

RESOLUCIÓN N.º. ^{2 2 5} DE 2024

2 8 MAY 2024

"Por medio de la cual se definen los lineamientos institucionales para que la Oficina de Control Interno cumpla con las actividades de evaluación independiente y auditoría interna de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael Tunja"

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

En uso de sus atribuciones legales y estatutarias y, en especial las otorgadas por la Ley 100 de 1993, artículo 83 de la Ley 489 de 1998, Ley 87 de 1993, Decreto 1876 de 1994, artículo 4º del Decreto 139 de 1996, artículo 12 del Decreto 1750 de 2003 y demás normas concordantes y aplicables, y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política de Colombia, en su artículo 209 en armonía con el artículo 269 establece la existencia de un Control Interno en todos los ámbitos de la Administración Pública.

Que el artículo 269 de la Constitución Política, señala que " *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*".

Que en desarrollo del artículo 209 de la Constitución Política el Congreso de la República, expidió la Ley 87 de 1993 " *Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones*", la cual precisa la obligación de las entidades públicas del Orden Nacional y Territorial de contar con los mecanismos necesarios para el Control Interno de éstas.

Que la Ley 87 de 1993, modificada por Decreto 2106 de 2019 establece las normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado y define la Oficina de Control Interno (o quien haga sus veces) como uno de los componentes del Sistema de Control Interno encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la evaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

Que en el inciso segundo del artículo 1º de la Ley 87 de 1993, se determinó, que el ejercicio del control interno debe consultar los principios de igualdad, moralidad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad y valoración de costos ambientales, así mismo en el artículo

8º determinó, que, para la aplicación de un apropiado sistema de control interno, el representante legal de la entidad, deberá velar por el establecimiento formal de un sistema de evaluación y control de gestión, condicionado a la naturaleza y características de ésta y de acuerdo con lo establecido en el artículo 343 de la Constitución Nacional

Que mediante la Ley 489 de 1998, se creó Sistema Nacional de Control Interno (artículos 27-28), teniendo por objeto integrar en forma armónica, dinámica, efectiva, flexible y suficiente, el funcionamiento del control interno de las instituciones públicas, para que, mediante la aplicación de instrumentos idóneos de gerencia, fortalezcan el cumplimiento cabal y oportuno de las funciones del Estado.

Que a través de la Ley 1474 de 12 julio del 2011, 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.

Que, el artículo 2.2.23.1 del Decreto 1083 de 26 de 2015, modificado por el artículo 2 del Decreto 1499 de 2017, señala que *"el Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 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 el artículo 2.2.21.5.3 de la norma en comento estableció que *"Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control"*.¹

Que el Decreto 648 de 2017 *"Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública"* en su artículo 6º. Modifíquese el artículo 2.2.21 .2.4 del Decreto 1083 de 2015, numeral 6 el cual establece: **6. La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces en cada entidad, a la cual le corresponde:**

a. Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles adoptados por la entidad.

¹ « La Guía para la Gestión por Procesos en el marco de MIPG, emitida por Función Pública define los lineamientos para la caracterización de procesos y basados en su clasificación general de i) procesos estratégicos; ii) misionales; iii) de apoyo y iv) de evaluación, para estos últimos, retomando la estructura definida para el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), herramienta que permite operativizar la Dimensión 7 de MIPG, específicamente en el componente 5 establece: Actividades de monitoreo: "su propósito es desarrollar las actividades de supervisión continua (controles permanentes) en el día a día de las actividades, así como evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías) que permiten valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública." (Función Pública, 2020)».

b. Asesorar y apoyar a los directivos en el desarrollo y mejoramiento del Sistema Institucional de Control Interno a través del cumplimiento de los roles establecidos en el presente Título."

Que el Decreto 1876 de 1994 proferido por el Ministerio de Salud y Protección Social, señala en su artículo No 1 que *"La Empresa Social del Estado, constituye una categoría especial de entidad pública descentralizada, del orden Departamental, con personería jurídica, patrimonio propio e independencia, autonomía administrativa y financiera, y presta servicios de salud de baja complejidad a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud"*. Ministerio de salud y protección social.

Que a través del Decreto 1243 de 1992 y el Decreto 001528 de 1995 de la Gobernación de Boyacá, se creó y reestructuró, respectivamente, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, constituyendo una categoría especial de entidad pública descentralizada, del orden Departamental, con personería jurídica, patrimonio propio e independencia, autonomía administrativa y financiera, adscrita a la Secretaría de Salud de Boyacá e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sometida al régimen jurídico previsto por la Ley 100 de 1993, Decreto 1876 de 1994 y en especial a la Ley 1474 de 2014, artículo 95, relativa a la obligatoriedad de observar los principios de la función administrativa.

Que la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, es una Entidad Pública, descentralizada del orden Departamental dotada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, según lo establecido en el Decreto de creación No. 050 de Enero 17 de 1996 de la Gobernación de Boyacá, cuyo objeto principal es la prestación de servicios de salud dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud conforme a las disposiciones contenidas en los artículos 174 y 175 de la Ley 100 de 1993 y demás normas que lo modifican y/o lo complementan.

Que la Ordenanza 044 del 6 de Diciembre del 2019 de la Asamblea Departamental de Boyacá, *"Por medio de la cual se modifica la denominación de la Empresa Social del Estado HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA y se dictan otras disposiciones"*; en su artículo primero define su nueva denominación *"Para todos los efectos legales y constitucionales la Empresa social del estado se denominara EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA"*, esta denominación no implica la constitución de una nueva persona jurídica o transformación de la naturaleza jurídica de la misma, definiendo la importancia del contexto universitario que determina el trabajo investigativo de la institución.

Que el Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del sector Salud, por medio del cual se compila las normas del sector Salud y en la Sección 4. Define las normas de las Empresas Sociales del Estado Subsección 1. Disposiciones generales sobre Empresas Sociales del Estado y

en el Artículo 2.5.3.8.4.2.1 establece: *Organización. Sin perjuicio de la autonomía otorgada por la Constitución Política y la ley a las Corporaciones Administrativas para crear o establecer las Empresas Sociales del Estado, estas se organizarán a partir de una estructura básica que incluya tres áreas, así:*

- a) *Dirección. Conformada por la Junta Directiva y el Gerente, tiene a su cargo mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales; identificar las necesidades esenciales y las expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender, definir la estrategia del servicio, asignar recursos, adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión institucional, sin perjuicio de las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la entidad.*

Que mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 07 de 08 de Julio de 2020, se aprobó y adoptó el PLAN DE GESTIÓN, PLAN DE DESARROLLO denominado "EN EL SAN RAFA TRAJAMOS CON EL ALMA", para el periodo 2020-2024."

Que mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 018 de 02 de octubre de 2021, se modificó el PLAN DE GESTIÓN, PLAN DE DESARROLLO denominado "EN EL SAN RAFA TRAJAMOS CON EL ALMA", para el periodo 2020-2024."

Que mediante la Resolución No. 155 de 13 de Julio de 2020, se adoptan los programas estratégicos como orientadores del PLAN DE DESARROLLO 2020-2024, "EN EL SAN RAFA TRAJAMOS CON EL ALMA" de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA".

Que la Resolución interna 371 de 28 de agosto del 2023 ajusta la metodología y reglamenta el proceso "Control y Monitores del Trabajo en Equipo" COMITÉ en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja y su estructura de trabajo.

Que Mediante la Resolución 285 de 22 de junio del 2023 se actualizo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA y su estructura de Trabajo.

Que es deber de la entidad definir los lineamientos institucionales para que la Oficina de Control Interno cumpla con las actividades de evaluación independiente y auditoría interna.

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, para desarrollar la labor de evaluación y seguimiento, la oficina de control interno de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA debe desarrollar auditorías internas alineadas con el marco internacional para la práctica de auditoría interna.

En mérito de lo expuesto.

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. PLAN ANUAL DE AUDITORÍA. La Oficina de Control Interno para cada vigencia establecerá el Plan anual de auditorías, el cual contempla los procesos priorizados según la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública, así como los seguimientos e informes de ley establecidos en el marco Normativo legal vigente en materia de Control Interno, articulado con los roles de la oficina, las cuales serán aprobadas por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

PARÁGRAFO. Toda modificación y/o ajuste al plan anual de auditorías será solicitado y aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

ARTÍCULO SEGUNDO. AVISO DE LA AUDITORÍA O EVALUACIÓN INDEPENDIENTE. La Oficina de Control Interno mediante carta de compromiso informará a la subgerencias, oficina asesora y líder de proceso la apertura de auditoría, notificando sus objetivos y alcance, con mínimo tres (3) días hábiles antes de la realización de la auditoría.

ARTÍCULO TERCERO. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN. En desarrollo de la evaluación del sistema de Control Interno, o demás sistemas que tenga implementada la institución, el auditor aplicará los papeles de trabajo para recolectar y analizar la información suministrada en el área respectiva, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento interno OACI-PR-02.

PARÁGRAFO. El plazo máximo para la entrega de información al equipo auditor será de cinco (5) días hábiles posteriores a la apertura.

ARTÍCULO CUARTO. INFORME PRELIMINAR. Una vez concluida la etapa prevista en el artículo precedente, se deberá elaborar el informe preliminar, el cual debe contener los hallazgos y observaciones encontrados, y enviar en primer orden, al proceso auditado con copia de la Subgerencia u Oficina Asesora respectiva para su conocimiento y si hay lugar, para que

realice las observaciones al mismo y/o presente los soportes de las actividades adelantadas que eliminan el hallazgo identificado por el auditor.

PARÁGRAFO 1: PARA LAS AUDITORÍAS A PROCESOS, El área o proceso evaluado, dispondrá hasta de diez (10) días hábiles para pronunciarse respecto al informe preliminar, término que se computará desde el día siguiente a la recepción de aquel, advirtiendo que finiquitado el precitado plazo sin que el área o proceso efectúen el correspondiente pronunciamiento u objeción, se tendrá por aceptado el informe preliminar.

En caso de recibir alguna observación al informe, la Oficina de Control Interno tendrá ocho (8) días hábiles para emitir y enviar el informe definitivo.

PARÁGRAFO 2. PARA LOS INFORMES DE LEY Y SEGUIMIENTOS. Establecidos en el Plan Anual de Auditorías, se enviará informe preliminar a los procesos relacionados con copia a la Subgerencia u Oficina Asesora respectiva, para su conocimiento y si hay lugar a observaciones al mismo, el proceso cuenta máximo con tres (3) días hábiles para presentarlas ante la Oficina de Control Interno.

ARTÍCULO QUINTO. INFORME FINAL. Una vez se haya cumplido el plazo previsto en la etapa del numeral anterior, la Oficina de Control Interno, cuenta con ocho (8) días hábiles para elaborar y radicar el informe final en la gerencia, y enviando copia a las dependencias evaluadas y a la Subgerencia u Oficina Asesora en la cual esté adscrita el área y/o proceso auditado.

ARTÍCULO SEXTO. ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO. Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción del informe final, el proceso evaluado con visto bueno de la Subgerencia u Oficina Asesora correspondiente, elaborará un plan de mejoramiento, en el formato establecido para tal fin, con base en los hallazgos detectados y si lo considera pertinente a las observaciones. El contenido del plan debe indicar las acciones a realizar, el responsable, el indicador final y la fecha límite propuesta para su cumplimiento. El cual será máximo de seis (6) meses. Con excepción de los planes de mejoramiento relacionados con acciones del proceso financiero, este será remitido a la Gerencia para aprobación, y finalmente deberá ser radicado en la Oficina de Control Interno.

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

PARÁGRAFO 2. El área o proceso responsable del Plan de Mejoramiento aprobado, contará con (3) Tres días Hábiles para cargar este plan de mejoramiento en la plataforma DARUMA.

PARÁGRAFO 3: En caso de ser trasladado o retirado el líder del área o proceso, el Plan de Mejoramiento deberá ser asumido por el funcionario que lo reemplace, dando continuidad a la acción de mejora suscrita en dicho plan.

ARTÍCULO SÉPTIMO. SOLICITUD DE PRÓRROGA PARA PRESENTACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO. El líder de proceso auditado, con visto bueno de la Subgerencia u oficina asesora, podrá solicitar a la oficina de control interno prórroga por escrito debidamente motivada y antes del vencimiento del plazo otorgado, por una sola vez.

ARTÍCULO OCTAVO. SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO. El Seguimiento será realizado por la Oficina Asesora de Control Interno trimestralmente, tiene como finalidad establecer el avance y cumplimiento de las acciones formuladas durante el periodo a evaluar. Estos deben evidenciarse por soportes cargados oportunamente en la plataforma Daruma por el proceso y deberán cumplir con los plazos establecidos en el plan de mejoramiento. Este seguimiento se realizará paralelamente con el seguimiento de avance de los planes operativos existentes en la entidad.

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

PARÁGRAFO 2. Dentro del Plan de Mejoramiento se fijarán los criterios que permitan establecer el nivel de cumplimiento y ejecución.

PARÁGRAFO 3. Los rangos establecidos de medición corresponden a la siguiente escala cromática:

- Cumplimiento de metas entre 80% y 100% código cromático verde.
- Cumplimiento de metas de 60% y menos del 80% código cromático amarillo.
- Cumplimiento de meta menor al 60% código cromático rojo.
- planes de mejoramiento en términos de ejecución código cromático color gris.

PARÁGRAFO 4. El cierre eficaz del plan de mejoramiento se determinará por la efectividad de las acciones, esto es, si las deficiencias se subsanaron y no se evidencian nuevas ocurrencias; caso contrario el cierre del plan será con resultado ineficaz, debiéndose presentar un nuevo plan de mejoramiento con acciones diferentes.

ARTÍCULO NOVENO. SOLICITUD DE AJUSTE AL PLAN DE MEJORAMIENTO. El responsable de presentar el plan de mejoramiento, podrá solicitar modificación de la acción o acciones propuestas mediante escrito debidamente justificado, radicado como mínimo treinta (30) días calendario antes de la fecha programada de terminación de la acción a modificar, siempre y cuando se cuente con un avance mínimo del 70% del total del plan.

Una vez aprobada la solicitud del ajuste al plan de mejoramiento el proceso contara con los tiempos y procedimientos establecidos en el Artículo 6 de esta resolución para elaboración y presentación del mismo.

PARÁGRAFO: Cuando se presenten cambios en la Gerencia, Subgerencias, Oficina Asesora, o líderes de procesos se podrá solicitar ajustes a su plan de mejoramiento, dentro de los primeros dos (2) meses de su gestión, por una sola vez.

ARTÍCULO DÉCIMO. 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 otras Entidades de Control

ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO. INCUMPLIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO. Cuando se presente incumplimiento a las acciones suscritas en los Planes de mejoramiento, el responsable deberá presentar informe a la subgerencia u oficina asesora correspondiente, sustentado las razones o dificultades presentadas para el desarrollo de la actividad, y si es el caso replantear la acción o el tiempo establecido debidamente justificado.

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

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

9

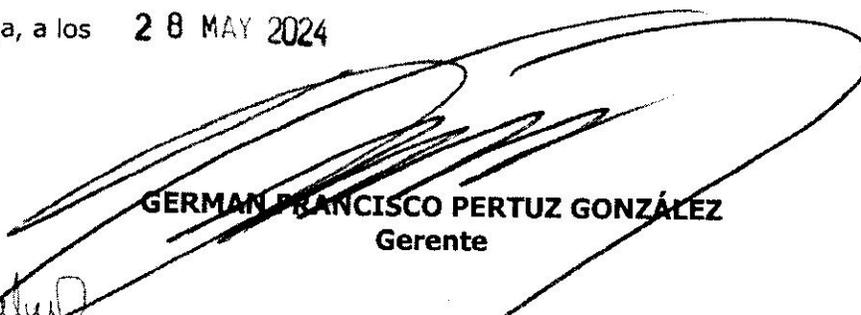
ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO. CIERRE DE PLAN DE MEJORAMIENTO El cierre de plan de mejoramiento se cerrará una vez se cumpla con el 100% de acciones propuestas, este cierre se hará a través del software DARUMA, por parte de la Oficina de Control Interno.

ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO. EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES DEFINIDAS EN EL PLAN DE MEJORAMIENTO La Oficina Asesora de Control Interno en el informe de seguimiento reportara si el plan de mejoramiento y/o acción fue eficiente, eficaz y efectiva.

ARTÍCULO DÉCIMO CUARTO. Vigencia. La presente Resolución deroga las resoluciones anteriores 124 de 2019 y 327 de 2022 y rige a partir de su fecha de publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Tunja, a los **28** MAY 2024



GERMAN FRANCISCO PERTUZ GONZÁLEZ
Gerente

Revisó: *Salud* Sulma Clemencia Torres. Asesora Jurídica

Revisó: Nelson Andrés Montero Ramírez, Asesor Jurídico Externo

Revisó: Diana Lizbeth Vargas González, Asesora de control Interno

Proyecto: Claudia Sáenz Jiménez y Laura Gracia, Profesionales Especializados OACI

