
	<b>E.S.E HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA</b>	Código: A.3.FOR.030
	<b>Sistema de Gestión de Calidad</b>	Versión: 003
	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Fecha: 17/07/2019 Aprobado: G. de la Calidad

## ACTA # 02

<b>REUNIÓN: COMITÉ DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO</b>				
<b>FECHA: 26/12/2025</b>		<b>LUGAR: sala de juntas</b>		
<b>HORA INICIO: 2:30 P.M</b>		<b>HORA FINAL: 3:30 P. M</b>		
<b>1. CONVOCATORIA</b>				
<b>CONVOCADA POR:</b> MARTA RAMOS PATERNINA SECRETARIA DEL COMITÉ		<b>INVITADOS (NOMBRE – CARGO)</b> Luis Carlos Humanes (LH) Revisor Fiscal		
<b>2. INTEGRANTES</b>				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dr. Charles Buelvas Gerente (E) y presidente del comité</li> <li>2. Dra. Doris Spath (DS) Subgerente administrativo y financiero</li> <li>3. Dr. Roberto Arrazola subgerente asistencial</li> <li>4. Dr. Francisco Franco (FF) jefe Recursos Humanos</li> <li>5. Dra. María Eugenia Ferreira (MF) jefe Jurídico</li> <li>6. Dr. Carlos González – jefe de Planeación y Gestión a la calidad</li> </ol>				
<b>3. OBJETIVO DE LA REUNIÓN</b>				
Formalizar el cierre del periodo de Control Interno correspondiente a la vigencia 2025, presentar el balance general de la ejecución del <b>Plan Anual de Auditoría Interna 2025</b> , socializar los resultados de las auditorías, seguimientos e informes de ley desarrollados durante la vigencia, y dejar constancia del estado de los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas..				
<b>4. ORDEN DEL DÍA</b>				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificación de quorum.</li> <li>2. De acuerdo con el objetivo de la reunión</li> </ol>				
<b>5. DESARROLLO DE LA REUNIÓN</b>				
Siendo las 3:30 p.m. del día 26 de diciembre del 2025, se reunieron en sala de juntas con el fin de realizar el Comité de Coordinación de Control Interno.				
<b>M.R</b> Inicia con la revisión de los compromisos que quedaron pendientes en la vigencia 2025, acta No. 01 del 26 de febrero del 2025.				
Información	Informes	Alexis Navarro, Recursos Humanos	MARZO	CUMPLIDO
austeridad del Gasto				
Presupuesto		Eva Morales	MARZO	CUMPLIDO

	<b>E.S.E HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA</b>	Código: A.3.FOR.030
	<b>Sistema de Gestión de Calidad</b>	Versión: 003
	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Fecha: 17/07/2019 Aprobado: G. de la Calidad

Socialización Financieros	Estados	Alexis Navarro	MARZO	Los estados Financieros si fueron socializados al gerente. Subgerente asistencial, revisor fiscal , no se dieron dentro del marco del comité, reuniones citadas y aplazadas.
Resolución austeridad del gasto.		Doris Spath	MARZO	La resolución existe, debe ser actualizada y modificada las líneas base
Inventarios de PC para informes de derechos de autor.		Ademar Urzola	MARZO	Cumplido el reporte para el informe

#### **DESARROLLO – CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA 2025**

Seguidamente, la jefe de la Oficina de Control Interno presentó al Comité el cierre del Plan Anual de Auditoría Interna – Vigencia 2025, aprobado para la presente vigencia, informando que el mismo fue ejecutado en un cien por ciento (100%), conforme a lo programado.


Se dejó constancia de que el Plan comprendió la ejecución de auditorías de Control Interno de Gestión, entre ellas:

- Supervisión de contratos de bienes y servicios.
- Auditoría al área de sistema de información.
- Auditoría al área de admisiones.
- Auditoría al SIAU (Servicio de Información y Atención al Usuario).
- Seguimientos a cartera, glosas, contratos, farmacia y ejecución presupuestal.
- Seguimiento a planes estratégicos (Decreto 612 de 2018).
- Seguimiento a planes de mejoramiento internos y externos.

Así mismo, se informó el cumplimiento de los informes de ley a cargo de la Oficina de Control Interno, entre los cuales se encuentran:

- Informe de Austeridad del Gasto.
- Informe de PQR.
- Informe de Derechos de Autor – Software.
- Informe de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Informe FURAG.
- Informe del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.
- Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno.
- Informe de Seguimiento a Planes de Mejoramiento.
- Informe de Rendición de Cuentas.
- Informe de Gestión del Riesgo.

Se dejó constancia de que todas las actividades programadas fueron ejecutadas dentro de los términos establecidos.

	<b>E.S.E HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA</b>	Código: A.3.FOR.030
	<b>Sistema de Gestión de Calidad</b>	Versión: 003
	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Fecha: 17/07/2019 Aprobado: G. de la Calidad

Igualmente, se informó que durante la vigencia se realizó una modificación puntual al Plan Anual de Auditoría, consistente en el cambio de la auditoría al proceso de Cuentas Médicas por auditoría extraordinaria al proceso de Tesorería, derivada del riesgo identificado por el líder del área de Tesorería, relacionado con la pérdida de recursos y títulos valores.

Dicha modificación fue solicitada mediante correo electrónico enviado al Comité el día 10 de noviembre, y autorizada de manera verbal por los miembros del Comité, dada la urgencia y criticidad del riesgo identificado, quedando formalmente registrada en la presente acta.

El POA incluye el plan de auditoría que es el documento rector del jefe de control interno, se presentó el **informe de cierre del Plan Operativo Anual – Vigencia 2025**, correspondiente a la dependencia de Control Interno de Gestión, el cual integra el Plan Anual de Auditoría y demás actividades institucionales programadas.

Se dejó constancia de que el POA 2025 comprendió las siguientes metas y actividades:

1. Auditorías internas basadas en riesgos (4 programadas).
2. Seguimiento al Plan de Mejoramiento de Contraloría.
3. Seguimiento a los planes de mejoramiento interno.
4. Rendición de cuenta fiscal y de ciudadanía.
5. Comités de Coordinación de Control Interno y Comité Departamental.
6. Acompañamiento y asesoría a comités convocados por la Dirección y otras áreas.
7. Seguimiento a la ejecución presupuestal.
8. Arqueos a la Caja Menor.
9. Evaluación y elaboración de informes de ley.
10. Seguimiento SIGEP – Declaración de Bienes y Rentas y Conflicto de Interés (Ley 2013 de 2019).
11. Seguimiento a normas de Carrera Administrativa (Circular 010 de 2020).
12. Evaluación y seguimiento a planes estratégicos (Decreto 612 de 2018).
13. Actividad de Auto Control con apoyo de Comunicaciones.

Se informó que, conforme al consolidado anual del POA, la dependencia alcanzó un cumplimiento anual del 100%, ejecutando las actividades programadas durante los cuatro trimestres.

#### **DESARROLLO – SOCIALIZACIÓN AUDITORÍA EXTRAORDINARIA TESORERÍA**


En relación con la modificación realizada al Plan Operativo Anual y al Plan Anual de Auditoría, la jefe de la Oficina de Control Interno informó al Comité que se inició la auditoría extraordinaria al proceso de Tesorería, en atención al riesgo identificado por el líder de dicha área.

Se indicó que la auditoría fue programada con carácter prioritario, dada la necesidad de evaluar los controles asociados al manejo de recursos, títulos valores y custodia documental.

Durante la sesión se socializó un avance preliminar de los aspectos evaluados, señalando que los resultados presentados corresponden a una fase inicial del proceso auditor y que el informe definitivo será emitido una vez surtidas las etapas de validación, análisis de evidencias y formalización de hallazgos conforme a la metodología de auditoría basada en riesgos.

Se dejó constancia de que la actuación de la Oficina de Control Interno se realizó en ejercicio de sus funciones de evaluación y seguimiento, sin interferir en la gestión operativa del área auditada.

#### **DESARROLLO – ESTADO DE PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS**

	<b>E.S.E HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA</b>	Código: A.3.FOR.030
	<b>Sistema de Gestión de Calidad</b>	Versión: 003
	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Fecha: 17/07/2019 Aprobado: G. de la Calidad

Seguidamente, la jefe de la Oficina de Control Interno presentó al Comité el estado consolidado de los planes de mejoramiento interno, con corte a la vigencia 2025.

Se informó que, conforme a la matriz consolidada, existen hallazgos abiertos en las siguientes áreas:

- Cartera.
- Contratos de Comodato.
- Gestión Documental.
- Gestión Ambiental.
- Glosas.
- Servicio Farmacéutico.
- SIAU.
- Tecnología Informática y Sistemas.
- Tesorería.

Se dejó constancia de que las demás áreas presentan hallazgos cerrados o con cumplimiento verificado por la Oficina de Control Interno.

Así mismo, se reiteró que la responsabilidad en la ejecución de las acciones correctivas corresponde a las áreas involucradas, y que la Oficina de Control Interno continuará efectuando el seguimiento correspondiente hasta el cierre definitivo de los mismos.

#### **DESARROLLO – CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL**

Se informó al Comité que, respecto a la auditoría correspondiente a la vigencia 2023, la Contraloría Departamental otorgó un plazo adicional de tres (3) meses para el cumplimiento de los hallazgos No. 1, 3, 7 y 9, en atención a la solicitud presentada por la entidad.

Igualmente, se informó que fue recibido el informe final de auditoría correspondiente a la vigencia 2024, en el cual se formularon ocho (8) hallazgos y se concluyó con el no fenecimiento de la cuenta rendida para la vigencia 2024.

Durante la sesión se dio lectura a los aspectos principales señalados por el ente de control y se indicó que se realizará el análisis correspondiente para la estructuración del plan de mejoramiento respectivo.

Durante la sesión, los miembros del Comité expresaron su preocupación frente al no fenecimiento de la cuenta rendida correspondiente a la vigencia 2024, de conformidad con lo señalado en el informe final de auditoría emitido por la Contraloría Departamental.


Así mismo, se dejó constancia de que el Comité resaltó la necesidad de que la Administración evalúe integralmente las observaciones formuladas por el ente de control, con el fin de definir y adoptar las acciones que correspondan, en el marco de sus competencias.

La Oficina de Control Interno reiteró su rol de evaluación, seguimiento y verificación independiente del plan de mejoramiento que se formule, conforme a la normatividad vigente.

#### **Otros asuntos tratados**

Durante la sesión se abordaron otros asuntos de relevancia institucional, entre ellos:

- El estado de avance y la necesidad de continuar con la elaboración y consolidación del Plan de Bienes e Infraestructura, como insumo para la planeación institucional y el fortalecimiento de la gestión de activos.
- La actualización de las líneas base de la Resolución de Austeridad del Gasto, con el fin de garantizar su adecuada aplicación y seguimiento conforme a la normativa vigente.

	<b>E.S.E HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA</b>	Código: A.3.FOR.030
	<b>Sistema de Gestión de Calidad</b>	Versión: 003
	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Fecha: 17/07/2019 Aprobado: G. de la Calidad

- La socialización del informe de costos y de personal reportado a través del sistema CHIP, resaltando su importancia como fuente de información para el análisis financiero, presupuestal y de control fiscal.

Así mismo, la jefe de la Oficina de Control Interno informó que, una vez culminada la auditoría al proceso de Tesorería y formulado el respectivo plan de mejoramiento, se procederá a realizar el reporte al Sistema de Alertas para el Control Interno – SACI de la Contraloría General de la República, en atención a la ocurrencia de hechos relacionados con títulos valores extraviados y cobrados, conforme a los lineamientos y competencias establecidos para dicho sistema.

Se dejó constancia de que esta actuación se realizará en el marco de las funciones de evaluación y reporte a cargo de la Oficina de Control Interno, sin perjuicio de las actuaciones que correspondan a otras instancias competentes.

## **6. CONCLUSIONES DEL PERIODO DE CONTROL INTERNO – VIGENCIA 2025**

Durante la sesión, la jefe de la Oficina de Control Interno dejó constancia de que, a lo largo de la vigencia 2025, la Oficina desarrolló de manera integral los roles de evaluación independiente, seguimiento y asesoría, conforme a las funciones asignadas por la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.


Así mismo, se precisó que el alcance de las actividades de Control Interno se ve condicionado por la estructura actual de la Oficina, al no contar con un equipo multidisciplinario, en los términos previstos en el artículo 150 del Decreto 403 de 2020, circunstancia que incide en la capacidad de cobertura técnica especializada en algunos procesos.

No obstante, lo anterior, se resaltó que las actividades programadas en el Plan Anual de Auditoría y en el Plan Operativo Anual fueron ejecutadas conforme a lo aprobado, garantizando el ejercicio del rol de Control Interno dentro de los límites funcionales y de capacidad institucional.

- Se dejó constancia del cierre del Plan Anual de Auditoría Interna 2025, con cumplimiento del 100%.
- Se informó la modificación al Plan (Cuentas Médicas → Tesorería) y la socialización del avance preliminar de la auditoría focalizada de Tesorería.
- Se presentó el estado de planes de mejoramiento internos con hallazgos abiertos por área.
- Se informaron los asuntos relevantes derivados de auditorías externas de la Contraloría Departamental (vigencias 2023 y 2024).

## **7. COMPROMISOS**

- Continuar con la ejecución y seguimiento de los planes de mejoramiento internos con hallazgos abiertos.
- Realizar el análisis detallado del informe final de Contraloría vigencia 2024, estructurar el plan de mejoramiento correspondiente y efectuar el seguimiento según competencia.

	<b>E.S.E HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA</b>	Código: A.3.FOR.030
	<b>Sistema de Gestión de Calidad</b>	Versión: 003
	<b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Fecha: 17/07/2019 Aprobado: G. de la Calidad

COMPROMISO	RESPONSABLE(S)	FECHA DE EJECUCIÓN	SOPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN OBSERVACIONES. DE LA y
Actualizar resolución y líneas base de austeridad del gasto	Doros Spath.	ENERO -2026	RESOLUCION
Plan de Bienes e infraestructura	Area de Infraestructura Miguel Sáenz Negrete	Enero -2026	Documento
Presentación de Chip costos y personal	Áreas contables-RH	Febrero	Informe presentado
Reporte al SACI	Marta ramos	Enero-febrero	Reporte
<b>1. FECHA DE LA PRÓXIMA REUNIÓN</b>			
<b>2. LISTADO DE ASISTENCIA</b>			
Se debe anexar el formato de asistencia a reunión con las respectivas firmas de los asistentes.			

<b>PRESIDENTE</b>	<b>SECRETARIO</b>

**MARTA RAMOS PATERNINA**  
Jefe de Control Interno