ACTA ANTERIOR

El tercer 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 02:00 p.m. del lunes 29 de diciembre con la verificación del quórum y la asistencia de miembros.

2. VERIFICACION DE COMPROMISOS DEL ACTA ANTERIOR

Se realizó resumen sobre el contenido del Acta 002 de fecha octubre 22 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 TERCER 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:

TERCER TRIMESTRE DE 2025 COMPARADO CON EL TERCER TRIMESTRE DE 2024			
CONCEPTO	AHORRO	DESAHORRO	DIFERENCIA
NOMINA Y PRESTACIONES		\$ 723.994.555,00	
ADQUISICION BIENES Y SERVICIOS (AByS) CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN	\$ 1.977.055.395,00		
AByS VIGILANCIA		\$ 281.717.305,00	
AByS ALIMENTACION		\$ 59.192.699,00	
VIATICOS Y GASTOS DE VIAJE	\$ 14.878.365,00		
SERVICIOS PUBLICOS	\$ 128.459.968,00		
ARRENDAMIENTOS	\$ 7.489.999,00		
COMUNICACIONES Y TRANSPORTE		\$ 6.900.000,00	
PAPELERIA		\$ 11.653.554,00	
MMTO VEHICULOS		\$ 24.535.520,00	
COMBUSTIBLE		\$ 7.708.800,00	
TOTALES	\$ 2.127.883.727,00	\$ 1.115.702.433,00	\$ 1.012.181.294,00

Sobre el resumen reflejado en subtotales resultantes de la comparación del comportamiento entre el tercer trimestre de la vigencia 2025 y el mismo periodo del año 2024, demostrando en que rubros de generó ahorro y en cuales desahorro.

A su vez, realiza comparativo con el mismo periodo de 2024, el tercer trimestre, revisando las diferencias para el III trimestre e informe que el ahorro en el gasto durante el tercer trimestre de 2025, es bastante significativo toda vez alcanzó de UN MIL DOCE MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL DOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS

MCTE. (\$1.012.181.294,00) frente a igual periodo de la vigencia 2024, mostrándose una disminución significativa en los conceptos de contratación de servicios de apoyo a la gestión y ahorro en servicios públicos.

4. RECOMENDACIONES SOBRE ACCIONES INCUMPLIDAS DE PLANES DE MEJORAMIENTO.

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 Auditoría realizada por la Contraloría Departamental de Arauca, sobre el cual se presentó en reunión como consta en el Acta 02 del Comité, momento en el cual se presentó documentos en Excel que contenían 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, evaluaciones en las que se mostró 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 de dicho Plan, la Oficina de Control Interno entregará en empalme del cargo a la nueva Asesora, evaluación final con corte a 30 de diciembre, y a la fecha se espera entrega de evidencias por parte de líderes de proceso responsables de la ejecución de cada una de las acciones pactadas, igualmente comunica, que del avance o proyección de la evaluación se visualiza incumplimientos que por los términos para culminar la vigencia no es posible su avance, por lo que procede a presentar cuadro resumen de acciones pendientes, 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.

Las acciones sin cumplimiento corresponden a la enajenación de vehículos en desuso, al proceso de cobro jurídico de la cartera mayor a 360 más un día.

A su vez, recomienda prestar atención al nuevo Plan de Mejoramiento proyectado sobre Auditoria Especial de Fiscalización a la Operación del Avión Ambulancia vigencias 2022 a enero de 2025 adelantada por la Contraloría Departamental de Arauca, sobre el que se remitió Plan de mejoramiento al ente de control en diciembre 1° de 2025 y del cual a la fecha, no se ha recibido respuesta de la Contraloría sobre su conformidad o rechazo, término que según Resoluciones Organizacionales del ente de control vence el 31 de diciembre en curso, por lo que si a esa fecha, no se recibe comunicado alguno, a partir del primer día hábil de la vigencia 2026, operaría silencio administrativo positivo, por lo que se recomienda a la nueva Asesora liberar dicho plan para que los líderes responsables de cada una de las acciones, programen su ejecución.

5. PRESENTACIÓN INFORME DEL ESTADO DE LAS PQRSD PRIMER SEMESTRE DE 2025.

Acto seguido, se aborda el numeral quinto de la agenda, con la presentación del Informe del Estado de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencia y Denuncias del primer semestre de la vigencia 2025, dentro de la presentación, el Asesor informa sobre el contenido del mismo, haciendo énfasis en la información insumo que se genera por el proceso de gestión de información al usuario y el tratamiento específico dado a las quejas, peticiones, sugerencia y felicitaciones extraídas de los buzones establecidos en las diferentes áreas de atención al usuario, que además de esta información se tiene en cuenta las

peticiones y tutelas tramitadas por Gestión Jurídica y Contractual y la relación de requerimientos recibidos y enviados a través del módulo de correspondencia de dinámica gerencial, lo que refleja en los siguientes cuadros:

CONCEPTO / PERIODO	JURIDICA	BUZONES PQRS	REQ. RESPUESTA	POSITIVOS	JURIDICA	TUTELAS	DERECHOS DE PETICION	TOTALES
I TRIMESTRE	145	71	60	11	145	85	60	216
II TRIMESTRE	157	96	56	40	157	91	66	253
TOTALES	302	167	116	51	302	176	126	469

En el cuadro anterior se registra información sobre requerimientos tramitados por Gestión de Información al Usuario y Gestión Jurídica y Contractual, expresando el Asesor que el total de requerimientos en el primer semestre de la vigencia alcanzó cuatrocientos sesenta y nueve, de los cuales ciento sesenta y siete fueron tramitados por gestión de información al usuario y trescientos dos por gestión jurídica y contractual, información sobre la cual desglosa y explica a los miembros del Comité el comportamiento en los dos primeros trimestres de la vigencia 2025, determinando que el ejercicio adelantado por estos dos procesos se realiza en los términos previstos por la normatividad y se han venido atendiendo oportunamente.

Igualmente, presenta informe sobre el registro de información extractada del módulo de correspondencia del sistema dinámica gerencial, del cual presenta el siguiente resumen:

**REGISTROS DE INGRESOS Y SALIDAS MÓDULO DE
CORRESPONDENCIA - SISTEMA DINAMICA GERENCIAL**

FUENTE	INGRESOS	SALIDAS	REPETIDOS
USUARIOS EXTERNOS	605		16
USUARIOS INTERNOS	820		168
TOTALES	1425	5	184

El total de registros del primer semestre de 2025 alcanzó UN MIL CUATROCIENTOS VEINTICINCO (1.425), de ingreso de correspondencia; el 42% impetrado por los usuarios externos que equivalen a SEISCIENTOS CINCO (605), requerimientos, de los cuales DIECISEIS (16) observan repeticiones y el 58%, que equivalen a OCHOCIENTOS VEINTE (820) son registros impetrados por usuarios internos, de los cuales se observa CIENTO SESENTA Y OCHO (168) con repeticiones, por lo cual el Asesor de Control Interno desde vigencias anteriores ha recomendado al nivel directivo o la línea estratégica generar directrices en concertación de la política de gobierno digital – cero papel, a través de la implementación de mecanismos digitales o intranet que permita agilizar estos requerimientos y se propenda por el ahorro de insumos de papelería y tinta en la impresión de dichos documentos.

Igualmente, control interno amplía revisión y análisis de información, generando además del listado de correspondencia recibida, relación de la correspondencia despachada y registrada en el módulo del sistema dinámica gerencial, de lo cual solo existe registro de salida de CINCO (5) despachos, a través del módulo de correspondencia de salidas o despacho de la gestión y respuesta de los mismos, generándose falta de control administrativo, que puede configurar la materialización de riesgos de incrementos de demandas de tutela y/o la generación de sanciones por incumplimiento en las respuestas, por lo que se requiere toma de decisiones al respecto por parte del nivel directivo para los mejoramientos necesarios para el absoluto control de registros.

6. INFORME SOBRE EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE MATRICES DE RIESGOS POR PROCESO Y LA MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

Conforme al seguimiento realizado a líderes de procesos responsables de las acciones de control de las matrices de riesgo efectuado por la Oficina de Planeación, ejercicio adelantado por planeación y control interno sobre matrices de riesgos por proceso y la matriz de riesgos institucional aprobadas mediante Acta de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno No. 02 de octubre 22 de 2025, 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 del resultado de los seguimientos al cumplimiento de las acciones de control de las matrices de riesgos por proceso y la matriz de riesgo institucional, conforme a continuación se relaciona:

RIESGOS POR PROCESOS

PROCESO	TIPO DE PROCESO	NUMERO DE RIESGOS	NRO. ACCIONES DE CONTROL	NRO. ACCIONES CUMPLIDAS
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION	ESTRATEGICO	4	4	4
GESTION DEL TALENTO HUMANO	ESTRATEGICO	11	11	8
GESTION DE LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES	ESTRATEGICO	6	4	3
MEJORAMIENTO CONTINUO	ESTRATEGICO	5	5	4
ATENCION AL USUARIO	MISIONAL	2	2	1
INTERNACION	MISIONAL	7	7	7
CIRUGIA	MISIONAL	5	5	5
CONSULTA EXTERNA	MISIONAL	3	3	3
GESTION CLINICA	MISIONAL	5	5	5
APOYO DIAGNOSTICO	MISIONAL	5	5	5
APOYO TERAPEÚTICO	MISIONAL	6	6	6
GESTION JURIDICA Y CONTRACTUAL	APOYO	5	5	3
GESTION CONTABLE Y FINANCIERA	APOYO	4	4	3
GESTION RECURSOS FISICOS Y AMBIENTAL	APOYO	4	4	4
GESTION BIOMEDICA	APOYO	3	3	3
GESTION DOCUMENTAL	APOYO	6	5	3
ALMACEN	APOYO	4	4	4
GESTION CONTROL INTERNO	EVALUACION	3	3	3

Igualmente informa sobre el seguimiento al cumplimiento de las acciones de control de los riesgos que afectaban directamente los objetivos institucionales, que 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	NRO. ACCIONES CUMPLIDAS
30	De cumplimiento legal y normativo	2	2	2
	De operación	13	13	11
	En salud	10	10	8
	De Seguridad de la Información	1	1	1

	De corrupción	2	2	2
	Fiscal	2	2	2
TOTALES		30	30	26

Sugiere el Asesor que las matrices de riesgos se debe convertir en ejercicio 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.

7. PRESENTACIÓN DE INFORME DE EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN Y DE AUDITORÍAS BASADAS EN RIESGOS DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.

Acto seguido, para agotar el numeral 7° 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 2025 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.

De este ejercicio presenta a los miembros del Comité el número de acciones programadas por la vigencia 2025 para cada uno de los roles, el número de actividades ejecutadas y porcentaje de cumplimiento como se resume en el siguiente cuadro:

ROL	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
-----	-------------------------	------------------------	----------------------------

LIDERAZGO ESTRATÉGICO	8	7	88
ENFOQUE A LA PREVENCIÓN	24	21	88
RELACION ENTES EXTERNOS DE CONTROL	8	7	88
EVALUACIÓN DE LA GESTION DEL RIESGO	17	17	100
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	78	76	97
TOTALES	135	128	95

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 de Actas anteriores 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.

8. PROPOSICIONES Y VARIOS.

No se registran proposiciones y varios.

COMPROMISOS			
N°	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:



SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.

REGISTRO ASISTENCIA

CODIGO: GT-TH-FR-04

VERSIÓN: 07

FECHA: 26/08/2025

29 Diciembre 2025	Reunión	X	Capacitación/ Socialización	Auditoría	Inducción/ Reinducción	Otro	07:00 AM	DIRECCIÓN
-------------------	---------	---	--------------------------------	-----------	---------------------------	------	----------	-----------

Comité Institucional de control Interno

Nestor Bastianelli Ramirez

Director

Nº	NOMBRE	IDENTIFICACION	ENCARGADO	INSTITUCION	TELÉFONO	FECHA
1	Gonzalo Alvarez Martoya	17.584.481	Asesor CI	Gob Arauca	3156086777	
2	Juan David Casas M.	1032456766	Asesor Jurídico	HSUA	3703385745	
3	Nestor Bastianelli	13480614	Director	HSUA	3174050650	
4	Ludy Suarez Arostegui	68294858	Calidad	HSUA	3103026594	
5	Ana Maria Ibarra M	1095840451	Planeación	HSUA	3174960023	
6	Diana Franco Zambareno	68244415	Subgerencia	HSUA	3508344947	
7	Ertha Patricia Camacho	1091657018	Subdirección	HSUA	3168077731	
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

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