



ACTA COMITÉ DE CONTROL INTERNO

ACTA No. 5

CIUDAD Y FECHA: Neiva, 30 de Diciembre de 2020

HORA DE INICIO: 8:30 a.m.

HORA DE FINALIZACIÓN: 09:30a.m.

LUGAR: Sala de juntas segundo piso con el grupo de Control Interno e invitados de la E.S.E Carmen Emilia Ospina.

ASUNTO: Reunión extraordinaria Control Interno.

OBJETIVO DE LA REUNION: Dar a conocer la ejecución del plan de acción de control interno, vigencia 2020.

MIEMBROS DEL COMITE:)

José Antonio Muñoz Paz, Gerente, ESE Carmen Emilia Ospina
Claudia Marcela Camacho Varon, Subgerente de la ESE Carmen Emilia Ospina
Ketty Lorena Vargas Fernández, Jefe de la Zona Sur de la ESE Carmen Emilia Ospina

INVITADOS**➤ Permanentes**

Olga Milena Martínez Laguna- Lider del Area de Control Interno

➤ Otros

Martha Cecilia Polania Losada-Contadora Area de Control Interno
Martha Liliana Rodriguez Garcia-Gestor Contable.
Lina del Carmen Perdomo Quintero - Planeación
Eliana Carmenza Ordoñez Argote - Planeación

**ACTA COMITÉ DE CONTROL INTERNO****AGENDA DE LA REUNIÓN:**

Se realiza la presente reunion ordinaria con el equipo de Control Interno, para dar a conocer los avances del plan de accion de la vigencia 2020, mediante la siguiente agenda:

1. Saludo de bienvenida y verificación del quórum.
2. Presentación de Informes y auditorías realizadas en el mes de Diciembre.
3. Presentación a seguimientos y planes de mejora (avance Plan de acción -2020)
4. Presentación y aprobación de los procedimientos y formatos de la OCI.
5. Proposiciones y varios :
 - Priorización de auditorias para la vigencia 2021 (Recomendaciones para auditar).
 - Proyecto de las 3 líneas de defensa.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. La Dra. Olga Milena Martinez Laguna en calidad de líder, procede a dar inicio a la reunión ordinaria de control interno y expresando un cordial saludo de Bienvenida a todos los miembros e invitados participantes. Se procede a la verificación del Quorum, por parte de la Dra. Olga, existiendo este a cabalidad, resaltando que la Dra. Claudia Marcela Camacho Varón participa en modo virtual al presente comité y que el Dr. Diego y la Ingeniera Gorety no asisten al comité, por encontrarse con síntomas del COVID-19.
2. Seguidamente la Dra. Olga procede a rendir el informe correspondiente a la ejecución del plan de accion vigencia 2020, explicando como esta conformado (Auditorias, Informes de ley, Seguimientos a planes de mejora institucionales, seguimientos e informacion a entes de control), se dio cumplimiento el 100%. Igualmente se debe elaborar el plan de accion de la OCI, para su presentacion y publicacion en la wed a mas tardar el 30 de Enero del 2021,
 1. Se realiza la presentación del Informe de Austeridad y eficiencia en el gasto, cumpliendo con la rendición en el mes de noviembre, de forma oportunamente sin presentarse novedad alguna.
 2. En relación a las auditorias programas, se realizaron todas a cabalidad así:
 - Sistemas Informáticos (TIC): Se evidenciaron hallazgo, que se han subsanado algunos y queda pendiente uno sobre el cual no se realizó el objetivo en relación a que no se realizó el comité de TIC, ya que esta con del MIPJ y no se incluyeron los temas a tratar, quedando pendiente para la vigencia del 2021.



ACTA COMITÉ DE CONTROL INTERNO

VERSIÓN

1

VIGENCIA

24/11/2020

PAGINA 3 DE 11

- Pagina wed: Se evidenciaron, hallazgo y quedando pendiente unos para la vigencia del 2021.
- De comités: De los 22 comités, se tomaron 12, se evidenciaron hallazgos, siendo el objetivo mejorar. Se han realizado auditorias vigencias 2019 y 2020. En el año 2021 se retomará la auditoria, para que los líderes, los secretarios técnicos empiecen con su autocontrol y no esperar a que se realicen las auditorias por parte de la OCI
- Gestión de residuos hospitalarios: Hubo hallazgos y se generó el plan de mejora.
- De Caja Menor: Se generaron hallazgos, generando plan de mejora y el cumplimiento del mismo. Interviene la Dra. Claudia aduciendo que en esta auditoria se evidenciaron menos hallazgos que en otras ocasiones. La Dra. Olga aclara, que ese es el objetivo, en que las nuevas auditorías se evidencia el cumplimiento a cabalidad de los procedimientos. Igualmente hacer referencia en que la líder de Contabilidad expresara que no hubo un buen acompañamiento por parte de la OCI, ya que el año anterior (2019), se habían realizado auditorías a facturación, costos, presupuesto y almacén, por lo que para el año siguiente (2020) se priorizan autorías de otras áreas. En el presenta año, se efectuaron en el área financiera, auditoria de Caja menor (Tesorería) y en contabilidad.
- De Contratación de bienes y servicios: Por ser una atípica y de riesgo, se programa auditoria para todos los años. La Dra. Olga priorizara la liquidación de contratos para la vigencia 2021. Interviene la Dra. Claudia aduciendo que efectivamente se está realizando una depuración para la debida liquidación de dichos contratos, quedando pendientes unos contratos de personas que no se encuentran en la ciudad. La Dra. Olga agradece la atención que ha tenido la Dra. Claudia en este tema, y que por lo tanto se revisara vigencia 2019 y 2020. Interviene la Dra. Claudia que se tenga en la auditoria los casos particulares y las condiciones especiales de la liquidación; en relación al tiempo perentorio para hacer la liquidación; puntualizando el por qué no se ha podido liquidar (No se encuentra en el departamento, su número telefónico no corresponde, no se ha podido localizar) resaltando que no es falta de gestión, sino un tema de fuerza mayor. Interviene la Dra. Olga que se debe aplicar la norma en relación al tiempo de liquidación.
- Defensa Judicial: No dejo hallazgos
- COVID-19: Se realizó en el mes de mayo y se completó con la auditoría realizada en el mes de noviembre del 2020 a contratación, verificando que varios contratos ya se cumplieron.

Igualmente quedaron auditorias en proceso como Contabilidad, la cual se presentará el respectivo informe en el mes de Enero de 2021. La Dra. Olga

**ACTA COMITÉ DE CONTROL INTERNO**

hace referencia a que los hallazgos realizados son de procedimientos. Igualmente aduce la Sra. Martha Cecilia, sobre las conciliaciones bancarias realizadas por sugerencia de la Dra. Claudia, de las cuentas de ahorros y corrientes de la ESE, evidenciándose un buen manejo de los recursos.

3. Con respecto a los planes de mejora, de los 22 seguimientos los cuales correspondían a vigencia 2019 y 2020; se cierran 17 y quedan pendientes los siguientes:

- Seguimiento subproceso Gestión documental.
- Seguimiento subprocesos comunicaciones.
- Seguimiento subproceso sistemas informáticos.
- Seguimiento subproceso comité historias clínicas.
- Seguimiento al contrato 488 Suministro de combustible del 2019.

La Dra. Olga aduce que se cerraron y se cumplieron planes de mejora, donde sus líderes y supervisora (la mayoría están a cargo de la Subgerencia, por su condición de ser personal de planta y que están bajo su responsabilidad), cumplieron las acciones de dichos planes.

En relación a los planes de mejora externo:

Supersalud: Se dio cumplimiento de todas las acciones, enviando en el mes de noviembre las evidencias solicitadas y por lo tanto se dio al cierre de dicho plan de mejora. Igualmente, se envió por SIMAD a los líderes Salud Ocupacional, Talento Humano y Tesorería, informando el cierre de las acciones, pero con la responsabilidad de continuar con el cumplimiento, ya que posteriormente la Supersalud, nos podría solicitar las evidencias.

Contraloría o Modalidad Regular: Se evidenciaron 14 hallazgos, se suscribe Plan de Mejora, el cual esta su cumplimiento de las acciones para el mes de abril de la vigencia 2021. En el mes de enero se empezará a recoger dichas evidencias con los líderes responsables de las acciones para dar cumplimiento al plan de mejora. Interviene Lina del Carmen del área de Planeación, sugiriendo que deberíamos de realizar un cronograma aduciendo al informe del FURAG, el cual hay plazo de presentarlo en el mes de febrero 14 de febrero, aclarando que estos son informe de ley.

**ACTA COMITÉ DE CONTROL INTERNO**

AUDIBAL: Evidenciando dos hallazgos, generando plan de mejora, al cual hay que dar cumplimiento por el área de tesorería, en el mes de febrero vigencia 2021.

Otros informes presentados por la OCI:

SIA OBSERVA: No se está cumpliendo con esta obligación en el cual hay que subir a esta plataforma todos los contratos de la ESE. Hasta la fecha por parte de la contraloría, nos quedó el mismo hallazgo. Se aclara que hemos avanzado al respecto en las vigencias del 2019 y parte del 2020, pero seguimos en incumplimiento. En la vigencia del 2021, se seguirá realizando dicho seguimiento, para el acompañamiento al área de contratación.

ACCIONES DE REPETICION: En el área jurídica se realizó, la acción de verificación y seguimiento, cuya obligación se está cumpliendo. La Dra. Olga aclara que esta acción de repetición se debe a repetir contra aquellos médicos o funcionarios que omitieron algunas de sus obligaciones y fue condenada la ESE. Esta acción de repetición solamente podemos verificar que se cumpla, cuando el comité jurídico autorice que si se puede empezar a repetir. Por lo anterior lo que la OCI realiza es la verificación de la Jurídica cumplimiento dicha obligación.

INFORMES DE LEY:

- Informe de gestión
- Informe FURAG
- Informe Control Interno Contable
- Informe de Austeridad en el Gasto
- Evaluación Independiente de Control Interno semestralmente
- Informe de Software
- Informe de SIAU
- Informe de SIA MISIONAL

Igualmente se hace seguimiento a los informes de ley, que los realiza la ingeniera, verificando su oportunidad de presentación.

Indicadores de Calidad: Se envía la información correspondiente y oportuna a la respectiva área.

La Dra. Olga aduce que generalmente se esta cumpliendo con la oportunidad de la información, a excepción del área técnico científica, especialmente en la de convenios, quienes no están reportando oportunamente. Igualmente resalta que

**ACTA COMITÉ DE CONTROL INTERNO**

los líderes no están enviando las evidencias de sus reportes a la OCI, para así verificar la oportunidad del informe enviado.

Se realizó acompañamiento de inventarios, en los meses de junio- julio primer semestre y en el mes de diciembre segundo semestre. Se presentará el informe al respecto.

Igualmente se realizó el seguimiento al mapa de riesgos y el plan de anticorrupción, se está solicitando por parte de los auditores de la OCI, las evidencias respectivas para la presentación de dicho seguimiento el próximo 10 de Enero 2021.

Asistencia a los Comités:

- Conciliación
- Municipales
- Contraloría

En relación a la cultura de autocontrol, solamente se realizó una capacitación, que fue de supervisión, en esta vigencia 2021, se continuara con estas capacitaciones, para realizar la sensibilización a los supervisores, de los importante que es el cumplimiento de las funciones como supervisor.

4. En relación a los procedimientos y formatos de la OCI, se solicita la debida aprobación para la implementación de los mismos, los cuales fueron enviados por SIMAD, para su respectivo análisis. Estos formatos fueron actualizados según el decreto 348, donde se estipula los roles de la OCI. Se aprueban dichos procedimientos y formatos realizados por la Dra. Olga Milena Martínez L. Igualmente, la doctora hace énfasis en los formatos modificados debido a que la ESE como tal posee los formatos necesarios y que los terceros contratados pueden utilizar, por lo tanto, se le solicito al Dr. Miguel que incluyera al contrato la utilización de los mismos por el sistema de calidad que posee la ESE.
5. Según proposición y varios, se priorizará las siguientes auditorias para la vigencia 2021:
 - Sarlatf
 - Almacén (Insumos)
 - Tesorería
 - Correspondencia
 - Ley Antitramites.



ACTA COMITÉ DE CONTROL INTERNO

Interviene la Dra. Martha en relación a los inventarios a realizar de insumos aduciendo que: En el tema de insumos en este cierre que se haga y que ya esta avanzando ustedes; los insumos quedaron con ciertas cantidades, este año no es que se hagan en su totalidad sino, que se realicen un aleatorio de los productos y en todos los procesos a auditar. En relación al autocontrol de los líderes, pero hay niveles que no tienen la conciencia de cumplir al 100%, desafortunadamente nos gusta que este el policía latente; como le decía a la Dra. Olga no es necesario que haga la auditoria el 100%, sino que, por ejemplo llegaron auditaron cuentas por pagar aleatoriamente sacaron 3 o 4, esa aérea va a sentir que control interno va a estar pendiente y van a obligar a la persona a que tiene que realizar el proceso al 100% sino van a tener hallazgo o en cada una de las áreas. Este es mi aporte para compartirlo con ustedes y que estén presentes en cada una de las áreas, no hacer auditoria al 100% pero si aleatoria y que vean la presión de control interno, quienes están acompañándonos y saben el proceso para calificarnos. Interviene la Dra. Olga aduciendo que la OCI se guía por su plan de acción, en el cual figuran las auditorias programas y otras especiales que se envían por gerencia, lo que se relacione en el plan de acción es lo que se debe ejecutar para su cumplimiento. Interviene la Dra. Martha, preguntando a la Dra. Claudia que opina ella al respecto; quien da respuesta que diferencia de su área, ella si sintió acompañamiento de la OCI, porque se trabajó mucho de la mano en muchos procesos, pero me parece importante que la gente debe general su autocontrol; no nos digamos mentiras muchos planes de mejora se cumplieron porque estuve en constante revisión del proceso, digamos que en algunos líderes no existe la cultura del auto control, otros si. Yo entiendo la postura de la Dra. Olga, ya que debe de cumplir su plan de acción, el cual debe construir con antelación para la vigencia y las únicas que se harían son las peticiones extraordinarias por parte de la gerencia, que incluso nosotros este año, pedimos dos (2). Si se podría digamos, cuando vamos a realizar un plan de acción y se van a poner dos o tres ítem del área financiera, lo que le entiendo a la Dra. Martha que se escojan aleatoriamente algunas cuentas, no todo el proceso, sino cinco (5). Lo que no se si dentro el procedimiento de control interno eso es permitido, eso la Dra. Olga que nos lo comunique, pero pienso si seguimos como venimos trabajando con la Dra. Olga, se van a tener resultados positivos, porque si en siete meses pudimos cumplir con varias metas que teníamos atrasada y he visto más comprometidos a pesar del cambio de administración. Entonces tendríamos que entrar a mediar cuales son las acciones que la Dra. Martha quiere que se pueda auditar para que nos



ACTA COMITÉ DE CONTROL INTERNO

VERSIÓN 1

VIGENCIA 24/11/2020

PAGINA 8 DE 11

protejamos y en que medidas puedan ellas articular esas acciones. La Dra. Martha interviene que mas que los procesos son los informes que hay que entregar a todos los entes del control, la verdad cada trimestre sufro porque son varias áreas que intervienen con lo mío. Ejemplo el 2193 es supremamente importante por la calificación de gerencia, entonces empieza una facturación ya, no espera mañana, pasado mañana, entonces eso es lo que yo quiero que la OCI nos engranen hagan sentir a los otros líderes la importancia y el cronograma que hay que cumplir si o si y no esperar a cargar la fecha para cargar información sin analizar, sin revisar sin nada y luego vamos a tener que hacer devolver los informes, gerencia hacer los escritos para la devolución de los mismos y eso es lo que quiero que evitemos en la vigencia del 2021, que sea una información analizada la que se entregue. La Dra. Claudia aduce que dentro de los procedimientos de control interno no está la función tacita de seguir. La Dra. Martha comenta que si que con el 2193, anteriormente control interno era quien recopilaba la información y la validaba, eso estaba dentro de las funciones de control interno en esa época. La Dra. Olga interviene diciendo que dentro del procedimiento quedo, pero no es una función de la OCI. La Dra. Martha dice que una época para acá la tomo ella, por ciertas actividades que no se estaban cumpliendo etc., como para darle seguimiento al 100%. Interviene la Dra. Claudia que, si a ella le preguntan, informaría que la Dra. Martha como contadora, siguiera recopilando dicha información, a lo que aduce la Dra. Martha que ella lo quiere y seguirá haciendo, sino que con las otras áreas se crea el compromiso para ir todos por el mismo lado. Que se realice el acompañamiento por la OCI, ya sea por SIMAD o en forma directa como lo expresa la Dra. Claudia, solicitando la información a las diferentes áreas.

La Dra. Claudia hace referencia a que se debe de realizar una auditoria en correspondencia, ya que hemos tenido inconvenientes, a lo que aduce la Dra. Olga, que se hizo una auditoria especial y que tiene un plan de mejora, lo que se va a revisar para detectar cual es la falla.

Interviene la Dra. Claudia el tema de entrega de información, tema de la solicitud del ministerio que llego a planeacion y no correspondia a esa area. El objetivo de un plan de mejora.

En relacion a las 3 lineas de defensa, la OCI, enviara por correo el proyecto que esta realizando la Dra. Olga, el cual va de la mano con las politicas de gestion de riesgo con el area de planeacion. En esta vigencia se va a trabajar sobre el MIPJ, pues en este se habla de las 3 lineas de defensa, donde busca que cada



ACTA COMITÉ DE CONTROL INTERNO

línea se responsabilice de las funciones y de las actividades de riesgo para que no se materialice. Esto se asemeja a la parte de la seguridad del paciente en donde uno hace todo el proceso, para que nos se vaya a materializar ningún evento adverso. Nosotros somos la tercera línea de defensa, ya vamos a tener certeza que los líderes de cada área que son la primera línea, van a mirar que los controles se realicen y que no se materialice ningún riesgo. La segunda línea que es transversal, sería el área de planeación y supervisores e interventores. En la función pública nos dice que esta la coordinación de talento humano, contratación, área financiera, TIC y calidad. Eso lo dejare a consideración de ustedes para que en el próximo comité se defina como quedaría su clasificación.

Toma la palabra la Dra. Claudia, aduciendo que cuando se realizó la primera reunión de comité, la cual se hizo virtualmente en el mes de abril de 2020, en relación a los planes de mejora que venían con vigencias anteriores y la falta de compromiso de los líderes. Con la presentación del presente informe, quedo altamente complacida por el cambio de los líderes, el compromiso y el cumplimiento, el cual no ha sido fácil, por la pandemia y que se nos han duplicado muchas acciones de trabajo, pero el acompañamiento por parte de la OCI y de la parte de subgerencia, hizo que se pudiera cumplir con muchos planes de mejora que venían represados. Si nos falta mejorar muchos procesos pero el trabajo si se avanza y lo que nos queda por mejorar no es tan grande como venía. Reitero quedo muy complacida por el avance logrado. Quedo preocupada con SARLAFT, nos faltan algunas acciones, actualizaciones de algunos procesos y procedimientos, ya he realizado algunos, pero sería bueno que ustedes nos apoyaran en ese proceso como trabajo de equipo. En cuanto a los planes de mejora que quedaron pendientes (5), solicito que en el mes de Enero de 2021 el 4, me informen para empezar a realizar los procesos de seguimiento y poder finalizar dichos planes de mejora, pues me afana que se de el 100% del cierre de los mismos. Quedo muy complacida con el 77% de cumplimiento, ya que cuando empezamos no teníamos ni el 20% de cumplimiento. Toma la palabra la Dra. Olga aduciendo que la OCI es lo que quiere con relación a la cultura de autocontrol en los líderes, con respecto a la responsabilidad que se debe asumir y no esperar a que me recuerden las acciones a ejecutar. Opina la Dra. Claudia que fue buen el acompañamiento que se hizo con la subgerencia y la OCI, a los líderes para el cumplimiento de los planes de Mejora.

Retoma la palabra la Dra. Claudia, expresando la preocupación por la auditoría de comités, para lo cual va a enviar comunicación, para el cumplimiento de los mismos. Igualmente se reunirá con el área de calidad, ya que es el gran parte de



los soportes de de los comites del area calidad y por lo tanto ellos deben designar una persona para que realice los seguimientos y autocontrol de que los secretarios esten pendientes, por que definitivamente si hace falta el seguiiento con respecto a este proceso para que se cumplan. Los comites tienen una significacion legales grandisimas y en el organigrama de la empresa tienen una implicación grande y la gente no ha entendido eso. En relación a capacitaciones, hable con la Dra. Rocio que fortalecieramos primero el tema SARLAFT y segundo el tema de comites, haciendo una reinduccion de los formato de resolución de cada comité, por que pienso que al inicio se debe dar cuenta de las actividades y las obligaciones que se tienen por resolucion de cada comité, para así poder que todos tengan datos; no se si el año pasado se hizo, creo que no, por lo que pude ver en la auditorias, por que son cosas mas de forma en cuanto a tiempos, convocatorias, entrega de actas, que de un tema ya conyuntural propias del comité; si vemos es una actividad propias del comité, que se esta cumpliendo, pero no en la forma que uno quisiera. Entonces pienso que deberiamos de fortalecerlo, siendo fabuloso que ustedes nos apoyaran en ese proceso que es algo que empezare a dirigir. La Dra. Olga da respuesta a que si serealizaron auditorias de comité, encontrando varias falencias; hace énfasis en el cambio de lideres, en la realizacion de una auditoria de comites, uno de los lideres comunica a nuestro auditor, que no conocia la resolución, se realiza comites sin ni siquiera conocer la resolución. Interviene Lina Maria, quien aduce que ellos pertenecen al comité de gestion y desempeño y el Dr. Diego deja un hallazgo, pero que dentro de la resolucion no estipula dicha acción.

Compromisos de la presente acta:

Compromiso	Responsable		Fecha de cumplimiento
	Nombre completo	Dependencia	
Informe Auditoria Suproceso de Contabilidad.	Martha Cecilia Polania Losada	Control Interno	
Enviar proyecto 3 lineas de defensa	Olga Milena Martinez Laguna	Control Interno	

Tareas del acta anterior No.



ACTA COMITÉ DE CONTROL INTERNO

Tareas del acta anterior No.

Compromiso	Cumplimiento		Evidencias	Observaciones
	Cumple	No Cumple		
N.A			N.A	N.A

Nombre completo

Firma

Miembros:

- José Antonio Muñoz Paz
- Ketty Lorena Vargas Fernández
- Claudia Marcela Camacho Varón

[Handwritten signature]

 Ketty Lorena Vargas FF.

[Handwritten signature]

Invitados:

- Olga Milena Martínez Laguna
- Martha Cecilia Polanía Losada
- Martha Liliana Rodríguez
- Lina del Carmen Perdomo Q.
- Eliana Carmenza Ordoñez A.

[Handwritten signature]

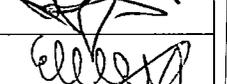
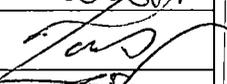
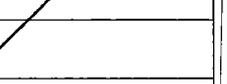
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

 Eliana Carmenza Ordoñez A.

	FORMATO	CODIGO	GTH-S1-F5
	CONTROL DE ASISTENCIA	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	11/01/2019
		PAGINA 1 DE 3	

FECHA	30 - Die - 2020
LUGAR	
A QUIÉN VA DIRIGIDA LA INFORMACIÓN	PERSONAL INTERNO DE LA E.S.E. <input checked="" type="checkbox"/> PERSONAL EXTERNO DE LA E.S.E. <input type="checkbox"/> OTROS _____
ÁREA RESPONSABLE DE BRINDAR INFORMACIÓN	Control Interno
NOMBRE DEL RESPONSABLE	Olga Milena Martinez L.
ASUNTO	Comite Institucional Control Interno

No	NOMBRE COMPLETO	CARGO	SEDE	ENTIDAD	FIRMA
1	MARTHA RODRIGUEZ	COORDINADOR CONTABLE	CALAIMA	ESE CEO	
2	Kathy Lina Vargas F	Jefe Zona Sur.	Andina	ESE CEO	
3	Lina del Carmen Pede	Planificación	Casare	ESE CEO	
4	Eliana Ojeda	Planificación	Casaremu	ESE CEO	
5	Martha P. Pineda	Auditoría	Casaremu	ESE CEO	
6	José A. Martínez	Comunicación	Casaremu	ESE CEO	
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					