	E.S.E HOSPITAL LOCAL DE CURUMANI CRISTIAN MORENO PALLARES		PROCESO DE EVALUACION
	FORMATO DE ACTA		Formato
CONTROL INTERNO			EV-CI-FO-02 Versión 01
			Página 1 29-05-2024


ACTA N° 1

FECHA:	13-01-2025	Hora Inicio	04:00PM	Hora Terminación	06:00PM
LUGAR:	OFICINA DE GERENCIA				
RESPONSABLE	NATHALY RODRIGUEZ MUÑOZ				
CARGO	JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO				
ACTIVIDAD	PRIMERA REUNIÓN DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE CURUMANI CRISTIAN MORENO PALLARES				
OBJETIVO:	GARANTIZAR QUE LAS OPERACIONES, PROCESOS Y PRÁCTICAS ADMINISTRATIVAS SE REALICEN DE MANERA EFICIENTE, EFECTIVA Y CONFORME A LAS NORMATIVAS Y REGULACIONES APLICABLES COMO LA APROBACIÓN DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2025 ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO NORMATIVO				

ORDEN DEL DIA

1. Llamado a lista y verificación de Quórum
2. Oración
3. Aprobación del orden del día.
4. Presentación y aprobación del Plan de Auditoria para la Vigencia 2025.
5. Presentación del informe del segundo semestre de control interno
6. Seguimiento a los planes institucionales para ser cargados a la página web institucional
7. Socialización del informe de PQRS del segundo semestre del 2024
8. Socialización del tercer seguimiento del plan anticorrupción de la vigencia 2024
9. Proposiciones y Varios.

15

	E.S.E HOSPITAL LOCAL DE CURUMANI CRISTIAN MORENO PALLARES		PROCESO DE EVALUACION	
	FORMATO DE ACTA		EV-CI-FO-02 Versión 01	Formato Página 1 29-05-2024
CONTROL INTERNO				

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Llamado a lista y verificación de Quórum.

Se verificó la asistencia por parte de la secretaria del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno la jefe de la oficina de Control Interno, para lo cual se anexa listado de asistencia.

2. Oración

Se coloca el comité en manos de Dios por medio de la oración por parte de la jefe de la oficina de control interno

3. Aprobación del Orden del Día.

La presidenta del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la doctora Karen Margarita Liñán realiza la instalación del mismo da la bienvenida a los integrantes agradeciendo su disposición y puntual asistencia, la jefe de control interno da lectura al orden del día, el cual fue aprobado por unanimidad y se da inicio al 1° comité institucional de Coordinación de Control Interno de la vigencia 2025


4. Presentación y aprobación del Plan de Auditoría para la Vigencia 2025.

Ahora bien, aprobado el orden del día por los integrantes del Comité institucional de control interno, la Jefe de control interno procede a presentar el Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2025, el cual contempla la realización

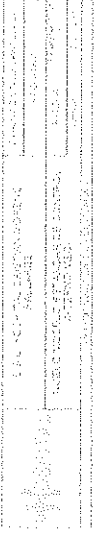
- Auditorias
- Informes de ley
- Informes de seguimiento y evaluación

Donde se explica detalladamente cada proceso y actividades a desarrollar.

Una vez socializado al Comité Institucional de Control Interno, se da la respectiva aprobación unánime para la ejecución del siguiente plan:

	E.S.E HOSPITAL LOCAL DE CURUMANI CRISTIAN MORENO PALLARES	PROCESO DE EVALUACION
	FORMATO DE ACTA	Formato
CONTROL INTERNO		EV-CI-FO-02
		Versión 01
		Página 1
		29-05-2024

PLAN ANUAL DE AUDITORIA 2025



PLAN ANUAL DE AUDITORIA 2025 CONTROL INTERNO HOSPITAL LOCAL DE CURUMANI CRISTIAN MORENO PALLARES

INTRODUCCION

La oficina de control interno, tiene la responsabilidad de desarrollar auditorías que le permitan verificar y evaluar la conformidad con el modelo estándar de control interno, mediante la aplicación de planes de eficiencia, eficacia y economía, con el fin de identificar las debilidades del sistema, tomar las recomendaciones para sustentar las acciones y la supervisión de los planes de mejoramiento interno por parte de los líderes de procesos auditados.

Como instrumento para ejercer el control y seguimiento en la gestión de la empresa, la oficina de control interno elabora el plan anual de auditoría de control interno F04 para la vigencia de 2025.

El presente plan concierne en primera instancia los informes de ley en cumplimiento a la normatividad vigente, seguimiento las auditorías internas llevadas a cabo por los procesos en los que se presenta mayor riesgo de fraude e error, y auditorías a actividades de cumplimiento legal, dentro de procesos y control de control interno.

Dentro de los lineamientos de gestión de representación de control interno está aprobar el Plan Anual de Auditoría de la entidad presentada por el jefe de control interno a sujeción de sus superiores, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones producidas de la ejecución del plan, de acuerdo con el estado de auditoría, basada en la evaluación de los temas tratados según la gestión de riesgos de la administración.



OBJETIVO GENERAL

Programar para la vigencia 2025 el plan de auditoría de la ESE HOSPITAL CURUMANI CRISTIAN MORENO PALLARES con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos vigentes de acuerdo a la normatividad vigente para Control Interno y mejoramiento continuo para la Gestión de Calidad, en cumplimiento de las funciones establecidas por la Ley 87 de 1995, Decreto 645 de 2017, Decreto 1469 de 2017 y demás normatividad reglamentaria.

ALCANCE

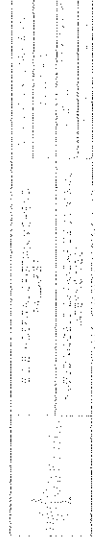
Inicia con la programación del plan anual de auditoría para la vigencia del 2025 hasta la evaluación del cumplimiento del plan por parte del comité de control interno al finalizar la vigencia.

RECURSOS

Humano: Jefe de control interno, líderes de los diferentes procesos de la ESE
Financieros: Según presupuesto asignado
Tecnológicos: Equipo de cómputo, sistemas de información, sistemas de redes y correo electrónico.

RIESGOS

- Falta en el cumplimiento del plan de auditoría.
- Cerrar tiempos insuficientes para el desarrollo de la auditoría.
- Comunicación inadecuada del programa de auditoría.
- Falta de seguimiento al programa de auditoría.



En este sentido los Oficiales de Control Interno, Auditoría Interna o quienes hagan sus veces, deberán:

1. Irán de manera obligatoria y puntual en los Plazos Anuales de Auditoría de 2025 de conformidad especial y a su vez en las actividades especializadas a la programación de las acciones y a los procesos de contratación con causalidad de la emergencia económica.
2. Para los contratos a celebrarse es indispensable que seamos de revisar el procedimiento de contratación a ser aplicado y velar que se ajuste a la normatividad vigente, de acuerdo a la administración incluídas las acciones de planeación y de comunicaciones que establezcan la información a publicar durante todo el proceso contractual y su ejecución, así como las responsabilidades y actualizaciones de la información, el medio de divulgación y el canal para recibir las consultas e informes de la ciudadanía sobre cualquier riesgo de corrupción y la tarea de desarrollar conjuntamente con el CPEI de "Transparencia y el enlace con la Red Internacional de Transparencia y Actualización -RITA.
3. Revisar y ajustar sus Plazos Anuales de Auditoría considerando los temas tratados que respondan a las necesidades actuales y determinar cuáles actividades inicialmente previstas se deben seguir desarrollando y en qué medida. Establecer cuáles de las actividades deberán suspenderse transitoriamente e aplicarse desde la "medicinalización física y tecnológica con seguridad y calidad, y cuáles deberán incluir.
4. Le atención, teniendo en cuenta que deberá seguir sus actividades en la ejecución de seguimientos especiales y suéltalos a las medidas adoptadas con ocasión de la regulación especial por el departamento de emergencias. Para mayor información consulte el documento "Mejores prácticas frente al Rol de las Oficinas de Control



**E.S.E HOSPITAL LOCAL DE
CURUMANI CRISTIAN MORENO
PALLARES**

PROCESO DE EVALUACION

Formato

EV-CI-FO-02

Versión 01

FORMATO DE ACTA

Página 1

29-05-2024

CONTROL INTERNO

	NATHALY RODRIGUEZ MUÑOZ JEFE DE CONTROL INTERNO
--	--

Informe Auditoría Interna o quién haga sus veces, en siempre al César, emitido por la Entidad Pública

5. Apoyar a la Administración con el análisis de riesgos en la administración desde la perspectiva de la emergencia que se vive y verificar la idoneidad de los controles, atendiendo las alertas oportunas.

6. Informar a los entes de control las presuntas irregularidades que se identifiquen en el mal uso de los recursos, adelantando a la Secretaría de Transparencia los hallazgos y los eventuales riesgos de corrupción que identifiquen como resultado de la tarea decantada al campo de aplicación del campo de aplicación de la actividad, para que se tomen las medidas correspondientes por los entes establecidos en el Decreto 1072 de 2015.

NATHALY RODRIGUEZ MUÑOZ
JEFE DE CONTROL INTERNO

	NATHALY RODRIGUEZ MUÑOZ JEFE DE CONTROL INTERNO
--	--

PLAN ANUAL DE AUDITORIA 2023			
ACTIVIDAD	FECHA DE EJECUCIÓN	INDICADOR	ESTADO
1. APOYAR A LA ADMINISTRACIÓN CON EL ANÁLISIS DE RIESGOS EN LA ADMINISTRACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA EMERGENCIA QUE SE VIVE Y VERIFICAR LA IDONEIDAD DE LOS CONTROLES, ATENDIENDO LAS ALERTAS OPORTUNAS.	01/05/2023 - 31/05/2023	1.1. Se realizó el análisis de riesgos en la administración desde la perspectiva de la emergencia que se vive y se verificó la idoneidad de los controles, atendiendo las alertas oportunas.	2023
2. INFORMAR A LOS ENTES DE CONTROL LAS PRESUNTAS IRREGULARIDADES QUE SE IDENTIFIQUEN EN EL MAL USO DE LOS RECURSOS, ADELANTANDO A LA SECRETARÍA DE TRANSPARENCIA LOS HALLAZGOS Y LOS EVENTUALES RIESGOS DE CORRUPCIÓN QUE IDENTIFIQUEN COMO RESULTADO DE LA TAREA DECANTADA AL CAMPO DE APLICACIÓN DEL CAMPO DE APLICACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PARA QUE SE TOMEN LAS MEDIDAS CORRESPONDIENTES POR LOS ENTES ESTABLECIDOS EN EL DECRETO 1072 DE 2015.	01/05/2023 - 31/05/2023	2.1. Se informó a los entes de control las presuntas irregularidades que se identifiquen en el mal uso de los recursos, adelantando a la Secretaría de Transparencia los hallazgos y los eventuales riesgos de corrupción que identifiquen como resultado de la tarea decantada al campo de aplicación del campo de aplicación de la actividad, para que se tomen las medidas correspondientes por los entes establecidos en el Decreto 1072 de 2015.	2023

	NATHALY RODRIGUEZ MUÑOZ JEFE DE CONTROL INTERNO
--	--

ACTIVIDAD	FECHA DE EJECUCIÓN	INDICADOR	ESTADO
1. APOYAR A LA ADMINISTRACIÓN CON EL ANÁLISIS DE RIESGOS EN LA ADMINISTRACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA EMERGENCIA QUE SE VIVE Y VERIFICAR LA IDONEIDAD DE LOS CONTROLES, ATENDIENDO LAS ALERTAS OPORTUNAS.	01/05/2023 - 31/05/2023	1.1. Se realizó el análisis de riesgos en la administración desde la perspectiva de la emergencia que se vive y se verificó la idoneidad de los controles, atendiendo las alertas oportunas.	2023
2. INFORMAR A LOS ENTES DE CONTROL LAS PRESUNTAS IRREGULARIDADES QUE SE IDENTIFIQUEN EN EL MAL USO DE LOS RECURSOS, ADELANTANDO A LA SECRETARÍA DE TRANSPARENCIA LOS HALLAZGOS Y LOS EVENTUALES RIESGOS DE CORRUPCIÓN QUE IDENTIFIQUEN COMO RESULTADO DE LA TAREA DECANTADA AL CAMPO DE APLICACIÓN DEL CAMPO DE APLICACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PARA QUE SE TOMEN LAS MEDIDAS CORRESPONDIENTES POR LOS ENTES ESTABLECIDOS EN EL DECRETO 1072 DE 2015.	01/05/2023 - 31/05/2023	2.1. Se informó a los entes de control las presuntas irregularidades que se identifiquen en el mal uso de los recursos, adelantando a la Secretaría de Transparencia los hallazgos y los eventuales riesgos de corrupción que identifiquen como resultado de la tarea decantada al campo de aplicación del campo de aplicación de la actividad, para que se tomen las medidas correspondientes por los entes establecidos en el Decreto 1072 de 2015.	2023

	NATHALY RODRIGUEZ MUÑOZ JEFE DE CONTROL INTERNO
--	--

ACTIVIDAD	FECHA DE EJECUCIÓN	INDICADOR	ESTADO
1. APOYAR A LA ADMINISTRACIÓN CON EL ANÁLISIS DE RIESGOS EN LA ADMINISTRACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA EMERGENCIA QUE SE VIVE Y VERIFICAR LA IDONEIDAD DE LOS CONTROLES, ATENDIENDO LAS ALERTAS OPORTUNAS.	01/05/2023 - 31/05/2023	1.1. Se realizó el análisis de riesgos en la administración desde la perspectiva de la emergencia que se vive y se verificó la idoneidad de los controles, atendiendo las alertas oportunas.	2023
2. INFORMAR A LOS ENTES DE CONTROL LAS PRESUNTAS IRREGULARIDADES QUE SE IDENTIFIQUEN EN EL MAL USO DE LOS RECURSOS, ADELANTANDO A LA SECRETARÍA DE TRANSPARENCIA LOS HALLAZGOS Y LOS EVENTUALES RIESGOS DE CORRUPCIÓN QUE IDENTIFIQUEN COMO RESULTADO DE LA TAREA DECANTADA AL CAMPO DE APLICACIÓN DEL CAMPO DE APLICACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PARA QUE SE TOMEN LAS MEDIDAS CORRESPONDIENTES POR LOS ENTES ESTABLECIDOS EN EL DECRETO 1072 DE 2015.	01/05/2023 - 31/05/2023	2.1. Se informó a los entes de control las presuntas irregularidades que se identifiquen en el mal uso de los recursos, adelantando a la Secretaría de Transparencia los hallazgos y los eventuales riesgos de corrupción que identifiquen como resultado de la tarea decantada al campo de aplicación del campo de aplicación de la actividad, para que se tomen las medidas correspondientes por los entes establecidos en el Decreto 1072 de 2015.	2023

Observación: Se anexa cuadro en Excel con auditoría interna de la oficina de control interno a los procesos administrativos.



**E.S.E HOSPITAL LOCAL DE
CURUMANI CRISTIAN MORENO
PALLARES**

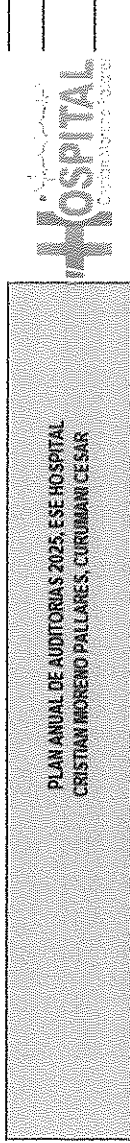
PROCESO DE EVALUACION

Formato

EV-CI-FO-02
Versión 01

**FORMATO DE ACTA
CONTROL INTERNO**

Página 1
29-05-2024



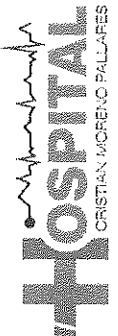
OBJETIVO: Relacionar las auditorías y seguimientos de informes a ejecutar en la vigencia 2025 para evaluar el estado del sistema de control interno y de gestión de la ESE Hospital Cristian Moreno Pallares, de Curumani Cesar, de igual manera aportar al mejoramiento continuo de los procesos misionales, de apoyo y asistenciales hasta la ejecución del Plan Anual de Auditoría

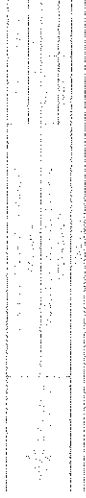
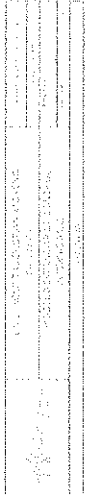
1. AUDITORIAS ESPECIALES Y REGULARES A REALIZAR EN LA VIGENCIA 2025

MACROPROCESO	PROCESO	ENFOQUE	OBJETIVO	FE C O M P R E N D I D O	FE B R O	M A R C H O	A B R I L	M A Y O	J U N I O	J U L I O	A G O S T O	S E P T I E M B R E	O C T U B R E	N O V I E M B R E	D I C I E M B R E	OBSERVACIONES
APoyo a LA GESTION	Gestión del de las dependencias	Auditoria interna basada en riesgos de gestión	Revisión a las actividades, resultados y procedimientos, con el fin de comprobar que funcionan de conformidad con las normas, principios y procedimientos establecidos. Leyes, Decretos, resoluciones aplicables, Planes, Informes, Programas, Manuales, proyectos, procedimientos adaptados por la entidad.													Informe de ejecución del plan operativo institucional 2024, certificación indicada informe gerencial.
	Gestión Facturación	Auditoria interna basada en riesgos de corrupción	Verificar el seguimiento a la trazabilidad de las facturas, pagares y cuentas por Cobrar.													Informe de seguimiento a la facturación Caja Mayor, Radicación vigencia 2024, 2025
	Gestión Almacén y Farmacia	Auditoria interna basada en riesgos de gestión	Verificar la efectividad en el ingreso y distribución de los elementos del campo de para en la sala de parto y en sala de reanimación, ingresos y egresos de insumos a almacen según contratos vigentes en la Entidad y seguimientos al área de Farmacia.													Evidencias fotográficas del seguimiento a el proceso, actas de Auditoria y los seguimientos.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	PROCESO	ENFOQUE	OBJETIVO	FE C O M P R E N D I D O	FE B R O	M A R C H O	A B R I L	M A Y O	J U N I O	J U L I O	A G O S T O	S E P T I E M B R E	O C T U B R E	N O V I E M B R E	D I C I E M B R E	OBSERVACIONES
GESTION DE TECORERIA	Gestión de Tecoreria	Auditoria interna basada en riesgos de corrupción	Verificar la contención y consignación de efectivo diario de las facturaciones, Política global de recursos para responsables de cajas general, conciliaciones bancarias.													actas de seguimiento a la caja menor, egresos de la ESE.
	Gestión de presupuesto	Auditoria interna basada en riesgos de gestión	Verificar la aplicabilidad de la normatividad en el ejecución de procesos seleccionados en vigencia 2025.													Informe General sobre la ejecución PIC, paque automotor de la ESE, Mantenimiento hospitalario
	Contratación	Auditoria interna basada en riesgos de corrupción	Verificación de aplicabilidad de la normatividad en el proceso contractual y publicación en el SECOPI II, y a la publicación en el SIA OBSERVA													Informe seguimiento a la publicación en secopi II, seguimiento a la publicación al SIA OBSERVA
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Gestión Jurídica	Auditoria interna basada en riesgos de corrupción	Revisión a las actividades, resultados y procedimientos, con el fin de comprobar que funcionan de conformidad con las normas, principios y procedimientos establecidos. Leyes, Decretos, resoluciones aplicables, Planes, Informes, Programas, Manuales, proyectos, procedimientos adoptados por la entidad y estados de los procesos vigentes.													Informe sobre revisión de carpetas contractuales, matriz de contenidos y legalidad de los documentos soportes.
	Atención SIAJ	Auditoria interna basada en riesgos de gestión	Verificar el cumplimiento de las actividades realizadas para el desarrollo del proceso SIAJ. Se evaluará el cumplimiento de las funciones de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen y que se relacionen con el cumplimiento de la misión de la entidad. Verificación de los deberes y derechos.													Informe PORS e Informeización al usuario, Verificación de la implementación del formato PORS, acompañamientos a los comité de Ética y a lo que la oficina de SIAJ requiera.
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Gestión Planeación	Auditoria interna basada en riesgos de gestión	Seguimiento a la implementación de MIPG, verificando las acciones adelantadas por la administración frente a los planes de acción de auto diagnóstico de MIPG, cumplimiento del Informe de gestión gerencial.													diligenciar en el aplicativo FURAC el formulario de reporte y avances de la gestión para la vigencia 2024, verificación al cumplimiento de las políticas y actividades de las



	E.S.E HOSPITAL LOCAL DE CURUMANI CRISTIAN MORENO PALLARES		PROCESO DE EVALUACION
	FORMATO DE ACTA		Formato
CONTROL INTERNO		EV-CI-FO-02 Versión 01	Página 1 29-05-2024



Curumani, Cesar – 27 de Noviembre del 2024

Docentes(as):
KAREN MARGARITA LINAM PITRE – Gerente
TOMAS CADENA RINCON – Profesional Universitario- RH
 Hospital Cristian Moreno Pallares

REFERENCIA: Planes Institucionales

ASUNTO: Elaboración y Publicación de los siguientes Planes Institucionales

Care del Servicio


De conformidad con lo señalado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – (MIG) y dual de permite a todas las entidades del Estado, planear, programar, ejecutar, controlar, evaluar y mejorar sus actividades, se han elaborado los siguientes planes y presupuesto de la institución de los cuales se informa: En cumplimiento del Decreto 912 del 2013, por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de la Entidades del Estado, unifico la fecha para que las entidades formulen y adjuten como parte de: plan de acción institucional los siguientes planes:

1. Plan institucional de archivos de la Entidad FINAR
2. Plan Anual de Vacantes
3. Plan estratégico de Talento Humano
4. Plan de capacitaciones
5. Plan de Seguridad e Ingresos institucionales
6. Plan de Atención y Atención al Ciudadano
7. Plan de comunicación y atención al ciudadano
8. Plan estratégico de tecnologías de la información y las comunicaciones (EIT)
9. Plan de tratamiento de Riesgos de seguridad y privacidad de la información
10. Plan anual de Adquisiciones
11. Plan anual de Vacaciones
12. Plan de Protección de Recursos Humanos

NATHALY RODRIGUEZ MUÑOZ
 Gerente
E.S.E CRISTIAN MORENO PALLARES.

7. Socialización de Informe unificado de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) recibidas y atendidas por las dependencias del Hospital Cristian Moreno Pallares y la percepción de los trámites y servicios evaluados por los grupos de valor y otros de interés durante el periodo comprendido entre el 1° de Julio al 31 de Diciembre de 2024. El propósito del informe es determinar la oportunidad de las respuestas y el nivel de percepción de los servicios y trámites ofrecidos por la Entidad, y en el evento de ser necesario, formular recomendaciones a la alta dirección y a los responsables de los procesos, para el mejoramiento continuo de la prestación del servicio a los usuarios por parte de la Entidad. La fuente de información que se tomó como base para la elaboración del presente informe, fueron los análisis de PQRSD, elaborados por la Oficina del SIAU de la ESE, Oficina de Gerencia, Página Web Institucional.

Durante el periodo comprendido de 1 de Julio al 31 de Diciembre del 2023 se presentaron un total de 29 Novedades sin embargo para la vigencia del II semestre del 2024 se presentaron 81 novedades lo que representa un aumento del 64% las cuales fueron hechas a través de los buzones de PQRS de la entidad, oficina SIAU. Las novedades en su totalidad tienen que ver con la prestación del servicio, exactamente con la parte de recurso humano en los servicios de Consulta Externa,

	E.S.E HOSPITAL LOCAL DE CURUMANI CRISTIAN MORENO PALLARES		PROCESO DE EVALUACION
	FORMATO DE ACTA		Formato
CONTROL INTERNO			EV-CI-FO-02 Versión 01 Página 1 29-05-2024

Urgencia, Odontología, Laboratorio Clínico, imagenología, trato digno, suministro hospitalario insuficiente, planta física-espacios-muebles-dotación inapropiada donde el mayor número de PQRS fue en la falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica general y en la falta de oportunidad en laboratorio clínico

Estas quejas y reclamos nos permiten conocer las inquietudes y manifestaciones de nuestros usuarios, brindándonos la oportunidad de fortalecer nuestros servicios y avanzar hacia la excelencia. Al comparar este análisis del segundo semestre del 2023 con el 2024, observamos un aumento del 64% del número de PQRS, lo cual indica la necesidad de trabajar continuamente para lograr la satisfacción de los usuarios.

El indicador de oportunidad en la respuesta está en el 100% de esta manera el Hospital Cristian Moreno Pallares está cumpliendo con la normatividad en la respuesta de cada una de las PQR que llegan a la Entidad por medio de los buzones de sugerencias y a la oficina de SIAU.

Durante el segundo semestre del año 2024, se radicaron un total de 16 requerimientos. Sin embargo, para el año 2023 se presentó 13 requerimientos lo que representa un aumento del 19 % para la vigencia 2024

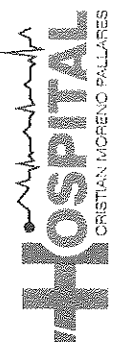
Los asuntos de los derechos petición llegados a la oficina de Gerencia en el segundo semestre del 2024 fueron 126 de los cuales los motivos de las solicitudes fueron los siguientes: historias clínicas, solicitud de documentos, solicitud de información, certificaciones laborales, copia de contrato para un total de 126 derechos de petición en donde se le dio oportunidad de respuesta al 100%

Se recomienda Apertura a los buzones de las PQRSF cada ocho (8) días, con el fin de tener oportunidad en el trámite de las PQRS, así como también dejar registro de la fecha de apertura, de las personas que participan, el número de PQRSF encontradas en cada buzón, con el propósito de dejar evidencias de su gestión y efectuar un control efectivo a las PQRSF.

cuando existan quejas que involucren a funcionarios y/o contratistas del Hospital, por malos tratos y/o mala prestación del servicio, el equipo directivo hará saber a los mismos, con el fin de que se tomen las respectivas correcciones, realizando el seguimiento a los implicados

fomentar el uso del buzón de PQRS, como también de los aplicativos dispuestos en la página web para la recepción de las PQRSF, dándolas a conocer a la comunidad,



	E.S.E HOSPITAL LOCAL DE CURUMANI CRISTIAN MORENO PALLARES		PROCESO DE EVALUACION
			Formato
FORMATO DE ACTA		EV-CI-FO-02 Versión 01	Página 1 29-05-2024
CONTROL INTERNO			

como mecanismos efectivos de comunicación entre la administración del Hospital y los usuarios externos.

proyectar información a los usuarios en las diferentes salas de espera de la ESE Hospital Cristian Moreno Pallares, sobre derechos y deberes, protocolos, políticas institucionales, y demás información institucional de interés para el cliente interno y externo.

Sostener el recurso humano del HCMP para la atención al usuario con los recursos tecnológicos logísticos para su funcionamiento, a través de la oficina SIAU

8. Se socializa por parte de la oficina de Control Interno el informe del seguimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano de la ESE dejando la recomendación de fortalecer el segundo componente de Racionalización de Trámites ya que a un no se ha recuperado el usuario y la contraseña para actualizar los avances que está haciendo la Entidad para brindar una atención con calidad

La entidad cumplió con el 100% del componente Rendición de cuentas La información fue verificada, y la actividad se cumplió.


El 4 componente de atención al ciudadano se cumplió, la información fue verificada, y la actividad se cumplió los soportes reposan en la oficina de SIAU, Calidad y Talento Humano

El 5 componente de transparencia y Acceso a la información se evidencia que la pagina institucional falta por actualizar en algunos módulos del micrositio de transparencia pero se ha evidenciado avances en la transición de gobierno en línea, se le hace el respectivo seguimiento al reporte en el portal de Colombia Compra Eficiente SECOP y no se está al día con la contratación publicada, Se realiza las respuestas de solicitudes a través de medio escrito y vía telefónica, para la satisfacción del usuario, dejando claridad que en el segundo semestre se dio respuesta a un derecho de petición que habían solicitado en el primer semestre a la gerencia del doctor Lozano Rios gerente en ese momento y al que no se le respondió con oportunidad.

PROPOSICIONES

La jefe de control interno recomienda realizar el Curso de Integridad y de MIPG de la Función Pública a todos los líderes de los procesos de la Institución dando cumplimiento también a la directriz impartida por el municipio en el Plan de



	E.S.E HOSPITAL LOCAL DE CURUMANI CRISTIAN MORENO PALLARES		PROCESO DE EVALUACION
	FORMATO DE ACTA CONTROL INTERNO		Formato EV-CI-FO-02 Versión 01 Página 1 29-05-2024

Desarrollo Municipal donde le apuestan al 100% de los servidores públicos contar con estos cursos.

satisfacer las necesidades y expectativas de la ciudadanía. Esto se lograra mediante la implementación de sistemas administrativos avanzados que permitan una gestión mas efectiva. El objetivo es coordinar los diversos sistemas de gestión del Municipio de Curumani para asegurar una administración mas efectiva y eficiente, optimizando

Planificación

Concejo Municipal de Curumani-cesarCalle7 No. 15-104 Esquina
E-mail: gerencia@hospitalmcurumani.gov.co Celular 3145978771



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO DE CURUMANI
CONCEJO MUNICIPAL
NIT: 800230796-2




los recursos disponibles y aprovechando las sinergias entre ellos para garantizar un desempeño institucional óptimo. Entre las apuestas de transformación institucional para una mejor gestión y desempeño el municipio tiene las siguientes:
100% servidores públicos con curso virtual MIPG realizado y 100% servidores públicos con curso virtual Lenguaje Claro realizado

Responsable: jefe de talento Humano.

Asignación de responsabilidades, Designar a personas o equipos responsables de cada acción a realizar según las dimensiones del modelo estableciendo un cronograma claro para la implementación de cada acción, con fechas específicas de inicio y finalización teniendo presente las líneas de defensa según el Modelo

- 1 Línea: líderes de los procesos todos los funcionarios, Gestión Operativa (día a día)
 - 2 Línea: Jefe de Planeación, Coordinadores, comités
 - 3 Línea: control interno a partir de sus 5 roles. (1 liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del Riesgo, Relación con los entes externos de Control, Evaluación y Seguimiento)
- Definir los recursos necesarios (financieros, humanos, tecnológicos) para llevar a cabo las acciones propuestas.
- Programa reuniones de seguimiento para evaluar el progreso, identificar obstáculos y realizar ajustes si es necesario.

	E.S.E HOSPITAL LOCAL DE CURUMANI CRISTIAN MORENO PALLARES		PROCESO DE EVALUACION	
	FORMATO DE ACTA		EV-CI-FO-02 Versión 01	Formato Página 1 29-05-2024
CONTROL INTERNO				

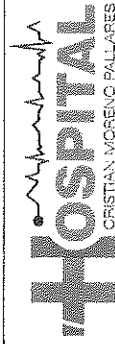
Cumplir con la Ley de transparencia: publicación oportuna del Secop II, siget, SIA Contraloría, Publicar estados Financieros y el Boletín Informativo cumplimiento 712 en el módulo Participa se debe publicar las convocatorias a las Jornadas de Salud que se desarrollan.

Actualizar las Políticas Institucionales para el periodo de la nueva administración y publicarlas en la página institucional.

Se deben adelantar acciones para realizar la evaluación de desempeño laboral, y evaluación del clima laboral.

COMPROMISOS O ACUERDOS

COMPROMISOS	ACCION DE MEJORA	RESPONSABLE	CUANDO
Se comprometen los integrantes del Comité, a participar activamente en todas las reuniones, el comité institucional de coordinación de control interno, se estuvo de acuerdo con lo manifestado por la jefe de control interno.	Asistencia a todos los comités que se convoque	Gerente Jefe de la Oficina de Control Interno	Según la necesidad de la Entidad, mínimo dos veces al año
Realizar el cargue de los 12 planes Institucionales en la página web de la Entidad antes del 30 de enero	Elaboración y publicación de los 12 planes institucionales	Gerente Recursos Humanos	30 de Enero
Reunión inicial de revisión y diagnósticos sobre cómo se encuentra formalizado y operando el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.	Convocar reunión de líderes de procesos	Gerente Recursos Humanos	febrero



**E.S.E HOSPITAL LOCAL DE
CURUMANI CRISTIAN MORENO
PALLARES**

PROCESO DE EVALUACION

Formato

EV-CI-FO-02
Versión 01

Página 1
29-05-2024

FORMATO DE ACTA

CONTROL INTERNO

Apertura de buzones debe ser cada ocho (8) días, con el fin de tener oportunidad en el trámite de las PQRS, así como también dejar registro de la fecha de apertura, de las personas que participan, el número de PQRSF encontradas en cada buzón, con el propósito de dejar evidencias buzón, con el propósito de dejar evidencias de su gestión y efectuar un control efectivo a las PQRSF.	Apertura de buzones cada ocho (8) días	SIAU Jefe de la Oficina de Control Interno	Se implementara a partir del mes febrero
Acto administrativo Por medio del cual se actualiza el comité Institucional de Coordinación de Control Interno el que lo modifique, aclare, adicione o sustituya, al igual que las políticas institucionales.	Modificación de la Resolución.	Gerente	febrero
funcionamiento del Comité Institucional Gestión y Desempeño con la participación de los líderes de proceso	Realización del comité Institucional de Gestion y Desempeño	Gerente Recursos Humanos	Marzo
la realización del curso de MIPG por medio de la página de Función Pública a todos los líderes de procesos en el primer cuatrimestre del año.	Curso de MIPG de Función Pública y presentación del certificado de terminación del curso.	Gerente Recursos Humanos	Marzo
Dar cumplimiento al Plan Anual de Auditoria según lo aprobado en el presente comité.	Ejecución de las Auditorias según el plan	Jefe de la Oficina de Control Interno	Enero Diciembre

USA



**E.S.E HOSPITAL LOCAL DE
CURUMANI CRISTIAN MORENO
PALLARES**

PROCESO DE EVALUACION

Formato

EV-CI-FO-02 Página 1

Versión 01 29-05-2024

FORMATO DE ACTA

CONTROL INTERNO

Implementar gestión Documental en la Entidad	Que todos los líderes de proceso implementen la gestión Documental de la Entidad.	Auditora Calidad Gerencia Control Interno	Enero
Información para la implementación y funcionamiento del aplicativo Sistema Único de información y Trámites SUIT, actualmente se encuentra pendiente de ingresar el inventario de trámites de la entidad, en la plataforma SUIT, para gestionar, priorizar y racionalizar los mismos.	funcionamiento del aplicativo Sistema Único de información y Trámites SUIT	SIAU Gerente Recursos Humanos	Enero
adelantar acciones para realizar la evaluación de desempeño laboral, y evaluación del clima laboral	Evolución de desempeño laboral, evaluación del clima laboral	Gerente Recursos Humanos	Enero Diciembre

Se da por terminado el comité a las 06:00 pm dejando claridad que el segundo comité puede ser convocado según la necesidad de la Entidad, la Gerente agradece la asistencia al comité y el compromiso que tiene cada miembro en los procesos que lidera, y motiva para que el 2025 sea un año donde la Entidad cumpla con cada uno de los compromisos y responsabilidades que tiene por ser una Empresa Social del Estado.

NOMBRE	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
KAREN MARGARITA LIÑAN PITRE	C.C 1.065.584.537	GERENTE	
YASMIN KAROLINA PAREJO MISAT	C.C 1064719810	TRABAJADORA SOCIAL	



**E.S.E HOSPITAL LOCAL DE
CURUMANI CRISTIAN MORENO
PALLARES**

PROCESO DE EVALUACION

Formato

EV-CI-FO-02 Página 1

Versión 01 29-05-2024

FORMATO DE ACTA

CONTROL INTERNO

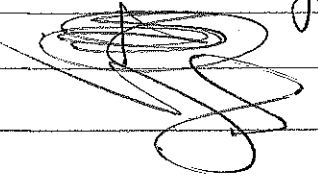
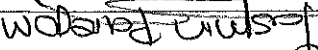

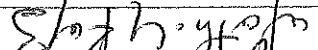


TOMAS CADENA RINCON	C.C 18.969.127	RECURSOS HUMANOS	
NATHALY RODRIGUEZ MUÑOZ	C.C 40.670.789	JEFE DE CONTROL INTERNO	
SUSI BANESA CAMELO ZAPATA	C.C 49.671.333	REVISORA FISCAL	
SHIRLY LORENA FLORIAN GARCIA	C.C 1.064.717.010	AUDITORA DE CALIDAD	

NATHALY RODRIGUEZ MUÑOZ
JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO


ANEXOS

1. LISTA DE ASISTENCIA DEL COMITÉ EN EL FORMATO DE ASISTENCIA INSTITUCIONAL
2. CUADRO EN EXCEL DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LOS DIFERENTES PROCESO DE LA ENTIDAD
3. PLAN ANUAL DE AUDITORIA VIGENCIA 2025

Handwritten mark or signature in the top right corner.

#	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	DEPENDENCIA	CELULAR	FIRMA
	Susi Barrios Camello	49.671.333	Financiera	3106925992	
	Shuly Lorena Flores Gomez	106477070	Calidad	310363287	
	Gasmin Karina Paragomisat	1005719810	SIAD	3185399009	
	Tomas Cedeno Muscon	181969.121	Pl. Humano	3145456919	
	Nathaly Rodriguez y	40.670.489	Cuadro Inform	3113164737	
	Karen Jemari Piro	1065584537	Gerente	312442661	

TEMA	APLICACION A	LUGAR	FECHA
Primer Encuesta Inicial de Coordinacion de Cofa Inventario	Integrantes del Comité	Oficina Gerencia	13-01-2025



E.S.E. HOSPITAL CRISTIAN MORENO
PALLARES

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL
INTERNO MECI

GERENCIA

GESTION DOCUMENTAL	PROCEDIMIENTO	R-GD-07	Versión
Página 1 de 2		01-05-2020	