
 <p>HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por la Familia y la Vida NIT: 892399994-5</p>	ACTA DE REUNIÓN		CÓDIGO	GE-FR-002
	(Único formato para reuniones y comités)		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación		FECHA	04/11/2022
			HOJA	Página 1 de 16

Nombre de la reunión (Tema)	COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO				
Fecha de reunión	29/12/2023	Hora de inicio	2:30 pm	Hora final	4:00 pm
Objetivo de la reunión	1. Socializar los informes plan de auditorías internas y seguimientos 2023. 2. Seguimientos planes de mejoramientos. 3. Seguimiento al SIGR de la ESE-Mapa de Riesgos. 4. Resultados FURAG 2022 MECI y Seguimiento MIPG-SCI 2023.				
Responsable de la reunión (Nombre de quien convoca)	María Andrea Daza Urbina.				

CONVOCADOS / ASISTENTES				
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	ASISTENCIA		
		SI	NO	OBSERVACION
DUVER DISCON VARGAS	AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR	X		
WILLIAM SALGADO	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	X		
MARIA CAMILA CAPATAZ	JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION, CALIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACION	X		
MARIA ANDREA DAZA	ASESORA DE CONTROL INTERNO	X		

AGENDA – TEMAS A TRATAR		
Nº	DESCRIPCION DEL TEMA A TRATAR (Describe brevemente el tema a tratar)	RESPONSABLE (Nombre del expositor)
1	Lectura y aprobación del acta anterior.	María Andrea Daza
2	Socializar los informes plan de auditorías internas y seguimientos 2023.	María Andrea Daza
3	Seguimientos planes de mejoramientos.	María Andrea Daza
4	Seguimiento al SIGR de la ESE-Mapa de Riesgos.	María Andrea Daza
5	Resultados FURAG 2022 MECI y Seguimiento MIPG-SCI 2023.	María Andrea Daza
6		María Andrea Daza

El formato GE-FR-003 lista de asistencia a reunión/capacitación hace parte integral de la presente acta

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por la Salud de la Familia y la Vida NIT: 892399994-5</p>	ACTA DE REUNIÓN (Único formato para reuniones y comités)	CÓDIGO	GE-FR-002	
		VERSIÓN	001	
	FECHA	04/11/2022	HOJA	Página 2 de 16
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación			

DESARROLLO DE LA REUNIÓN	
--------------------------	--

TEMA 1:	Lectura y Aprobación del acta anterior
----------------	--

Se realiza por parte la Dra. Maria Andrea Daza secretaria del comité coordinador de control interno la lectura del acta anterior, la cual es aprobada por los integrantes del mismo.

TEMA 2	Socializar los informes plan de auditorías internas y seguimientos 2023.
---------------	--

La asesora de control interno presenta al comité el cuadro resumen de los hallazgos descritos en los informes de auditorías internas de los procesos las cuales culminaron en el mes de Noviembre 2023 y se presentan los hallazgos definitivos , de los cuales en el informe se emitieron las recomendaciones por parte de la oficina de control interno , de los cuales se generaron y se encuentran en ejecución los planes de mejoramiento:

Cuadro de hallazgos Auditoria financiera:

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA				
No.	CRITERIOS	NC	OBS	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO
1.	Procedimiento de admisiones		x	Se evidencia auxiliar de admisiones de área de urgencia, el no cuenta con conocimiento ni socialización de procedimientos de facturación.
2.	Procedimiento de certificado de disponibilidad presupuestal y registro presupuestal	x		Se evidencia cumplimiento parcial del procedimiento de CDP RP debido a que se verifica que los CPS firmados que archivados en los contrato, pero no se evidencia registro solicitud de CDP y entrega de CDP al área solicitante e documento, donde se puede verificar la trazabilidad del proc Se evidencia que el mes de Junio y Julio 2023, se realiz anulaciones que no cuentan solicitud de anulación por parte solicitante y autorizados por parte del ordenador de gasto.
3.	Sistema de control interno contable	x		Se evidencia procedimiento documentado para realizar conciliaciones de las partidas más relevantes, pero el mi debe estandarizarse y socializarse para su implementación.
4.	Sistema de control interno contable. Manual de Riesgos- Resolución 240 de 2023.	x		Se cuenta con mapa de riesgos del Sistema de control int contable aprobado por el comité de Riesgos, pero los mis deben contar con análisis, seguimiento y ejecución tratamiento por parte del líder del proceso, planeación evaluación de los controles por el área de control interno acuerdo a lo establecido en el manual de riesgos de la ESE.
5.	Sistema de control interno contable.	x		Se evidencia que la información financiera se encu cargada en la página web con periodicidad trimestra septiembre de 2023 y su comparativo con la vigencia ante pero no se cuentan con las notas a los estados financieros garantice la comprensión adecuada por parte de los usuario las notas no muestran variaciones significativas de un perio otro según lo contemplado.
6.	Sistema de costos		x	Se evidencia que los siguientes centros tienen rentabil negativa SERVICIOS AMBULATORIOS DE CONSU EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS el cual presenta marger rentabilidad de -93,22%, OTROS SERVICIOS CONEXOS / SALUD en el cual está contenido el Banco De Leche Hun de- 100%, este debido a que el mismo no está genera

El formato GE-FR-003 lista de asistencia a reunión/capacitación hace parte integral de la presente acta



NIT: 892399994-5

ACTA DE REUNIÓN (Único formato para reuniones y comités)

Proceso: Gestión Estratégica y Planeación

CÓDIGO	GE-FR-002
VERSIÓN	001
FECHA	04/11/2022
HOJA	Página 3 de 16

				facturación, pero incurre en costos mes a mes, y el Servicios de Ambulancia del -80,76%.
7.	Manual de costos		x	Se recomienda la revisión y actualización del manual de costos e instructivo teniendo en cuenta que las actividades relacionadas en el mismo no se detalla el paso a paso del mismo.
8.	Procedimiento de Anulación de facturas		x	En el procedimiento de anulación de facturas se menciona un formato de código FR-FAC-001, pero el mismo no se conoce por parte del personal y tampoco se está implementando, se envía por parte del técnico de auditoría la factura con el motivo de porque se va a anular la factura y en el área de consulta externa la solicitud de anulación no se realiza por correo electrónico, se envía vía WhatsApp con el motivo de la anulación, y el coordinador de facturación se lo notifica cuando fue anulada por el mismo medio.
9.	Procedimiento de Anulación de facturas		x	De las 3.739 facturas anuladas la principal causa de anulación de facturas es por el motivo de cambio de vigencia-Factura Vencida con un total de 736 con un monto acumulado de 1.283.213.628, seguido por usuarios o servicios correspondiente a otro plan o responsable de pago con un total de 424 con un monto acumulado de \$1.072.624.698.
10.	Procedimiento de Facturación		x	No se evidencia que se cuente con una política establecida e implementada para la facturación oportuna de la ESE, debido a que se evidenciaron un total de 208 de ingresos abiertos desde el 2021-Julio 2023, por un valor total de \$ 548.158.894, y de la muestra de 30 ingresos de Enero-Julio de 2023, 20 que presentan el 67% se encuentran en estado registrado, 6 que corresponde a un 20% en estado bloqueado y 4 que corresponde al 13 % en estado liquidado y facturado.
11.	Procedimiento de Facturación		x	Se evidencia que el ingreso abierto No. 2300114 de fecha 6/03/2023, se encuentra en base de datos de ingresos abiertos por valor de \$4.533.616 y el mismo fue liquidado como particular con la factura HRPL141510 el 26/10/2023 por valor de \$ 6.400, por lo cual se debe verificar porque no se liquidó por el valor real de los servicios prestados al paciente.
12.	Procedimiento radicación de factura		x	Se evidencia debilidades, falta de control y monitoreo en el proceso de radicación debido que A 31 de julio de 2023, se encuentran 1379 facturas pendientes de radicar en cual la mayor incidencia corresponde a 432 facturas las cuales se encuentran pendiente de autorización, lo cual equivale al 31%, seguidos por 367 facturas que fueron entregadas al área de radicación que corresponde al 27%, 135 facturas que fueron entregadas a Maryoris para radicar que corresponde al 10%, 122 facturas que corresponde al 9% que son facturas del servicio de consulta externa que corresponde al que hay que reconstruirlas para radicarla y 102 facturas particulares que corresponde al 7%.
13.	Devoluciones		x	Se evidencia que no se cuenta con un procedimiento documentado y estandarizado de devoluciones y del periodo comprendido de Enero a Julio de 2023 por un monto total fue \$11.217.118.043 de las cuales el mayor monto de las

El formato GE-FR-003 lista de asistencia a reunión/capacitación hace parte integral de la presente acta



NIT: 892399994-5

ACTA DE REUNIÓN (Único formato para reuniones y comités)

Proceso: Gestión Estratégica y Planeación

CÓDIGO	GE-FR-002
VERSIÓN	001
FECHA	04/11/2022
HOJA	Página 4 de 16

				devoluciones con el código 849 que corresponde a : Factura no cumple con requisitos legales por el monto de \$9.190.774.746, seguido del código 821 que corresponde a autorización principal no existe con un monto de \$1.218.810.397, el código 816 usuario o servicio corresponde a otro plan el monto de \$400.073.707, el monto correspondiente al código 850 factura ya cancelada corresponde a \$184.228.671.
14.	Procedimiento de Glosas		x	Se evidencian glosas definitivas en el periodo comprendido de enero a julio 2023 por un total de \$ 430.492.365, de las cuales el primer lugar es por motivo de Soportes por un valor de: 123.680.350 , seguidos por facturación por valor de: 80.760.207 , seguidos por motivo de Tarifa que corresponde al valor de \$ 78.147.075, seguido por el motivo de pertinencia por el valor de 77.773. 474.
15.	Procedimiento de cartera/Conciliación y depuración.		x	Se verifica acta de conciliación número 194 con fecha de 23 de junio enviada al correo de cartera sin legalización de firmas el día 30 de junio por lo cual no se ha realizado por parte de cartera la aplicación de las notas correspondientes.
16.	Manual de cartera/Procedimiento de cobro persuasivo.		x	No se evidencia procedimiento de cartera actualizado, debido a que en el mismo se estipula el cobro persuasivo y en el manual de cartera creado mediante resolución No.141 de 2022 donde se implementa la circularización de cartera.
17.	Manual de cuentas por pagar.		x	Para el contrato 333 de 2023, se evidencian que se presenta cuenta de cobro del 1 al 12 de Julio de 2023 y del 7 y 8 de agosto de 2023 y del 9 al 24 de agosto de 2023, por valor de \$1.700.000, radicada en el área de jurídica el 11 de septiembre de 2023 y se evidencia que la misma fue causada por el mismo valor, pero el comprobante de egreso se realizó con errores en el detalle el cual hace referencia al pago de contrato 1659 de 2023 del mes de agosto 2023 y del contrato 116 para el cual en el comprobante de egreso se colocó en el detalle el pago del 21-30 de abril de 2023 periodo que corresponde a otro contrato. Se evidenciaron debilidades de diligenciamiento en el detalle en algunas de las causaciones, para las cuales las fechas presentan diferencias con las fechas relacionadas en la cuenta de cobro.
18.	Procedimiento de tesorería/ Ingresos.		x	Se evidencia que se realiza por parte del tesorero la verificación de las plataformas bancarias diariamente y se remite informe al gerente y Subfinanciero vía wps y el mismo debe remitirse al correo electrónico de la ESE y se genera listado de las cuentas por pagar, y las mismas se realiza una priorización de los pagos pero no cuenta con registros documentales de la autorización de los mismos por parte del ordenador del gasto.
HALLAZGOS DE LA AUDITORIA				TOTAL
No. de Fortalezas:				13
No. de Observaciones u oportunidades de mejora:				6
No. de No conformidades de Norma:				12

El formato GE-FR-003 lista de asistencia a reunión/capacitación hace parte integral de la presente acta



NIT: 892399994-5

ACTA DE REUNIÓN (Único formato para reuniones y comités)

Proceso: Gestión Estratégica y Planeación

CÓDIGO	GE-FR-002
VERSIÓN	001
FECHA	04/11/2022
HOJA	Página 5 de 16

Cuadro de hallazgos Auditoria Seguridad y Salud en el trabajo:

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA			
CRITERIOS	NC	OBS	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO
Resolución 0312 de 2019	x		La Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se encuentra firmada, y publicada y comunicada al COPASST, pero la misma no se encuentra fechada, se recomienda que la misma sea revisada y actualizada mediante resolución.
Resolución 0312 de 2019, Ley 594 de 2000.	x		El Archivos del SG-SST cuenta con carpetas digitales, y carpetas físicas organizadas pero no cuenta con tablas de retención y presenta incumplimiento en la normatividad de archivo.
Resolución 0312 de 2019		x	La ESE tiene definido un plan de adquisiciones en la ESE para la vigencia 2023 y el procedimiento es el mismo definido en el manual de contratación mediante resolución No. 018 de 2022, por lo cual se recomienda se establezca un procedimiento para Identificación, evaluación, para adquisición de productos y servicios en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
Resolución 0312 de 2019		x	En el ítem de evaluación y selección de proveedores y contratistas, no se tiene definido un procedimiento o documento el mismo se define en los estudios de necesidad por cual se recomienda crear y estandarizar procecimiento o documento con estos criterios.
Resolución 0312 de 2019	x		Identificación de sustancias catalogadas como carcinógenas o con toxicidad aguda, con respecto a este ítem se cuenta con formato para identificación de sustancias o agentes catalogados como cancerígenos, con toxicidad aguda, se evidencia socialización al personal de cada área sobre el programa de riesgo químico y las medidas de almacenamiento de las mismas, y seguimiento realizado el químico asignado por la ARL, se evidencia identificación en el área de almacén, pero se debe culminar con la identificación de las sustancias carcinógenas o con toxicidad aguda en las áreas pertinentes y verificar que los riesgos asociados a estas sustancias o agentes carcinógenos o con toxicidad aguda son priorizados y se realizan acciones de prevención e intervención.
Manual de Bioseguridad	x		Se evidencia incumplimientos en la implementación del manual de Bioseguridad establecido en la ESE, en las siguientes dependencias verificadas: Área de farmacia: Se evidencia se dispone de dispensador de toalla deseable, dentro de la farmacia se cuenta con un lavamanos pero en el mismo no se tiene información visual sobre la técnica de lavado de manos e higienización. Área de maternidad: Las toallas desechables no se encuentran en los dispensadores pero si las tienes a la mano , los dispensadores con jabón y alcohol glicerizados no se encuentran definidos con fechas de cambios. Área de laboratorio: Se evidencia que el personal laboral con joyas.

El formato GE-FR-003 lista de asistencia a reunión/capacitación hace parte integral de la presente acta



NIT: 892399994-5

ACTA DE REUNIÓN

(Único formato para reuniones y comités)

Proceso: Gestión Estratégica y Planeación

CÓDIGO	GE-FR-002
VERSIÓN	001
FECHA	04/11/2022
HOJA	Página 6 de 16

			<p>Área de urgencias Ginecostetra: Se evidencia que el personal laboral con joyas y no utilizan gorros desechables si no en tela. Los dispensadores de jabón líquido no cuentan con soporte.</p>
Resolución 0312 de 2019	X		Las inspecciones relacionadas con la prevención y atención de emergencias no se realizan con la participación del COPASST.
Resolución 0312 de 2019	x		Se evidencia la realización de las mediciones ambientales: Evaluación de confort térmico y niveles de presión sonora, sonometría realizado por la ARL POSITIVA en febrero de 2023 con su respectivo análisis, pero no se cuenta con soportes de la remisión al COPASST.
Manual de Bioseguridad		x	Actualizar el manual de bioseguridad ya que el protocolo para el ingreso a la institución se realizó durante el periodo de la pandemia y actualmente la nueva normatividad que rige para las instituciones es el uso de tapabocas según el ministerio de salud y protección social con la resolución 555 de abril 2023.

De los mismos se emitieron recomendaciones, se estableció y aprobó plan de mejoramiento el cual se encuentra en ejecución por parte de los responsables.

TEMA 3: Seguimientos planes de mejoramientos.

La asesora de control interno presenta un cuadro resumen con la ejecución de los planes de mejoramiento los cuales aún se encuentran en ejecución :

ACTA DE REUNIÓN

(Único formato para reuniones y comités)

Proceso: Gestión Estratégica y Planeación

CÓDIGO	GE-FR-002
VERSIÓN	001
FECHA	04/11/2022
HOJA	Página 7 de 16

PLANES DE MEJORAMIENTO AUDITORIAS INTERNAS		No. de hallazgos y observaciones	No. De acciones programadas	No. de acciones ejecutadas	No. de acciones en ejecución	Sin ejecución	% de acciones Ejecutadas	% de acciones en ejecución	Sin ejecución	Fecha de último seguimiento
PLAN DE MEJORAMIENTO FARMACIA		5	5	3	2	0	60%	40%	0%	28 de Diciembre de 20
PLAN DE MEJORAMIENTO TALENTO HUMANO		8	11	5	5	1	45%	45%	9%	28 de Diciembre 2023
PLAN DE MEJORAMIENTO JURIDICA Y CONTRATACION		7	9	4	4	1	44%	44%	11%	18 De diciembre de 20
PLAN DE MEJORAMIENTO GESTION AMBIENTAL		6	8	7	1	0	88%	13%	0%	18 De diciembre de 20
PLAN DE MEJORAMIENTO FINANCIERA		19	19	7	12	0	37%	63%	0%	28 de Diciembre de 20
PLAN DE MEJORAMIENTO SEGURIDAD Y SALUD		9	12	7	5	1	50%	42%	8%	21 de Diciembre de 20

A Corte de Diciembre de 31 de Diciembre de 2023, los planes de mejoramiento de las auditorías internas se encuentran ejecutados en un% promedio por encima del 54%, Siendo el plan de mejoramiento de gestión ambiental el que se encuentra con un mayor avance de cumplimiento en un 88%, y el plan de mejoramiento de financiera se encuentra con un 63% de ejecución para el cual se solicitó prorroga de cumplimiento teniendo en cuenta el alto número de acciones de mejora y el tiempo establecido para los mismos ameritaba ampliar hasta el I trimestres de 2024.

De igual manera la asesora de control interno resalta que por parte de la oficina de control interno se continuaran con lo seguimientos a los avances en el I trimestre de 2024, de cada uno de estos planes con el fin de lograr % de avances favorables, y el mejoramiento continuo en los procesos de la ESE.

Para el cumplimiento de las acciones de mejora el Dr. Duver Vargas Agente Especial Interventor, recuerda a los líderes de las áreas administrativa y financiera sobre la importancia de lograr avances significativos de los planes de mejoramiento formulados y aprobados como resultados de las auditorías internas con el fin de subsanar los hallazgos, lograr procesos eficientes y un mejoramiento continuo en la ESE.

Con respecto a los planes de mejoramiento suscritos con la contraloría General del departamento del cesar , como resultado de la auditoria vigencia 2022 , de acuerdo al seguimiento realizado por la oficina de control interno se han avanzado en 66% en las acciones implementadas, quedado pendiente por ejecutar 2 acciones de actas de liquidaciones de contratos para las cuales se solicitó prorroga al entre para ampliación del tiempo , y se proyecta dar cumplimiento a la totalidad del plan en el primer trimestre de 2024.

ACTA DE REUNIÓN

(Único formato para reuniones y comités)

CÓDIGO	GE-FR-002
VERSIÓN	001
FECHA	04/11/2022
HOJA	Página 8 de 16

Proceso: Gestión Estratégica y Planeación

Con respecto al plan de mejoramiento de la contraloría General de la nación suscrito en la vigencia 2021, se remitirán los informes de los avances del mismo e informe de acciones cumplidas con corte a 31 de diciembre 2023 a los correos electrónicos para su conocimiento y fines pertinentes.

TEMA 4: Seguimiento al SIGR de la ESE-Mapa de Riesgos.

OBSERVACIONES GENERAL DEL SISTEMA DE RIESGOS

- La política de administración del riesgo se encuentra aprobada En el manual SIGR mediante resolución 240 de 2022, la misma fue actualizada en la vigencia 2023 mediante resolución No. 290 de 2023, según la nueva metodología de administración del riesgo V.6 y de acuerdo a la circular 20211700000004-5 del 2021 y la 2022151000000053-5 de 2022 emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Se evidencia que en el Manual del sistema de riesgos se estableció las metodologías y/o técnicas para la identificación y medición de los riesgos identificados.
- Se evidencia ESE cuenta con los indicadores de gestión para hacer seguimiento a la administración de los riesgos residuales y netos establecidos en el mapa de riesgos, y que estos a su vez se encuentren y se mantengan en los niveles de aceptación, los mismo deben medirse.

Se evidencia que se cuenta con el ítem de planes de contingencia en el mapa de riesgos para intervenir y tratar los diferentes riesgos que presenten desviaciones o que superen los límites previamente establecidos, pero los mismos se deben definir en el caso que se presenten desviaciones.
- Se evidencia que se realizan reportes al comité de control interno sobre el monitoreo de los riesgos de corrupción, y se realiza monitoreo a la matriz de riesgos con todos los subsistemas de riesgos por parte de la segunda línea de defensa y control interno y se reporta al comité de control interno y alta gerencia.
- A corte de 28 de diciembre la ESE no cuenta con los procesos y procedimientos diseñados e implementados para las diferentes etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, instrumentando así la Política de Gestión de Riesgos.
- La ESE solo cuenta con los documentos y registros que contengan las etapas del ciclo general de riesgos y los elementos para los subsistemas de SARLAFT y SICOF, se deben establecer para cada uno de los subsistemas de riesgos.
- La ESE No cuenta con los procesos y procedimientos que deben contener claramente definidas las funciones, responsabilidades y atribuciones específicas para cada uno de los funcionarios de los diferentes órganos de dirección, administración y control involucrados en la administración de los diversos riesgos.



NIT: 892399994-5

ACTA DE REUNIÓN (Único formato para reuniones y comités)

Proceso: Gestión Estratégica y Planeación

CÓDIGO	GE-FR-002
VERSIÓN	001
FECHA	04/11/2022
HOJA	Página 9 de 16

- Se cuenta con un mapa de riesgos general para el sistema de riesgos de la ESE y el mismo se encuentra aprobado por la alta dirección comité de Riesgos.
- Se cuenta con informe A 30 de Junio de 2023 parte del oficial de cumplimiento y revisor fiscal a la alta dirección sobre el estado del SGIR , para la vigencia evaluada aún no se cuenta con informes por los mismos.


OBSERVACIONES SUBSISTEMA SARLAFT

- Se cuenta Formulario Sarlaft estandarizarse y crearse procesos y procedimiento para aplicación de debida diligencia.
- No se cuenta con Procesos y procedimientos definidos para el subsistema de riesgos SARLAFT.
- A la fecha de corte del seguimiento no se cuenta con informe de pronunciamiento por parte de la junta directiva o quien haga sus veces.
- El oficial de cumplimiento cuenta con el curso e e-learning UIAF o Especialización en Gestión de Riesgos en general o Certificar 4 años de experiencia laboral en áreas de administración y gestión de riesgos
- A la fecha se cuenta con informe del mes de Julio 2023 por parte de la revisoría fiscal sobre el sistema de riesgos.
- Se debe incluir en los procesos de inducción el tema de sistema de riesgos de la ESE.

OBSERVACIONES SUBSISTEMA SICOF

- La ESE cuenta con los controles definidos para mitigar los riesgos de COF incluyendo la descripción de cómo se debe ejecutar, responsables de ejecución, frecuencia y/o plazo de aplicación, propósito del control, pero el mismo se encuentra en actualización para incluir la instrucción a seguir en caso de desviaciones, evidencias y naturaleza (preventivo, detectivo, correctivo)
- La ESE genera un reporte Cuatrimestral con la gestión de los riesgos de COF y su perfil de riesgos con el solo con el riesgo residual, se debe generar reporte semestral con riesgo inherente y residual.
- La ESE tiene identificados y segmentados los Factores de Riesgo a los que se ve expuesta en la matriz de riesgos en actualización.
- La Junta Directiva o quien haga sus veces aprobó el Manual del Sistema de riesgos pero se deben crear de Procedimientos de prevención de la COF.
- La ESE se encuentra en construcción de los procedimientos y metodologías (identificar, medir,

El formato GE-FR-003 lista de asistencia a reunión/capacitación hace parte integral de la presente acta


 <p>NIT: 892399994-5</p>	ACTA DE REUNIÓN (Único formato para reuniones y comités)	CÓDIGO	GE-FR-002
		VERSIÓN	001
		FECHA	04/11/2022
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación	HOJA	Página 10 de 16

controlar y monitorear) de los riesgos de COF y aquellos para implementar y mantener el registro de eventos CO y los procedimientos que deben implementar los entes de control.

- La ESE tiene diseñado un sistema de reportes internos en el manual de riesgos V.3 aprobado Mediante resolución No.290 de 2023, para su implementación.
- La ESE tiene diseñado un sistema de reportes externos en el manual de riesgos V.3 aprobado Mediante resolución No.290 de 2023, para su implementación.
- La ESE no cuenta con canales de comunicación especiales para la recepción de denuncias como: Líneas telefónicas, correos electrónicos, buzones especiales en el sitio web, entre otros, se tiene definido en el manual de riesgos en proceso de actualización y aprobación, para su implementación.

OBERVACIONES SUBSISTEMA DE RIESGOS EN SALUD

- La ESE cuenta con portafolio de servicios y , la caracterización de la población por EAPB , pero no se evidencia la caracterización de la entidad y el análisis en esta la capacidad instalada, el talento humano, la capacidad de producción, las modalidades de atención, las modalidades de contratación, los grupos de riesgo (población potencial de los servicios), la población asignada por las diferentes Empresas Responsable de Pago y la gestión clínica con enfoque diferencial, así como con la caracterización de la demanda de servicios teniendo en cuenta el enfoque diferencial género, grupo etario, étnico, curso de vida, territorial, grupos de riesgo, entre otros.
- La ESE tiene un cumplimiento parcial en la caracterización de riesgos en salud en cada uno de los servicios habilitados en la entidad y su respectiva estrategia de prevención basada en el diagnóstico de los eventos adversos prevenibles ocurridos, la identificación de los procesos asistenciales de mayor riesgo de acuerdo con lo descrito en la literatura, la revisión de estadísticas propias y estudios realizados por terceros, la valoración del proceso de búsqueda activa y la eficiente implementación de la Política de Seguridad del Paciente y la identificación de alertas para medir la frecuencia de los eventos adversos.
- La entidad cuenta con análisis parcial de la situación en salud de la población objeto de la IPS o afiliada a cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) con las cuales tienen una relación contractual.
- La ESE debe implementar en el sistema de costos una metodología y/o técnica que le permita establecer los costos en términos de sobrecosto asistencial (rechazo o glosa), estancias hospitalarias prolongadas, riesgo jurídico o sus posibles combinaciones.
- La ESE ha definido en su Manual de seguridad paciente los límites de tolerancia para establecer metas de control o mitigación en el sistema de gestión de riesgo en salud, se debe articular como el Manual del sistema integral de riesgos.
- La ESE cuenta con el diseño, implementación, evaluación y seguimiento del Programa de seguridad paciente para el tratamiento de los riesgos en salud identificados y fueron identificados

 <p>LAMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por la Familia y la Vida NIT: 892399994-5</p>	ACTA DE REUNIÓN (Único formato para reuniones y comités)	CÓDIGO	GE-FR-002
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación	FECHA	04/11/2022
		HOJA	Página 11 de 16

en la matriz en proceso de actualización, pero los mismos se deben articular con el sistema de gestión de riesgos.


- La ESE cuenta con el diseño, implementación, evaluación y seguimiento de los procesos y procedimientos institucionales y su articulación; de tal manera que garanticen el acceso y la calidad de los servicios ofertados, pero el mismo debe reforzarse en cuanto al seguimiento de los procesos y procedimientos asistenciales por parte de auditorías internas del área de calidad.
- La ESE cuenta con Manual de contratación Estatutos de contratación / resolución 0228 y los contratos donde se definen los mecanismos de pago con sus proveedores orientados a la obtención de resultados en salud y pago por desempeño e incentivos, pero el mismo debe estar articulado con el Modelo de Atención en Salud una vez el mismo se encuentre aprobado.

OBERVACIONES SUBSISTEMA DE RIESGOS SARO

- La ESE cuenta con mapa de procesos actualizados, manuales, guías y procedimientos, pero se deben definir las caracterizaciones e incluirles flujogramas.
- Los riesgos SARO se encuentran definidos en la Matriz de riesgos en proceso de revisión y aprobación.
- La ESE cuenta con la matriz de riesgos inherente y residual para nuevos procesos o para la modificación de cualquier proceso, pero la misma se encuentra en proceso de revisión y aprobación.
- La ESE No cuenta con un Plan de Continuidad del Negocio aprobado por la Junta Directiva, que adopte mínimo los siguientes elementos: identificación de eventos que pueden afectar la operación, actividades por realizar cuando se presentan las fallas, alternativas de operación y proceso de retorno a la actividad normal.
- La ESE ha diseñado controles para cada proceso de manera que se pueda mitigar el riesgo inherente, ya sea mediante su probabilidad, impacto o ambos pero el mismo se encuentra en proceso de revisión y aprobación.
- La ESE no ha incorporado los controles diseñados dentro de las políticas y procedimientos.

OBERVACIONES RIESGO MERCADO

- La ESE no realiza un análisis segmentado por líneas de negocio (en los casos en que la entidad desarrolle varias actividades dentro del sector como aseguramiento obligatorio, voluntario, prestación de servicios de salud) y el concepto generador de la obligación, en el caso de las cuentas por cobrar.
- La ESE no cuenta con un procedimiento para clasificación de seguridad del activo con fundamento en la calificación de crédito emitidas por agencias calificadoras de riesgo tanto para el activo como

 <p>NIT: 892399994-5</p>	ACTA DE REUNIÓN (Único formato para reuniones y comités)	CÓDIGO	GE-FR-002	
		VERSIÓN	001	
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación		FECHA	04/11/2022
			HOJA	Página 12 de 16

para el emisor.

- La ESE no ha implementado políticas para la fijación de niveles y límites de exposición de los créditos totales, individuales y por portafolio de inversión.
- La ESE No ha implementado políticas para la fijación de porcentajes máximos de tenencia de activos de la categoría más riesgosa y mínimos de los activos de máxima seguridad.
- La ESE no cuenta con la estimación del capital expuesto al riesgo de crédito (nivel de patrimonio comprometido por las pérdidas no esperadas) a través de metodologías internas y acorde con las políticas de gestión del riesgo de crédito aprobadas.

OBERVACIONES RIESGO LIQUIDEZ

- La ESE No tiene identificado cualquier otra entrada futura de efectivo que espere recibir.
- La ESE No tiene identificadas y caracterizadas las salidas futuras de efectivo bajo cualquier concepto que espera entregar.
- La entidad cuenta parcialmente con un SARL que permite realizar seguimiento continuo de la exposición a este riesgo mediante las alertas tempranas, los límites de exposición y los indicadores de liquidez con el fin de realizar los controles adecuados para evitar la materialización de este riesgo.
- La entidad ha establecido parcialmente límites para mantener un nivel mínimo de activos líquidos, que estén acordes con el volumen de operaciones y tamaño de la entidad y sus necesidades de liquidez bajo condiciones normales del negocio y márgenes adicionales de liquidez para enfrentar situaciones de estrés
- La ESE no cuenta con modelos que incorporan escenarios de stress y back testing como medios para verificar la precisión de las proyecciones obtenidas a través de las pruebas de liquidez y hacerlas parte de estas para hacer ajustes posteriores.

En la ESE se realiza la radicación de factura por parte de los proveedores, pero no se cuenta con soportes de un sistema en línea de radicación por parte de proveedores y trazabilidad de las mismas.

OBERVACIONES RIESGO ACTUARIAL

- La ESE se encuentra en construcción de la caracterización de la población que incluirá en los contratos por venta de servicios teniendo en cuenta la situación de morbi-mortalidad de acuerdo con lo establecido en el perfil epidemiológico.
- La ESA cuenta Parcialmente con modelos cuantitativos que contemple acciones ante pérdidas inesperadas a las que se encuentra expuesta la entidad
- La ESE no cuenta con modelos estadísticos basados en la probabilidad que le permitan identificar



NIT: 892399994-5

ACTA DE REUNIÓN (Único formato para reuniones y comités)

Proceso: Gestión Estratégica y Planeación


CÓDIGO	GE-FR-002
VERSIÓN	001
FECHA	04/11/2022
HOJA	Página 13 de 16

posibles cambios en el contexto geográfico, demográfico y social.

- La ESE cuenta con modelos estadísticos basados en la probabilidad que le permitan identificar posibles cambios en los índices de morbi-mortalidad.
- La ESE no cuenta con las políticas y las estimaciones actuariales para cada tipo de contrato, teniendo en cuenta los cambios que se presenten en el sector.
- La ESE no realiza y documenta pruebas de stress-testing.
- La ESE no realiza y documenta pruebas de back-testing.

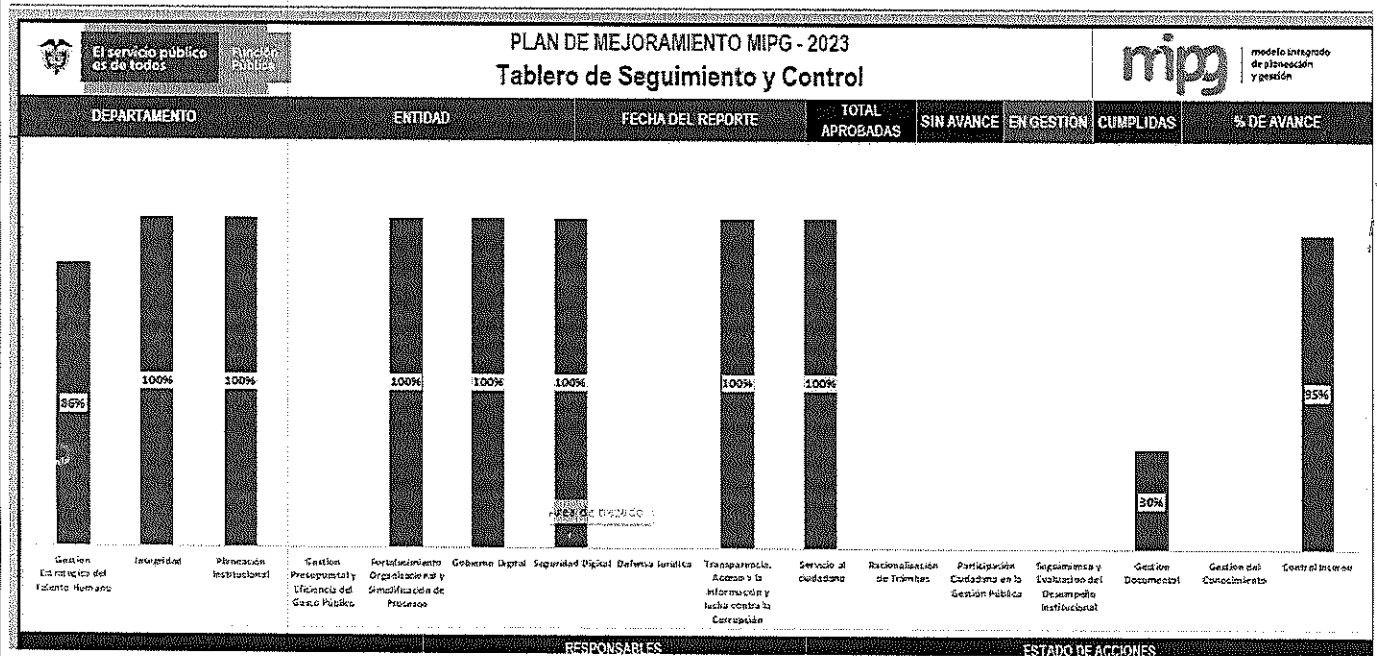
OBERVACIONES RIESGO PTEE

- La ESE No ha decidido adoptar la matriz de riesgo de soborno.
- La ESE no ha decidido establecer procesos e instancias que permitan, a través de indicadores, el control sobre el sistema de gestión de ética institucional.
- La ESE tiene definido el Programa de transparencia y ética empresarial en el manual del SGR V.3 aprobado Mediante resolución No.290 de 2023, para su implementación.

 <p>LAMPURSA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por la Familia y la Vida NIT: 892399994-5</p>	ACTA DE REUNIÓN (Único formato para reuniones y comités)	CÓDIGO	GE-FR-002
		VERSIÓN	001
	FECHA	04/11/2022	
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación	HOJA	Página 14 de 16

TEMA 5: Seguimiento MIPG-SCI

La asesora de control interno presenta a los integrantes del comité el resultado de los avances del plan de acción MIPG vigencia 2023, basado en el seguimiento y soportes presentados por el área de planeación :



Se puede observar que se logró un avance del 96% en el plan de acción MIPG, para las 9 políticas en las cuales se priorizaron un total de 78 acciones.

Se recomienda que para la vigencia 2024, una vez se obtengan los resultados en el reporte del FURAG 2023, se prioricen las acciones para cada una de las políticas y lograr avances en la gestión de todo el Modelo de Gestión y Desempeño.



A diciembre de 2023 el estado del Sistema de Control Interno de la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, de acuerdo a informe generado por la oficina de control interno, mediante la herramienta de evaluación establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, Obtuvo un resultado del 91%.

Se evidencia que de los 5 componentes del Sistema de control interno, se obtuvieron los siguientes avances porcentuales en la vigencia 2023 con respecto a la vigencia 2022: El componente de ambiente de control tuvo un avance del 5%, el componente de evaluación de riesgos tuvo un avance del 15%, el

ACTA DE REUNIÓN

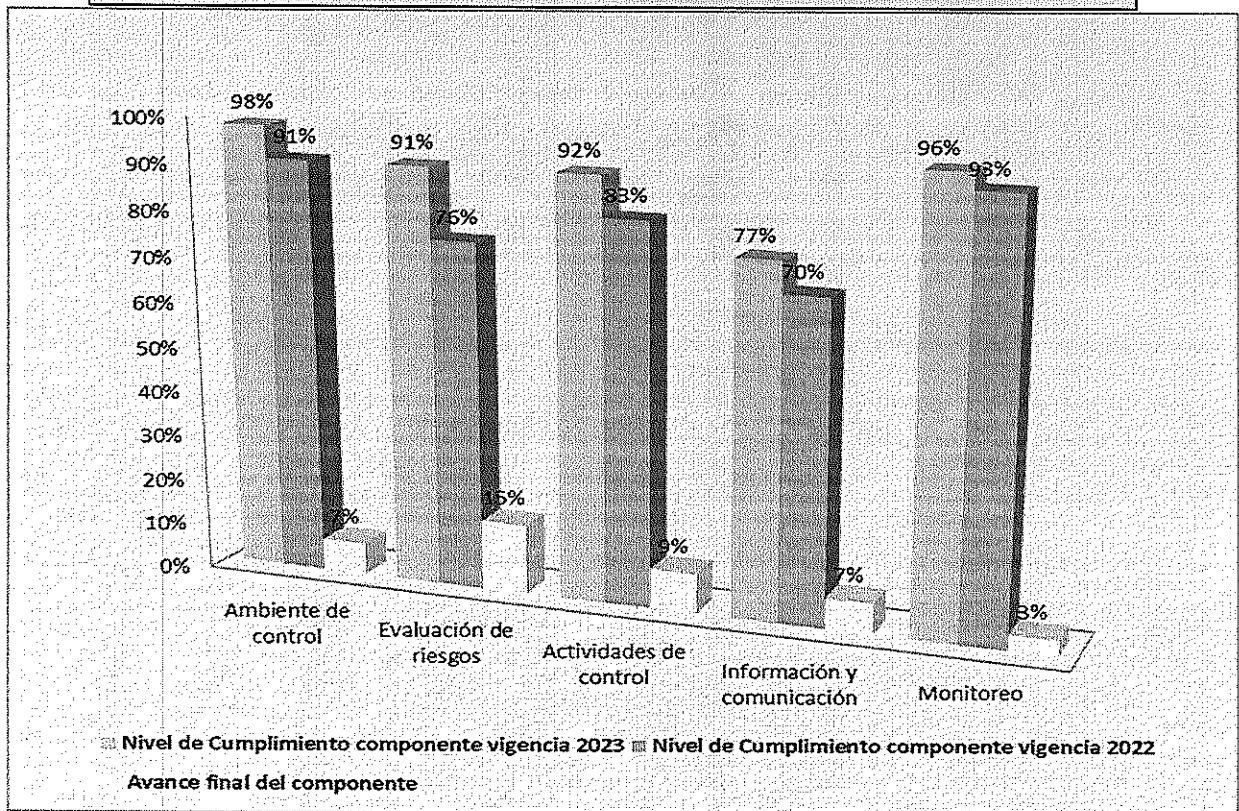
(Único formato para reuniones y comités)

CÓDIGO	GE-FR-002
VERSIÓN	001
FECHA	04/11/2022
HOJA	Página 15 de 16

Proceso: Gestión Estratégica y Planeación

componente de actividades de control tuvo un avance del 9%, el componente de información y comunicaciones tuvo un avance el 7% y el componente de monitoreo tuvo un avance del 3%.

COMPARATIVO AVANCES POR COMPONENTE SCI 2023-2022




La asesora de control interno indica que de acuerdo a las debilidades que se generen en el informe del Sistema de control interno por parte de la oficina de control interno para cargar a página web a más tardar 31 de enero de 2024, se formulará un plan de mejoramiento con las acciones pertinentes que permitan continuar con los avances en el sistema de control interno y subsanar las debilidades.

Siendo las 4: 00 pm se da por terminada la reunión del comité coordinador de control interno y se firma listado de reunión por parte de los asistentes.

MARIA ANDREA DAZA URBINA
SECRETARIA DE COMITE

COMPROMISOS / TAREAS			
N°	DESCRIPCION ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA CUMPLIMIENTO
1.	Continuar con seguimiento planes de mejoramiento auditorias vigencia 2024.	Asesora de control interno.	Febrero-Marzo 2024

El formato GE-FR-003 lista de asistencia a reunión/capacitación hace parte integral de la presente acta

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Hacia tu Familia y la Vida</p> <p>NIT: 892399994-5</p>	ACTA DE REUNIÓN			CÓDIGO	GE-FR-002
	(Único formato para reuniones y comités)			VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación			FECHA	04/11/2022
				HOJA	Página 16 de 16

3.	Formular plan de mejoramiento para las debilidades del sistema de control interno.	Asesora de control interno.	de control	Febrero-Marzo 2024
4.	Enviar informes de seguimiento II Semestre 2023, plan de mejoramiento contraloría General a los integrantes del comité.	Asesora de control interno.	de control	Enero-Febrero 2024.



LISTA DE ASISTENCIA A REUNION Y/O CAPACITACION

CÓDIGO	GE-FR-003
VERSIÓN	001
FECHA	04/11/2022
HOJA	Página 1 de 1

Proceso: Gestión Estratégica y Planeación

Tema:	Comité Coordinador de Control Interno		
Objetivo:	1. Socializar los informes plan de auditorías internas y seguimientos 2023. 2. Seguimientos planes de mejoramientos. 3. Seguimiento al SIGR de la ESE-Mapa de Riesgos. 4. Resultados FURAG 2022 MECI y Seguimiento MIPG-SCI 2023.		
Fecha:	29/12/2023	Hora de inicio	2:30 pm
Metodología:	Presencial	<input type="checkbox"/>	Virtual
		Hora de finalización	4:00 Pm

N°	Nombre y Apellido	Áreas / Cargo /Entidad	No. de Teléfono	Correo electrónico	Firma
1	Lucy Camila Caputoz S.	Asesora planeación	3183546240	planeacion@hr.plopes.gov.co	
2	William H. Segurado B.	Subsistente Adm y E.	3012799735	financiera@hr.plopes.gov.co	
3	Diana Diana Vargas Rojas	Agente Especial Interante	3164416198	generacion@hr.plopes.gov.co	
4	Maria Andrea Daza U	Asesora Control Interno	3017500703	control@hr.plopes.gov.co	
5					
6					
7					
8					
9					
Responsable de la reunión		MARIA ANDREA DAZA URBINA ASESORA DE CONTROL INTERNO			