

COMUNICACIÓN INTERNA

PARA :

- Subgerente
- Líder Talento Humano
- Coord. Medico
- Líder de Hospitalización y Urgencias
- Líder de P y P
- Líder de Laboratorio Clínico
- Asesor Jurídico
- Líder Seguridad y Salud en el Trabajo
- Líder Sistemas
- Líder de Contabilidad
- Líder de Calidad
- Líder de Cartera
- Líder de Almacén
- Líder de Estadística

ASUNTO : Reunión Comité Coordinador de Control Interno

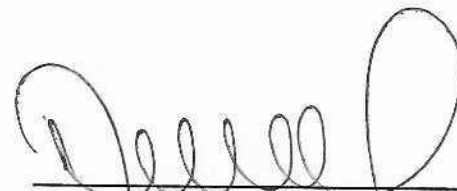
Se invita al personal en referencia para que asistan **el Próximo Lunes 29 de Diciembre/2025 a las 11:00 a.m.**, día en el cual se llevara a cabo la reunión del Comité en mención, en la Oficina de Gerencia.

Cordialmente,



FRANCISCO FONSECA AMARIS

Gerente
Presidente



ANGELICA MARIA VELASQUEZ

Asesor de Control Interno
Secretario técnico

ACTA No.

13

Fecha	29-DICIEMBRE-2025	Hora	11:00 A.M 12:30 P.M	IPS	HOSPITAL LOCAL JOSE RUFINO VIVAS E.S.E.
Lugar	OFICINA DE GERENCIA			Asunto	REUNION COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO

Asistentes al Comité

Nombre	Cargo	Firma
Dr. Francisco Fonseca	Gerente	
Ing. Javier Alexander Alomia	Coord. Calidad	
Ing. Angélica María Velásquez - (secretaria técnica – asiste con voz, pero sin voto)	Asesor de Control Interno	
Sra. Myriam Molina G.	Coord. Estadística	
Dr. Jelder A. Pulido	Líder de Laboratorio Clínico	
Jefe Jackson Solarte	Líder de P y P.	
Sr. Jun Carlos Cruz	Coord. Equipos Básicos	
Sr. Juan David Fernández	Líder del SG-SST	
Sr. Víctor Manuel García	Almacenista	
Dr. Oscar Rodríguez E.	Profesional Universitario - Talento Humano	
Dra. Yeraldin Garcia	Asesora Jurídica Externa	
Ing. Jhon Faber Melendez	Lider de Sistemas	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El Orden del Día propuesto a cumplir es el siguiente:

1. Llamado a lista y verificación de quórum.
2. Lectura y aprobación del acta anterior de No. 04.1 del 02 Abril/2025
3. Informe sobre los informes que se rindieron del 01 Enero al 20 Diciembre/2025 a los entes de control y diferentes EPS.
4. Levantar procedimientos que no están documentados en las diferentes áreas y actualizar los que existen, con el acompañamiento de calidad.
5. Informe sobre seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscrito con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca
6. Informe sobre Auditorías Internas realizadas por Control Interno en la Vigencia 2025
7. Comités de obligatorio cumplimiento no están siendo operativos.
8. Actualización de la Política de Riesgos Institucional.
9. Implementar política del Daño Antijuridico.
10. Definir doliente para la implementación de MIPG en un 100%.
11. Proposiciones y varios.

Una vez aprobado el orden del día propuesto se procede a desarrollarlo:

1. Llamado a lista y verificación de quórum de los integrantes del Comité

Dr. Francisco Fonseca Amaris
Ing. Angélica María Velásquez
Ing. Javier Alexander Alomia

Gerente
Asesor de Control Interno
Profesional de Calidad

No asistieron por estar por fuera de la entidad con permiso:

Dr. Fabio Andrés Mendoza
Dra. Liseth C. González

Subgerente
Coord. Medico

2. Lectura y aprobación del acta anterior No. 04.1 del 02 Abril de 2025

La Ing. Angelica procede a dar la bienvenida al grupo de compañeros que están presentes en la reunión, les informa que el motivo de la reunión es realizar la segunda y última reunión del Comité Coordinador de Control Interno, el cual está bajo la responsabilidad del Gerente de la entidad y como Control Interno actuó como secretaria técnica de dicho comité, también informa que este comité se realiza dos (2) veces al año, y si hay algo extraordinario también se puede reunir extraordinariamente.

La Asesora de Control Interno Procede a dar lectura del acta anterior la cual es aprobada por el comité, adicional a esto se hace mucho énfasis en lo importante que es este comité dentro de la entidad el cual está bajo la dirección del Representante Legal de la Entidad, y Control Interno es quien ejerce la función de secretario técnico con voz, pero sin voto, también se debe encargar de realizar las citaciones y hacer seguimiento a las tareas que se generen de cada reunión del comité. Vuelve y les recuerda que en este comité se deben tratar temas del funcionamiento de la Institución y que todo lo que implemente al interior de la entidad deberá ser socializado en este comité, es importante que a este comité se le dé la importancia que tiene.

El acta queda aprobada por todo el comité.

3. Reporte sobre la rendición de los diferentes informes que se realizaron en los meses del 01 Enero y 20 Diciembre/2025, a los diferentes entes de control y EPS.

Control interno informa que durante los meses de enero y febrero/2025 la entidad debe reportar varios informes a entes de control y EPS, hace la claridad que para esta vigencia solo se tuvo inconveniente con el envío del informe de las tutelas y informes de contratación que se rindieron de manera extemporánea, lo cual fue notificado a la Gerencia para que se realizara el respectivo proceso. También se informa que existe una carpeta donde reposan todos los soportes de la rendición, que se realizaron durante toda esta vigencia 2025, les recuerda a los líderes que tienen pendiente por rendir informes a la Supersalud de este último mes que se rinde en enero/2026, por favor cumplir con las fechas que ya están definidas por los entes de control, para que no perjudiquen la calificación del gerente, con los puntajes de la Supersalud, ya que un informe que se deje de rendir con ellos le colocan cero (0) de calificación.

También vuelve hacerse claridad sobre el tema que se deja la presentación de informes para el último día, y por esa situación estamos quedando mal en la Secretaría Departamental de Salud, no sé si es falta de compromiso, tiempo, pero se debe mejorar este tema de rendición.

4. Informe sobre seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscrito con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca

Se socializa con el grupo presente sobre los hallazgos que se tienen suscritos con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, también se les informa que a la fecha se tienen se tienen dieciséis (16) hallazgos suscritos con el ente de control, de los cuales diez (10) ya están cerrados al 100%, quedando pendientes de cierre total cuatro (4) de vigencias pasadas, y en el mes de Diciembre/2025 se suscribieron dos (2) nuevos hallazgos que dejaron en esta vigencias, continuación se detallan para más claridad:

HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA	AVANCE
Debilidades Costos Contractuales El Hospital maneja el sistema de costos por medio de un programa en Excel debido a que no se ha implementado ni adoptado por acto administrativo un manual de costos tarifario de acuerdo a los estándares legales y comerciales que rigen para la Empresa Social del Estado ESE., como lo indica el artículo 179 de la ley 100 de 1993 norma que le otorgó facultades para adoptar modalidades de contratos y para racionalizar la demanda por servicios en salud por el derecho privado. Lo anterior porque no se definen con precisión las condiciones de costo y calidad para la contratación de servicios de salud y no se cuenta con políticas de mercadeo ni criterios económicos de negociación de tarifas y precios pudiendo afectar la toma de decisiones financieras de la entidad.	Actualizar el módulo de costos el cual se encuentra en el sistema de información con que cuenta la institución y capacitar un funcionario para que le dé continuidad al proceso.	45%
Se observa que la entidad como socia de la Cooperativa de Hospitales del Valle ha entregado aportes por valor de \$83 millones de pesos los cuales están registrados en la cuenta contable Aportes Cooperativos supuestamente esta entidad entro en liquidación y a la fecha se desconoce cuál es la participación del Hospital dentro de dicha liquidación esta situación genera incertidumbre sobre lo que el hospital pueda rescatar con respecto al dinero aportado.	Realizar las gestiones pertinentes ante la Cooperativa COOHOSVAL con el fin de obtener la documentación requerida por el ente de control.	80%

A partir de vigencia 2017 con la aplicación(NIIF) y Res 414/2014 (NICSP) cada entidad establece propias políticas contables entre ellas prescribir tratamiento de cartera difícil cobro no obstante en el periodo evaluado cartera evidencia crecimiento; a 31 diciembre/2017 revela que un 85.85% corresponde cartera superior 90 días \$3.0204 millones la cartera superior 360 días \$2.590 millones representa el 73.63% así mismo evidencia facturación pendiente x radicar en las vigencias 2013-2017 para la vigencia 2013 revela \$127.6 millones 2014 \$156.3 millones 2015 \$85.9 2016 \$168.3 y 2017 \$130.9 millones; glosa objeciones inicial para el periodo evaluado \$387.4 millones y registró deterioro para el 2017 \$764.6 millones al considerar según el análisis del comportamiento de la cartera y su nivel de morosidad que suponen cierto nivel de riesgo de impago y por tanto se reconocen en contabilidad (Ver tabla 9). La administración o gestión de cartera un proceso sistemático de evaluación seguimiento control de las cuentas x cobrar a fin de lograr que los pagos realicen de manera oportuna y efectiva que incluye entre aspectos el registro y clasificación de las cuentas x antigüedad y categorías como son: cte. vencida y cuentas difícil cobro que regularmente se maneja plazos de 1-30 días 30-60 60-90 y más de 90 días; siendo difícil cobro las clasificadas de acuerdo a marcos normativos competentes para el sector que se atemperan a sus respectivas políticas contables adoptadas. La situación presentada ocasionada deficiencias estructurales evidentes el sistema de salud que hacen inoperantes controles establecidos en gestión de cobro y mecanismos correctivos los diferentes actores(Hospital superintendencia Ministerio DLS) conllevando a clasificarla cartera vencida y difícil cobro debiéndose deteriorarla de acuerdo con las NIF; recursos que no podrán utilizar en prestación servicio y afectan la sostenibilidad financiera y finanzas del hospital generando a futuro pérdida de los mismos afectando prestación servicio con oportunidad calidad.	Revisar y actualizar las políticas de contables. Seguir dando cumplimiento con la circular 030 de la superintendencia nacional de salud. Aplicar estrategias de comunicación con las diferentes EAPB y fortalecer el procedimiento interno en la acción conjunta entre el departamento de contabilidad y cartera.	65%
Evaluados los activos corrientes, no corrientes, pasivos corrientes, no corrientes, patrimonio y el estado de resultado de sus operaciones, ingresos y gastos, se determinó: En los activos no corrientes -	**Actualizar el módulo de Inventarios en el Software de R-FAST8	30%

grupo de propiedad planta y equipo por \$3.156.775.584.76, se comprobó que no cuentan con inventario físico actualizado de los bienes que lo conforman.		
Diferencia en los saldos de presupuestos frente a los saldos de tesorería - A los ingresos ejecutados por la entidad, por concepto de recaudos en efectivo más recursos del balance, se le restaron los pagos efectuados en la vigencia, generando un saldo de \$4,803,355, que al compararse con los recursos que se presentan en el estado del tesoro por \$905.068.716, menos los descuentos de terceros \$75,405,470, se estableció una diferencia de \$824,859,891, indicando que la entidad no ejecuta todos sus recursos a través de sus presupuestos.	Realización de seguimiento y monitoreo a los procesos de conciliación entre las diferentes áreas financieras (Contabilidad, Presupuesto y Tesorería).	0% Por se suscribió el 01 de Diciembre/2025
Resultado fiscal negativo que no se refleja como déficit fiscal - El hospital José Rufino Vivas de Dagua al cierre de la vigencia presenta un resultado fiscal negativo por \$-90.916.795, valor que no se refleja como déficit fiscal al final de la vigencia, indicando que la entidad pago obligaciones con recursos que no hicieron tránsito presupuestal.	Aplicación de los procedimientos establecidos a nivel general por los entes de control de los procesos de conciliación entre las diferentes áreas financieras (Contabilidad, Presupuesto y Tesorería).	0% Por se suscribió el 01 de Diciembre/2025

Control Interno refiere que los hallazgos que se suscriben con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, tienen un plazo para cumplimiento de seis (6) meses, de no cumplirse en este tiempo el Gerente debe enviar un oficio a la Contraloría pidiendo más tiempo, estos hallazgos llevan varias vigencias y a la fecha no hemos logrado cumplir el cierre de estos cuatro (4) hallazgos, es preocupante dicha situación, ya que en algún momento la contraloría puede requerir a la gerencia por el no cierre de dichos hallazgos.

En el mes de Diciembre/2024 suscribimos otro plan de mejoramiento con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, producto de la auditoria Financiera y de Gestión de la Vigencia 2024, de la cual nos dejaron dos (2) hallazgo.

En conclusión, podemos decir que en este momento la entidad tiene pendientes de cierre con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, seis (6) hallazgos. Tres (5) de estos depende de las gestiones internas que realice cada área para poder subsanar dichos hallazgos y el otro dependemos de la respuesta que nos de COHOSVAL, eso ya es un tema que debe tratarse jurídicamente, para ver

cómo hacemos para que ellos nos certifiquen que el dinero aportado no lo regresan, el área jurídica deberá apoyar en proyectar oficio a dicha entidad.

Si desde control interno le solicito que realice una reunión con las aéreas involucradas como lo son, presupuesto, contabilidad, almacén, para que revisen los temas de cada uno de los hallazgos que no se ha podido dar cierre, para que se realice una jornada de trabajo, y se subsanen dichos hallazgos.

5. Informe sobre Auditorías Internas realizadas por Control Interno en la Vigencia 2025

La Ing. Angélica refiere que ella como Control Interno le corresponde informar al Comité Coordinador de Control Interno sobre las auditorías internas que se llevaron a cabo durante la vigencia 2025.

En el mes de Abril/2025 este comité aprobó el plan de auditorías para la vigencia 2025 que incluían siete (7) áreas, de las cuales se realizaron todas, la única que se realizó no completamente fue la del área de contabilidad, esto debido a que el responsable del área renunció, y no quedó en ese momento responsable del área, solo se pudo revisar algunos documentos que suministró la auxiliar administrativa del área, con dicha información se levantó un informe el cual fue entregado a la Gerencia para que estuviera informado de lo sucedido y las inconsistencias que se lograron detectar. Se cumplió en un 100% con el Plan de Anual de auditorías aprobado.

Para ello procede a proyectar informe sobre los hallazgos que se dejaron en cada una de las auditorías internas que se realizaron en esta vigencia y su resultado a la fecha:

AREAS AUDITADAS	SE SUCRIBIO PLAN DE MEJORAMIENTO	No. DE HALLAZGOS DETECTADOS	No. DE HALLAZGOS CERRADOS	No. DE HALLAZGOS PENDIENTES DE CIERRE	AVANCES
Almacén	NO	04	01	03	50%
Recursos Humanos	NO	03	-	03	-
Jurídico	NO	08	03	05	
Seguridad y Salud en el Trabajo	SI	02	01	01	
Calidad - SIAU	NO UBIERON HALLAZGOS	0	0	0	0
Presupuesto	NO	02	0	2	
Contabilidad	SE ENTREGO INFORME AL GERENTE PORQUE AL MOMENTO NO HABIA UN RESPONSABLE DEL AREA				
TOTAL		17	05	12	

Los líderes de las áreas a las cuales se les realizó auditoría interna, son conocedores de los planes de mejoramiento y/o opciones de mejora que se les informo en el informe definitivo. Solo un área suscribió plan de mejoramiento que fue el área de SST.

Lo más triste es que los hallazgos y opciones de mejora que dejo en cada proceso, no se debe hacer inversión financiera, son todos trámites administrativos, más fácil de subsanar, solo es cuestión de voluntad y compromiso de cada líder.

Es desgastante compañeros que en cada reunión que se realiza de este comité, se presenten las mismas situaciones en los diferentes procesos, los invito a que revisen sus procesos para que mejoremos en los que estamos fallando y al Gerente le pido más apoyo cuando se pasan los informes de las auditorías.

Todo el proceso de auditorías internas, se realiza con el fin de que exista una mejora continua dentro de la entidad, pero en estos momentos solo se está realizando por cumplir a los entes de control cuando solicita soportes de dicho proceso, porque internamente sabemos que no estamos haciendo bien la tarea para mejorar dentro de cada proceso.

6. Levantar procedimientos que no están documentados en las diferentes áreas y actualizar los que existen, con el acompañamiento de calidad.

Control interno refiere que se ha dialogado con el líder de calidad para que se revisen cuales procesos no tienen documentados los procedimientos, sobre todo los del área administrativa, hago énfasis en estas áreas porque los procedimientos asistenciales la gran mayoría están documentados, con esto no quiero decir que el área de calidad debe realizarlos, los debe realizar cada líder de proceso, calidad apoyaría es en la estructura del procedimiento, guía, protocolo, etc., que tengan dudas en cómo está estructurado, la responsabilizada de calidad es codificar pero del contenido del documento es el líder del proceso, hay muchas áreas que no tienen documentados sus procedimientos, en la áreas se realizan muchas actividades pero no se documentan, existen formatos que son super viejos y sin código, en la entidad se trabaja bajo las normas de calidad, pero nos falta mucha documentación.

El líder de calidad refiere que aprovecha el espacio para informar sobre la auditoria que nos realizó mallamas hace poco, donde nos auditaron bajo la resolución 3100 y el 80% son hallazgos documentales, fueron 88 hallazgos, se están consolidando porque hay que presentar planes de acción. La invitación es a lo que dice control interno levantar la documentación que no se tiene.

7. Comités de obligatorio cumplimiento no están siendo operativos.

Control interno le refiere al gerente que es necesario que los comités de obligatorio cumplimiento sean reactivados, ya que no se está siendo proactivo los comités, los únicos comités que se están llevando juiciosamente es el de calidad y este que estamos haciendo hoy porque se hace dos veces al año, resto no se ve operatividad en los comités, el Dr. Julio Revelo refiere que ellos el de conciliaciones lo hacen cuatro (4) veces al año, a lo cual control interno les refiere que ese comité deben revisar la resolución de conformación ya que hasta donde se tiene entendido ese comité se debe reunir dos (2) veces al mes así no se realicen conciliaciones el comité se reúne y levanta el acta, esta instrucción la dio la vez que la

procuraduría realizó auditoria virtual al área jurídica, a lo cual la Dra. Yeraldin dice que va a revisar la resolución a ver que dice.

Es triste que aquí no hay sentido de pertenencia, en el área asistencia todos los comités que existe ninguno está siendo proactivo, y siendo que esa es la razón de ser de la entidad.

El Dr. Revelo pide el contacto de la nueva jurídica, ya que él ha visto que este para esta vigencia 2025 se han presentado nuevas demandas y han sido por la forma de contratación.

El Jefe Jackson refiere que en agosto/2025 la SDS informo sobre el proceso de recertificación de IAMI la cual fue notificada al Gerente, la información y documentación y mucha información que había que enviar por tal razón no se pudo hacer esta recertificación, y dentro de eso se realizó un plan de mejoramiento y se plasmó la documentación que debe de existir para poder llevar a cabo ese proceso y también dentro del proceso se debe conformar el comité de IAMI institucional, este es el primer paso y una acto administrativo del comité, y dentro lo que usted está manifestando que hay varios comités que deben ser mensuales, a manera de propuesta pienso que podemos realizar un comité técnico y desde ahí se elabore cada acta de comité el responsable, a lo cual control interno que esa propuesta la realizo el gerente en algún momento, y a la fecha no se pudo llevar a cabo.

El líder de seguridad y salud en el trabajo refiere que los de salud ocupacional COPASS y Convivencia, si están al día.

El líder de Calidad le pregunta al Gerente que como se hace para que a esto se le dé cumplimiento, y que desde gerencia salga un comunicado para los líderes de procesos se responsabilicen de los comités que les corresponden, a lo cual el Gerente refiere que hay que hablar en Enero/2026 con cada uno de ellos para que les den cumplimiento a los comités.

8. Actualización de la Política de Riesgos Institucional.

Control interno refiere que la Política de Riesgos que existe en la entidad esta obsoleta, fue creada hace muchísimo tiempo, que es necesario que en la entidad se diseñe una nueva política acorde con los procesos que actualmente existen en la entidad, la cual en este momento debería salir desde el área de calidad, ya que esa debe ir acorde con el mapa de riesgos que se tiene actualmente, traigo ese tema a este comité ya que muchos de los informes que se rinden en diferentes plataformas siempre se contesta que la política esta desactualizada, pero no podemos pasarnos la vida diciendo lo mismo, entonces desde control interno solicito al Gerente que defina en este comité quien o quienes van hacer los responsable de la construcción de la política de riesgos, a lo cual el Gerente manifiesta es estará bajo la responsabilidad de calidad y planeación, ya ellos se vez miraran que otras áreas los pueden apoyar.

También es obligatorio que se tenga en la entidad el mapa de corrupción, se había hablo con el líder de calidad sobre el tema y que, si no se iba a realizar el mapa de corrupción, al menos dentro del mapa de riesgos institucional que tiene la entidad se les adicionaran a los procesos los posibles riesgos de corrupción que pueden existir y realizar su respectiva valoración.

A lo cual el líder de calidad manifiesta que ese tema ya se trabajó con cada líder de proceso que son quienes debe actualizar sus riesgos y definir si tiene riesgos de corrupción.

Control interno le refiere al líder de calidad que desde hace más o menos de 6 años existe un mapa de riesgos dentro de la entidad, y este año lo revise, y yo no puedo creer que en todos estos años que han pasado en la entidad sigan los mismos riesgos, ósea creería yo que los líderes de procesos no se toman el suficiente tiempo para revisar si efectivamente esos riesgos que hay plasmados realmente los tengo dentro mi proceso o si ya no existen y por el contrario hay nuevos riesgos, yo se que no es culpa del líder de calidad, pero si hay que concientizar a los líderes de la importancia de revisar detenidamente dicha información que se tiene plasmando en dicho mapa de riesgos.

9. Implementar política del Daño Antijurídico.

También se debe crear la política del daño antijurídico, cuando estuvo el Dr. Yeison dentro de la auditoria le deje dicha observación, pero hizo caso omiso a dicha solicitud, en días pasados también le informe a la nueva Jurídica de contratación Dra. Laura Romero, ella me refirió que existían dos (2) jurídicos en la entidad, yo creo que el hospital es uno solo y dentro del hospital hay solo un área jurídica, que internamente el gerente contrato un abogado para contratación y otro para la defensa judicial, es otra cosa, pero creería yo en el poco conocimiento que tengo de los jurídico se deben reunir los dos (2) profesionales y definir dicha política, la Dra. Yerandi abogada de la defensa judicial refiere que dentro de la revisión del 2193 que le realizan en la secretaria departamental de salud, le han dejado esa observación, dicho documento es importante que se construya para la entidad, y mas a sabiendas que existen tantas demandas por mala praxis médica, les voy a compartir el contacto de la Jurídica de contratación para que se coloquen de acuerdo y implementen dicha política.

10. Definir doliente para la implementación de MIPG en un 100%.

Control Interno le solicita al Gerente que defina quien va hacer el doliente de MIPG, ya que nosotros estamos crudos en dicha implementación, el líder de talento humano y control interno rendimos anualmente un informe, pero la verdad nosotros hay colocamos muchas cosas que realmente aquí no tenemos implementado, y la verdad lo estamos realizando solo por cumplir con dicho informe, si en este momento nos realizaran una auditoría externa, quedaríamos como mentirosos porque nos falta documentar muchísimas cosas, que internamente se realizan pero no tenemos los soportes. Con la implementación de MIPG se crearía el comité de desempeño que es el que absorbe todos los comités institucionales que se manejan dentro de las entidades. Es bueno que desde la gerencia se defina quien va hacer el doliente de este modelo, porque ese doliente es quien va a definir quienes son las personas de la primera y segunda línea de defensa. Este tema es importante que lo tenga en cuenta para la vigencia 2026 en la primera reunión que realice con todos los líderes.

11. Propositiones y varios

Control Interno le refiere al Gerente que se están presentando unas inconsistencias en el área de urgencias que tiene que ver con los médicos y auxiliares de enfermería, resulta que cuando hay remisiones acá en Dagua hay dos (2) ambulancias la principal y una auxiliar, los motoristas están a cargo de subgerente administrativo, en el día hay dos (2) motoristas fijos y en la noche uno (1) fijo y el otro

queda al llamado que es el que maneja la OBK 308, los motoristas con autorización del subgerente llegaron a un acuerdo y es que en el día ellos trabajan uno a uno, cuando salgan remisiones, con los motoristas no hay problema ellos vienen trabajando bien, el problema se está presentando es con las auxiliares de enfermería que asignan para chicos vehículos, y sobre todo para la ambulancia auxiliar, porque cuando sale una remisión la esa ambulancia siempre la auxiliar esta en TRIAGE y se disgustan y hay demoras en las salidas porque no hay quien les reciba el puesto que están realizando, también se presenta el inconveniente con las famosas remisiones vitales, las ambulancias las parquean y en ocasiones deben esperar hasta 1 hora para que salga la remisión, con el pretenso que faltan documentos, que el medico ya sale, que la auxiliar no tiene quien la reemplace, etc., etc.

Otro puntico que le quiero socializar, es que ya se tiene activa la nueva página web, no sé si algunos ya han ingresado, la imagen cambio en un 100%, mejoro mucho, pero de nada sirve tener un diseño lindo y hermoso si no la alimentamos, el líder de calidad refiere que el Sr. Fernando Mei nunca responde, a lo cual control interno le manifiesta que el ya esta explicando algunas cosas a Faber, porque hay una información que debemos subirla o subirla a la página urgente, Faber poco a poco ha ido subiendo lo que el ha podido, pero los invito a todos los lideres para que tengan listo la información que debe publicar de las vigencia 2024 y 2025 todo en PDF, y luego se sienten con Faber y le digan donde quieren que les suba la información.

Se está pendiente de la implementación del programa de transparencia y ética pública, para dicho programa en la vigencia 2025 debía haber una transición y dentro de la circular refiere que hay que delegar una persona que se la responsable de la implementación del programa.

La señora Miriam Molina refiere que el responsable del comité de estadísticas dice es el área de estadística, pero que ella lo único que saca son los datos del sistema y se los entrega al epidemiólogo, que es quien participa de dichos comités, que ella recomienda que debe ser el responsable de dicho comité.

El Gerente refiere que como se esta realizando el nuevo diseño de la página web, las personas que la realizaron tienen una inquietud y es con respecto al manejo de la página, nosotros estamos rediseñándola, pero la sigue manejando el antiguo proveedor y que hay que hablar con ellos, a lo cual el Ing. Jhon Faber dice que el señor se llama Daniel Barrios es el dueño del servidor donde se aloja el dominio de la página web de la entidad, y el siempre nos ha prestado ayuda cuando la hemos necesitado, el gerente refiere que va a programar una reunión con las personas que realizaron el nuevo diseño, para que se coloquen en contexto que es lo que ellos necesitan que les definan y quede claro las dudas.

La señora Miriam Molina tiene una inquietud en referente a los equipos básicos y aprovechando que esta el coordinador de los equipos, hay muchas OPS que no tiene el diagnostica y yo no las puedo tener en cuenta en los informes que envió semanalmente, y por lo tanto la producción nos baja por no tener el diagnostico que realizan los funcionarios de equipos básicos, no se como se hace para subsanar dicho inconveniente, quien acá autorizan para que verifique y corrija dichas OPS, el Coordinador de equipos básicos refiere que el no esta de acuerdo que otra persona diferente al que hizo la OPS corrija que eso es responsabilidad de cada profesional, el ya hablo con el Gerente y quedaron que cada medico debe

venir y corregir dichos errores, por esa situación los profesionales que tengan pendientes por completar información hasta que lo realicen , no se es van a cancelar sus salarios.

El coordinador de equipos básicos le solicita al gerente que de acuerdo a los comités los convoque a los de EBS una vez mes, ya que cuando yo estoy generado los informes de EBS, la producción, evidencie que las bases de datos las están moviendo, no se quien, hay datos de urgencias y de otras áreas, que no nos corresponde.

TAREAS:

- Desde Gerencia sacar comunicado sobre la obligatoriedad de la operatividad de los comités institucionales.
- Diseñar política de riesgos – líder de calidad y planeación.
- Incluir riesgo de corrupción en el mapa de riesgos institucional y/o crear mapa de corrupción - líder de calidad y lideres de procesos.
- Diseñar política de daño antijuridico – Abogado de contratación y abogado de defensa judicial.
- Definir que será el doliente de la Implementación de MIPG en un 100%
- Implementación de tablas de retención documental.
- Actualizar la información de la página web.
- Crear Comité de contratación.
- La implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública.

Fecha Próxima Reunión

N/A

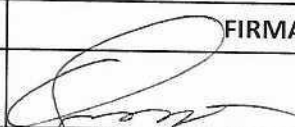
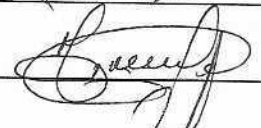
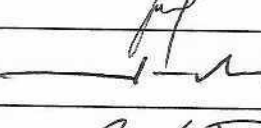
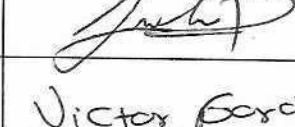
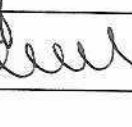
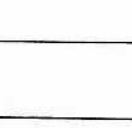
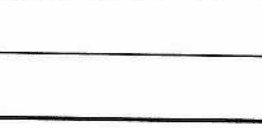
Elaborada por

Ing. Angélica María Velásquez

LISTADO DE ASISTENCIA

CODIGO: F-TH-01

FECHA: 29 DICIEMBRE DE 2025
LUGAR: OFICINA DE GERENCIA
DIRIGIDO POR: GERENTE Y ASESOR DE CONTROL INTERNO
OBJETIVO: SOCIALIZACION DE INFORME DE CONTROL INTERNO Y INFORMAR SITUACIONES QUE SE PRESENTAN EN LAS DIFERENTES AREAS

No	NOMBRE	DEPENDENCIA	FIRMA
1	Oscar Rodriguez Estrada	Talento Humano	
2	Myriam Molina Gubenz	Estadística	
3	Javier Alexander Almaraz	Calidad	
4	Juan Carlos Cruz	EBS	
5	Jeser A. Polido Moreno	Lab. clinico	
6	Victor Manuel Garcia P.	Almacén	Victor Garcia
7	Yesselin G.	Abogado externo	
8	Juan David Fernandez	T-H -SST	
9	Jackson Solarte T.	Coord. Pymes	
10	Franco J. J. J.	Gerencia	
11	John Fober Melendez	Sistema	
12	Angelica Ma Velazquez	C.I	
13			
14			

COMENTARIOS: