HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBO Mensaje de vida!	**HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBO**	**Código:** CP
		Versión: 01
		Vigente desde: 20/01/2018
	NOMBRE DEL PROCESO: CONTROL INTERNO (Su Evaluación y Mejora)	**Páginas: 1 de 4**

OBJETIVOS DEL PROCESO	**INDICADORES DE ÉXITO DEL PROCESO**
Realizar vigilancia y control de la gestión administrativa, estableciendo mecanismos de seguimiento, medición, evaluación y verificación, que permitan la valoración permanente de la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos bajo un enfoque sistémico que contribuya al fomento de la cultura del control, a la legalidad y la transparencia, obteniendo información para la corrección y prevención de las desviaciones (reales y potenciales) detectadas y la toma de acciones que mejoren el desempeño institucional.	• Cumplimiento del Plan de Auditorías Internas de Gestión • Ejecución Campañas de Auto-Control • Seguimiento Planes de Mejoramiento. • Eficacia en las acciones de mejoramiento implementadas • Control de Acciones Preventivas Implementadas • Cumplimiento en la presentación de informes de Ley
RESPONSABLE	**PARTICIPANTES – EQUIPO DE TRABAJO**
Gerente, Jefe de Control Interno o quién haga sus veces	Suddirector Administrativo y Financiero

RIESGOS	**CONTROLES – MITIGACION**	**TIEMPO DE EJECUCION**
Retraso en el envío de la información a las Entidades competentes y partes interesadas	Diseñar por cada proceso o dependencia del Hospital el Calendario de Obligaciones legales Y Administrativas. COLA y hacer seguimiento permanente	Seguimiento a las obligaciones mensualmente
Desarrollo de las Auditorías Internas sin Independencia, objetividad e imparcialidad	Aplicar las Normas de Internacionales de Auditoría, Documentar y aplicar el Procedimiento de Auditorías Internas a Sistemas de Gestión	Permanentemente
Incumplimiento en las actividades planificadas para ejercer la vigilancia de la gestión administrativa	Revisiones periódicas en mesas de trabajo de las actividades planificadas	Permanentemente
No aplicar las acciones establecidas en los planes de mejoramiento	Realizar periódicamente reuniones de comité para evaluar el plan de mejoramiento,	Permanentemente
No aplicación del mapa de riesgos de control interno y de corrupción	Seguimiento periódico a las acciones planteadas en los mapas de riesgos	Permanentemente
Ineficacia de las acciones implementadas	Realizar periódicamente reuniones de comité para evaluar la eficacia al plan de mejoramiento.	Permanentemente

PROCESO QUE ENTREGA (PROVEEDOR)	ENTRADAS	ACTIVIDADES DEL PROCESO (CICLO PHVA: PLANEAR – HACER- VERIFICAR- ACTUAR)		SALIDAS	PROCESO QUE RECIBE (CLIENTE)
		PLANEAR (P)	**HACER (H)**		
Entidades Públicas y Organismos de Control. Entidades privadas. Entidades financieras Usuarios de los servicios de salud. Procesos normalizados de la Entidad Hospitalaria.	Normas legales en materia de Sistema de gestión y Control Interno. Contexto Estratégico de la Entidad. Requerimientos de entidades y organismos de control en salud Necesidades y expectativas de los usuarios y partes interesadas Indicadores analizados PQRSD tramitadas Hallazgos de Auditoria analizados.	Identificar oportunidades y riesgos para el proceso a través del análisis del contexto Estratégico de la Entidad. Identificar las necesidades y expectativas de los usuarios y partes interesadas en materia de controles internos. Programar la Evaluación al Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG Programar la Evaluación del Sistema de Control Interno. Programar las Auditorías Internas a MIPG, Control Interno y al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Planear el Fomento de la Cultura del Control Planear la asesoría y acompañamiento a las diferentes dependencias y procesos del hospital en materia de controles. Planear las estrategias para la gestión de riesgos de la entidad.	• Realizar la Evaluación al Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG • Realizar la evaluación independiente al Sistema de Control Interno • Realizar las Auditorías Internas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. • Realizar seguimiento a los planes de acción. • Realizar seguimiento a las evaluaciones del Plan Operativo Anual-POA. • Realizar la Evaluación del sistema de Control Interno Contable. • Realizar las Actividades Fomento de la Cultura del Control • Elaborar y Presentar los Informes Requeridos como producto de la Gestión del Control Interno. • Definir y promover la metodología para mejorar continuamente la eficacia, la eficiencia y la efectividad de los controles. • Definir y promover la metodología para la toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Oportunidades y riesgos para el proceso identificados Necesidades y expectativas de los usuarios y partes interesadas, identificados. Cronograma para la Evaluación del MIPG.SCI, SOGCS. Programa Anual de Auditorías internas Acciones Correctivas emprendidas Acciones Preventivas desarrolladas Acciones de	Entidades Públicas y Organismos de Control. Entidades privadas. Entidades Financieras Usuarios de los servicios de salud. Procesos normalizados de la Entidad Hospitalaria.

	Hallazgos de las evaluaciones Indicadores analizados PQRS tramitadas Hallazgos de Auditoria analizados. Hallazgos de las evaluaciones	**ACTUAR** Elaborar y ejecutar los planes de mejoramiento como producto de las evaluaciones a la gestión, de las auditorías internas y de las auditorías externas. Verificar la eficacia de las acciones de mejoramiento emprendidas	**VERIFICAR** Elaborar informes de seguimiento y medición al proceso. Revisar permanentemente la normatividad aplicable al proceso. Analizar el grado de eficacia de los controles implementados. Evaluar los riesgos de control interno y de corrupción del proceso. Analizar los hallazgos de las auditorías internas y externas. Verificar el tratamiento dado a las PQRSD.	Mejora ejecutadas (Planes de Mejoramiento Acciones Correctivas emprendidas Acciones Preventivas desarrolladas Acciones de Mejora ejecutadas (Planes de Mejoramiento	

RECURSOS	NORMATIVIDAD
Talento Humano Director Administrativo y Financiero Encargado de Control Interno o quién haga sus veces **Tecnológicos** Equipos de computo Aplicaciones del Office **Logístico** Normas legales vigente **Financiero** Recursos presupuestales	• Constitución Política, artículos 209, 269. • 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. • Ley 489 de 1998: por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones • Ley 734 de 2002 “por la cual se expide el Código Disciplinario Único.” • Decreto1499 de 2017, por medio del cual se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG. • Decreto 1599 de 2005, por medio del cual se dispone la implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI en todas las entidades que hacen parte del ámbito de aplicación de la Ley 87 de 1993,

	• Decreto 1083 de 2015 “por medio del cual se expide le Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. • Decreto 612 de 2018: Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al plan de acción por parte de las entidades del estado.

PROCEDIMIENTOS	DOCUMENTOS SOPORTE	GUIAS	DOCUMENTOS DE REFERENCIA EXTERNOS	REGISTROS
• Procedimiento para la auditoría de sistemas de gestión. MIPG, SCI, SOGCS, y otros • Procedimientos para la realización y evaluación de acciones de mejora.			Manual Operativo Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para las Entidades del Estado Colombiano 2014. Norma ISO 19011: Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión. Guía para la Administración del Riesgo-DAFP. Guía de Auditoría para Entidades Públicas- DAFP.	• Contexto Estratégico para la Administración de Riesgos • Plan Anual de Auditoría • Plan Detallado de Auditoría • Informes presentados al Comité Coordinador de Control Interno Informes de Auditoría. • Plan de mejoramiento como producto de las auditorías realizadas. • Verificación de la eficacia de las acciones emprendidas en las acciones de mejora.

PROYECTÓ	REVISÒ	APROBÓ
UNIVERSIDAD CES	JOSE LUIS ALVARINO VASQUEZ Subdirector Científico	DNIELA MAZO MORALES Subdirector Administrativo y Financiero (E)