

ACTA No. 03-2025**NOMBRE DEL COMITÉ O DE LA REUNIÓN: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno****CIUDAD Y FECHA: Manizales 14 octubre 2025****HORA DE INICIO: 10:25AM****HORA FIN: 11:45AM****LUGAR: Oficina Directora General****TEMAS:**

1. Verificación del quorum
2. Lectura y aprobación del acta anterior
3. Socialización Auditorías Internas
4. Socialización Seguimientos
5. Socialización Otros Informes de Seguimiento
6. Socialización plan de mejoramiento suscrito con la CGC
7. Socialización seguimiento plan de mejoramiento suscrito con entes externos de control, con corte al 30 junio 2025 (CGR-CGC)
8. Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno periodo Enero a Junio de 2025
9. Proposiciones y varios

OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN:

- Socialización Auditorías Internas
- Socialización seguimientos
- Socialización otros informes de seguimientos
- Socialización plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de Caldas
- Socialización seguimiento plan de mejoramiento suscrito con entes externos de control, con corte a 30 de junio de 2025.(CGR-CGC)
- Evaluación independiente del Sistema de Control Interno periodo Enero Junio 2025

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Siendo las 10:25 AM del día 14 de octubre de 2025, se da inicio al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, previa citación a través del Comunicado Interno DG-100-0096 del 29 de septiembre de 2025.

La Jefe de la Oficina de Control Interno Dra. Natalia Andrea Ramírez Vélez, da a conocer el Orden del día, el cual se encuentra contemplado en el Comunicado Interno DG-100-0096 del 29 de septiembre de 2025.

- **Verificación del quorum**

La Directora General Dra. Natalia Castaño Díaz, da apertura al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, dándole la bienvenida a cada uno de los asistentes, y determinando que hay quórum para llevar a cabo el comité.

- **Lectura y aprobación del acta anterior**

Se aprueba el Acta N° 02 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del 20 de junio de 2025.

3. Socialización Auditorías Internas

La Jefe de la Oficina de Control Interno, **Dra. Natalia Andrea Ramírez Vélez**, llevó a cabo la socialización de los resultados correspondientes a las auditorías internas que van realizadas durante la vigencia 2025 a los siguientes procesos institucionales: **Tesorería y Contabilidad vigencia 2024, Proceso Gestión Jurídica – Procedimiento Gestión de la Contratación vigencia 2024, y Proceso Gestión del Talento Humano – Procedimiento Administración del Talento Humano (Otros Asuntos de Carrera Administrativa).**

Auditoria Tesorería y Contabilidad.

Con respecto a ésta auditoria la Dra. Natalia Andrea Ramírez Vélez informa que en varias ocasiones ya se ha socializado el resultado. Actualmente, el área adelanta la implementación del correspondiente Plan de Mejoramiento, con el fin de corregir las causas raíz identificadas y garantizar que las operaciones financieras se desarrollen bajo los principios y cumplimiento normativo.

Proceso de Gestión Jurídica Procedimiento Gestión de la Contratación vigencia 2024.

En esta auditoría se identificaron 18 observaciones de carácter reiterativo, lo que evidencia la persistencia de debilidades estructurales en el proceso contractual. Entre las principales falencias detectadas se encuentran:

- Incumplimiento en la publicación completa de los documentos requeridos en la plataforma **SECOP II**, afectando la transparencia y trazabilidad del proceso.

- Presentación de informes con contenido superficial, repetitivo y sin sustento suficiente para demostrar el cumplimiento de la normatividad vigente.
- Errores en el cálculo de la seguridad social de contratistas.

Deficiencias en las actividades de supervisión contractual, lo cual impacta directamente la calidad, oportunidad y legalidad en la ejecución de los contratos.

Ante este panorama, se formuló un Plan de Mejoramiento orientado a fortalecer la gestión documental, el control de la supervisión y la correcta aplicación de las disposiciones normativas en materia de contratación pública.

Proceso de Gestión del Talento Humano – Procedimiento Administración del Talento Humano (Otros Asuntos de Carrera Administrativa)

La auditoría correspondiente a este proceso **se encuentra actualmente en ejecución**. Se prevé que la revisión permitirá identificar oportunidades de mejora en aspectos relacionados con el cumplimiento de las normas de carrera administrativa, la administración del personal y la gestión documental asociada.

4. Socialización Seguimientos

La Jefe de Control Interno, Natalia Andrea Ramírez Vélez, procedió a socializar los diferentes informes de seguimiento elaborados por la Oficina de Control Interno, dentro de los cuales se destacan los siguientes:

Informe Seguimiento al estado de la Información Registrada en el SIGEP II

Durante la verificación realizada a la información reportada en la plataforma SIGEP II, se identificaron diversos inconvenientes e irregularidades que afectan la calidad y confiabilidad de los datos institucionales. Entre las principales observaciones se encontraron inconsistencias, diferencias en la información y diferencias entre los datos cargados y los soportes oficiales.

Estas situaciones generan riesgos asociados a la transparencia, trazabilidad y veracidad de la información pública, además de posibles requerimientos o llamados de atención por parte de los órganos de control.

Con el fin de superar las anomalías detectadas, se recomendó a Talento Humano de la DTSC gestionar una solicitud formal al asesor del SECOP II, con el propósito de coordinar un acercamiento técnico que permita aclarar inquietudes, corregir fallas en los registros y orientar la adecuada administración de la información cargada en la plataforma. Este acompañamiento contribuirá a fortalecer los controles internos y garantizar la integridad de los datos institucionales.

Cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información

En cuanto al seguimiento del programa de transparencia institucional, se evidenció que el mismo fue revisado y ajustado conforme a los lineamientos vigentes, incorporando mínimas modificaciones orientadas a armonizarlo con la normatividad expedida por la Procuraduría General de la Nación y demás autoridades competentes.

Durante la verificación del contenido publicado en el link de Transparencia de la DTSC, se constató que la entidad cumple con los parámetros establecidos y la normatividad vigente.

No obstante, se identificaron algunos aspectos susceptibles de mejora, tales como:

- Actualizar y organizar el organigrama institucional conforme a la estructura vigente.
- Actualizar el directorio institucional.
- Incorporar en la página web la información histórica y relevante que reposaba en la versión anterior del portal.
- Reforzar la actualización periódica de los contenidos para asegurar completa la información.

Estas acciones permitirán fortalecer la transparencia, facilitar el acceso a la información pública y cumplir plenamente con los requerimientos normativos y las buenas prácticas.

Procedimiento Laboratorio de Salud Pública.

Durante el seguimiento realizado al Laboratorio de Salud Pública, Natalia Andrea Ramírez Vélez tomó la palabra e informó que se identificaron diversas deficiencias e inconvenientes que afectan la operación, entre ellas: inadecuadas condiciones estructurales, deficiencias funcionales, deterioro físico de las instalaciones, hacinamiento del personal y riesgo potencial de cruce de infecciones. Estas situaciones fueron socializadas oportunamente con la Alta Dirección con el fin de gestionar soluciones y establecer acciones que permitan mitigar los riesgos mientras se concreta el traslado del laboratorio a la nueva sede. La directora Dra. Natalia Castaño Díaz resaltó que, aunque el traslado está proyectado, es necesario continuar realizando ajustes para garantizar condiciones mínimas de seguridad, orden y funcionalidad, procurando que los equipos, procesos y espacios operen de la mejor manera posible. No obstante, se reiteró que no es viable realizar inversiones de alto costo dado que el laboratorio cambiará de sede en el corto plazo.

Posteriormente, la Dra. Leidy Vanesa Alvarado Llano informó que, a la fecha, se han ejecutado varias adecuaciones necesarias, tales como el cambio de cajones, cambio de sillas, reemplazo de vidrios y pintura de paredes. Sin embargo, enfatizó que no es posible realizar intervenciones mayores debido a la inminencia del traslado. Adicionalmente, anunció que el área de atención a personas será trasladada en la próxima vigencia, puesto que para el cierre del año se deben realizar procesos de metrología.

El Doctor Jorge Rubio Jiménez intervino para mencionar que la percepción del personal del laboratorio frente

a las adecuaciones realizadas ha sido positivo. Informó también que se presentaron retrasos en el manejo de reactivos debido a un incumplimiento involuntario del funcionario encargado del proceso. No obstante, aclaró que ya se cuenta con un plan de saneamiento que será ejecutado durante los meses de noviembre y diciembre de 2025.

Acto seguido, toma la palabra la Doctora Natalia Castaño Díaz, y manifestó la necesidad de priorizar y resolver, en el menor tiempo posible, la problemática relacionada con alimentos, dado que presenta una de las mayores dificultades operativas. Señaló que, lo demás funciona, no lo hacen al 100% pero funciona, la idea es darle la prioridad a alimentos para solucionarlo de la mejor manera y poder ir mirando cómo se van asegurando los procesos y mejorando las condiciones de trabajo, la idea es ir mejorando e ir trabajando en lo que estamos incumpliendo y la proyección que se tiene es realizar el traslado de atención de personas es a mediados del próximo año y hacer la metrología allá para poder tener mejores condiciones y así ir solucionando los inconvenientes que se presenten, además hacer las adecuaciones que se requirieran en Santa Sofía para mejorar las condiciones de salud y bienestar de las personas y proyectar todos los arreglos y realizar el traslado del laboratorio a mitad del próximo año.

Por su parte, la Doctora Leidy Vanesa Alvarado Llano señaló que el proceso de adecuaciones ya se encuentra en fase de evaluación. La intención es determinar si es posible adelantar el traslado y montaje de la operación en diciembre, para iniciar actividades desde el 1 de enero de acuerdo con los requerimientos técnicos. También informó que en los próximos días se recibirá visita y seguimiento por parte de organismos de control, ante quienes se explicarán las acciones adelantadas y el plan de trabajo en curso, con el fin de generar mayor confianza y evidenciar los avances.

La Doctora Natalia Castaño Díaz informó que desde Salud Pública se remitió un documento en el que se señala incumplimiento con todo lo de aguas y que no se hace la verificación en plaguicidas en todos los municipios del departamento específicamente por no realizar la verificación de plaguicidas en todos los municipios del departamento. Solicitó a la directora de la DTSC precisar las acciones a seguir y definir el plan para garantizar el cumplimiento de dicha obligación.

El Doctor Jorge Rubio Jiménez intervino nuevamente y explicó que se tiene previsto realizar una mesa de trabajo con el Laboratorio y el área de Salud Ambiental para abordar específicamente los temas relacionados con plaguicidas y aguas. Explicó que el componente de aguas potables y aguas crudas ya fue resuelto y solucionado, y que actualmente el pendiente corresponde al tema de plaguicidas, para lo cual se recibió asistencia técnica del Instituto Nacional de Salud y se está a la espera de la información necesaria para tomar decisiones pertinentes.

La Doctora Natalia Andrea Ramírez Vélez también informó que en el área del laboratorio se evidencio desorden y problemas de almacenamiento inadecuado de utensilios como neveras de icopor, cajas diversas y una nevera en mal estado. La Doctora Natalia Castaño Díaz solicitó evaluar la reparación lo que se encuentre dañado o averiado o, en caso de no ser viable, darlo de baja o almacenarlo adecuadamente hasta su uso. Recomendó adicionalmente revisar elementos que no se requieran con el fin de liberar espacio. Se dejó como recomendación realizar un proceso de depuración y semaforización de insumos y reactivos, implementar revisiones periódicas, retirar objetos no compatibles con el área, corregir el almacenamiento inadecuado en

estanterías y realizar un análisis técnico de insumos vencidos. Asimismo, sugirió realizar una revisión mensual para asegurar orden, bienestar y limpieza, tanto en la parte técnica como en la administrativa.

Finalmente, la Doctora Natalia Andrea Ramírez Vélez informó que dentro del área del Laboratorio de Salud Pública se identificaron problemas relacionados con el ambiente laboral. En consecuencia, la Doctora Natalia Castaño Díaz recomendó desarrollar actividades enfocadas en liderazgo, comunicación efectiva, empoderamiento y fortalecimiento del trabajo en equipo con el propósito de hacer más efectiva la comunicación. Se sugirió considerar la empresa *Ser Potencial*, especializada en procesos de liderazgo y dinámica organizacional, para apoyar estas intervenciones y mejorar el clima laboral.

5. Socialización Otros Informes de Seguimiento

La Jefe de Control Interno Natalia Andrea Ramírez Vélez continúa con la socialización de los informes, enfatizando que cada uno de estos documentos está disponible públicamente en la página oficial de la entidad. Esta información tiene como objetivo principal garantizar la transparencia en los procesos y facilitar que las diferentes áreas y partes interesadas consulten la información relevante. Además, La Dra. Natalia Andrea Ramírez Vélez, destaca la importancia de que las recomendaciones contenidas en dichos informes sean tomadas en cuenta y aplicadas rigurosamente para la implementación de acciones correctivas. De esta manera, se promueve un proceso sistemático de mejora continua, que contribuye a optimizar los procedimientos, fortalecer la gestión institucional y asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos.

- Plan de Austeridad del Gasto Público II trimestre vigencia 2025
- Efectividad de los controles aplicados a los riesgos II cuatrimestre vigencia 2025
- Programa de Transparencia y Ética Pública II cuatrimestre vigencia 2025
- Gestión de PQRSD I semestre vigencia 2025

6. Socialización plan de mejoramiento suscrito con la CGC

Socialización plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de Caldas, derivado de Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados vigencia 2024

La Jefe de Control Interno Doctora Natalia Andrea Ramírez Vélez, informa que durante la auditoría realizada por la Contraloría General de Caldas se dejaron cinco hallazgos con doce acciones de mejora. En este sentido, se presenta el plan de mejoramiento diseñado para atender y dar cumplimiento a estas acciones establecidas por la Contraloría General de Caldas, en el marco de la auditoría realizada.

El plan contempla un conjunto medidas específicas encaminadas a corregir las observaciones detectadas, garantizar la transparencia en los procesos. Entre las acciones principales se destacan:

- 1- El Manual de Políticas Contables que se encuentra desactualizado. El cual se realizará la actualización en el mes de diciembre de 2025.
- 2- Registro contable inadecuado en cuentas ingresos y gastos que no son acordes con su dinámica.

- 3- Reintegro de los recursos no reconocidos con destinación específica en usos no autorizados establecidos en la Resolución 626 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social. El cual se tiene planteado un comité integrado por el Doctor Camilo Ramírez Salazar para revisar cuando hallan dudas y lineamientos cuando se presenten estos casos.
- 4- Pago de intereses moratorios y falta de inicio de la acción de repetición por parte de la Dirección Territorial de Salud de Caldas Pago de intereses moratorios, el cual se le va a realizar el estudio de acción de repetición
- 5- Falta de legalización oportuna de comisiones por viáticos por parte de los funcionarios de la DTSC

Este plan de mejoramiento tiene como objetivo no solo subsanar las deficiencias encontradas, sino también fortalecer los mecanismos de control y gestión interna, asegurando la eficiencia, eficacia y la transparencia en el manejo de los recursos públicos.

En diciembre se hará seguimiento para reportar a la contraloría las acciones de mejora y así subsanar las observaciones dejadas.

7. Socialización seguimiento plan de mejoramiento suscrito con entes externos de control, con corte al 30 junio 2025 (CGR-CGC)

Socialización seguimiento planes de mejoramiento suscritos con entes externos de control, corte 30 de junio de 2025 CGR

La Jefe de Control Interno, Doctora Natalia Andrea Ramírez Vélez, informa que esta auditoría corresponde a Auditoría Actuación Especial de fiscalización Recursos Sistema General de Regalías, la cual presenta un hallazgo con un porcentaje de cumplimiento del 95%. Además, se socializó el plan de mejoramiento correspondiente, el cual está prácticamente cumplido, evidenciando un avance significativo en los procesos auditados y garantizando la adecuada gestión.

Socialización seguimiento planes de mejoramiento suscritos con entes externos de control, corte 30 de junio de 2025 CGR

La Jefe de Control Interno, Doctora Natalia Andrea Ramírez Vélez, informa que la auditoría realizada a Recursos fondo local de salud departamental vigencia 2023 dejó un total de seis hallazgos. A la fecha, se ha logrado un 35.7% del cumplimiento del plan de mejora. Entre las principales dificultades se destaca la ubicación del laboratorio, lo cual ha impedido avanzar plenamente en las acciones correctivas. La DTSC ha enviado toda la documentación y avances realizados hasta este momento. Se espera que el cumplimiento total se logre una vez que el laboratorio esté debidamente ubicado, asegurando así el correcto desarrollo de los procesos.

Socialización seguimiento plan de mejoramiento derivado de Auditoría Financiera y de Gestión vigencia 2023, suscrito con la CGC, corte 30 de junio de 2025

La Jefe de Control Interno, Doctora Natalia Andrea Ramírez Vélez, informa en la Auditoría financiera y de gestión vigencia 2023 actualmente se registran seis observaciones detectadas en los procesos auditados. De estas, se ha alcanzado un cumplimiento del 93% en la ejecución de los planes de mejoramiento establecido para atender dichas observaciones. Sin embargo, a pesar del avance significativo, el cierre formal de estas observaciones aún no se ha concretado, dado que la responsabilidad final de validar y cerrar dichos planes recae directamente en la Contraloría

Esta situación refleja el compromiso institucional con la mejora continua y la transparencia en la gestión, asegurando que las observaciones identificadas se aborden de manera oportuna y conforme a los requisitos normativos establecidos por los organismos de control externo.

8. Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno periodo Enero a Junio de 2025

La Jefe de Control Interno Doctora Natalia Andrea Ramírez Vélez informa que el porcentaje arrojado a la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno periodo Enero a Junio de 2025 fue del 90% derivado de sus componentes con su respectivo nivel de cumplimiento.

| COMPONENTES | NIVEL DE CUMPLIMIENTO COMPONENTES |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Ambiente de Control | 92% |
| Evaluación de Riesgos | 82% |
| Actividades de Control | 100% |
| Información y Comunicación | 95% |
| Monitoreo | 82% |
| Estado del Sistema de Control Interno | 90% |

9. Proposiciones y varios

En el presente comité no hubo proposiciones y varios.

CONCLUSIONES

- 1 Se socializa auditorías internas realizadas durante la vigencia 2025, Tesorería y Contabilidad, Proceso de Gestión Jurídica Procedimiento Gestión de la Contratación vigencia 2024, Proceso de Gestión del Talento Humano Procedimiento Administración del Talento Humano (Otros Asuntos de Carrera Administrativa). Socialización de seguimientos, Informe Seguimiento al estado de la Información Registrada en el Sigep II, Cumplimiento de la ley de Transparencia y Acceso a la información, procedimiento Laboratorio de Salud Pública. Socialización otros informes de seguimiento, Plan de Austeridad del Gasto Público II trimestre vigencia 2025, Efectividad de los controles aplicados a los riesgos II cuatrimestre vigencia 2025, Programa de Transparencia y Ética Pública II cuatrimestre vigencia 2025, Gestión de PQRSD I semestre vigencia 2025. Socialización plan de mejoramiento suscrito con la CGC. Socialización plan de mejoramiento suscrito con la

Contraloría General de Caldas, derivado de la Auditoria Financiera de Gestión y Resultados vigencia 2024. Socialización seguimiento plan de mejoramiento suscrito con entes externos de control, con corte al 30 de junio de 2025 (CGR-CGC). Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno periodo a junio 2025

COMPROMISOS

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | FECHA |
|--|-----------------------------|----------------|
| plan de saneamiento reactivos, que será ejecutado durante los meses de noviembre y diciembre | Subdirector Salud Publica | Diciembre 2025 |
| Cumplimiento del plan de mejoramiento de la Contraloría General de Caldas | Subdirección Administrativa | Diciembre 2025 |
| Cumplimiento del plan de mejoramiento Tesorería y Contabilidad | Subdirección Administrativa | Diciembre 2025 |
| Cumplimiento del plan de mejoramiento Proceso de Gestión Jurídica Procedimiento Gestión de la Contratación vigencia 2024. | Jefe Subdirección Jurídica | Diciembre 2025 |
| Una vez que el Instituto Nacional de Salud suministre la información de asistencia técnica sobre plaguicidas que decisiones se deben tomar para dar solución al inconveniente presentado | Subdirector Salud Publica | Diciembre 2025 |

ASISTENTES

| NOMBRE | CARGO/DEPENDENCIA/ENTIDAD | FIRMA |
|------------------------------|----------------------------------|--------------|
| Natalia Andrea Ramírez Vélez | Jefe Oficina Control Interno | |
| Natalia Castaño Díaz | Director General | |
| Camilo Ramírez Salazar | Subdirector Jurídico | |
| Olga Lucia Corrales | Subdirector Servicios de Salud | |

| | | |
|-------------------------------|---|-------------------------------------|
| Erika Angelillis Quiceno | Jefe Oficina Asesora de Prensa y Comunicaciones | |
| Leidy Vanesa Alvarado Llano | Subdirección Administrativa | |
| Isabel Cristina Murillo Arias | Jefe Planeación | |
| Jorge Rubio Jiménez | Subdirector Salud Publica | |
| INVITADOS | | |
| NOMBRE | | CARGO/DEPENDENCIA/ENTIDAD |
| Juan Carlos Arias Salazar | | Contratista Oficina Control interno |
| Amparo Grisales González | | Contratista Oficina Control interno |

(Se adjunta registro de asistencia de participantes)

Siendo las 11.45, se da por terminada la reunión