



E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

Carrera 11 No. 27 - 27 / 8-7405030

Tunja - Boyacá - Colombia

www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co

e-mail: secdesarrolloservicios@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



08

RESOLUCION N° DE 2018

17 MAY 2018

Por medio de la cual se deroga la Resolución N°300 de 28 de diciembre 2016 por la cual 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 el Hospital.

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 el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y gestión de calidad, establecido mediante Resolución 030 del 2 de febrero de 2018, debe aprobar el plan de trabajo de la Oficina de Control Interno para la respectiva vigencia.

Que mediante la 039 del 2 de febrero de 2018 por medio de la cual se adopta el estatuto de auditoria interna, que define el propósito, la autoridad y responsabilidad de auditoria interna en la oficina de control interno

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 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.



108
17 MAY 2018

Que la Norma Técnica Colombiana NTC – ISO 19011:2011 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 Decreto 943 de 2014 actualizó el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

Que mediante el Decreto 1499 de 2017, se establece el modelo integrado de Planeación y Gestión, y actualiza el Modelo Estándar de Control Interno.

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 mediante la Resolución 423 del 27 de diciembre de 2007, 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.

Que mediante la Resolución 204 del 16 de septiembre de 2015, se deroga la Resolución documento interno 423 del 27 de diciembre de 2007, por la cual se definen los lineamientos institucionales para que la Oficina de Control Interno cumpla con las actividades de evaluación independiente, auditoría interna y auditoría para el mejoramiento de la calidad en el Hospital.

Que mediante el Acuerdo 04 de 2016 por la cual se aprueba el Plan de Desarrollo 2016 -2020, "CONTINUAMOS CONSTRUYENDO CAMINO A LA EXCELENCIA"

Que mediante Acuerdo de junta directiva N° 03 de 2016 se aprueba la Plataforma Estratégica de la ESE Hospital San Rafael de Tunja, para la vigencia 2016 -2020, en donde se establecen las políticas institucionales.

En mérito de lo expuesto.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO. Programa anual de Auditoria. La Oficina de Control Interno establecerá su cronograma anual de auditorías para los procesos priorizados según la metodología: Guía de Auditorías para Entidades Públicas. Los seguimientos según el marco legal vigente en materia de Control Interno se realizarán según la periodicidad establecida, la cual será aprobada en el Comité de Control Interno y de Calidad.

17 MAY 2018

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 concretar 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 la Oficina de Control Interno aplicará los papeles de trabajo para recolectar y analizar la información suministrada en el área respectiva.

ARTÍCULO CUARTO. Informe Preliminar la Oficina de Control Interno. Una vez concluida la etapa prevista en el artículo precedente, deberá elaborar el informe preliminar y lo enviará en primer orden, a la dependencia auditada con copia de la Subgerencia u Oficina Asesora respectiva para su conocimiento y si hay lugar, para que realice las observaciones al mismo.

El informe deberá contener los hallazgos encontrados, las observaciones, recomendaciones y posibles oportunidades de mejoramiento.

PARÁGRAFO. Dentro de los cinco (10) días hábiles siguientes a la recepción del informe preliminar, el área evaluada deberá pronunciarse, en el sentido de que se acepta el contenido del informe o para aclarar los puntos de vista en que no esté de acuerdo. 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 (10) días para analizarla y producir y enviar el informe definitivo.

ARTÍCULO QUINTO. Informe Definitivo. Dentro del plazo previsto en la etapa del numeral anterior, la Oficina de Control Interno procederá a radicar el informe definitivo en la gerencia, con las copias a la dependencia evaluada y a la Subgerencia u Oficina Asesora en la cual esté adscrita el área y/o proceso auditado.

ARTÍCULO SEXTO. Elaboración de Planes de Mejoramiento y/o Manejo de Riesgos. 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 y/o manejo de riesgos, en el formato establecido para tal fin, con base en los hallazgos, recomendaciones y oportunidades de mejora detectadas; el contenido del plan debe indicar las acciones a realizar, el responsable, el indicador final y la fecha límite propuesta para su cumplimiento, este será radicado en la Gerencia, quien dispondrá de diez (10) días hábiles para aprobarlo en comité directivo, y remitirlo a la Oficina Asesora de Control Interno y a la correspondiente área y Subgerencia u Oficina de Desarrollo de Servicios.

PARÁGRAFO 1. No se incluirán las oportunidades, los hallazgos, recomendaciones de mejora que hagan parte de otros planes de mejoramiento o el plan de trabajo del proceso.

108
17 MAY 2018

PARÁGRAFO 2. La implementación de los módulos de planes de acción (mejoramiento) indicadores, riesgos y auditorías en el software DARUMA deberán asegurar la transición de este sistema de información de la siguiente manera:

- El seguimiento de los planes de mejoramiento se realizará por la Oficina Asesora de Control Interno.
- La implementación del módulo de auditoría estará a cargo de la Oficina Asesora de Control Interno.
- La capacitación de los módulos de planes de acción, mapas de riesgo e indicadores, estará a cargo de la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios, (Líderes de los módulos).
- El seguimiento en el módulo de riesgos estará a cargo de la Oficina Asesora de Control Interno.
- El seguimiento del módulo de indicadores estará a cargo de la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios, (Unidad de Análisis Estadístico).

ARTÍCULO SÉPTIMO. Monitoreo Planes de Mejoramiento. El monitoreo lo realiza la Oficina Asesora de Control Interno y se hará paralelamente con la auditoría de avance de los planes operativos existentes en la entidad.

ARTÍCULO OCTAVO. 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 Coordinación del Sistema de Control Interno del Hospital y gestión de calidad para su seguimiento.

ARTÍCULO NOVENO. 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 y el Ministerio de la Protección Social.

PARÁGRAFO. La Oficina Asesora de Control Interno, realizara seguimiento a estos planes de mejora de acuerdo a las fechas establecidas en los mismos.

ARTÍCULO DECIMO. Periodos de Auditoría a los planes operativos. La Oficina Asesora de Control Interno fijará el cronograma a desarrollar en el mes siguiente a los meses de abril, julio, octubre y enero de cada año, para lo cual se requiere que todas las áreas remitan previamente la autoevaluación de los planes operativos, según el periodo que corresponda y en los plazos fijados por la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios y por la gerencia.

PARÁGRAFO. El procedimiento de auditoría a los planes operativos será similar a las etapas descritas en la presente Resolución.

108

7 MAY 2018

ARTICULO DECIMO PRIMERO. Auditorías para el mejoramiento de la calidad en salud. En cumplimiento de las normas que regulan el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud y particularmente las auditorías para el mejoramiento de la calidad, se desarrollarán planes de auditoría concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y los demás sistemas de gestión de calidad que implemente el Hospital, este plan de auditorías se presentará al inicio de cada anualidad junto con el plan de trabajo de la Oficina de Control Interno en Comité de Control Interno y Calidad para su aprobación y posterior seguimiento.

PARÁGRAFO. Se establece que las etapas de las auditorías señaladas en la presente resolución son compatibles para esta función, sin embargo, se puede tener en cuenta algunos de los procesos de las Auditorías de Calidad señaladas en la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO.19011, versión 2011, la NTC - ISO 14001 versión 2015, NTC - ISO 45001 versión 2018.

ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO. 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 contrarié.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Tunja, a los 17 MAY 2018

LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ
GERENTE

Proyecto: Henry Mauricio Corredor Camargo, Asesor Desarrollo de Servicios
Tatiana Carolina Mendoza Rojas, Profesional Especializado de Habilitación
Reviso: Luz Dary Guerrero moreno, Asesora Control Interno.
Reviso: Maria Teresa Acevedo Álvarez, Asesora Jurídica