

124

RESOLUCION N° \_\_\_\_\_ DE 2019

16 JUL 2019

Por medio de la cual se deroga la Resolución N°108 de 17 de mayo 2018, y se definen los lineamientos institucionales para que la Oficina de Control Interno cumpla con las actividades de evaluación independiente, auditoria interna y auditoria para el mejoramiento de la calidad en la E.S.E Hospital San Rafael Tunja.

### LA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA,

En uso de las atribuciones constitucionales y legales y, en especial las conferidas por la Ley 87 de 1993, en los Estatutos del hospital y,

#### CONSIDERANDO:

Que la Ley 87 de 1993, y el Decreto reglamentario 1537 de 2001, establecen que la evaluación y seguimiento se constituyen en una de las actividades más relevantes de la responsabilidad que le corresponde a las oficinas de Control Interno.

Que la Ley 1474 de 2011, estableció los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

Que para llevar a cabo la evaluación independiente del sistema de control interno y las auditorias para mejoramiento de la calidad, se requiere realizar el ciclo PHVA (planear, hacer, verificar, ejecutar), el cual debe quedar plasmado en la caracterización del respectivo proceso.

Que el Decreto 1083 de 2015 especifica que se ha establecido en el más alto nivel gerencial la Oficina de Control Interno (o quien haga sus veces), con las responsabilidades de asesorar a la Administración en materia de control interno, liderar el proceso de Auditoría Interna de la entidad, realizar la evaluación independiente, evaluar la manera como la entidad está administrando los riesgos y fomentar el desarrollo de la cultura de control en la entidad.

Que el Decreto 1499 de 2017 establece "La actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a que hace referencia el artículo 5° de la Ley 87 de 1993"

Que en el Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se determinan los criterios para desarrollar programas de Auditorias para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, los cuales deben ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.



Que la Norma Técnica Colombiana NTC – ISO 19011:2018 contempla las directrices para la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad, por lo cual se constituye en documento de referencia a tener en cuenta en la entidad.

Que el Departamento Administrativo de la Función Pública expidió la Guía de Auditorías para entidades públicas documento de apoyo y consulta para el desarrollo del proceso de auditorías en las instituciones.

Que la Resolución interna 030 de 2018, actualiza el comité de coordinación del sistema de control interno y gestión de la calidad de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja y su estructura de trabajo.

Que mediante la Resolución 108 del 17 de mayo de 2018, se definieron los lineamientos institucionales para que la Oficina de Control Interno cumpla con las actividades de autoevaluación independiente, auditoría interna y auditoría para el mejoramiento de la calidad del hospital.

En mérito de lo expuesto.

## RESUELVE

**ARTICULO PRIMERO. Plan anual de Auditoría.** La Oficina de Control Interno para cada vigencia establecerá el Plan anual de auditorías, el cual contempla los procesos priorizados según la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública, así como los seguimientos establecidos según el marco Normativo legal vigente en materia de Control Interno, y las auditorías al Sistema Obligatoria de Garantía de la calidad aprobadas por el Asesor de Desarrollo de Servicios. Éste plan se presentará al inicio de cada anualidad en Comité de Coordinación de Control Interno y de Calidad para su aprobación y posterior seguimiento, y se realizara su socialización a través de correo electrónico.

**PARÁGRAFO 1.** Toda modificación y/o ajuste al plan anual de auditorías deberá ser aprobado por el Comité de Coordinación Control Interno y Calidad.

**ARTICULO SEGUNDO. Aviso de la auditoría o evaluación independiente.** La Oficina de Control Interno deberá anunciar mínimo con tres días de anticipación al proceso, Subgerencia u Oficina Asesora respectiva y a la Gerencia sobre la auditoría a realizar, el objetivo y sus alcances. En todo caso, las partes deberán concertar la fecha para dicha actividad.

**ARTÍCULO TERCERO. Desarrollo de la Auditoría y Análisis de la Información.** En desarrollo de la evaluación del sistema de Control Interno, calidad o demás sistemas que tenga implementada la institución, el auditor aplicará los papeles de trabajo para recolectar y analizar la información suministrada en el área respectiva, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento interno OACI-PR-02.

**ARTÍCULO CUARTO. Informe Preliminar.** Una vez concluida la etapa prevista en el artículo precedente, se deberá elaborar el informe preliminar, el cual debe contener los hallazgos y observaciones encontrados, y enviar en primer orden, al proceso auditado con copia de la Subgerencia u Oficina Asesora



respectiva para su conocimiento y si hay lugar, para que realice las observaciones al mismo y/o presente los soportes de las actividades adelantadas que eliminan el hallazgo identificado por el auditor.

**PARÁGRAFO 1. Para las auditorías a procesos,** el área o proceso evaluado dispondrá de quince (15) días hábiles siguientes a la recepción del informe preliminar para pronunciarse frente a éste, transcurrido el plazo previsto y si no se obtiene respuesta, se asumirá que el informe es aceptado sin ninguna objeción. En caso de recibir alguna observación al informe, la Oficina de Control Interno tendrá cinco (5) días para analizarla y producir y enviar el informe definitivo.

**PARÁGRAFO 2. Para los Seguidos de Ley** establecidos en el Plan Anual de Auditorías, se enviará informe preliminar a los procesos relacionados con copia a la Subgerencia u Oficina Asesora respectiva, para su conocimiento y si hay lugar para que realicen las observaciones al mismo, en el tiempo establecido por la oficina de control interno y de acuerdo al cronograma establecido en el Plan anual de Auditoría, con el fin de cumplir con la fechas establecidas en el marco normativo.

**ARTÍCULO QUINTO. Informe Definitivo.** Una vez se haya cumplido el plazo previsto en la etapa del numeral anterior, la Oficina de Control Interno procederá a radicar el informe definitivo en la gerencia, y enviara copia a través de correo electrónico a la dependencia evaluada y a la Subgerencia u Oficina Asesora en la cual esté adscrita el área y/o proceso auditado.

**PARÁGRAFO 1.** Los informes de auditoría emitidos por la oficina de calidad o cualquier otra área, que tenga responsabilidad auditora en el Plan anual de auditorías, deben enviar copia del informe Definitivo a la oficina de Control Interno.

**ARTÍCULO SEXTO. Elaboración y presentación de Planes de Mejoramiento.** Dentro de los 10 días hábiles siguientes a la recepción del informe, el proceso evaluado con visto bueno de la Subgerencia u Oficina Asesora correspondiente, elaborará un plan de mejoramiento, en el formato establecido para tal fin, con base en los hallazgos detectados y si lo considera pertinente a las observaciones; el contenido del plan debe indicar las acciones a realizar, el responsable, el indicador final y la fecha límite propuesta para su cumplimiento, éste será radicado en la Gerencia para aprobación del mismo con anticipación; Gerencia dispondrá de diez (10) días hábiles para aprobar el plan de mejora, remitirlo a la Oficina Asesora de Control Interno y a la correspondiente área y Subgerencia u Oficina de Desarrollo de Servicios.

**PARÁGRAFO 1.** La Oficina Asesora de Control interno realizará, si es requerido por el responsable del proceso o la Subgerencia u Oficina Asesora, el acompañamiento para el análisis de causas y la elaboración del plan de mejoramiento.

**ARTÍCULO SÉPTIMO. Solicitud de Prórroga para presentación del plan de mejoramiento.** El líder de proceso auditado, con visto bueno de la Subgerencia u oficina asesora, podrá solicitar a la oficina de control interno prórroga por escrito debidamente motivada y antes del vencimiento del plazo otorgado, por una sola vez.



**ARTÍCULO OCTAVO. Seguimiento Planes de Mejoramiento.** El Seguimiento será realizado por la Oficina Asesora de Control Interno trimestralmente y se hará paralelamente con el seguimiento de avance de los planes operativos existentes en la entidad.

**PARÁGRAFO 1.** El seguimiento a Planes de Mejoramiento suscritos con entes externos de control, se realizará trimestralmente y de acuerdo a las fechas establecidas en los mismos.

**ARTÍCULO NOVENO. Solicitud de ajuste al plan de mejoramiento.** El líder de proceso dueño de Plan de mejoramiento podrá solicitar por escrito, ajuste a las acciones planteadas y a los tiempos establecidos, debidamente motivada y con visto bueno por parte de la Subgerencia u oficina asesora y de Gerencia.

**ARTÍCULO DECIMO. De la Matriz Única de Planes de Mejoramiento.** La Oficina Asesora de Control Interno, llevará la matriz de todos los planes de mejoramiento existentes en el hospital, para su respectivo control y seguimiento. Este monitoreo se realiza trimestralmente y debe ser presentado al comité de Control Interno y calidad para su seguimiento.

**ARTÍCULO DECIMO PRIMERO. De las Instancias de Control que Producen Planes de Mejoramiento.** Existirán planes de mejoramiento derivados de auditorías internas de la Revisoría Fiscal y Oficina de Control Interno, igualmente con las entidades de carácter externo como la Contraloría Nacional o Departamental, la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de la Protección Social, la Secretaria de Salud del Departamento de Boyacá, así como las entidades privadas contratadas para auditar los sistemas de gestión con los que cuenta la entidad.

**ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO. Incumplimiento a la ejecución de Planes de Mejoramiento.** Cuando se presente incumplimiento a las acciones suscritas en los Planes de mejoramiento, el responsable deberá presentar informe a la subgerencia u oficina asesora correspondiente, sustentado las razones o dificultades presentadas para el desarrollo de la actividad, y si es el caso replantear la acción o el tiempo establecido debidamente justificado y que ayude directamente a la eliminación del Hallazgo identificado.

**PARÁGRAFO 1.** Cuando se requiera ajuste al Plan de Mejoramiento se deberá solicitar por escrito a la oficina de control interno debidamente justificado y aprobado por la Subgerencia y/o Oficina Asesora y Gerencia.

**PARÁGRAFO 2.** Cuando exista incumplimiento a Planes de Mejora suscritos con un ente de Control externo, o no se envíe el informe correspondiente por parte del responsable, o el informe no justifique en debida forma el incumplimiento, las Subgerencias y/u Oficina Asesora tomaran las medidas correctivas (requerimientos, llamado de atención....) a los responsables teniendo en cuenta su modalidad de contratación.

**ARTÍCULO DECIMO TERCERO. Vigencia y Derogatoria.** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deja sin efecto alguno todo acto administrativo que lo contrarie.

## COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Tunja, a los 16 JUL 2019



**LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ**  
GERENTE

Revisó: Carlos Alberto Canaria, Subgerente Administrativo y Financiero.

Revisó: Henry Mauricio Corredor, Asesor desarrollo de servicios.

Revisó: María Teresa Acevedo, Asesora Jurídica.

Proyecto: Luz Dary Guerrero, Asesora de control Interno.