

ACTA No.

04.1

Fecha	02-ABRIL-2025	Hora	7:30 A.M 9:30 A.M	IPS	HOSPITAL LOCAL JOSE RUFINO VIVAS E.S.E.
Lugar	OFICINA DE GERENCIA		Asunto	REUNION COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO	

Miembros del Comité Que Asistieron

Nombre	Cargo	Firma
Dr. Francisco Fonseca	Gerente	
Dr. Fabio Andrés Mendoza	Subgerente	
Jefe Diego Rivera Ruiz	Coord. Medico	
Ing. Javier Alexander Alomia	Coord. Calidad	
Ing. Angélica María Velásquez - (secretaria técnica – asiste con voz, pero sin voto)	Asesor de Control Interno	

Invitados:

Nombre	Cargo	Firma
Sra. Myriam Molina G.	Coord. Estadística	
Jefe Yolanda Chávez Paz	Líder Hospitalización y Urgencias	
Jefe Fernando Villareal	Coord. P y P.	
Dra. Faysury Valois Bonilla	Profesional Universitario – Contadora	
Sr. Juan David Fernández	Coord. del SG-SST	
Sr. Víctor Manuel García	Almacenista	
Dr. Oscar Rodríguez E.	Profesional Universitario - Talento Humano	
Sra. Encarnacion Cifuentes	Coord. Cartera	

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. 12 del 19 Diciembre/2024.
3. Reporte sobre la rendición de los diferentes informes que se realizaron en los meses de Enero y Febrero/2025, a los diferentes entes de control.
4. Informe sobre seguimientos a los planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría Departamental del Valle de Cauca.
5. informe sobre las auditorías internas que se realizaron durante la vigencia 2024 a diferentes procesos, según plan de auditorías internas aprobadas por el C.C.C.I.
6. Presentación del Plan Anual de Auditorias de Control Interno para la Vigencia 2025.
7. Propositiones y varios.

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

1. Llamado a lista y verificación de quórum

Dr. Francisco Fonseca Amaris
Ing. Angélica María Velásquez
Dr. Fabio Andrés Mendoza
Ing. Javier Alexander Alomia
Jefe Diego Rivera Ruiz

Gerente
Asesor de Control Interno
Subgerente
Profesional de Calidad
Coord. Medico

2. Lectura y aprobación del acta anterior No. 12 del 19 Diciembre de 2024

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 primera 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.

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 de Enero y Febrero/2025, a los diferentes entes de control.

Control interno informa que durante los meses de enero y febrero/2025 la entidad debe reportar varios informes a entes de control, hace la claridad que para esta vigencia el cierre fiscal lo adelantaron la fecha de entrega para el 30 enero/2025, las anteriores vigencias siempre se rendia los 28 de febrero, o adelantaron 1 mes. Para este informe se envió carta a la contraloría para que les dieran unos días más porque no alcanzaron a terminar en la fecha que era, y les dieron plazo hasta el día 3 febrero/2025, logrando en esta fecha la rendición. En el mes de febrero/2025 se rindió el informe de control interno contable, informe de convergencia, informe 2193, circular 014, PAMEC, cuenta por pagar proveedores, relación de contratos, etc.

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 Secretaria Departamental de Salud, no se si es falta de compromiso, tiempo, pero se debe mejorar este tema de rendición.

La Dra. Faysuri refiere que para este cierre fiscal se sintió muy sola con la rendición, ya que ella es la última que revisa y le toco trasnochar mucho, y esto hace que se cometan errores, y si no se termina le hecha la culpa es a contabilidad y la verdad no es solo contabilidad la responsable del cierre fiscal.

Se cumplió al 100% con toda la entrega de informas, así fuese a regañadientes, pero el hecho era cumplir y que la entidad no quedara mal, ante las entidades receptoras.

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 catorce (14) hallazgos suscritos con el ente de control, de los cuales diez (10) ya están cerrados al 100%, quedando pendientes de cierre total cuatro (4), que a 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	Revisar y actualizar las políticas de contables. Seguir dando	

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.	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 - grupo de propiedad planta y equipo por \$3.156.775.584.76, se comprobó que no cuentan con	**Actualizar el módulo de Inventarios en el Software de R-FAST8	30%	

inventario físico actualizado de los bienes que lo conforman.		
---	--	--

Control Interno refiere que los hallazgos que se susciben 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.

En el mes de Diciembre/2024 suscribimos otro plan de mejoramiento con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, producto de la auditoria a la Revisión de la Cuenta de la Vigencia 2023, de la cual nos dejaron dos (2) hallazgo.

En conclusión, podemos decir que en este momento la entidad tiene vigentes pendientes de cierre con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, cuatro (4) hallazgos. Tres (3) 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. La Dra. Faysury refiere que el área jurídica debía apoyar en proyectar oficio a dicha entidad.

Para el mes de Julio/2025 se debe reportar a la Contraloría Departamental el avance que se tienen de los planes de mejoramiento que se tiene suscritos, este informe se realiza anual. En este momento nos faltan dos mes y medio para poder verificar en cuanto se ha avanzado en dichos hallazgos.

Control Interno informa que a partir del 21 al 25 de abril/2025, tendremos visita de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, quienes nos realizaran Auditoria de Gestión Financiera, ellos son los que revisan las plataformas de SIA OBSERVA y SIA CONTRALORIA, esperamos que cuando revisen los formularios del Cierre Fiscal de la Vigencia 2024, logren evidenciar que efectivamente mejoramos en los formularios rendidos.

La Dra. Faysury refiere que se tienen un contrato donde la empresa se encargó de llevarse todos esos activos que estaban deteriorados y dañados, a ellos se les debe solicitar un informe de todo lo que se llevaron, y ese puede ser un insumo para tenerlo en cuenta en el hallazgo de los activos.

5. Informe sobre Auditorías Internas realizadas por Control Interno en la Vigencia 2024

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 2024.

En el mes de Marzo/2024 este comité aprobó el plan de auditorías para la vigencia 2024 que incluían siete (7) áreas, de las cuales seis (6) se realizaron y me quedo faltando una (1) que fue la del Almacén y Mantenimiento ya que la persona responsable es un funcionario nuevo y en la entrega del puesto no le informaron todo lo referente al cargo.

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
Jurídico	NO	8	0	8	
Recursos Humanos	NO	2	0	2	
Presupuesto	NO	2	0	2	
Contabilidad	NO	5	0	5	
Seguridad y Salud en el Trabajo	NO	2	0	2	
Calidad - SIAU	SI	2	2	0	
TOTAL		21		19	

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 y cerro los hallazgos (Calidad), por tal razón no tengo suficientes insumos para realizarles seguimiento.

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. Presentación del Plan Anual de Auditorías de Control Interno para la Vigencia 2025.

Control Interno realiza la Presentación del Plan Anual de Auditorías de Control Interno de la Vigencia 2025, las cuales desde el mes de Marzo/2025 comienzo con la planeación de auditorías, seguimiento y cierre de hallazgos a los planes de mejoramiento de las auditorías internas, para el mes de Abril/2025 se realizará la auditoria al área de Almacén y Mantenimiento la cual se encuentra a cargo del Sr. Víctor García, en Mayo/2025 se realizara la auditoría a Recurso Humano, en Junio/2025 seria el área de Jurídico, ya para el mes de Julio/2025 realizare la recolección de evidencias de los hallazgos de la Contraloría, para poder rendir el informe de avances el 21 Julio/2025, ya para el mes de Agosto/2025 sigue el área de Contabilidad, en Septiembre/2025 el área de Seguridad y Salud en el Trabajo, en Octubre/2025 el área de Calidad – Siau, en Noviembre/2025 el área de Subgerencia y por ultimo para

el mes de Diciembre/2025 nuevamente realizaré seguimiento y cierre a los hallazgos de las auditorías internas y externas. Las áreas en las que me enfoco a realzar las auditorías internas son las administrativas porque es donde se presentan falencias y las auditorías de los entes de control solicitan más información y todos esos procesos tienen a que los riesgos que se presentan se materialicen, control interno lo que hace es una pre auditoría para que cuando lleguen los entes de control encuentren lo mínimo y no dejen tantos hallazgos, pero los líderes no han podido entender y por ende las observaciones que se les hacen no las subsanan, adicional en la entidad existe un área de gestión de calidad que es la que se encarga sobre todo de auditar la parte asistencial que son los procesos que están certificados por el ICONTEC.

Control Interno coloca en consideración el plan presentado y le pregunta al Gerente si aprueban el plan de auditorías, para así iniciar con el área de almacén, ya que el año pasado no se le realizó a esa área por que el funcionario estaba nuevo, a lo cual el gerente y el grupo de integrantes del comité aprueban dicho plan.

7. Propositiones y varios

La Dra. Faysury manifiesta que ella tiene unos procedimientos, pero a los cuales les hace falta completarlos con información que el área de calidad debe asesorarla que debe colocar (alcance, objetivos, etc.), pero a la fecha no ha sido posible que los coordinadores de calidad que ha habido en la entidad le colaboren con esa información, ha faltado más apoyo, y el no tener la información completa hace que cuando control interno realiza las auditorías me deje hallazgos.

Control interno refiere que debemos ser conscientes que para nadie es un secreto que calidad en la entidad solo se preocupa por la documentación de la parte asistencial, solo lo que este certificado por ICONTEC, y han dejado muy aparte las áreas administrativas que funcionan en el hospital. También se le recomendó al líder de calidad en el comité que no esperarán hasta agosto/2025 para hacer las auditorías de calidad que las realizan con tiempo para que no estuvieran corriendo con el cierre de los posibles hallazgos internos que detectaran.

La Dra. Faysury hace referencia que la contraloría también revisa los procedimientos de las áreas administrativas que auditan, por ejemplo, hace varios años nos dejaron un hallazgo por no tener el procedimiento del cierre fiscal documentado, a esta época ya se subsano ese hallazgo.

El área de estadística informó que en el área de ella se está presentando inconveniente en el tema del RUAF, ya que a esta área se le debe notificar que médicos ingresan y que médicos se retiran de la entidad, porque ella debe darle de baja en el sistema por parte del hospital, ya que, si no lo hace, ese profesional puede seguir trabajando con ese usuario enrutado con el hospital, entonces ella si solicita que por favor le informes para ella inhabilitarlos.

Tareas que se habían dejado y no se han realizado (subgerencia y talento humano), formato de paz y salvo para funcionarios que están contratados con la temporal y/o cooperativas. También se había dejado la tarea de la consecución de una vitrina para el almacenamiento de medicamentos de urgencias y hospitalización, dicha solicitud la había realizado la Jefe Yolanda, esta tarea estaba en cabeza del gerente y tampoco se ha cumplido a la fecha. El Líder de SST también había solicitado sillas para

funcionarios que no tienen una adecuada silla para laborar y tampoco le han cumplido con dicha tarea el gerente.

El Gerente pregunta que, si el tema del reporte de la BAI lo están reportando, a lo cual la Sra. Myriam refiere que hay dos reportes de BAI una donde se reportan todos los eventos de manera mensual y se está día, la otra BAI es de desnutrición que la reporta el Jefe de P y P, a lo cual el Jefe Fernando manifiesta que se está reportando lo que solicitan, por lo tanto, se mejoró este inconveniente.

Control Interno informa que ella en este momento esta realizando las auditorías internas por cumplir, porque ninguno de los lideres de procesos está suscribiendo los planes de mejoramiento, a lo cual el líder de Calidad refiere que lo mismo pasa con la auditorías internas que el realiza. Control Interno y Calidad preguntan que como vamos hacer para que en esta vigencia 2025 se trabaje mejor y no se sigan presentando las situaciones ya descritas, que entre todos los líderes aquí presenten propongan acciones, el subgerente responde que se debe tener sentido de pertenencia. El Gerente refiere que estos temas van en las personas, ya que los administrativos tienen muchas cosas que hacer y en ocasiones el tiempo no les alcanza, pero cuando una tiene una responsabilidad a cargo sabe que como sea la tiene que cumplir, en ocasiones uno observa que sale de la entidad y algunos empleados se quedan trabajando y uno regresa y ellos continúan ay, eso ya es cuestión de cada ser humano, a nadie se puede obligar a que se debe quedar hasta tarde para terminar sus tareas.

La Sra. Encarnación refiere que en el poco tiempo que lleva en el cargo ha podido evidenciar en el área que cuando ella solicita información, la respuesta que da el funcionario es hago esto o hago lo otro, pero uno ve que si hay tiempo para otras cosas que no tienen nada que ve con el trabajo, yo siento que mi grupo de trabajo es muy difícil, pero voy hacer todo lo que pueda y este a mi alcance para sacar adelante este proceso.

El Gerente refiere que nosotros como lideres debemos aprender a manejar todas las situaciones que se nos presenten siempre en todas las entidades donde he trabajado hay una persona que perturba a todo el mundo, pero uno tiene que aprender a convivir con esas personas, porqué es que nosotros somos lideres, y cuando usted es líder debe aprender a manejar todas esas situaciones de las personas que trabajan con usted, las personas no van hacer las cosas como uno quiere, entonces hay que ingeniárselas, porque siempre vamos a encontrar obstáculos.

Nuevamente Control Interno solicita a todas las áreas que reciben visitas de auditorías de las diferentes EPS y tengo conocimiento que con ellos suscriben planes de mejoramiento, yo los invito a que por favor me compartan dichos planes, con el fin de realizarles el seguimiento respectivo para su cumplimiento, ya que he podido evidenciar cuando llegan correos electrónicos que en ocasiones no estamos cumpliendo con los compromisos realizados, y como control interno me queda difícil verificar si lo que están solicitando se cumplió o no. Se ha podido evidenciar que muchas de las personas que reciben auditorías de las diferentes EPS no socializan los planes de mejora que les dejan, los invito a que no seamos egoístas con la información, ya que la información que auditan es de la entidad no es personal, por lo tanto, hay que socializarla para poder realizar seguimiento a las falencias detectadas. El líder de calidad refiere que respecto a este punto se tuvo una visita de la EPS SOS y solo les dejaron 1 hallazgo y quedaron de enviar el informe la próxima semana.

Control interno pregunta en que porcentaje de avance va la actualización del mapa de riesgos institucional 2025, incluido riesgos de fraude y corrupción, esta actividad la realiza el líder de calidad con cada uno de los líderes, a lo cual el líder de calidad refiere que va en un 10%, de todas las áreas tengo un avance y hay que reunirse con cada uno de los líderes para identificar cuales riesgo se tienen y diligenciar totalmente la matriz si es que han cambiado los que se tienen, control interno le refiere al líder de calidad que para la calificación y valoración de riesgos se puede ayudar con la guía que tiene definida el Departamento Administrativo de la Función Pública es un documento muy completo. SE espera que a julio/2025 se tenga un avance significativo.

También se pregunta a calidad en que porcentaje va la construcción del mapa anticorrupción, esta actividad no está implementada en la entidad, y hay que hacerla.

También hay que levantar los procedimientos que no estén documentados, esto con el acompañamiento del área de calidad, este punto hace referencia sobre todo a lo administrativo, porque los procedimientos asistenciales en su gran mayoría están documentados, habría que revisar si están actualizados, recuerden compañeros que ese es trabajo de todos no solo de calidad, yo le pedí a calidad que nos proyectara el listado de los procedimientos que se tienen y se han actualizado.

Hay muchas dudas sobre cómo se deben llevar a cabo los llamados de atención tanto a personal de planta como a los tercerizados, la jefe Yolanda refiere que a los empleados de planta les deben hacer el respectivo proceso dependiendo de la falta, todo esto se debe a que hay funcionarios que cambian los turnos sin la respectiva autorización del jefe inmediato.

Control informa nuevamente que es necesario y obligatoria que dentro de la entidad se cree el comité de contratación, esta información ya se había dado en la reunión pasada y a la fecha no se ha creado.

Faysury, pregunta que, si ese comité es el mismo de compras, a lo cual se le dice que no, son diferentes, el Gerente refiere que aquí en la entidad los comités no están funcionando, y pregunta que quienes son los responsables de los comités, de historias clínicas el coordinador médico, de seguridad del paciente la Jefe Yulieth, Miriam molina refiere que el comité de vigilancia epidemiológica el responsable es el epidemiólogo que ella siempre le suministra los informes que él solicita para los respectivas reuniones, pregunta que si continua el Dr. Pinto, a lo cual le dicen que no, que el nuevo epidemiólogo es el Dr. Cristian. El coordinador médico refiere que el comienza en abril con auditorías a las historias clínicas, que le ha costado mucha dificultad asumir el cargo porque el no tuvo una entrega del cargo y definir funciones porque a mi oficina llegan todas las situaciones del área asistencial a que se le dé solución, yo ya encontré toda la información digital del comité de ética médica, el tema de las visitas domiciliarias ese servicio no se tiene habilitado en la entidad, que aquí se haga como un valor agregado es otro cuento, si le llega a pasar un accidente al médico que realiza dicha visita el hospital se vería en problemas, a lo cual control interno le refiere al coordinador médico que ella hablo con el gerente sobre ese tema y el manifestó que las visitas domiciliarias se continuarían haciendo, ya que hay pacientes que se encuentran postrados en una cama.

La jefe Yolanda hace referencia que no se tiene claridad sobre las funciones que va a desempeñar el coordinador médico, ya que a esa área llega muchos usuarios solicitando el médico, y para esta ocasión hay un jefe, entonces desde ahí comienza a colapsarse dicha área, tienen que definir bien los perfiles

para dichos cargo, con respecto a las vistas domiciliarias, en los momentos hay un equipo extramural, entonces deben coordinar bien estas actividades con dicho equipo, a lo cual el coordinador médico refiere que con esos equipos hay una particularidad, que siempre que se les pide el favor de realizar esas visitas manifiestan que están en otras rutas.

El Gerente refiere que algo fundamental para la entidad es colocar a funcionar los comités, al menos los básicos como son comité de historias clínicas, el comité de compras, el de enfermedades infecciosas el COVE, comité de seguridad del paciente, calidad, siquiera al menos siete (7) comités que pongamos a funcionar, y realizar las respectivas reuniones, no es necesario hacer reuniones de más de una hora.

Miriam refiere que en estadística solicitan muchas historias clínicas y más aún ahora con los equipos básicos, y resulta que cuando se va a buscar esa información no está en el sistema y uno no sabe a dónde enviar a los usuarios a reclamar dicha papelería. También Miriam socializa el inconveniente que se presentó con una usuaria que falleció y desde el hospital les manifestaron a los familiares que debían traerla al hospital, y ellos tuvieron que llamar a los bomberos, y se formó toda una odisea, porque el fallecido vivía en un tercer piso, la funeraria no lo llevaba sin el certificado médico, en fin, fueron muchos los inconvenientes con esa fallecida, entonces mi pregunta cómo se va a seguir realizando dicho procedimiento, el gerente refiere que salió una resolución con referente a esos casos en la cual le da la facultad a los secretarios de gobierno de los municipios para que autorice a los médicos a realizar dicha actividad, ya que a los secretarios de gobierno les toca realizar primero toda la investigación del caso, el gerente refiere que se va a conseguir dicho documento para que se socialice entre todo el personal involucrado en dicho proceso y también por medio de calidad se documente. Mientras se documenta este proceso los médicos deben ir a realizar los certificados de defunción las casas cuando sea necesario.

Calidad refiere que se deben realizar las respectivas señalizaciones de todos los consultorios con los nuevos logos

TAREAS:

- Actualización de mapa del riesgo y que se adicione los riesgos de corrupción.
- Documentar los procedimientos administrativos, y que calidad les brinde apoyo a los líderes que tienen desconocimiento del tema de calidad.
- Documentar el proceso de la realización de las catas de defunción en las casas.

Fecha Próxima Reunión	N/A	Elaborada por	Ing. Angélica María Velásquez
-----------------------	-----	---------------	-------------------------------

LOCAL
HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS E.S.E.
José Rufino Velásquez
NIT. 890 305 496-9
CONTROL INTERNO

[illegible]

Dagua (Valle), 02 Abril de 2025

Este documento hace parte integral del Plan Anual de Auditoría de la vigencia 2025, contiene los objetivos y alcance de cada una de las auditorías internas que se van a realizar en dicha vigencia.

AREA	OBJETIVO	ALCANCE
ALMACEN Y MANTENIMIENTO	Verificar el adecuado control, almacenamiento y distribución de insumos y el mantenimiento de equipos biomédicos e infraestructura.	Inventarios, registros de entradas y salidas, condiciones de almacenamiento, mantenimiento preventivo y correctivo de equipos e instalaciones.
RECURSO HUMANO	Evaluar la gestión del talento humano, cumplimiento de normativas laborales y procesos de contratación.	Historias laborales, contratos, nómina, cumplimiento de horarios, capacitación, evaluación de desempeño y bienestar laboral.
JURIDICO	Revisar el cumplimiento de normas legales y la gestión de procesos jurídicos de la institución.	Contratos, procesos legales, cumplimiento normativo en salud, manejo de tutelas, derechos de petición y asesoría legal.
CONTABILIDAD	Verificar la correcta gestión financiera y contable conforme a normas vigentes.	Estados financieros, registros contables, conciliaciones, cuentas por pagar y cobrar, ejecución presupuestal.
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Evaluar la implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.	Identificación de riesgos, uso de EPP, capacitaciones, reportes de incidentes, cumplimiento del SG-SST.
CALIDAD – SIAU	Evaluar la implementación y cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad, garantizando la mejora continua en la prestación de los servicios de salud. Verificar la calidad en la atención al usuario y el	Procesos asistenciales y administrativos, cumplimiento de protocolos y guías clínicas, indicadores de calidad, auditorías internas, gestión de riesgos y planes de mejoramiento.

	funcionamiento del sistema de atención al usuario.	PQRS, satisfacción del usuario, tiempos de atención, protocolos de calidad, seguimiento a quejas y reclamos.
SUBGERENCIA	Evaluar la gestión administrativa y el cumplimiento de objetivos institucionales.	Planeación estratégica, cumplimiento de metas, supervisión de áreas, indicadores de gestión y toma de decisiones.

Cordialmente,

HOSPITAL LOCAL
JOSE RUFINO VIVAS E.S.E.
NIT 890 305.496-9
CONTROL INTERNO
ANGELICA MARIA VELASQUEZ
Asesor de Control Interno

LISTADO DE ASISTENCIA

CODIGO: F-TH-01



FECHA: 02 - Abril - 2025

LUGAR: OFICINA DE GERENCIA

DIRIGIDO POR: Dr. FRANCISCO FONSECA

OBJETIVO: Primera reunión del C.C.C.I. de la vigencia 2025.

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Encarnación Cifuentes B	coordinadora de los Teo y Carter	
2	Myriam Apoliz Gutiérrez	coordinadora estadística	
3	Juan David Fernandez	Coord SST.	
4	Oscar Rodriguez Estrada	Profesional Un. TTI	
5	Victor Manuel Garcia	Almacen	Victor Garcia
6	Fabio Huelcoza A.	subgerencia	
7	Faysory Valois	Contables	
8	Diego Rivera Ruiz	Coord Medica	
9	Alexander Alomia Jaramillo	Coord. Calidad	
10	Fernando Villarreal Zúñiga	coord. PYMS	
11	FRANCISCO FONSECA	GERENTE	
12	Yolanda Chávez Paz	Enfermera	
13	Angelica Ma. Velasquez	C.I	
14			
15			

COMENTARIOS:

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. Jelver 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 Juridica 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. Propositiones 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

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 realizo 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 lideres 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 auditoría 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 jurídicos 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 secretaría 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 diagnostico y yo no las puedo tener en cuenta en los informes que envié 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

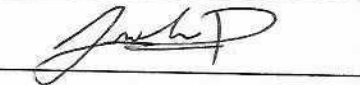
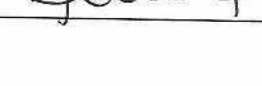
CODIGO: F-TH-01

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	Kyrene Molina Gubenz	Estadística	
3	Javier Alexander Almor	Calidad	
4	Joan Carlos Cruz	EB5	
5	Jeser A. Polido Moreno	Lab. clinico	
6	Victor Manuel Garcia P.	Almacén	Victor Garcia
7	Yarellyn G.	Abogado externo	
8	Juan David Fernandez	T-H - SST	
9	Jackson Solarte T.	Coord. Pymes	
10	Francliso Jansela	Gerencia	
11	John Faber Melendez	Sistema	
12	Angelica Ma Velazquez	C.I	
13			
14			

COMENTARIOS:

20-10.01

Dagua – Valle, Diciembre 19 de 2025

**INFORME DE AUDITORIAS INTERNAS A LOS PROCESOS Y HALLAZGOS QUE SE TIENEN CON LA
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA**

AUDITORIAS INTERNA S DE CONTROL INTERNO

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					
Presupuesto	NO				
Contabilidad					
TOTAL		17	05	12	

AREA DE ALMACEN Y MANTENIMIENTO

En esta área se realizó la auditoría interna en el mes de Abril/2024, donde se dejaron cuatro (4) hallazgos, el área no suscribió plan de mejoramiento, de los hallazgos solo se ha cerrado uno que fue el de la calibración de los equipos la cual se realizó en el mes de junio/2025 con la empresa SIBIOME1, el tema de la soporte de la documentación referente los mantenimientos de los vehículos y SOAT en la carpeta de los vehículos se avanzó en un 50%, en lo referente al tema de lo que se compra y se debe ingresar al almacén junto con el paqueteo, se avanzó en un 50%, todo lo que se debe paquetear se realiza, pero no se ingresa al almacén de inmediato si no hasta que no llegue la factura, con respecto a la distribución de funciones y responsabilidades este tema no se trabajó por lo tanto no hay avances.

AREA DE RECURSOS HUMANOS

En esta área se realizó la auditoría interna en el mes de Mayo/2024, donde se dejaron tres (3) hallazgos, de esos a la fecha se no se evidencia cierre de ninguno, adicional a esto el área no suscribió plan de mejoramiento, en lo referente al plan anual de capacitaciones el líder del proceso refiere que los funcionarios no alimentan el formato que se entrega a principio de año con el fin de que las áreas coloquen los temas en los cuales desean capacitarse, por lo tanto nunca va existir un cumplimiento a dicho plan, en esta vigencia solo se beneficiaron de capacitaciones externas solo

CALLE 10 N°. 21 – 48 TELÉFONOS: 317 438 5436 - 316 529 9771 – 315 291 7203

E-mail: hospitaldagua@gmail.com - gerencia@hospitaldagua.gov.co

DAGUA - VALLE

cinco (5) funcionarios de planta, en lo referente al tema del diligenciamiento del SIGEP, solo quedo pendiente un funcionario por diligenciar.

AREA JURIDICA

En esta área se realizó la auditoría interna en el mes de Junio/2025, donde se dejaron ocho (8) hallazgos, y a la fecha no se mejoró con respecto a dichas falencias, esto debido a que el profesional que estaba cuando se realizó la auditoria ya no labora en la entidad, desde el 01 de noviembre/2025 hay un nuevo profesional y como no existió una entrega del cargo, la actual abogada no tiene conocimiento del tema. Mas sin embargo le realice una breve socialización del plan de mejoramiento que se había dejado y se pudo evidenciar que el hallazgo #1 ha ido mejorando desde el ingreso de ella, el hallazgo # 3 con respecto al SECOP me informa que a partir de noviembre/2025 se está subiendo la información a SECOP II y el hallazgo # 4 con referente al reporte de SIA OBSERVA se está realizando de manera mensual desde que ella llego.

AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST)

En esta área se realizó la auditoría interna en el mes de Agosto/2025, donde se dejaron dos (2) hallazgos, el área suscribió plan de mejoramiento, a la fecha el tema de la aplicación de la batería psicosocial ya se logró realizar en el mes de octubre/2025, el informe final llego el 09 diciembre/2025, el cual se le va a entregar a la Gerencia, para que desde ahí se organice un plan de mejora institucional, con el fin de que se apliquen las recomendaciones dadas. Con el tema de seguimiento a los funcionarios que cuentan con restricciones por parte del médico laboral, a todos los oficianos y algunos han cumplido enviando los soportes de las citas con especialistas y/o médicos generales, pero el soporte de la cita no garantiza que el funcionario este realizando los tratamientos de manera juiciosa. El líder del proceso de SST refiere que existen algunos funcionarios que continúan sin darle cumplimiento a las restricciones y adicional a eso los jefes de área tampoco colaboran exigiéndoles el cumplimiento a dichas restricciones. Como control interno se le recomendó a SST que oficien a los lideres de dichos funcionarios con copia a la Gerencia y Subgerencia, donde les informen lo que está sucediendo, esto con el fin de que se tomen las medidas necesarias, y la entidad no se vaya a ver involucrada en algún tema de medicina laboral por el no cumplimiento a las recomendaciones.

CALIDAD

En esta área se realizó la auditoría interna en el mes de Octubre/2025, donde se dejaron dos (2) oportunidades de mejora, de estas solo han ejecutado la del apoyo a las áreas en lo relacionado en el tema documental, el otro tema es la capacitación al área de SIAU, la cual no se ha logrado definir cómo se va hacer para logra dicha capacitación, desde el área de control interno se le recomendó al líder que hable con la empresa que los tiene contratados, a ver si por medio de la ARL, Caja de Compensación y/o SENA se logra algún tipo de capacitación.

SUBGERENCIA

En esta área se realizó la auditoría interna en el mes de Octubre/2025, donde se dejaron dos (2) hallazgos, el área no suscribo plan de mejoramiento, a la fecha no se evidencia que se le esté dando cumplimiento a los hallazgos dejados.

AREA CONTABLE

En esta área el tema es relativamente complejo, debido a que el responsable del área es relativamente nuevo en esta área, y no existió una entrega de puesto, con el fin de determinar que se tiene pendiente en temas administrativos, esta área tenía pendiente subsanar hallazgos de la vigencia 2024 de la auditoría interna, aunque cuando se realizó la vista en el mes de noviembre/2025 se evidencio que uno de los hallazgos se había mejorado notablemente que era el tema de las firmas en la documentación contable, también se tenía pendiente por subsanar unos temas de documentación en el informe de Control Interno Contable, pero en vista de que la persona responsable del área no se encuentra, se hace imposible revisar estos temas, lo cual me parece delicado, ya que se acerca el cierre de fin de la vigencia, y creería que se dificulta no contar con un apoyo permanente en dicha área.

HALLAZGOS QUE SE TIENEN CON LA CONTRALORIA

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	Realizar las gestiones pertinentes ante la Cooperativa COOHOSVAL con el fin de obtener la documentación requerida por el ente de control.	80%

sobre lo que el hospital pueda rescatar con respecto al dinero aportado.		
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	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%

afectando prestación servicio con oportunidad calidad.		
Evaluated 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 - 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.	**Actualizar el módulo de Inventarios en el Software de R-FAST8	30%
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

Cordialmente,

ANGELICA MARIA VELASQUEZ
Asesor de Control Interno