
	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 1 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025

PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023.


VIGILADO Supersalud
Unidad de Vigilancia y Control de la Calidad
 Línea de Atención al Usuario: 01 800 910 363




	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 2 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025

1 Tabla de contenido

1	INTRODUCCIÓN	4
2	MARCO LEGAL	5
3	CONTEXTO ESTRATEGICO DE LA INSTITUCIÓN	9
3.1	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	9
3.2	MISIÓN	10
3.3	VISIÓN	10
3.4	PRINCIPIOS CORPORATIVOS	10
3.5	CÓDIGO DE INTEGRIDAD PARA EL SECTOR PUBLICO COLOMBIANO	11
3.6	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	15
4	ORGANIGRAMA	16
5	MAPA DE PROCESO	17
6	POLITICAS PARA LA GESTIÓN ORGANIZACIONAL	18
6.1	POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	18
6.2	POLÍTICA DE CALIDAD	18
6.3	POLÍTICA DE MEJORAMIENTO CONTINUO	18
6.4	POLÍTICA DE USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIALIDAD	18
6.5	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	19
6.6	POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS	19
6.7	POLÍTICA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	19
6.8	POLÍTICA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	19
6.9	POLÍTICA DE GESTIÓN TALENTO HUMANO	19
6.10	POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	20
6.11	POLÍTICA DE USO RACIONAL DE PAPEL	20
6.12	POLÍTICA DE GESTIÓN AMBIENTAL	20
6.13	POLÍTICA FINANCIERA	20
6.14	POLÍTICA DE SEGURIDAD INFORMÁTICA	20
6.15	POLÍTICA DE RACIONALIZACION DE TRÁMITES	21
6.16	POLITICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	21
6.17	POLITICA GERENCIAL DE CONTROL Y VIGILANCIA DE LOS CONTRATOS	21
6.18	POLITICA DE COMPRAS	21

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 3 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023	Próxima Revisión: 17052025		

6.19	POLÍTICA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	22
6.20	POLITICA CÓDIGO DE ÉTICA/ CÓDIGO DE INTEGRALIDAD	22
6.21	POLITICA DE LA AUTERIDAD Y EFICIENCIA EN EL GASTO PÚBLICO	22
6.22	POLITICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL.....	22
6.23	POLITICA DE TRANSPARENCIA Y ACCESO DE LA INFORMACIÓN PÚBLICA	22
6.24	POLITICA DE DEFENSA JUDICIAL Y PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO	23
6.25	POLITICA DE GESTION DEL CONCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN	23
6.26	POLITICA DE CONTROL INTERNO	23
6.27	POLITICA DEL AMBIENTE FISICO	23
6.28	POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	24
6.29	POLITICAS CONTABLES	24
6.30	POLITICA DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS.....	24
6.31	POLITICA DE USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS	24
6.32	POLITICA DE USO Y REUSO	24
7	EL PROPOSITO	25
8	ALCANCE.....	25
9	METODOLOGIA GENERAL.....	25
10	RESPONSABLE.....	26
11	MARCO TEÓRICO.....	26
11.1	DEFINICIONES	26
11.2	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA.....	27
11.3	CONDICIONES GENERALES	28
11.4	ESTRATEGIAS A SEGUIR PARA DESARROLLAR EL PLAN DE AUDITORIAS.....	29
12	METODOLOGIA DEL PROCESO DE AUDITORIA.....	30
12.1	FASE DE PLANEACION.....	30
12.2	FASE DE VERIFICAR.....	30
12.3	FASE DE HACER	31
13	SEGUIMIENTO Y EVALUACION	31
14	PROGRAMACION DE RECURSOS	32

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 4 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023	Próxima Revisión: 17052025		

1 INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno de la ESE. Hospital Octavio Olivares – Puerto Nare, en cumplimiento de la normatividad vigente, y específicamente el decreto No. 943 de 2014 donde el Gobierno Nacional actualizó el MECI, y en aplicación del nuevo Decreto 1499 de septiembre de 2017, en donde con la implementación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG-, en donde se articula el Sistema de Gestión con el Sistema de Control Interno, es así como se manejan 7 dimensiones, dándole la importancia que tiene el Talento Humano en todas las organizaciones, por lo cual es la primera dimensión de que trata el MIPG, y la última dimensión es la que tiene que ver con el Control Interno, en la verificación en la aplicación de las 6 dimensiones anteriores, constituyendo a la Auditoría Interna en una herramienta de retroalimentación del Sistema de Control Interno, que analiza las debilidades y fortalezas del control, así como el desvío de los avances de las metas y objetivos trazados, influyentes en los resultados y operaciones propuestas en la entidad. Su objetivo es formular recomendaciones de ajuste o de mejoramiento de los procesos a partir de evidencias, soportes, criterios válidos y servir de apoyo a los directivos en el proceso de toma de decisiones a fin de que se obtengan los resultados esperados". El mecanismo de Auditoría Interna, necesita que todos los miembros de la organización la vean como una actividad concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la organización para conseguir un mejoramiento continuo y no como un instrumento fiscalizador y negativo.


La actividad auditora se constituye en un “control de controles” por lo cual “el diseño, implementación y mantenimiento del Sistema Institucional de Control Interno- SICI, y la ejecución de los controles establecidos es una responsabilidad de los encargados de los diferentes procesos de la Entidad y no de la Oficina de Auditoría Interna, a la cual le corresponde un papel de evaluador y asesor independiente en la materia”. El marco para la actuación de la Oficina de Auditoría Interna son los diferentes instrumentos de Auditoría aprobados por la entidad, y de igual manera el conjunto normativo vigente.

La auditoría interna es un elemento de control, que permite realizar un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos actividades, operaciones y resultado de la entidad.

Así mismo, permite emitir juicios basados en evidencias sobre los aspectos más importantes de la gestión, los resultados obtenidos y la satisfacción de los diferentes grupos de interés.

Se constituye en una herramienta de retroalimentación del Sistema de Control Interno, que analiza las debilidades y fortalezas del control, así como el desvío de los avances de las metas y objetivos trazados, influyentes en los resultados y operaciones propuestas en la entidad. Su objetivo es formular recomendaciones de ajuste o mejoramiento de los procesos a partir de evidencias, soportes, criterios válidos y servir de apoyo a los directivos en el proceso de toma de decisiones a fin de que se obtengan los resultados esperados.

La evaluación independiente se constituye en una herramienta de retroalimentación para el Sistema de Control Interno, que examina las debilidades y fortalezas del control en la operación de la entidad.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 5 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023	Próxima Revisión: 17052025	

La definición del plan de auditoría es la relación ordenada de una serie de actividades que se deben ejecutar para cumplir con los roles asignados a las Oficinas de Control Interno y que permiten a partir del análisis de riesgos priorizar proceso, procedimientos o proyectos que tienen calificaciones más altas de riesgo; pero no es lo único que se incorpora en este documento, también debe tenerse en cuenta el rol de liderazgo realizado mediante el soporte estratégico e independiente que realiza especialmente el Jefe de la Oficina en reuniones directivas o en comités; también se debe desarrollar el rol de enfoque hacia la prevención a través de las acciones de asesoría y acompañamiento que realizan los profesionales de la dependencia en aquellos espacios en donde son partícipes y en los documentos de seguimiento cuando presenta recomendaciones; además debe cumplir con el rol de relación con entes externos de control en donde su actividad debe estar caracterizada por actividades independientes que permitan el flujo de información en condiciones de oportunidad, integridad y pertinencia que si bien no son responsabilidad en su continuo por parte de la Oficina de Control Interno, si de coordinar que esta sea entregada según el requerimiento del ente externo.


Otro de los roles que se debe evidenciar claramente en el plan de auditorías es la evaluación de la gestión del riesgo, para lo cual se debe aprobar o revisar la política de riesgos en el comité de coordinación institucional de control interno y evaluar las gestión que la entidad realice en cumplimiento de la metodología que para el efecto determine el Departamento Administrativo de la función pública y finalmente se incorporan las actividades que permitan cumplir el rol de evaluación y seguimiento ya sea a través de actividades de seguimiento o de auditoría de las cuales ya se ha indicado que se deberán ajustar a la norma internacional de auditoría.

2 MARCO LEGAL

Que la Ley 100 de 1993, en el artículo 153, numeral 9°, indica que el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesional.

Que el Artículo 209 de la Constitución Política Colombiana establece que: “La Función Administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones. Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno, que se ejercerá en los términos que señale la Ley”.

Que la Constitución Política de Colombia en el artículo 269 determina las obligaciones de las entidades públicas de diseñar y aplicar según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno de conformidad con la normatividad que regula la materia.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 6 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025	

Que el Artículo 269 de nuestra Carta Magna indica, que “En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley, la cual podrá establecer excepciones y autorizar la contratación de dichos servicios con empresas privadas colombianas”.

Ley 87 de 1993. Por la cual se establecen las normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado.

Art. 9. Parágrafo. Como mecanismo de verificación y evaluación del Control Interno se utilizarán las normas de auditoría generalmente aceptadas, la selección de indicadores de desempeño, los informes de gestión y de cualquier otro mecanismo moderno de control que implique el uso de la mayor tecnología, eficacia y seguridad.

Que el decreto 1011 de 2006 establece y reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud.


Ley 1474 de 2011. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

Art. 9. ...El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave

El Decreto 943 de 2014 en su artículo 1°. Establece: “adóptese la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano (MECI), en el cual se determinan las generalidades y estructuras necesaria para establecer, implementar y fortalecer un Sistema de control Interno en las entidades y organismos obligados a su implementación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5° de la Ley 87 de 1993. El Modelo se Implementará a través del manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno, el cual hace parte integral del presente decreto, y es de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades del Estado [...]”.

Que el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, integró en un solo sistema de Gestión los sistemas de desarrollo administrativo y de gestión de la calidad, previstos en las leyes 489 de 1998 y 872 de 2003, respectivamente.

Que el Decreto 1083 de 2015 reglamenta este Sistema de Gestión y actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, de tal manera que permita el fortalecimiento de los mecanismos, métodos y procedimientos de gestión y control al interior de los organismos y entidades del Estado.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 7 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025

Que el artículo 2.2.22.3.1 del Decreto 1083 de 2015 adopta la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG con el fin de lograr el funcionamiento del Sistema de Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno.

Que el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y de los organismos públicos, dirigido a generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio, en los términos del artículo 2.2.22.3.2. del Decreto 1083 de 2015.

Que el Artículo 2.2.22.3.8 del citado Decreto dispone que cada una de las entidades integrará un Comité Institucional de Gestión y Desempeño encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual sustituirá los demás comités que tengan relación con el Modelo y que no sean obligatorios por mandato legal.

Que la misma norma establece que en el orden territorial, el Comité será conformado por el representante legal de cada entidad y será presidido por un servidor del más alto nivel jerárquico, e integrado por servidores públicos del nivel directivo o asesor.


Que el artículo 2.2.23.1 de la misma norma señala que el Sistema de Control Interno previsto en las leyes 87 de 1993 y 489 de 1998 se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.

Que mediante el Decreto 1499 de 2017, se modifica el Decreto 1083 de 2015, sustituyendo los Títulos 22 y 23 de la Parte 2 del Libro 2, en lo relacionado con el Sistema de Gestión y se establece su articulación con el Sistema de Control Interno; adoptando el Modelo de Planeación y Gestión - MIPG como un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar, y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los Planes de Desarrollo y resuelvan los problemas y necesidades de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

Que para el funcionamiento del Sistema de Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno, se debe dar cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 2.2.22.3.1 del Decreto 1499 de 2017.

Que el Decreto 1499 de 2017, igualmente, define que en cada una de las entidades se integrará un Comité Institucional de Gestión y Desempeño encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual sustituirá los demás comités que tengan relación con el Modelo y que no sean obligatorios por mandato legal.

Se entenderá que el nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG-V2) es un, arco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 8 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025

desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

El control interno es transversal a la gestión y desempeño de las entidades y se implementa a través del Modelo Estándar de Control interno-MECI.

Que mediante el Decreto 648 de 2017, se modifica el Título 21 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015 Reglamentario Único del Sector de la Función Pública, y se establece el Sistema Institucional de Control Interno, el cual se integra por el esquema de controles de la organización, la gestión de riesgos, la administración de la información y de los recursos y por el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos, y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas, resultados u objetivos de la entidad.

Que el Decreto 648 de 2017, hizo necesario regular la organización de las oficinas de Control Interno en las entidades de la Rama Ejecutiva del orden nacional frente a las nuevas tendencias internacionales en materia de auditoría interna y fortalecer el Control Interno en las entidades de la Rama Ejecutiva del orden territorial, creando instancias de coordinación y articulación que permitan mejorar el proceso de auditoría interna y la colaboración interinstitucional.


Que, en cumplimiento de las disposiciones legales enunciadas, es necesario crear e integrar el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de ESE. Hospital y fijar su reglamento de funcionamiento.

Art. 17. El Artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, quedará así: "Las Unidades u Oficinas de Control Interno desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, y relación con entes externos de control."

Que la parte 5, título 1, capítulo 1 del decreto 780 de 2016, menciona que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.

El SOGCS está integrado por cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el sistema de Información para la Calidad en Salud.

Que mediante la Resolución 3100 de 2019, "Por medio de la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud".

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 9 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023	Próxima Revisión: 17052025		

3 CONTEXTO ESTRATEGICO DE LA INSTITUCIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital Octavio Olivares en sus inicios se originó como Puesto de Salud del corregimiento “LA MAGDALENA” cuando dejó de ser un corregimiento de Puerto Berrio. Este puesto de salud inició funciones en el local actual del Banco Agrario de Colombia, en el parque principal, luego fue elevado a la categoría de Centro de Salud “JUAN MOJICA ARMELLA”, en reconocimiento a un médico que permaneció en la región y murió trágicamente. El señor Jaime Escobar de la finca La Unión donó al Municipio de Puerto Nare un terreno en la parte alta del pueblo, para la construcción del actual Hospital, el cual se inaugura en 1976.

La Empresa Social del Estado Hospital Octavio Olivares de Puerto Nare fue constituida como Hospital el día 26 de Julio de 1976 con sede y domicilio en el Municipio de Puerto Nare; se nombró como primer gerente al señor Luis Alberto Raigoza quien desempeñó el cargo hasta el mes de Julio de 1977.

El concejo Municipal de Puerto Nare, a través del acuerdo 035 del 25 de diciembre de 1985 crea el Hospital Octavio Olivares como un establecimiento público con fijación de patrimonio y estructura administrativa.

Posteriormente, por medio del acuerdo 017 de 1994 se reestructura y transforma en Empresa Social del Estado, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 100 de 1993.


En la actualidad, la ESE Hospital Octavio Olivares es una entidad de carácter municipal, el cual presta servicios de primer nivel de atención a toda la comunidad del Municipio de Puerto Nare y también algunos usuarios de veredas o corregimientos de Municipios aledaños como Vasconia-Puerto Serviez (Departamento de Boyacá) y Canteras (Municipio de San Luis).

La institución tiene una capacidad instalada de tres (3) camas hospitalarias, una (1) pediátrica, una (1) obstétricas y una (1) hospitalización adultos), una (1) sala de partos y tres (3) ambulancias (Transporte Asistencial Básico), tres (3) camillas de observación adulto hombre, tres (3) camillas de observación adulto mujer, tres (3) consultorios de consulta externa y un (1) consultorio de urgencias.

La institución cuenta con una sede Centro de Salud La Sierra, la cual cuenta con una capacidad instalada de tres (3) camas hospitalarias, una (1) pediátrica, una (1) obstétricas y una (1) hospitalización adultos), una (1) sala de partos, una (1) camillas de observación adulto hombre, una (1) camillas de observación adulto mujer, dos (2) consultorios de consulta externa y un (1) consultorio de urgencias.

3.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

El Direccionamiento estratégico de la entidad es una herramienta que le permite definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, en el cual se plasman los fundamentos, objetivos y estrategias con miras a garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 10 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025

problemas de los ciudadanos destinatarios de sus servicios, así como fortalecer la confianza ciudadana y la legitimidad, lo anterior buscando el logro de la visión institucional.

3.2 MISIÓN

Somos una Empresa Social del Estado del Municipio de Puerto Nare, prestamos servicios de salud de primer nivel de complejidad con excelente calidad hacia nuestros usuarios, a través de la gestión integral del riesgo; la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, a través de la atención humanizada, la seguridad del paciente, apoyados por un equipo humano idóneo, capacitado, con responsabilidad social, conocimientos y competencias bajo un modelo de docencia servicio que contribuyan al bienestar y mejora de las condiciones de salud de la población.

3.3 VISIÓN

La ESE. Hospital Octavio Olivares será para el año 2030 una entidad de primer nivel de atención reconocida en la Región del Magdalena Medio por la excelente gestión integral del riesgo de la población, mediante la innovación de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la puesta del modelo docencia - servicio, el fortalecimiento de la seguridad del paciente, recursos físicos y tecnológicos de última generación permitiendo la utilización de forma eficiente y transparente de los recursos financieros.

3.4 PRINCIPIOS CORPORATIVOS


SEGURIDAD DEL PACIENTE: El usuario, será nuestra razón de ser, todas nuestras funciones girarán en torno a él. Será prioridad del personal institucional, velar por que los servicios ofrecidos, se desarrollen con un alto nivel de seguridad, ofreciendo la tranquilidad requerida por cada usuario.

VOCACIÓN DE SERVICIO: Actitud de vida de colaboración hacia los demás, en todo momento y en todas partes, que lleva a acciones desinteresadas que contribuyen a hacer más ligera y placentera la vida de los otros sin buscar recompensa, agradecimiento y/o admiración.

ATENCION HUMANIZADA: Disponibilidad, entrega, trato humano, cálido y actitud permanente de amabilidad con los usuarios velando siempre por el respeto de sus derechos.

TRABAJO EN EQUIPO: Unir el esfuerzo con quienes participan en los procesos y actividades en búsqueda de objetivos y metas comunes como el logro de beneficios institucionales y personales.

RESPONSABILIDAD SOCIAL: Responsabilidad es hacernos cargo de las consecuencias de nuestras palabras, decisiones y todos nuestros actos. Responsabilidad Social es hacer de la mejor manera lo que nos corresponde, con efectividad, calidad y compromiso, sin perder de vista el beneficio colectivo de la comunidad a la que servimos y la comunidad en la cual estamos. Por esto, implica asumir las consecuencias sociales de nuestros actos y responder por las decisiones que se toman en los grupos de los que formamos parte.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 11 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025

RESPECTO: Es ponerse en el lugar del otro para comprenderlo desde adentro y adoptar, esa otra perspectiva. Significa valorar a los otros como sujetos dignos que merecen nuestro reconocimiento y protección.

EFICIENCIA: Los funcionarios del Hospital actuarán responsablemente con el uso de los recursos para lograr los mejores resultados, reconociendo que los recursos son limitados, y eligiendo entre alternativas que pueden suministrar el mayor beneficio.

CALIDAD: Prestamos servicios de salud accesibles, oportunos, pertinentes, y continuos, con enfoque de seguridad y humanización, centrados en el paciente y su familia.

CONFIDENCIALIDAD: Respeto a la información reservada o secreta de los seres humanos que no deben o no pueden ser difundidos en público o transmitidos a terceros, sin consentimiento del interesado.

3.5 CÓDIGO DE INTEGRIDAD PARA EL SECTOR PUBLICO COLOMBIANO

Un Código que, de manera muy sencilla pero poderosa, nos sirva de guía, sello e ideal de cómo debemos ser y obrar los servidores públicos colombianos, por el hecho mismo de servir a la ciudadanía.


4.1 VALORES

HONESTIDAD

Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

LO QUE HAGO

- ✓ Siempre digo la verdad, incluso cuando cometo errores, porque es humano cometerlos, pero no es correcto esconderlos.
- ✓ Cuando tengo dudas respecto a la aplicación de mis deberes, busco orientación en las instancias pertinentes dentro de mi entidad. Se vale no saberlo todo y también se vale pedir ayuda.
- ✓ Facilito el acceso a la información pública completa, veraz, oportuna y comprensible con los medios destinados para ello.
- ✓ Siempre denuncio las faltas, delitos o violaciones de derechos de los que tengo conocimiento en el ejercicio de mi cargo.
- ✓ Apoyo y promuevo los espacios de participación para que los ciudadanos tengan acceso a la información pública y hagan parte de la toma de decisiones cuando corresponda.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 12 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023	Próxima Revisión: 17052025		

- ✓ Actuó de forma coherente con lo que pienso y con las funciones a mi cargo, lo cual genera credibilidad y confianza.
- ✓ Denuncio las faltas, delitos o violación de derechos de los que tengo conocimiento en el ejercicio de mi cargo, siempre.

LO QUE NO HAGO

- ✗ No le doy trato preferencial a personas cercanas para favorecerlos en un proceso en igualdad de condiciones.
- ✗ No acepto incentivos, favores, ni ningún otro tipo de beneficio que me ofrezcan personas o grupos que estén interesados en un proceso de toma de decisiones.
- ✗ No uso recursos públicos para fines personales relacionados con mi familia, mis estudios y mis pasatiempos (esto incluye el tiempo de mi jornada laboral, los elementos y bienes asignados para cumplir con mi labor, entre otros).
- ✗ No soy descuidado con la información a mi cargo, ni con su gestión.

RESPECTO


Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

LO QUE HAGO

- ✓ Atiendo con amabilidad, igualdad y equidad a todas las personas y en cualquier situación por medio de mis palabras, gestos y actitudes, sin importar su condición social, económica, religiosa, étnica o de cualquier otro orden.
- ✓ Soy amable todos los días, esa es la clave, siempre.
- ✓ Establezco el límite de mis posibilidades teniendo como punto de partida el espectro de posibilidades de los demás; soy tolerante.
- ✓ Reconozco, aprecio y valoro las cualidades, necesidades y decisiones de los otros, ya sea por su conocimiento, su experiencia o su condición de iguales.
- ✓ Estoy abierto al diálogo y a la comprensión, a pesar de perspectivas y opiniones distintas a las mías.
- ✓ No hay nada que no se pueda solucionar hablando y escuchando a los otros.

LO QUE NO HAGO

- ✗ Nunca actúo de manera discriminatoria, grosera o hiriente, bajo ninguna circunstancia.
- ✗ Jamás baso mis decisiones en presunciones, estereotipos, o prejuicios.
- ✗ No agredo, ignoro o maltrato de ninguna manera a los ciudadanos ni a otros servidores públicos.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 13 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023	Próxima Revisión: 17052025		

COMPROMISO

Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

LO QUE HAGO

- ✓ Asumo mi papel como servidor público, entendiendo el valor de los compromisos que he adquirido frente a la ciudadanía y el país.
- ✓ Escucho, atiendo y oriento de forma efectiva a quien necesite cualquier información o guía en algún asunto público.
- ✓ Siempre que interactúo con otras personas estoy atento, sin distracciones de ningún tipo.
- ✓ Desarrollo mis actividades con sentido de pertenencia y responsabilidad.
- ✓ Conozco los objetivos institucionales y enfoco de manera adecuada mis habilidades para aportar a lograrlos.
- ✓ Siempre estoy dispuesto a ponerme en los zapatos de las personas. Entender su contexto, necesidades y requerimientos es el fundamento de mi servicio y labor.
- ✓ Presto un servicio ágil, amable y de calidad.

LO QUE NO HAGO


- ✗ Nunca trabajo con una actitud negativa. No se vale afectar mi trabajo por no ponerle ganas a las cosas.
- ✗ No llego nunca a pensar que mi trabajo como servidor es un "favor" que le hago a la ciudadanía. Es un compromiso y un orgullo.
- ✗ No asumo que mi trabajo como servidor es irrelevante para la sociedad.
- ✗ Jamás ignoro a un ciudadano y sus inquietudes

DILIGENCIA

Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

LO QUE HAGO

- ✓ Uso responsablemente los recursos públicos para cumplir mis obligaciones. Lo público es de todos y no se debe desperdiciar.
- ✓ Cumplo los tiempos estipulados para el logro de cada obligación laboral. A fin de cuentas, el tiempo de todos es oro.
- ✓ Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio público. No se valen cosas a medias.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 14 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023	Próxima Revisión: 17052025		

- ✓ Siempre soy proactivo comunicando a tiempo propuestas para mejorar continuamente mi labor y la de mis compañeros de trabajo.
- ✓ Planeo adecuadamente mi trabajo para optimizar el tiempo que tengo asignado para la realización de las tareas.

LO QUE NO HAGO

- ✗ No malgasto ningún recurso público.
- ✗ No postergo las decisiones y actividades que den solución a problemáticas ciudadanas o que hagan parte del funcionamiento de mi cargo. Hay cosas que sencillamente no se dejan para otro día.
- ✗ No demuestro desinterés en mis actuaciones ante los ciudadanos y los demás servidores públicos.
- ✗ No evado mis funciones y responsabilidades por ningún motivo

JUSTICIA


Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

LO QUE HAGO

- ✓ Tomo decisiones informadas y objetivas basadas en evidencias y datos confiables. Es muy grave fallar en mis actuaciones por no tener por no tener la información clara.
- ✓ Reconozco y protejo los derechos de cada persona de acuerdo con sus necesidades y condiciones.
- ✓ Tomo decisiones estableciendo mecanismos de diálogo y concertación con todas las partes involucradas.
- ✓ Tomo decisiones con el objetivo de buscar siempre el bienestar general; procuro la equidad en beneficios y costos asumidos por aquellos que se verán afectados por mis decisiones.
- ✓ Me esfuerzo por tener la mayor cantidad de información posible que me permita comprender la situación que debo resolver para hacerlo de la manera más acertada.


LO QUE NO HAGO

- ✗ No promuevo ni ejecuto políticas, programas o medidas que afectan la igualdad y la libertad de personas.
- ✗ No favorezco el punto de vista de un grupo de interés sin tener en cuenta a todos los actores involucrados en una situación.
- ✗ Nunca permito que odios, simpatías, antipatías, caprichos, presiones o intereses de orden personal o grupal inter eran en mi criterio, toma de decisión y gestión pública.

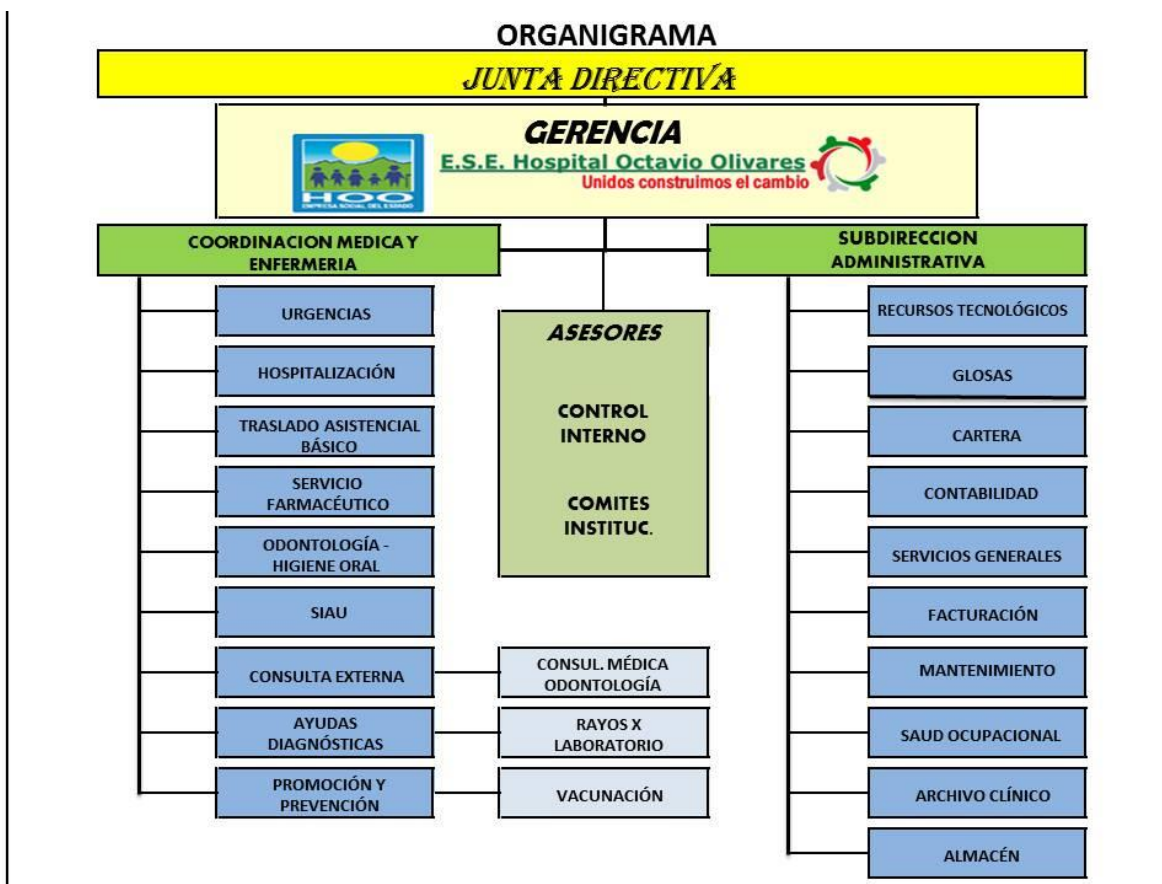
	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 15 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025


3.6 OBJETIVOS ESTRATEGICOS

1. Mejorar las competencias y el sentido de pertenencia del cliente interno, mediante la gestión del talento humano, que permitan contribuir al desarrollo institucional durante los próximos cinco años.
2. Mejorar el desarrollo de los procesos, a través de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, el Sistema de Control Interno, el Sistema de Información, el Sistema de Gestión documental, el desarrollo de una gestión por procesos y el mejoramiento del ambiente físico y tecnológico que permitan la realización de las actividades de acuerdo a los lineamientos establecidos por la normatividad y la institución, durante los próximos cinco años.
3. Mejorar la fidelización de los usuarios, mediante la participación comunitaria, el mercadeo y las comunicaciones y la gestión de la satisfacción del usuario, para contribuir a la eficiencia operativa durante los próximos cinco años.
4. Buscar la sostenibilidad financiera de la institución a través de un plan que permita el manejo eficiente de los recursos, el control del gasto, inventarios, monitorización del costo y gestión de los recursos que garanticen la prestación de servicios con calidad en la ESE a unos costos económicos y sociales acordes con la realidad del medio durante los próximos cinco años.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 16 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025

4 ORGANIGRAMA



	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 17 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025

5 MAPA DE PROCESO



E.S.E. Hospital Octavio Olivares
Unidos construimos el cambio




MAPA DE PROCESOS

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCTAVIO OLIVARES



<https://hospitalhoo.gov.co/site/index.php>

crecimientoydesarrollohoo@gmail.com
Atención al Usuario: **Nare:** 3106532601 **Sierra:** 3106531562
Lunes a viernes: 07:00 am a 12:00 pm y 02:00 pm a 05:00 pm
Sábados: 07:00 am a 12:00 pm

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 18 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025

6 POLITICAS PARA LA GESTIÓN ORGANIZACIONAL.

La ESE Hospital Octavio Olivares del Municipio de Puerto Nare – Departamento de Antioquia, ha definido las siguientes políticas institucionales como lineamientos para el accionar institucional, con base en lo definido por la normatividad y las necesidades institucionales.

6.1 POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La ESE Hospital Octavio Olivares, se compromete a mejorar y cuidar la salud de sus usuarios, mejorando el acceso a los servicios de salud, sin discriminación alguna, brindando una atención con calidad, segura y humanizada, centrado en el individuo, la familia y la comunidad, cubriendo de manera oportuna sus necesidades a través de las buenas prácticas en la atención enmarcada en los ejes de accesibilidad, calidad y eficiencia definidos por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud del Ministerio de Salud.

6.2 POLÍTICA DE CALIDAD


La ESE Hospital Octavio Olivares está comprometida en prestar servicios de atención en salud de alta calidad a los usuarios, garantizando el acceso, la oportunidad, la pertinencia, la seguridad y la continuidad, basado en la mejora continua, la humanización del servicio, la seguridad del paciente y el trato digno para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios y mejorar sus condiciones de salud.

6.3 POLÍTICA DE MEJORAMIENTO CONTINUO

La ESE Hospital Octavio Olivares, se compromete con la mejora continua como pilar para el desarrollo de habilidades y capacidades del talento humano, fomentando la cultura del aprendizaje y la autoevaluación para el mejoramiento continuo permitiendo mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas con actitud receptiva al cambio, dentro de un enfoque basados en hechos para la toma de decisiones que permitan el óptimo desempeño individual y organizacional.

6.4 POLÍTICA DE USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIALIDAD

La ESE Hospital Octavio Olivares, se compromete a dar cumplimiento la normatividad vigente para definir los estándares para salvaguardar la información contra el uso no autorizado, divulgación o revelación, modificación, daño o pérdida de la información para impedir que terceros no autorizados tengan acceso a la misma; generando un círculo de confianza que facilite el acceso a nuestros usuarios internos y externos a los servicios de salud.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 19 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025	

6.5 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En la E.S.E Hospital Octavio Olivares, nos comprometemos a brindar una atención segura que minimice los riesgos y prevenga la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención en salud del paciente; a través de un programa de seguridad basado en la gestión del riesgo, la promoción de la cultura justa de seguridad, la implementación de prácticas seguras y la gestión de eventos relacionados con la seguridad del paciente, que conlleve al aprendizaje organizacional y el mejoramiento continuo de los procesos; involucrando al paciente y su familia en el autocuidado de su seguridad y dando cumplimiento a los requisitos normativos.

6.6 POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS

La ESE. Hospital Octavio Olivares, Se compromete a prestar servicios de atención a través del trato humanizado, digno, ético al individuo, familia y comunidad reconociendo y respetando su autonomía, privacidad y dignidad bajo el modelo de atención acorde a su necesidad, generando comunicación asertiva y una cultura de reconocimiento de los derechos y deberes de nuestros usuarios.

6.7 POLÍTICA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD


La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete a prestar servicios de atención con calidad en los programas de protección específica y detección temprana de la enfermedad orientando sus acciones a la gestión individual del riesgo, para que el individuo, familia y comunidad modifiquen o transformen sus comportamientos o factores de riesgos apuntando hacia estilo de vida saludable que favorezcan la salud y promuevan en ellos una vida sana y feliz.

6.8 POLÍTICA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete a brindar a sus clientes internos y externos servicios con alto nivel de calidad, respeto, confiabilidad, seguridad, atención humanizada soportados mediante talento humano calificados y competitivos, procesos debidamente instaurados hacia la gestión del riesgo individual buscando satisfacer sus expectativas, necesidades y aumentando su fidelización hacia su institución.

6.9 POLÍTICA DE GESTIÓN TALENTO HUMANO

La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete a implementar un proceso adecuado de gestión clínica a través de un recurso humano que protejan la salud, la integridad y la privacidad de los usuarios, manteniendo un ambiente laboral propicio para el alto desempeño adecuado de las competencias, habilidades, actitudes e idoneidad de sus colaboradores, de acuerdo con las necesidades de la entidad, la sana convivencia, el mejoramiento del clima organizacional.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 20 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025

6.10 POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete a mejorar continuamente las condiciones de trabajo y salud de sus colaboradores a través del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo el cual permita identificar y evaluar el nivel de exposición a peligros y riesgos de los trabajadores que puedan producir accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales y establecer los respectivos controles apuntando a la Protección y mantenimiento del mayor nivel de bienestar físico y mental de todos los trabajadores.

6.11 POLÍTICA DE USO RACIONAL DE PAPEL

La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete a promover acciones encaminadas reducir gastos administrativos a través del uso racional del papel a través de lineamientos que permitan el control y reducción de la utilización inadecuada del papel, por medio de buenas prácticas de operaciones preventivas y correctivas aplicables a todos los servicios mediante de la sustitución de documentos en físicos por soportes y medios electrónicos.

6.12 POLÍTICA DE GESTIÓN AMBIENTAL


La ESE. Hospital Octavio Olivares, compromete a conservar el medio ambiente y proteger los recursos naturales, a través de la protección del medio ambiente con la utilización sostenible de los recursos, la mitigación y la adaptación del cambio climático, protegiendo la biodiversidad y los ecosistemas, integrado con buen manejo del plan de residuos hospitalarios y poder brindar a nuestros clientes internos y externos entornos limpios, seguros y saludables para el mejoramiento continuo, la seguridad y la gestión del riesgo.

6.13 POLÍTICA FINANCIERA

La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete a realizar una adecuada gestión financiera que permita realizar un balance adecuado entre la calidad del servicio prestado frente el sistema de costeo que permitan establecer una asignación de recursos lo más real posible de cada servicio, a través de una correcta planeación financiera que permita anticipar las necesidades y gestionar con antelación el cierre de la brecha entre los recursos disponibles y los necesarios que asegure la correcta y eficiente utilización de los recursos disponible para dar cumplimiento con la misión y objetivos estratégicos, mediante estrategias enfocado en tres pilares: Mejorar la disponibilidad de financiamiento externo, Aumentar la generación interna de recursos, Priorizar las inversiones requeridas de acuerdo con su plan estratégico.

6.14 POLÍTICA DE SEGURIDAD INFORMÁTICA

La ESE. Hospital Octavio Olivares, comprometida con la prestación de servicios de salud, velará porque todos los funcionarios, contratistas, cumplan con los procesos y procedimientos estipulados por la empresa para la generación, transmisión, uso, almacenamiento, conservación y divulgación de

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 21 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023	Próxima Revisión: 17052025		

la información generada, ya sea en forma magnética o física y de esta manera generar información oportuna y veraz, manteniendo la confidencialidad y seguridad de la misma, a través de la evaluación e innovación tecnológica que soporte la gestión clínica, académica y administrativa.

6.15 POLÍTICA DE RACIONALIZACION DE TRÁMITES

La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete implementar estrategias normativas, administrativas y tecnológicas que tiendan a simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar tramites y otros procedimientos administrativos que faciliten el acceso oportuno a los usuarios a sus derechos, reduciendo costos, tiempos, documentos, procesos fortaleciendo la transparencia en el actuar institucional que nos rige y dando respuesta oportuna de las solicitudes de los usuarios.

6.16 POLITICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES


La ESE. Hospital Octavio Olivares, somos respetuosos de los datos personales de los titulares, y buscamos informar de manera suficiente a las personas sobre los derechos que tienen en su calidad de titulares de la información, como es el de conocer, actualizar y rectificar o suprimir sus datos personales frente a la entidad en su condición de responsable del tratamiento y en los términos de ley. Así mismo el hospital velará por el uso adecuado del tratamiento al cual serán sometidos los datos personales y finalidad de los mismos de todos sus usuarios, niños, niñas y/o adolescentes, enmarcados siempre dentro del cumplimiento de la misión institucional como prestador de servicios de salud, y demás funciones administrativas, constitucionales y legales de la Entidad."

6.17 POLITICA GERENCIAL DE CONTROL Y VIGILANCIA DE LOS CONTRATOS

La ESE. Hospital Octavio Olivares se compromete como entidad pública a dar cumplimiento a los principios de la contratación, vigilar la correcta ejecución del objeto contratado y proteger la moralidad administrativa, salvaguardando los derechos de la entidad, del contratista y de los terceros que puedan verse afectados por la ejecución del contrato; así como propender por la transparencia de la actividad contractual con el fin de prevenir la ocurrencia de corrupción.

6.18 POLITICA DE COMPRAS

La ESE. Hospital Octavio Olivares, garantizará una planeación para que toda compra se base en una necesidad real que justifique su adquisición y se establezca los criterios para elegir los proveedores de manera transparente y según manual de contratación y teniendo en cuenta los niveles máximos y mínimos de existencias y siguiendo el procedimiento de adquisiciones, sea de óptima calidad, precios competitivos, cumplimiento en la entrega y convenientes condiciones de plazo para el pago.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 22 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025

6.19 POLÍTICA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

La ESE. Hospital Octavio Olivares, asume la administración de riesgo como parte integral del Direccionamiento estratégico, garantizando la transparencia, el cumplimiento normativo y permitiendo orientar la cultura organizacional hacia una gestión participativa e integral, comprometiéndose a todos los servidores al despliegue sistémico, que permita identificar, valorar, evaluar, monitorear y tratar los riesgos de manera responsable, con miras a controlar sus efectos y contribuyendo de esta forma al logro sobre el cumplimiento de los objetivos y la misión institucional, buscando satisfacer las expectativas tanto de los usuarios externos como internos, de tal manera que los diferentes procesos adopten buenas prácticas que ayuden a prevenir la materialización de los posibles riesgos y que, a la vez, fomenten la cultura del autocontrol como mecanismo de mejoramiento continuo.

6.20 POLÍTICA CÓDIGO DE ÉTICA/ CÓDIGO DE INTEGRALIDAD

La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete a fortalecer la apropiación de los valores éticos y el comportamiento en sus servidores a través de la sensibilización y acompañamiento para generar una cultura de integridad basada en la legalidad y la autorregulación para el ejercicio de la gestión pública, consolidando la integridad como principal aspecto en la prevención de la corrupción.

6.21 POLÍTICA DE LA AUTERIDAD Y EFICIENCIA EN EL GASTO PÚBLICO


La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete a promover la optimización del uso de los recursos públicos de forma racional y eficiente, afianzando la cultura del ahorro y la aplicación de los controles y lineamientos necesarios sin que estos limiten o interfieran en el cumplimiento de la prestación de servicios al público y el objeto social de la empresa permitiendo que esta sea una entidad eficiente, eficaz y austera.

6.22 POLÍTICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete a fortalecer los mecanismos, medios y buenas prácticas tendientes a salvaguardar el patrimonio documental físico y electrónico en las etapas del ciclo vital; producción, recepción, distribución, trámite, organización documental, consulta, conservación y disposición final de los documentos de la entidad, para facilitar el cumplimiento de la misión institucional y los procesos de rendición de cuentas garantizando la adecuada conservación, preservación y disposición para la consulta de los documentos de archivo. La política de Gestión Documental se articulará con el sistema de Gestión de la Calidad.

6.23 POLÍTICA DE TRANSPARENCIA Y ACCESO DE LA INFORMACIÓN PÚBLICA

La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete a garantizar el acceso de la información pública, generada, adquirida, transformada o que posea la entidad, información que estará disponible y

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 23 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025

publicada en su página web para que los usuarios y entes de control puedan acceder a la información.

6.24 POLITICA DE DEFENSA JUDICIAL Y PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO

La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete a identificar los problemas administrativos que generan litigiosidad e implica el uso de recursos públicos para reducir los eventos generadores del daño antijurídico a través de la formulación de un plan de acción para eliminar o disminuir las situaciones generadoras de daño, con su respectivo seguimiento y evaluación que permita mitigar o controlar la problemática generadora del daño antijurídico.

6.25 POLITICA DE GESTION DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN


La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete a fomentar la cultura de enseñanza- aprendizaje a través de la mejora continua de los procesos como resultado de la estandarización de los mismos, por medio de la sensibilización, el autocontrol y las buenas prácticas, mediante herramientas que permitan la gestión de la información y los datos, favoreciendo la adaptación a las nuevas tecnologías que genere nuevo conocimiento en sus colaboradores que permita generar servicios y productos adecuados a la vanguardia de las necesidades de los usuarios y propicie una transformación de la misma institución donde se conecta el conocimiento entre los servidores y promueve buenas prácticas de gestión facilitando la obtención de mejores resultados.

6.26 POLITICA DE CONTROL INTERNO

La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete a instaurar desde la planeación los mecanismos adecuados para la adopción de la estructura del Sistema de Control Interno basado en la gestión del riesgo, que contribuya y fortalezca el modelo a través de parámetros necesarios (autogestión) donde se establezcan acciones, políticas, método, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituyen en parte integral (autocontrol). Control interno se reconoce como inherente a los procesos de la organización y es considerado un elemento estratégico para asegurar la consecución de sus objetivos. en conformidad con la normatividad aplicable y el modelo integrado de planeación y gestión – MIPG.

6.27 POLITICA DEL AMBIENTE FISICO

La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete a brindar servicios de atención en salud con calidad y en ambientes seguros, con una adecuada infraestructura y dotación suficiente y en buenos estados de equipos biomédicos, e insumos y dispositivos médicos cumpliendo con normatividad vigente para garantizar el funcionamiento adecuado de los procesos asistenciales y de apoyo tanto en condiciones de normalidad como de emergencia, así mismo promoverá y evaluará acciones para

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 24 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025	

que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada hacia el cliente interno y externo.

6.28 POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La ESE. Hospital Octavio Olivares, prohíbe: El consumo y venta de tabaco y sus derivados, alcohol y sustancias psicoactivas en la institución; y se prohíbe presentarse al cumplimiento de sus actividades, funciones y/o tareas bajo el efecto de sustancias psicoactivas incluidas bebidas alcohólicas o energizantes u otras que afecten el funcionamiento adecuado del desempeño laboral.

6.29 POLÍTICAS CONTABLES

La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete a elaborar y presentar estados financieros bajo principios, bases, acuerdos, reglas y procedimientos específicos adoptados según normatividad vigente para análisis, interpretación y comunicación de información confiables, razonable y oportuna para la toma de decisiones gerenciales.

6.30 POLÍTICA DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS


La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete a realizar el uso adecuado de los medicamentos por medio de la prescripción racional que realiza el profesional, haciendo uso de su mejor criterio, con una adecuada selección, dosis, duración de tiempo apropiado, donde se realice una intervención desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad para generar cambios en los factores de riesgos identificados, el mal uso y el abuso de los medicamentos por parte del usuario.

6.31 POLÍTICA DE USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS

La ESE. Hospital Octavio Olivares, propenderá por el uso prudente de antibióticos para la seguridad del paciente, prescribiéndolos sólo cuando están indicados, que el antibiótico seleccionado tenga el espectro más corto necesario para ser efectivo y que además la dosis y duración del tratamiento sean adecuadas para no promover el desarrollo de resistencias.

6.32 POLÍTICA DE USO Y REUSO

La ESE. Hospital Octavio Olivares, se compromete a realizar las actividades de esterilización que deben seguirse y las recomendadas por el fabricante para el uso y reuso de los dispositivos, donde se incluye las unidades administrativas que intervienen en el proceso; precisando su responsabilidad, funcionamiento y participación, de tal manera que facilita la vigilancia, evaluación y control interno del proceso en cada una de las áreas, dentro del control a todo dispositivo que se

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 25 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023	Próxima Revisión: 17052025		

reúse se le asignará un código o color que permita identificarlo y hacer su seguimiento frente a la seguridad del paciente.

7 EL PROPOSITO

El propósito del plan de auditoria consiste en establecer los parámetros para una revisión general con énfasis en los aspectos críticos detectados en los procesos y/o procedimientos de las diferentes dependencias del Hospital, con el fin de formular recomendaciones y oportunidades de mejora que garanticen el cumplimiento de la misión, objetivos y estrategias, mediante la evaluación y verificación de los procesos, procedimientos y actividades del Hospital; propendiendo con ello al fortalecimiento del control interno, a partir de evidencias, hallazgos y planes de mejoramiento, que le permitan a la dirección, tomar las decisiones con la debida oportunidad, para prevenir, mitigar y/o corregir las desviaciones que se encuentren en las auditorias correspondientes.

8 ALCANCE

Inicia con la elaboración y adopción del Plan de Auditorias donde se trazan los lineamientos para que en el desarrollo de las auditorias programadas se evalúen la totalidad de los procesos del nivel administrativo y del asistencial, definidas como Macroproceso, dentro del Mapa de procesos, haciendo uso de las auditorias de Seguimiento, de indicadores, contratación, ejecución presupuestal y mapa de riesgo.

9 METODOLOGIA GENERAL.


Entre las técnicas de auditoria que se emplearan para desarrollar el Plan de Auditorias, se pueden aplicar la revisión selectiva de documentos, observación de actividades, quejas, la inspección de los procesos y/o procedimientos.

Se aplicarán encuestas y cuestionarios que almacenen en medio físico la información recolectada.

Se recurrirá también a la observación de actividades, a la revisión selectiva de documentos y a la comparación de lo expresado verbalmente con lo existente, para así determinar la veracidad, exactitud, existencia y legitimidad de los documentos.

Pero la principal técnica de auditoria que se empleará será la inspección de los procesos y procedimientos que permitan establecer las falencias del ente y determinar los planes de mejoramiento que permitan minimizar las debilidades encontradas por los entes de control al momento de la realización de las Auditorias Integrales.

Adicional a la emergencia sanitaria, la nueva gerencia comienza desde cero ya que no se evidencia soportes de las actividades como para dar continuidad.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 26 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025

10 RESPONSABLE

Es responsabilidad de la aplicación de este procedimiento la Oficina o asesor de Control Interno.

11 MARCO TEÓRICO

11.1 DEFINICIONES

AUDITORIA: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluadas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoria.

AUDITADO: Organización o proceso al que se le realiza una auditoria.

AUDITOR: Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría, el cual debe ser diferente del personal que realiza el trabajo.

ACCIÓN PREVENTIVA: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

ACCIÓN CORRECTIVA: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

CONFORMIDAD: Cumplimiento de un requisito.

CONCLUSIONES DE AUDITORIA: Resultado de una auditoria, que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoria y todos los hallazgos de la auditoria.


CRITERIOS DE AUDITORIA: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos que se utilizan como una referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoria.

EVIDENCIA OBJETIVA: Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo. Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoria y que son verificables.

HALLAZGOS DE AUDITORIA: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoria

INSPECCIÓN: Evaluación de la conformidad por medio de observación y dictamen, acompañada cuando sea apropiado por medición, ensayo, prueba o comparación con patrones.

PROGRAMA DE AUDITORIA: Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 27 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025


PLAN DE AUDITORIA: Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoria.

NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito.

11.2 PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA

Los pasos a seguir para desarrollar el presente plan de auditoría son los siguientes:

- ♣ Formular y aprobar el Plan de Auditorías Internas para los procesos y procedimientos de la organización.
- ♣ Preparar las actividades propias de la auditoria, elaborar el instrumento de verificación.
- ♣ Desarrollar las actividades descritas en el plan aprobado de auditorías de gestión e internas, acorde a la naturaleza del proceso o procedimiento a auditar. Tener en cuenta la reunión de apertura, desarrollo de entrevista y recolección de hallazgos o no conformidades.
- ♣ Realizar reunión de cierre de auditoría y recoger firma del Auditado en el registro de los hallazgos o no conformidades para las auditorías internas.
- ♣ Elaborar el informe preliminar que consolida los hallazgos o no conformidades identificados en la auditoria del proceso.
- ♣ Presentar el informe preliminar de auditoría al responsable del proceso o el jefe del proceso auditado, así como al Gerente, a este último para el caso de las auditorias de gestión de control interno.
- ♣ La Oficina Asesora de Control Interno elaborará el informe final de auditoría e incluirá las recomendaciones ante el responsable del proceso o del proceso auditado, y al Gerente.
- ♣ Consolidar el informe general de auditoría con los hallazgos, observaciones y recomendaciones y presentarlo al Gerente.
- ♣ Organizar y archivar los papeles de trabajo que fundamentaron y respaldaron la labor de la auditoría efectuada.
- ♣ Solicitar los planes de mejoramiento con base en los hallazgos o no conformidades de la auditoria.
- ♣ Hacer seguimiento a los planes de mejoramiento presentados, a la implementación de recomendaciones y acciones correctivas resultado de la auditoria.
- ♣ Organizar y archivar los papeles de trabajo que fundamentaron y respaldaron la labor de la auditoría efectuada.
- ♣ Solicitar los planes de mejoramiento con base en los hallazgos o no conformidades de la auditoria.
- ♣ Hacer seguimiento a los planes de mejoramiento presentados, a la implementación de recomendaciones y acciones correctivas resultado de la auditoria


	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 28 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025

11.3 CONDICIONES GENERALES

11.3.1.1 IMPORTANCIA DEL PLAN GENERAL DE AUDITORIA

La planeación, elaboración, ejecución y control del Plan de Auditorías de la OCI, se fundamenta en los siguientes conceptos:

- ♣ Permite la ejecución ordenada y sistemática de la evaluación independiente que debe ser ejecutada por la Oficina Asesora de Control Interno del ESE. Hospital Octavio Olivares del Municipio de Puerto Nare.
- ♣ El Plan de Auditorías es un elemento de gran importancia en la planeación del Hospital, dado que permite la evaluación de la planificación y el uso de los recursos asignados a los diferentes procesos de la Institución.
- ♣ La entidad contará con un instrumento de planeación que permita conceptuar en un tiempo determinado sobre la gestión y resultados.
- ♣ Es la herramienta que tiene la Oficina Asesora de Control Interno para realizar control.
- ♣ Seguimiento de las actividades misionales programadas y de esta forma asesorar a las diferentes dependencias en los ajustes y mejoras que se requieren.
- ♣ Permite identificar en qué actividades se deberá prestar apoyo y de esta forma, realizar de manera más eficiente los ejercicios de control.
- ♣ Los hallazgos detectados producto de los ejercicios de auditorías programadas, permitirán la articulación del proceso de evaluación independiente con el proceso de autocontrol y mejoramiento de cada proceso.
- ♣ El análisis y evaluación en conjunto del desarrollo del Plan de Auditoría por parte de la Oficina Asesora de Control Interno, sirven para que en cualquier momento y mediante la aplicación de indicadores, se determine el porcentaje de avance en el elemento de Auditoría interna que conforma el Componente de Auditoría Interna del sistema de control interno.
- ♣ El Plan de Auditorías a través del desarrollo de sus ejercicios en campo contribuye al conocimiento de las actividades y procesos que se desarrollan al interior del Hospital, fortaleciendo el autocontrol en cada funcionario que sea participe del proceso de auditoría.
- ♣ La adopción del Plan de Auditoría permite que la Oficina Asesora de Control Interno fundamente sus acciones misionales de la manera más objetiva, identificando y priorizando aquellos procesos, proyectos, y/o procesos que requieran ser evaluados.
- ♣ Plan de Auditorías de la Oficina Asesora de Control Interno: El diseño de la metodología, para la elaboración del Plan de auditorías debe desarrollarse dentro del marco del sistema integral de medición de la gestión, diseñado en la Oficina Asesora de control interno, y debe abordar todos los componentes que involucran el Sistema de Control Interno en los diferentes procesos del nivel administrativo como asistencial, procesos y proyectos desarrollados en la entidad. Este


	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 29 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025	

plan servirá como guía metodológica para el desarrollo de las auditorías de los diferentes sistemas de gestión con que cuenta la entidad.

- ♣ En todas las auditorías realizadas en los diferentes procesos del hospital, se solicitan las evidencias que garantizan el cumplimiento de las actividades.

11.4 ESTRATEGIAS A SEGUIR PARA DESARROLLAR EL PLAN DE AUDITORIAS.

- ♣ Desarrollar prioritariamente el Plan de Auditorías de acuerdo con las políticas institucionales fijadas por el Comité de Coordinación de Control Interno.
- ♣ Incluir dentro del Plan de Auditorías las solicitudes de realización de auditorías que se hayan hecho a la Oficina Asesora de Control Interno por parte de la Gerencia, Coordinadores de procesos, proyectos o dependencias, Comité de Coordinación de Control Interno.
- ♣ Planear las auditorías de los procesos, proyectos y procesos definidos en el Plan General de Auditorías que permita un cumplimiento total durante el periodo de Auditoría.
- ♣ Comprometer al funcionario de la Oficina Asesora de Control Interno en la ejecución del Plan de Auditorías, fomentando valores y la ética que garanticen el debido respeto por los procesos auditados y la objetividad e independencia.
- ♣ Divulgar el Plan de Auditorías en todos los procesos, de manera tal que se pueda retroalimentar el proceso e identificar claramente lo programado.
- ♣ Compilar la mayor cantidad de información sobre el auditado, asegurando que sea actualizada y de la mejor calidad, lo que permitirá el conocimiento pleno de los procesos, proyectos y/o procesos, optimizando esfuerzos en la auditoría.
- ♣ Establecer un mecanismo para reportar oportunamente las no conformidades (Hallazgos) derivados de los ejercicios de control, debidamente soportados, validados por la Oficina Asesora de Control Interno.
- ♣ Elaborar y utilizar metodologías y herramientas de auditoría, que permitan desarrollar óptimamente el proceso de auditoría planteado.
- ♣ Solicitar asesorías puntuales sobre asuntos especializados cuando se requiera.
- ♣ Utilizar adecuadamente los recursos tecnológicos que permitan que la información fluya y sea oportuna.
- ♣ Establecer un Programa de Auditoría que permita afrontar los cambios derivados de la dinámica de la entidad.
- ♣ Evaluar permanentemente el Plan de Auditorías, lo que permitirá que los objetivos propuestos se cumplan de manera eficaz, eficiente, efectiva y de forma económica.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 30 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025

12 METODOLOGIA DEL PROCESO DE AUDITORIA

La Auditoria es un proceso sistémico que mide y evalúa, la gestión o actividades de los procesos, planes y proyectos mediante la aplicación articulada y simultánea del sistema de control y evaluación, con el fin de determinar la correspondencia entre las estrategias, operaciones, propósitos y procedimientos con el buen manejo y uso de los recursos disponibles, fundamentando así la opinión y conceptos de la Oficina Asesora de Control Interno.

El proceso de la Auditoría Interna contempla el ciclo PHVA caracterizado en dicho proceso y contiene las siguientes fases: Planear, Hacer, Verificar y Actuar. Como complemento de lo anterior viene la etapa de seguimiento.

12.1 FASE DE PLANEACION.


Se caracteriza por:

- ♣ La designación de un equipo auditor, ya sea para el proceso administrativo o asistencial.
- ♣ El conocimiento de los antecedentes y objetivos del proceso o actividad que será auditada.
- ♣ Analizar la normatividad relativa al tema, leyes, decretos, resoluciones, estatutos, reglamentos, etc.
- ♣ Conocer las operaciones, la dinámica, actividades y organización de estas.
- ♣ Revisión de las medidas o controles internos, la consistencia o debilidades de ellas y evaluación de su utilidad y conveniencia.
- ♣ Análisis de cualquier información adicional relacionada con el tema mediante entrevistas con los funcionarios responsables.
- ♣ Determinar los criterios de auditoría.
- ♣ Preparar el Plan General de Auditorías.
- ♣ Determinar los criterios de medición que se utilizarán, así como las pruebas que deban practicarse.
- ♣ Realizar las visitas, la recolección de pruebas o evidencias del proceso auditado.
- ♣ Realizar reuniones técnicas de avance con el Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno, con los responsables del proceso auditado y con el poder superior de estos.
- ♣ Verificar el cumplimiento de las disposiciones y preparar las recomendaciones tanto generales como específicas.
- ♣ Preparar las conclusiones de la auditoría.

12.2 FASE DE VERIFICAR.

Se caracteriza por:

- ♣ Comunicar de manera oficial los resultados o hallazgos encontrados a los responsables del proceso, para hacer las aclaraciones y confirmaciones del caso.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 31 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023	Próxima Revisión: 17052025		

- ♣ Preparar el contenido del Informe, determinando si este debe ser corto o largo, analizar y definir los anexos necesarios que se adjuntarán.
- ♣ Revisar con las pruebas, entrevistas y mediciones practicadas y con los papeles de trabajo que respaldan la auditoría.
- ♣ Analizar cualquier información adicional relacionada con el tema, mediante entrevistas con los funcionarios responsables.
- ♣ Sustentar las recomendaciones y conclusiones obtenidas del hallazgo ante el Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno.
- ♣ Realizar una reunión técnica con los responsables del proceso auditado, con el propósito de precisar o aclarar el contenido del borrador del informe y ajustarlo en lo que sea pertinente.
- ♣ Preparar informe definitivo, presentarlo, y sustentado ante los responsables del proceso y la Alta Dirección.


12.3 FASE DE HACER

Se caracteriza por:

- ♣ Examinar detalladamente el proceso crítico.
- ♣ Analizar los hallazgos de la auditoría, confrontando la normatividad los procesos, procedimientos y disposiciones frente a los criterios establecidos.
- ♣ Determinar el grado de cumplimiento de los objetivos particulares del proceso o actividad objeto de la auditoría.
- ♣ Preparar los papeles de trabajo necesarios que soporten los hallazgos, las evidencias y las recomendaciones.
- ♣ Preparar cuestionarios para diferentes entrevistas con los responsables del proceso.
- ♣ Determinar las herramientas y la utilización de las técnicas de auditoría más apropiadas y suficientes para analizar los hallazgos y sus resultados.
- ♣ Procesos responsables de ejecutarlas; es decir suscribir con la Oficina Asesora de Control Interno un Plan de Mejoramiento, para su posterior seguimiento.
- ♣ Evaluar las mejoras o impactos positivos o la utilidad en la implementación de dichas recomendaciones e informar de los resultados a la Alta Dirección y el responsable del proceso.
- ♣ Revisar el Programa de Auditoría Interna para introducir mejoras para la vigencia siguiente.

13 SEGUIMIENTO Y EVALUACION

Es la evaluación independiente conformada también por el proceso de auditoría, de manera que pueda verificarse que las acciones derivadas de dichas evaluaciones se hayan implementado de manera eficiente y eficaz; mediante el diseño de un Plan de Mejoramiento por parte del proceso auditado, suscrito ante la Oficina Asesora de Control Interno, por quienes en ella intervinieron, y quienes son los responsables de las acciones correctivas y de emitir las correspondencias evidencias, que subsanen los hallazgos y así cerrar el Plan de Mejoramiento.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 32 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023	Próxima Revisión: 17052025		

El seguimiento se define como un proceso por el cual la Oficina Asesora de Control Interno determina la adecuación, eficacia y oportunidad de las medidas tomadas por la Alta Dirección con relación a las observaciones y recomendaciones del trabajo informadas.

El Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno realizará el seguimiento para la aplicación de correctivos, teniendo en cuenta lo siguiente:


- ♣ Dirigir las observaciones y recomendaciones.
- ♣ Recibir y evaluar la repuesta de la Alta Dirección a las observaciones y recomendaciones del trabajo durante la realización del mismo o dentro de un período razonable después de comunicar los resultados del trabajo. Las respuestas son más útiles si incluyen la información suficiente que permita al Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno evaluar la adecuación y oportunidad de acción correctiva.
- ♣ Recibir actualizaciones periódicas de parte de la Alta Dirección con el fin de evaluar los esfuerzos llevados a cabo para corregir las situaciones previamente comunicadas.
- ♣ Recibir y evaluar informes de otros procesos de la entidad que tengan asignada responsabilidad en procedimientos de naturaleza similar al seguimiento.
- ♣ Informar a los responsables de los procesos y a la Alta Dirección o al Comité de Coordinación de Control Interno, sobre la situación de las respuestas a las observaciones y recomendaciones del trabajo.
- ♣ A manera de conclusión, la Oficina Asesora de Control Interno debe determinar que se han tomado las medidas correctivas y que se están logrando los resultados esperados, o que la Alta dirección ha asumido el riesgo de no adoptar las medidas correctivas sobre las observaciones informadas.
- ♣ Formato Seguimiento Plan de Mejoramiento.

Importante que si desde el área de calidad o el gerente determina que hay que priorizar otro proceso o procedimiento que se identifica con deficiencias se interviene por parte de control interno.

14 PROGRAMACION DE RECURSOS

La programación de los recursos requeridos para el desarrollo de las auditorías es fundamental definirlo de acuerdo al Plan de Auditorías asegurando con ello el cumplimiento oportuno y efectivo de la función independiente de la Oficina Asesora de Control Interno.

RECURSOS HUMANOS: Hace referencia a la identificación de los funcionarios o contratistas que integran la Oficina Asesora de Control Interno, y a los funcionarios que, por sus conocimientos o la especificidad de sus funciones, sean requeridos como asesores en los procesos especializados donde se desarrollen auditorías, de tipo administrativo y asistencial.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 03
			Página 33 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	PLAN AUDITORIA INTERNA CONTROL INTERNO 2023		Próxima Revisión: 17052025

RECURSOS DE TIEMPO: Son los días necesarios para el cumplimiento de los objetivos propuestos para el desarrollo de las auditorías programadas, se definen en días de auditoría en campo, en los cuales se realiza verificación de actividades, entrevistas con funcionarios o contratistas, observación del sitio donde se desarrolla el proceso auditado y días de auditoría en Oficina, en donde se revisan y validan la información entregada en documentos, la información obtenida en las visitas a los procesos auditados y la preparación de los informes de planeación de auditoría y el informe final.

RECURSOS TÉCNICOS: Son todas aquellas herramientas y ayudas tecnológicas que se deben tener al alcance de los auditores, incluyendo sistemas de información y comunicación que permitan un conocimiento amplio sobre el auditado, incluyendo la normatividad, demás datos requeridos y que puedan ser relevantes durante el proceso auditor.

RECURSOS FÍSICOS: La Oficina Asesora de Control Interno requerirán como mínimo de los siguientes elementos: Computadores, impresoras, escáner, teléfonos, útiles e insumos de oficina, (papelería oficial, CDS, entre otros).

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 2
			Página 34 de 37
			Fecha Creación:17052020
			ACTO ADMINISTRATIVO ADOPCION POLÍTICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL
			Próxima Revisión: 17052025

ANEXO CRONOGRAMA PLAN ANUAL DE AUDITORIA VIGENCIA 2023.

	Macroproceso	Proceso	Código:
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 2
			Página 35 de 37
			Fecha Creación:17052020
			Creado por: MIPG
	ACTO ADMINISTRATIVO ADOPCION POLÍTICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Próxima Revisión: 17052025

VIGILADO Supersalud

PROCESO / ACTIVIDAD	PROCESO			FRECUENCIA	VIGENCIA 2023																								TOTAL		
	ESTRATÉGICO	MISIONAL	APOYO		ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC				
					P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	
Sistema de Información en calidad	X			SEMESTRAL											1												1		2	0	
Seguimiento al contrato de la EPS Savia Salud.	X			TRIMESTRAL							1																1		2	0	
Plan de Gestión	X			ANUAL							1																		1	0	
Plan de Desarrollo Institucional	X			ANUAL							1																		1	0	
Evaluación de sistema de control informe contable.			X	2 veces año			1																				1		2	0	
Reporte del formulario único de registro de Avance a la gestión FURAG.	X			ANUAL					1																				1	0	
Seguimiento planes de mejoramiento de Auditoría Regular de contraloría o auditorías externas.	X			TRIMESTRAL						1								1										1		3	0
Jurídica	X			CUATRIMESTRAL							1							1								1			3	0	
Atención al ciudadano-PQRSF		X		CUATRIMESTRAL										1													1		2	0	
Política Código de Integridad	X			CUATRIMESTRAL							1							1									1		3	0	
Política de Austeridad y Eficiencia Gasto Público.	X			CUATRIMESTRAL							1							1									1		3	0	
Seguimiento SIGEP - Declaración de bienes y Rentas y Conflictos de Interés			X	CUATRIMESTRAL											1												1		2	0	



Macroproceso	Proceso	Código:
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 2
		Página 36 de 37
		Fecha Creación:17052020
		Creado por: MIPG
ACTO ADMINISTRATIVO ADOPCION POLÍTICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Próxima Revisión: 17052025

[illegible]



Macroproceso	Proceso	Código:
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CONTROL INTERNO	Versión: 2
		Página 37 de 37
		Fecha Creación:17052020
		Creado por: MIPG
ACTO ADMINISTRATIVO ADOPCION POLÍTICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Próxima Revisión: 17052025

Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI- Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información; - Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y Derecho de Autor.			X	2 veces año							1													1		2	0			
Estado Financieros			X	2 veces año							1													1		2	0			
Seguimiento Decreto 612 de 2018			X	Anual							1															1	0			
Política Racionalización trámites -SUIT			X	Anual							1															1	0			
Mapa riesgo Institucional de procesos	X			SEMESTRAL									1											1		2	0			
Planes Operativos Anual Institucionales (proceso/ Lideres)			X	SEMESTRAL									1											1		2	0			
Informe Evaluación del Estado del SCI.	X			SEMESTRAL									1											1		2	0			
Informe de cumplimiento global de cierre de planes de mejoramiento				Anual																				1		1	0			
Seguimiento implementación del MIPG.	X			Anual																				1		1	0			
					0	0	1	0	1	0	16	0	0	0	8	0	0	0	7	0	0	0	0	0	3	0	19	0	55	0
					#DIV/0!	0%		0%		0%		#DIV/0!		0%		#DIV/0!		0%		#DIV/0!		#DIV/0!		0%		0%		0,0%		