

RESOLUCIÓN N° 327 <sup>F.S.E</sup> DE 2022

01 AGO 2022

**"Por medio de la cual se modifica la Resolución N° 124 de 16 de Julio 2019, a través de 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 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, 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 el artículo 269 de la Constitución Política, establece 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*".

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.

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.

Que a su vez, el artículo 8º de la Ley 87 de 1993, estableció 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 los artículos 27 y 28 de la Ley 489 de 1998, se creó Sistema Nacional de Control Interno, 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 2011, se profirió normatividad tendiente a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

327 <sup>120</sup>



Que, el artículo 2.2.23.1 del Decreto 1083 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 del Decreto 1083 de 2015, modificado por el artículo 17 del Decreto 648 de 2017, señaló 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"*.

Que a través del inciso segundo del artículo 32 del Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se estableció la obligatoriedad de los procesos de auditoría para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

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

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

Que para llevar a cabo la evaluación independiente del sistema de control interno y las auditorías 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 la Resolución interna 030 de 2018, actualiza el comité de coordinación del sistema de control interno y gestión de la calidad de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja y su estructura de trabajo.

En mérito de lo expuesto.

## RESUELVE

**ARTICULO PRIMERO.** Modifíquese el párrafo primero del artículo cuarto de la Resolución No. 124 de 2019, el cual quedará así:

**PARÁGRAFO 1:** Para las auditorías a procesos, el área o proceso evaluado, dispondrá hasta 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.

**ARTÍCULO SEGUNDO.** Modifíquese el artículo sexto de la Resolución No. 124 de 2019, el cual quedará así:

**ARTÍCULO SEXTO. Elaboración y presentación de Planes de Mejoramiento.** Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción del informe final, el área o proceso evaluado, con revisión, visto bueno y aprobación de la Subgerencia u Oficina Asesora correspondiente, elaborará un plan de mejoramiento, en el formato establecido para tal fin (CODIGO: CA-F-12).

El plan de mejoramiento debe contener:

- 1) *Tipo de acción.*
- 2) *Identificación del área o proceso responsable.*
- 3) *Indicador Final.*
- 4) *Plazo y/o fecha límite propuesta para su cumplimiento*

Este Plan de Mejoramiento, deberá ser radicado en la Gerencia de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja para su correspondiente aprobación, luego de lo cual, será remitido tanto a la Oficina Asesora de Control Interno como a la Subgerencia, Oficina de Desarrollo de Servicios y área o proceso responsable.

**PARAGRAFO 1.** 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 2.** La Oficina Asesora de Control Interno realizará asesoría y acompañamiento para el análisis de causas y la elaboración del plan de mejoramiento.

**PARÁGRAFO 3:** Se entenderá por no presentado el Plan de Mejoramiento por procesos, cuando no cumpla con lo establecido en el presente artículo.

**ARTÍCULO TERCERO.** Modifíquese el artículo octavo de la Resolución No. 124 de 2019, el cual quedará así:

**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, que se deben evidenciar por soportes que se cargaran oportunamente en la plataforma Daruma por el proceso y cumpliendo con los plazos establecidos en el plan de mejoramiento y se hará paralelamente con el seguimiento de avance de los planes operativos existentes en la entidad.

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

**PARÁGRAFO 2.** Se fijaran los criterios que permitan establecer el nivel de cumplimiento y ejecución.

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

- a. Cumplimiento de metas entre 80% y 100% código cromático verde

- b. Cumplimiento de metas de 60% y menos del 80% código cromático amarillo
- c. Cumplimiento de meta menor al 60% código cromático rojo

**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 evidencia nuevas ocurrencias; caso contrario el cierre del plan será con resultado ineficaz, debiéndose presentar un nuevo plan de mejoramiento con acciones diferentes.

Se debe tener en cuenta que el seguimiento a la efectividad de los planes de mejoramiento se realizará en la cantidad y periodicidad establecida en el momento de la creación del plan en el software DARUMA y lo establecido en el instructivo de ayuda del módulo plan de acción identificado con módulo IN-IN-0016 en el numeral 4.5. Etapa 5, seguimiento y conclusiones del plan de acción.

**ARTÍCULO CUARTO.** Modifíquese el artículo noveno de la Resolución No. 124 de 2019, el cual quedará así:

**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 hábiles 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 contará con los tiempos y procedimientos establecidos en el Artículo 6 de esta resolución para elaboración y presentación del mismo.

**PARÁGRAFO 1:** 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 cuatro (4) meses de su gestión, por una sola vez.

**ARTÍCULO QUINTO.** Modifíquese el artículo décimo segundo de la Resolución No. 124 de 2019, el cual quedará así:

**ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO. Incumplimiento a la ejecución de Planes de Mejoramiento.** Cuando se presente incumplimiento a las acciones suscritas en los Planes de mejoramiento, el responsable deberá presentar informe a la subgerencia u oficina asesora correspondiente, sustentado las razones o dificultades presentadas para el desarrollo de la actividad, y si es el caso replantear la acción o el tiempo establecido debidamente justificado y que ayude directamente a la eliminación del hallazgo identificado en los términos del Artículo 9.

**PARÁGRAFO 2.** Cuando exista incumplimiento a Planes de Mejora suscritos 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.

**ARTÍCULO SEXTO. Vigencia.** La presente Resolución rige a partir de su fecha de publicación.

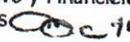


**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dado en Tunja, a los **01** AGO 2022

  
**YAMIT NOÉ HURTADO NEIRA**  
GERENTE

Revisó: Yulleth Alexandra Parra Roncancio, Subgerente Administrativo y Financiero 

Revisó: Mónica María Londoño Forero, Asesor desarrollo de servicios 

Revisó: Boris A. Vargas Cruz/Asesor Jurídico 

Proyecto: Diana Lizbeth Vargas Gonzalez, Asesora de control Interno 

327284