



E.S.E. Hospital de Nazareth
Nit. 892.115.347-1
"Nuestra Prioridad es tu Salud"

ACTA N° 001

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO

FECHA: 21 de Enero del 2021

HORA: 10:30 a.m.

LUGAR: Sala de Juntas de la ESE Hospital de Nazareth

ASUNTO: Aprobación del Programa y Plan Anual de Auditoria para la Vigencia 2021

OBJETIVO

Presentar al Comité Institucional de Coordinación de Control interno de la E.S.E. Hospital de Nazareth, el Programa y el Plan anual Institucional de Auditoría Interna para la vigencia 2021

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El día 21 de Enero del 2021, siendo las 10:30 a.m. nos reunimos en sala de juntas de la sede principal de la ESE Hospital de Nazareth los funcionarios que firman la presente acta, y los asistentes de manera virtual por conexión Meet, para conocer el plan y programa de auditoría elaborado por la oficina de control interno y la oficina de calidad, con el cual se dará inicio al ciclo de las auditorías internas para la vigencia 2021. En la cual se detallan las áreas que serán auditadas, los criterios de la auditoria, el alcance de la auditoria, las fechas programadas para dar inicio a dichas auditorias, la metodología que se utilizara para la realización y la formulación de los planes de mejoramiento institucionales. Los cuáles serán objeto de seguimiento por la oficina de control interno en el año.

Se definen las fechas de inicio de las Auditorías internas de la ESE Hospital de Nazareth en la que se aceptó dar inicio en el mes de Enero las auditorías a los procesos asistenciales y Febrero a los procesos administrativos.

CONCLUSIONES:

Se aprueba el plan y programa de Auditoría Interna Presentado por la Oficina de Control Interno y la Oficina de Calidad para ser ejecutado en el 2021.



COMPROMISOS Y DELEGACION DE FUNCIONES:

1. Concertar con los auditados (Lideres de Procesos). las fechas en la que les corresponde recibir la auditoria, y el medio con el cual se realizara.

Sin otro tema que tratar o discutir, se da por terminada la reunión del comité coordinador de control interno a las 11.55 a.m.

LISTA DE ASISTENCIA

De los funcionarios y contratistas invitados a esta reunión que fue realizada utilizando las plataformas digitales para reuniones virtuales, y la presencia física en la sala de juntas de la E.S.E Hospital de Nazareth, asistieron:

Conexión Virtual Meet <https://meet.google.com/oka-hyyp-bub>

Calmides Gonzales	Asistió
Luis Carlos Gómez Sarta	Asistió
Alex Iguaran	Asistió

Presencial - Sala de Juntas

Anauris Iguaran	ORIGINAL FIRMADO
Rosangel Restrepo	ORIGINAL FIRMADO
José Rivadeneira	ORIGINAL FIRMADO
Juan Diego López	ORIGINAL FIRMADO

ANEXOS

Se anexa a esta acta el plan y programa de auditoria para la vigencia 2021



RESOLUCIÓN No. 031 DEL 2021 (26 DE ENERO)

"POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL PLAN Y EL PROGRAMA ANUAL INSTITUCIONAL DE AUDITORÍAS PARA LA VIGENCIA DE 2021 DE LA E.S.E. HOSPITAL DE NAZARETH"

El suscrito Gerente de la E.S.E. Hospital de Nazareth
en uso de sus atribuciones legales y

CONSIDERANDO

Que el Decreto 1599 de 2005 desarrolla las normas generales de la ley 87 de 1993 y adopta el modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 para el estado colombiano, determinando las generalidades y la estructura necesaria para su establecimiento, documentación, implementación y mantenimiento

Que a través del decreto 2145 de 1999, se dictan las normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las entidades y organismos de la Administración Pública del orden Nacional y Territorial.

Que mediante el decreto 1011 de 2006, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud del SGSSS.

Que el decreto 1537 DE 2001 del DAFP, reglamenta parcialmente la ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos, que fortalezcan el Sistema de Control Interno de las entidades y organismos del estado. Define los 5 tópicos del control interno: valuación del riesgo; acompañamiento y asesoría; evaluación y seguimiento; fomento de la cultura del control; y relación con entes externos. Establece, además, que todas las entidades públicas deben contar con una política de administración del riesgo, siendo un proceso permanente e interactivo.

Que la resolución 357 de 2008 de la Contaduría General de la Nación, adopta el procedimiento de control interno contable y de reporte del informe anual de evaluación a la CGN.

Que mediante Decreto 943 del 2014 el Departamento Administrativo de la Función Pública - **DAFP** Actualiza el Modelo Estándar de Control Interno MECI en donde el

Módulo de Control de Evaluación y Seguimiento define el componente de Auditoria Interna como uno de los elementos importantes y necesarios para el fortalecimiento y mejoramiento de los procesos.

Que la ejecución de los programas y planes anuales institucionales de auditoría, permiten realizar de manera organizada y programática las diferentes labores de evaluación sobre el funcionamiento en cada uno de los procesos que integran el Sistema de Control Interno Institucional, facilitando tomar correctivos mediante planes de mejoramiento internos a nivel funcional, individual e institucional

Que en cumplimiento del Artículo 2.2.21.1.6 del Decreto 648 del 2017, se establece la función del comité institucional de coordinación de control interno, en su literal *b) Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la entidad presentado por el jefe de control interno o quien haga sus veces, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del plan de acuerdo con lo dispuesto en el estatuto de auditoría, basado en la priorización de los temas críticos según la gestión de riesgos de la administración.*

Que el Comité de Coordinación de Control Interno y el Comité de Calidad, en sus sesiones, ambas realizadas el **25** de Enero del 2021 aprobaron el Programa y el Plan Anual de Auditorías para la vigencia fiscal de 2021.

Que, en mérito de lo expuesto, el Gerente de la **E.S.E. HOSPITAL DE NAZARETH.**

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. - Adoptar el Programa Anual Institucional de Auditorías de Calidad y Auditoria de Gestión y Procesos, para ejecutar en la vigencia 2021 en la E.S.E. Hospital de Nazareth.

ARTÍCULO SEGUNDO. - El Programa Anual Institucional de Auditorías, adoptado en el artículo anterior, hace parte integral de la presente resolución y su procedimiento será aplicado por el Grupo de Calidad y Control Interno de la E.S.E. Hospital de Nazareth, de conformidad con lo establecido en dichos programas.

ARTÍCULO TERCERO. - El Programa Anual Institucional de Auditorías de la Empresa Social del Estado, Hospital de Nazareth, se estructurará en cada vigencia fiscal y serán presentados para su aprobación ante el Comité de Coordinación de Control Interno y el comité de Calidad de la entidad, proceso en el que participaran directivos y funcionarios de cada área y su aplicación será de obligatorio cumplimiento.

ARTÍCULO CUARTO. - El Programa Anual Institucional de Auditoría, deberá publicarse por los diferentes medios que posee la Empresa Social del Estado, Hospital de Nazareth,



y su difusión estará a cargo de la oficina o área encargada de los procesos de comunicaciones, igualmente harán parte de los procesos de inducción y re inducción y se socializará a todos los servidores públicos de la empresa para su conocimiento y aplicación.

ARTÍCULO QUINTO. - Las Auditorias a realizar deben ajustarse a la programación planteada en el Programa Anual institucional y se desarrollará de acuerdo a los lineamientos previstos para ello.

ARTÍCULO SEXTO. – Ante la crisis sanitaria decretada por el gobierno nacional y los lineamientos impartidos en el Decreto 491 del 2020, será criterio de los auditores aplicar nuevos esquemas de auditoria de manera presencial, virtual o remota, soportada en la tecnología, las conexiones, el acceso a la información y a las bases de datos institucionales.

ARTÍCULO SEPTIMO - La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga aquella que le sea contraria.

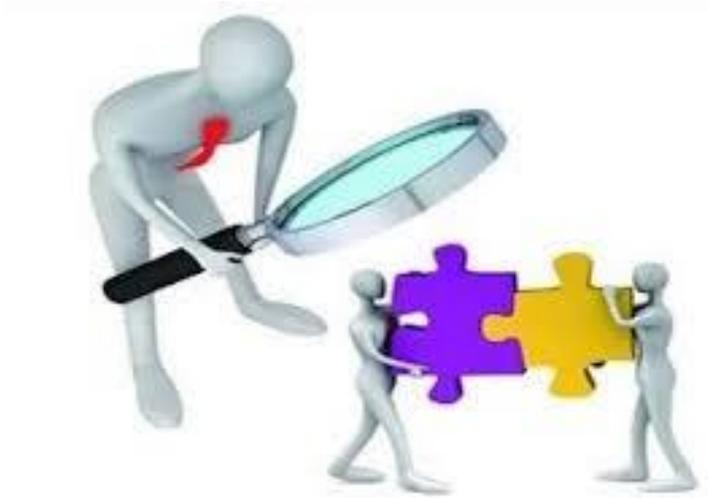
PUBLIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en el Corregimiento de Nazaret, Municipio de Uribía, Departamento de La Guajira a los veintiséis (26) días de enero de 2021.

ORIGINAL FIRMADA
CALMIDES ADAULFO GONZALES PRIETO
Gerente

Elaboró: José Rivadeneira Bermúdez (Jefe de Control Interno)
Rosangel Restrepo Medina (Asesora de Calidad)
Reviso: Giriber Freyle (Asesor Jurídico)

PLAN ANUAL DE AUDITORÍA INTERNA



E.S.E. HOSPITAL DE NAZARETH 2021

Elaborado por:

JOSEDAVID RIVADENEIRA BERMUDEZ
Jefe de Control Interno

Aprobado por:

CALMIDES GONZALES PRIETO
Gerente

ROSANGEL RESTREPO MEDINA
Asesora de Calidad



PLAN DE AUDITORÍA INTERNA

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

Creado con Res. No. 716 del 9 de octubre de 2013.

Modificado según Res. No. 850 del 9 de agosto de 2015, atendiendo lo establecido en el Decreto 943 del 21 de mayo de 2014, en la adopción del nuevo MECI 2014.

Con la expedición del Decreto 648 del 19 de Abril del 2017 en su sección 2, Artículo 2.2.21.1.5 Se definen los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control interno.

Con el Decreto 1499 del 2017 se modifica el Decreto 1083 del 2015, decreto único reglamentario del sector función pública. En lo relacionado con el sistema de gestión establecido en el artículo 133 de la ley 1753 del 2015, en su título 23 establece la actualización del modelo estándar de control interno y su articulación con el sistema de gestión, en el marco del MIPG a través de los mecanismos de control y verificación que permitan el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.

La Resolución 014 del 5 de Enero del 2018 Actualiza y Modifica el Comité coordinador de control interno con el nombre de **Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la ESE Hospital de Nazareth**.

Este comité estará conformado por los siguientes Funcionarios:

Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (Directivos de Primer Nivel)

Calmides Gonzales Prieto - Gerente / Presidente
Juan Camilo Sierra Sierra - Subgerente Científico
Luis Carlos Gómez Sarta - Jefe de Presupuestos
Rosangel Restrepo Medina – Asesor de Calidad
Juan Orosco Gómez – Asesor de Planeación
Emmanuel Hernández - Coordinador de Sistemas de Información y Tecnologías
Giriber Freile – Asesor Jurídico
José David Rivadeneira Bermúdez – Jefe de Oficina de Control Interno / Secretario Técnico



CONTENIDO

TEMA	PÁGINA
1. Introducción	4
2. Misión y Visión	5
3. Objetivo	6
4. Alcance	7
5. Generalidades	8
6. Conceptos Básicos	9-11
7. Procedimientos	12
8. Descripción del Proceso de Auditoría	13-14
9. Flujo-Grama de Auditoría	15
10. Programa y Plan de Auditoría	16-18



1. INTRODUCCIÓN:

La Auditoría Interna a través del tiempo, se ha constituido en el eje central que garantiza el funcionamiento adecuado de todo un sistema, donde se deben tener bien definidas tanto las herramientas a utilizar, como los métodos a implementar que coadyuven a las administraciones a encausar de manera oportuna las estrategias para alcanzar los objetivos trazados.

La emergencia que se está viviendo a raíz de la pandemia originada por el COVID-19, demanda un nuevo reto por parte de las instituciones para entender la crisis y sus repercusiones en el cumplimiento de su objeto legal, y exige de las oficinas de control interno, de auditoría interna de calidad o quien hace sus veces, adecuar su rol a las nuevas necesidades institucionales y a reinventarse como una novedosa tercera línea de defensa, que contribuya a un ejercicio articulado con las entidades, de cara a una realidad que cambió de manera inesperada el quehacer institucional.

En esta época de crisis, el ejercicio de auditoría y evaluación independiente del Sistema de Control Interno de las Entidades Públicas debe seguir operando de manera eficaz, aún en presencia de condiciones excepcionales, como el período de aislamiento Decretado por el Gobierno Nacional mediante la Resolución 385 del 12 de Marzo del 2020, priorizando aquellos procesos, recursos, programas o proyectos de mayor impacto para la organización y disponiendo de su experiencia y conocimiento para desarrollar acciones como un verdadero aliado de las entidades.

Entendiendo esta nueva dinámica y, a partir de los instrumentos y lineamientos brindados por el Instituto de Auditores Internos IIA y de otras organizaciones concedoras de la materia, así como la regulación expedida por el Gobierno Nacional y los organismos de control para enfrentar la crisis de la pandemia por el COVID, la oficina de control interno y la oficina de calidad hemos acudido y aceptado las recomendaciones realizadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública como herramientas importantes que nos pueden ayudar a llevar a cabo de manera eficaz el ejercicio de Auditoría,



E.S.E. Hospital de Nazareth
Nit. 892.115.347-1
"Nuestra Prioridad es tu Salud"

2. MISIÓN Y VISIÓN INSTITUCIONAL

MISIÓN

Somos la empresa social del estado – Hospital de Nazareth de primer nivel de complejidad, que presta servicios de salud en la alta guajira con estándares de calidad, eficiencia y humanización, enfocada en mantener una estructura física y organizacional adecuada que permita afrontar los retos y desafíos propios del entorno intercultural, brindando el mejor recurso humano y tecnológico, basados en principios y valores institucionales que garanticen la seguridad del paciente, logrando satisfacer las necesidades de atención en salud de nuestros usuarios.

VISIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital de Nazareth del municipio de Uribía, será en el 2025 líder en la prestación de servicios integrales en salud, reconocida como una de los mejores hospitales de primer nivel de complejidad en el departamento de La Guajira, con altos estándares de calidad, seguridad del paciente y humanización de los servicios garantizando la satisfacción de nuestros pacientes


Calle 11 # 5-51 Segundo piso
Oficina en Riohacha
Nazareth - Alta Guajira - Colombia


hospitalnazareth@hotmail.com


Telefax: 7285484
Cel: 3145639453


www.esehospitaldenazareth.gov.co

 Ese hospital de Nazareth
 NazarethESE
 hospitaldenazareth

3. OBJETIVO:

Determinar con base a evidencias documentales y testimoniales, y en informes de Auditorías Internas o practicadas por Entes de Control, los hallazgos que sugieren riesgos para el cumplimiento de los Planes de Acción de cada área de la E.S.E., y que por ende afectaron las metas Institucionales en períodos anteriores y que por la falta de control se volvieron recurrentes. Es entonces indispensable crear planes de contingencia para contrarrestar los efectos de dichos hallazgos, identificando los riesgos inherentes, para administrarlos de manera adecuada y controlarlos acogiéndolos a la matriz PHVA, que muy a pesar de su tendencia a implementar Gestión de la Calidad, se constituye en una metodología fundamental en las actividades de Control Interno.

*"El ciclo PHVA es una herramienta de la mejora continua, presentada por [Deming](#) a partir del año [1950](#); se basa en un ciclo de 4 pasos: **Planificar (Plan)**, **Hacer (Do)**, **Verificar (Check)** y **Actuar (Act)**. Es común usar esta metodología en la implementación de un sistema de gestión de la calidad, de tal manera que al aplicarla en la política y objetivos de calidad así como en la red de procesos, la probabilidad de éxito es mayor.*

Los resultados de la implementación de este ciclo permiten a las empresas una mejora integral de la competitividad, de los productos y servicios, mejorando continuamente la calidad, reduciendo los costes, optimizando la productividad, reduciendo los precios, incrementando la participación del mercado y aumentando la rentabilidad de la empresa u organización¹".



¹Tomado de http://es.wikipedia.org/wiki/Ciclo_PHVA

4. ALCANCE:

Es necesario establecer los puntos extremos del *Plan de Auditoría* que se describe en el presente documento; el inicio de éste se enmarca en el **Programa de Evaluación de Control Interno**, presentada inicialmente a la Gerencia de la **E.S.E. HOSPITAL NAZARETH - URIBIA**, quien "...orienta las acciones de la entidad, para el logro de los objetivos institucionales en cumplimiento de su misión particular y los fines del Estado en general, es el principal referente de la gestión y marco de las actividades del control interno puesto que a través de ella se definen y articulan las estrategias, objetivos y metas²", y sustentada ante el **Comité Institucional de Coordinación de Control Interno**, para ser posteriormente socializada en todos los niveles de la Institución "...tener un despliegue adecuado y suficiente en todos los niveles y espacios de la institución; por tanto, la planificación de la gestión debe asumirse como una responsabilidad corporativa, tanto en su construcción como en su ejecución y evaluación³". Seguidamente, éste se deriva en el seguimiento indicado en el *Programa de Evaluación* de los procesos internos que coadyuvan a lo establecido en el *Plan de Gestión* de la E.S.E., para concluir con el *Plan de Mejoramiento* y la construcción de un *Mapa de Riesgos*.

Dentro del *Plan de Auditoría* se contemplarán las clases de auditorías a ejecutar y que se detallan a continuación:

De Gestión: Revisión de los *Planes de Acción por Áreas*, realizando el acompañamiento debido para verificar su cumplimiento y establecer las recomendaciones para que se realicen los ajustes a que haya lugar.

De Procesos: Revisión de los procesos y procedimientos de las acciones en cada puesto de trabajo, que debe concluir con el cumplimiento de las metas trazadas en el *Plan De Acción*.

De Cumplimiento: Informes, Planes de Mejoramiento, Contratación, etc.

Financiera: Procesos Contables, de Presupuesto, Cartera, Glosas y Tesorería.

² Inciso 1, Artículo 12, Decreto 2145 de 1999

³ Inciso 3, Artículo 12, Decreto 2145 de 1999

5. GENERALIDADES:

El Plan de Auditoría Interna de Control Interno de la **E.S.E. HOSPITAL NAZARETH**, tendrá su acción prioritariamente aplicable a la Gestión y a los Procesos y Procedimientos, que en su momento originen actividades correctivas, preventivas e incluso de mejoras al *Sistema de Control Interno*, que posteriormente deberán ser tratadas en *Planes de Mejoramiento*.

"Los responsables de este proceso son:

- a. **El Nivel Directivo:** *tiene la responsabilidad de establecer las políticas y objetivos a alcanzar en el cuatrienio y dar los lineamientos y orientaciones para la definición de los planes de acción anuales;*
- b. **Todos los Niveles y Áreas de la Organización:** *Participan en la definición de los planes indicativos y de acción, definición y establecimiento de mecanismos de control, seguimiento y evaluación de los mismos, así como su puesta en ejecución, de acuerdo con los compromisos adquiridos;*
- c. **Las oficinas de planeación:** *Asesoran a todas las áreas en la definición y elaboración de los planes de acción y ofrecen los elementos necesarios para su articulación y correspondencia en el marco del plan indicativo.*

Coordinan la evaluación periódica que de ellos se haga por parte de cada una de las áreas, con base en la cual determina las necesidades de ajuste tanto del plan indicativo como de los planes de acción y asesora las reorientaciones que deben realizarse;

- d. **La Oficina de Control Interno:** *Evalúa el proceso de planeación, en toda su extensión; implica, entre otras cosas y con base en los resultados obtenidos en la aplicación de los indicadores definidos, un análisis objetivo de aquellas variables y/o factores que se consideren influyentes en los resultados logrados o en el desvío de los avances. La identificación de estas variables, su comportamiento y su respectivo análisis permite que la formulación de las recomendaciones de ajuste o mejoramiento al proceso, se realice sobre soportes y criterios válidos y visibles fortaleciendo así la función asesora de estas oficinas⁴.*

⁴Parágrafo artículo 12 del decreto 2145 de 1999

6. CONCEPTOS BASICOS:

A continuación, algunos conceptos básicos utilizados en el cuerpo del *Programa de Evaluación de Control Interno*, contenidos en el *Plan de Auditoría Interna de Control Interno*:

Auditoría Interna: Es la auditoría contratada por la administración para evaluar el *Sistema de Control Interno* y establecer los efectos negativos que sugieran riesgo en los procesos mediante las diferentes *Técnicas de Auditoría* existentes. Ésta debe ser planeada de acuerdo a los planes de acción institucional y observando las directrices de la administración de manera independiente, emitiendo recomendaciones y asesorías en los casos que así se requieran.

Auditoría Externa: Es la auditoría realizada por el *Revisor Fiscal y Entes de Control y Vigilancia*, quienes actúan de manera independiente y que por razones legales deben rendir informes de la situación financiera y del estado del *Sistema de Control Interno SCI* del fiscalizado, los que son catalogados de realizar una *Auditoría Integral*.

Auditoría de Gestión: Revisión del *Plan de Gestión Institucional*, realizando el acompañamiento debido para verificar su cumplimiento y establecer las recomendaciones para que se realicen los ajustes a que haya lugar.

Auditoría de Procesos: Revisión de los procesos y procedimientos de las acciones en cada puesto de trabajo, que deben concluir con el cumplimiento de las metas trazadas en el *Plan De Gestión*.

Auditoría de Cumplimiento: Consiste en la revisión de Informes, Planes de Mejoramiento, Contratación y que apuntan a la mejora continua que permita que la Institución se encuentre dentro de lo normado.

Auditoría Financiera: Mediante esta auditoría, se busca revisar los diferentes *Procesos Contables, de Presupuesto, Cartera, Glosas y Tesorería*, que coadyuven en la consolidación de la información financiera de la institución, ajustadas a las *Normas de Contabilidad Generalmente Aceptadas NCGA* y los *Principios Contables*, que permitan reflejar razonablemente los hechos económicos en el giro ordinario del negocio.

Técnicas de Auditoría: Podemos definir las *Técnicas De Auditoría*, como los métodos de investigación y prueba, que se utilizan en la auditoría para obtener las evidencias necesaria que fundamente sus opiniones y conclusiones; éstas son empleadas de

Acuerdo a las necesidades presentadas en el transcurrir de dicha Auditoría. Las técnicas son métodos asequibles para obtener material de evidencia, a saber:

- **Ocular** (Comparación, Observación, Revisión Selectiva y Rastreo).
- **Documental** (Cálculo, Comprobación, Métodos Estadísticos, Análisis, Confirmación y Tabulación).
- **Verbal** (Indagación y Encuestas y Cuestionarios).
- **Físicas** (Inspección).

Evidencias de Auditoría: Se constituyen en los elementos probatorios del cumplimiento o no de los procesos y procedimientos establecidos en los diferentes puestos de trabajo, que permiten demostrar con claridad el hallazgo y pueden ser cuantitativos y/o cualitativos.

Plan de Mejoramiento: Identificados en los hallazgos los riesgos, se procede a implementar mecanismos de control para poder administrarlos cuando no sean objeto de eliminación, reduciéndolos a su mínima expresión, de tal forma que sean manejables, estableciendo cronológicamente en el tiempo, ajustes para optimizar los procesos, se establecen responsables y modos de verificación en una matriz, a lo que se le denomina *Plan de Mejoramiento*, que serán de obligatorio cumplimiento en la institución según lo estipulado en la Resolución 083 del 2018.

Hallazgos de Auditoría: Resultados obtenidos en las auditorías en los que se pueden evidenciar riesgos, detectados mediante la aplicación de las diferentes Técnicas de Auditoría.

Sistema de Control Interno: Es el conjunto de instancias de articulación y participación, competencias y sistemas de control interno, adoptados en ejercicio de la función administrativa por los organismos y entidades del Estado en todos Sus órdenes, que de manera armónica, dinámica, efectiva, flexible y suficiente, fortalecen el cumplimiento cabal y oportuno de las funciones del Estado⁵.

El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno: brinda los lineamientos para la determinación, implantación, adaptación, complementación y mejoramiento permanente del Sistema de Control Interno de cada entidad⁶.

⁵Artículo 1° del Decreto 2145 de 1999

⁶Artículo 7 del decreto 2145 de 1999 (Facilitadores)



E.S.E. Hospital de Nazareth
Nit. 892.115.347-1
"Nuestra Prioridad es tu Salud"

Auditado: Responsable del cargo objeto de la auditoría, quien deberá estar presto en el momento de la realización de la misma.

Criterios: soporte de ley, protocolos, guías o por disposición interna de las entidades, que permiten la determinación del riesgo y la manera de controlarlo, las que establecen si las ejecuciones de las acciones propias de cada proceso se encuentran dentro de lo reglamentado.

Alcances: son los límites de cada proceso, que proporcionan una medición cuantitativa y cualitativa de los resultados obtenidos, que establecen el radio de acción para cada inspección o auditoría.

No Conformidades: descripción detallada de los hechos que no generan los resultados esperados y que se vuelven objeto de acciones de mejoramiento dentro de los hallazgos en las auditorías.


Calle 11 # 5-51 Segundo piso
Oficina en Riohacha
Nazareth - Alta Guajira - Colombia


hospitalnazareth@hotmail.com


Telefax: 7285484
Cel: 3145639453


www.esehospitaldenazareth.gov.co

 Ese hospital de Nazareth
 NazarethESE
 hospitaldenazareth

7. PROCEDIMIENTOS:

El proceso se inicia con la elaboración del *Programa y Plan de Auditoría Institucional*, por parte del responsable de la *Oficina de Control Interno con el apoyo y acompañamiento de la Oficina de Calidad o quien haga sus veces*, observando las directrices gerenciales.

Se realiza presentación del PROGRAMA y PLAN DE AUDITORÍA INTERNA al *Comité Institucional de Coordinación de Control Interno*, quien brinda los lineamientos para la determinación, implantación, adaptación, complementación y mejoramiento permanente del *Sistema de Control Interno* de la Entidad. Éste procederá a evaluar el *Programa y Plan de Auditoría* y presentará sus objeciones para los ajustes del caso si así lo considera pertinente; de no haber objeción alguna, procede la aprobación inmediata, de lo contrario, se reinicia el proceso de presentación. Indistintamente al resultado, se levantará un acta donde se dejará constancia de su aprobación, aplazamiento o rechazo total de los mismos, la que será entregada al responsable de la *Oficina de Control Interno o quien haga sus veces*.

Una vez aprobado el *Programa y el Plan de Auditoría Interna*, el responsable de la *Oficina de Control Interno o quien haga sus veces*, iniciará las notificaciones a los responsables de los cargos a auditar, quienes deberán estar dispuestos en la fecha, hora y con los requisitos o documentación señalados para suministrar la información requerida durante el tiempo de la auditoría interna.

Seguidamente, se elaborará un *Informe de Auditoría*, donde se establecerán los hallazgos, los riesgos inherentes a los mismos y las recomendaciones ajustadas a

Las necesidades encontradas. Este informe será socializado y entregado para su aceptación al auditado, con copia al responsable del Área al que pertenezca, a la oficina de *Calidad* cuando sea el caso y al Gerente de la **E.S.E. HOSPITAL NAZARETH**.

Posteriormente, se elaborará un *Plan de Mejoramiento* si da a lugar el resultado de la auditoría en referencia.

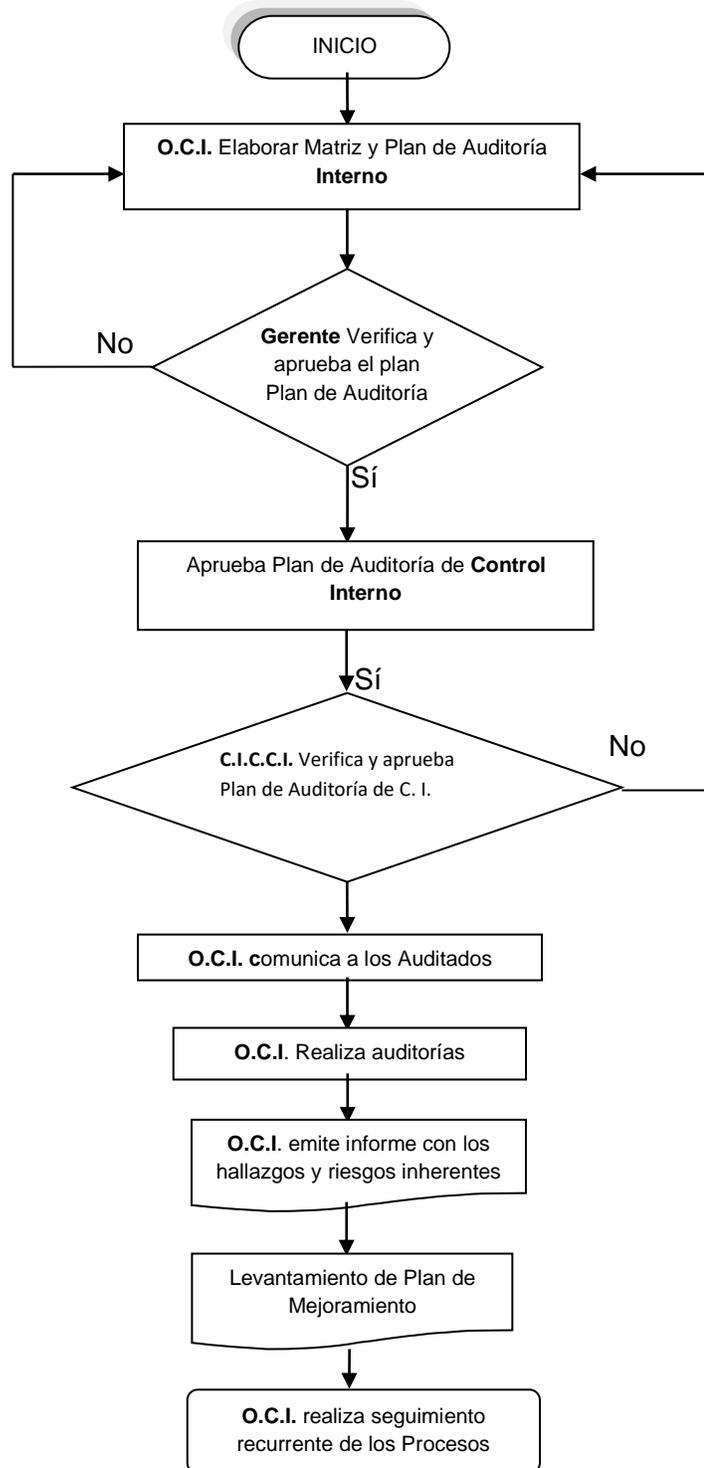
Finalmente, se procederá a realizar seguimiento a los hallazgos que sugieran riesgos para el cumplimiento cabal de los procesos y procedimientos del cargo, cumpliendo con las diferentes fases del Ciclo PHVA.

8. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE AUDITORÍA

PROCESO DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO			
ACTIVIDAD	DETALLE	RESPONSABLE	CONTROL
1. Planificación de las Auditorías	Elaboración del Plan de Auditoría, conjuntamente con el Programa	JEFE DE CONTROL INTERNO Y ASESOR DE CALIDAD	Plan y Programa de Auditorías
2. Socialización del Plan y Programa de Auditorías a la Gerencia	Inicialmente se presenta y explica al Gerente el Plan y Programa de Auditorías para su aprobación, quien determinará directrices a ejecutar; en este mismo momento la gerencia puede solicitar apoyo para decisiones administrativas que le permitan reducir riesgos en algunos procesos adicionales a los descritos en el Plan de Auditoría o efectuarlos en cualquier momento cuando lo estime conveniente o necesario.	GERENTE Y JEFE DE CONTROL INTERNO	
3. Modificaciones del Plan	Si se presentan observaciones por parte de la Gerente, se procede a realizar los ajustes a que haya lugar	JEFE DE CONTROL INTERNO Y ASESOR DE CALIDAD	
4. Socialización del Plan y programa de Auditorías al Comité de Coordinación de Control Interno	Luego de la socialización y aprobación del Plan por parte de la Gerencia de la E.S.E., se efectúa la presentación al Comité de Coordinador De Control Interno en pleno	JEFE DE CONTROL INTERNO Y COMITÉ DE COOR. DE CONTROL INTERNO	Acta de Socialización con la firma de los asistentes que integran el Comité de Coordinador De Control Interno
5. Modificaciones del Plan	Si se presentan observaciones por parte del Comité de Coordinador De Control Interno, se procede a realizar los ajustes a que haya lugar	JEFE DE CONTROL INTERNO	
6. Notificación de las auditorías	Una vez aprobados el Plan y Programa de Auditorías de Control Interno, se notifica a los auditados, la fecha, hora, tema y documentos necesarios para la realización de las auditorías, mediante formato con el cronograma, que debe ser firmado por quienes deberán atender la respectiva auditoría	JEFE DE CONTROL INTERNO	Formato con el Cronograma de las visitas de auditorías firmado por los responsables de los puestos a auditar
7. Requerimientos adicionales o confirmación de visita	Mediante oficio solicitar soportes, presencia de funcionarios del área o elementos adicionales a los establecidos y confirmar visita, según criterio discrecional del Auditor	JEFE DE CONTROL INTERNO	Oficio remisorio con la constancia de recibido del auditado
8. Elaboración de Acta de apertura de la auditoría	Se elabora Acta de apertura de la auditoría donde se registran los detalles para la realización de la auditoría y se deja evidencia de la orientación efectuada al auditado, así como de los criterios, alcances, objetivos y métodos a utilizar	JEFE DE CONTROL INTERNO	Acta de Apertura de Auditoría firmada por las partes intervinientes
9. Realización de la	Se realiza la inspección a los soportes y	JEFE DE CONTROL	

Auditoría	actividades objeto de la auditoría, se evalúan y se recolectan las evidencias que muestran los hallazgos que sugieran riesgos en el proceso	INTERNO Y AUDITADO	
10. Elaboración del informe	Se diligencia el formato de Informes establecido para las auditorías	JEFE DE CONTROL INTERNO	
11. Socialización del Informe con el Auditado	Se socializa el informe de la Auditoría con los Auditados	JEFE DE CONTROL INTERNO Y AUDITADO (S)	
12. Modificación o ajuste el informe de Auditoría	De presentarse diferencias conciliatorias en la auditoría registradas en el informe, se procede a describirlas y corregirlas	JEFE DE CONTROL INTERNO	
13. Formalización del Informe de Auditoría	Luego de revisado y aprobado el informe por las partes que intervinieron, se procede a la firma del mismo	JEFE DE CONTROL INTERNO Y AUDITADO (S)	Informe de Auditoría firmado por quienes intervinieron
14. Elaboración del Acta de finalización de la Auditoría	Se elabora acta de finalización de la Auditoría, con la firma de los que intervinieron en ella, donde se hace entrega del informe de la misma	JEFE DE CONTROL INTERNO	Acta con el Informe de Auditoría anexo firmados
15. Presentación de Informe al líder o director del Proceso y a Gerencia	Mediante oficio remisorio se hace entrega del informe al Director del Proceso con copia a la Gerencia	JEFE DE CONTROL INTERNO	Oficio remisorio con la constancia de recibido
16. Socialización del informe con la responsable de Calidad	Se hace entrega del informe de la Auditoría a la responsable de calidad mediante oficio, cuando a ello hubiere lugar	JEFE DE CONTROL INTERNO Y AUDITADA DE CALIDAD	Oficio remisorio con la constancia de recibido
17. Implementar Plan de mejoramiento o visita de seguimiento	Cuando sea el caso, se elaborará un Plan de Mejoramiento, Acuerdo de Trabajo o simplemente se programa una visita de seguimiento para verificar cumplimiento de las acciones de mejora	JEFE DE CONTROL INTERNO, AUDITADA DE CALIDAD Y AUDITADO	Plan de Mejoramiento o Acuerdo de Trabajo
18. Acciones de seguimiento	Se vuelve a iniciar el desarrollo del ciclo PHVA	JEFE DE CONTROL INTERNO	

9. FLUJOGRAMA DE AUDITORÍA:





E.S.E. Hospital de Nazareth
Nit. 892.115.347-1
"Nuestra Prioridad es tu Salud"

10. PROGRAMA (HOJAS ANEXAS):


Calle 11 # 5-51 Segundo piso
Oficina en Riohacha
Nazareth - Alta Guajira - Colombia


hospitálnazareth@hotmail.com


Telefax: 7285484
Cel: 3145639453


www.esehospitaldenazareth.gov.co

 Ese hospital de Nazareth
 NazarethESE
 hospitaldenazareth



E.S.E. HOSPITAL DE NAZARETH
Nit. 892.115.347
PLAN DE AUDITORIA INTERNA

VERSIÓN: 1	CODIGO PRESTADOR	4484700401	FECHA DE ACTUALIZACION	15 de Enero del 2021	PAGINA 1 DE 2			
Objetivo de la auditoria:	Generar en los servidores públicos una actitud de mejoramiento en la realización de las labores, evaluando sus actividades y con la que se pueda hacer un analisis de las fortalezas y debilidades del control aplicado a su area, así como la deteccion de los desvíos en los procesos que afectan los avances y el logro de los objetivos trazados por la administracion							
Criterio de auditoria:	Aplicación del marco normativo en lo referente al Control Interno y la Auditoria Interna de las Instituciones. Ley 87 de 1993 - Decreto 1826 de 1994 - Directiva presidencial 01 /1997 - Decreto 2145 /1999 - Decreto 1537 / 2001 - Ley 909 /2004 art 39 - Resolucion 048 del 2004 contaduria General de la Nacion - Decreto 1599 / 2005 - Circular 03 del 2005, - Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente - Directrices impartidas por la Procuraduría General de la Nación en la Directiva 16 del 22 de abril de 2020 - Decreto legislativo 491 del 2020							
Alcance:	Se Auditaran los procesos de Apoyo o Administrativos de la E.S.E. Hospital de Nazareth, Cuyo fin primordial tiene evaluar los aspectos basicos de la Auditoria Interna, aplicando las tecnicas de auditoria como elementos probatorios del Cumplimiento de los procesos y procedimientos establecidos en las areas de trabajo. Teniendo en cuenta la crisis por la declaratoria de Emergencia Sanitaria por COVID-19 nos a llevado a modificar los esquemas de auditoria presencial tradicional a nuevos esquemas de auditoria, como lo sera la Auditoria virtual o remota, soportada en la tecnología, las conexiones digitales, el acceso a la información y a las bases de datos institucionales, que tendran lugar en este nuevo ciclo de auditorias internas.							
Auditor Lider	Jose David Rivadeneira Bermudez		Equipo auditor:					
INICIO				TERMINACION				
Fecha	Nombre del Procesos	Hora		Proceso o actividad	Requisitos	Fecha	Auditado	Auditor(es)
		Inicio	Termina					
16 de Febrero 2021	Compras	9:00 AM	11:00am	Verificar el cumplimiento de las Actividades y aplicación de los procedimientos definidos y documentados en la entidad, teniendo en cuenta las ultimas directrices y lineamientos expedidos por el Gobierno Nacional en el marco de la Declaratoria de estado de Emrgencia sanitaria por COVID -19	Manuales de Procesos y Procedimientos -Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente - Directrices impartidas por la Procuraduría General de la Nación en la Directiva 16 del 22 de abril de 2020.	16 de Febrero 2021	Jaime Gonzalez	Jose Rivadeneira B
16 de Febrero 2021	Contabilidad	2:00 PM	04:00pm	Verificar el cumplimiento de las Actividades y aplicación de los procedimientos definidos y documentados en la entidad, teniendo en cuenta las ultimas directrices y lineamientos expedidos por el Gobierno Nacional en el marco de la Declaratoria de estado de Emrgencia sanitaria por COVID -19	Manuales de Procesos y Procedimientos -Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente - Directrices impartidas por la Procuraduría General de la Nación en la Directiva 16 del 22 de abril de 2020.	16 de Febrero 2021	Juan Lopez	Jose Rivadeneira B

INICIO				TERMINACION				
Fecha	Nombre del Procesos	Hora		Proceso o actividad	Requisitos	Fecha	Auditado	Auditor(es)
		Inicio	Termina					
17 de Febrero 2021	Talento Humano	9:00 AM	11:00am	Verificar el cumplimiento de las Actividades y aplicación de los procedimientos definidos y documentados en la entidad, teniendo en cuenta las ultimas directrices y lineamientos expedidos por el Gobierno Nacional en el marco de la Declaratoria de estado de Emrgencia sanitaria por COVID -19	Manuales de Procesos y Procedimientos -Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente - Directrices impartidas por la Procuraduría General de la Nación en la Directiva 16 del 22 de abril de 2020.	17 de Febrero 2021	Anauris Iguaran	Jose Rivadeneira B
17 de Febrero 2021	Saneamiento Ambiental	2:00 PM	04:00pm	Verificar el cumplimiento de las Actividades y aplicación de los procedimientos definidos y documentados en la entidad, teniendo en cuenta las ultimas directrices y lineamientos expedidos por el Gobierno Nacional en el marco de la Declaratoria de estado de Emrgencia sanitaria por COVID -19	Manuales de Procesos y Procedimientos -Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente - Directrices impartidas por la Procuraduría General de la Nación en la Directiva 16 del 22 de abril de 2020.	17 de Febrero 2021	Antonio Palomino	Jose Rivadeneira B
18 de Febrero 2021	Facturacion	9:00 AM	11:00am	Verificar el cumplimiento de las Actividades y aplicación de los procedimientos definidos y documentados en la entidad, teniendo en cuenta las ultimas directrices y lineamientos expedidos por el Gobierno Nacional en el marco de la Declaratoria de estado de Emrgencia sanitaria por COVID -19	Manuales de Procesos y Procedimientos -Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente - Directrices impartidas por la Procuraduría General de la Nación en la Directiva 16 del 22 de abril de 2020.	18 de Febrero 2021	Rodrigo Gamez	Jose Rivadeneira B
18 de Febrero 2021	Sistemas	2:00 PM	04:00pm	Verificar el cumplimiento de las Actividades y aplicación de los procedimientos definidos y documentados en la entidad, teniendo en cuenta las ultimas directrices y lineamientos expedidos por el Gobierno Nacional en el marco de la Declaratoria de estado de Emrgencia sanitaria por COVID -19	Manuales de Procesos y Procedimientos -Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente - Directrices impartidas por la Procuraduría General de la Nación en la Directiva 16 del 22 de abril de 2020.	18 de Febrero 2021	Emmanuel Hernandez	Jose Rivadeneira B
23 de Febrero 2021	Calidad	9:00 AM	11:00am	Verificar el cumplimiento de las Actividades y aplicación de los procedimientos definidos y documentados en la entidad, teniendo en cuenta las ultimas directrices y	Manuales de Procesos y Procedimientos -Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia	23 de Febrero 2021	Rosangel Restrepo	Jose Rivadeneira B
23 de Febrero 2021	Archivo Documental	2:00 PM	04:00pm	Verificar el cumplimiento de las Actividades y aplicación de los procedimientos definidos y documentados en la entidad, teniendo en cuenta las ultimas directrices y	Manuales de Procesos y Procedimientos -Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia	23 de Febrero 2021	Alex Iguaran	Jose Rivadeneira B

INICIO				TERMINACION				
Fecha	Nombre del Procesos	Hora		Proceso o actividad	Requisitos	Fecha	Auditado	Auditor(es)
		Inicio	Termina					
24 de Febrero 2021	Presupuestos	9:00 AM	11:00am	Verificar el cumplimiento de las Actividades y aplicación de los procedimientos definidos y documentados en la entidad, teniendo en cuenta las ultimas directrices y lineamientos expedidos por el Gobierno Nacional en el marco de la Declaratoria de estado de Emrgencia sanitaria por COVID -19	Manuales de Procesos y Procedimientos -Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente - Directrices impartidas por la Procuraduría General de la Nación en la Directiva 16 del 22 de abril de 2020.	24 de Febrero 2021	Luis Gomez S.	Jose Rivadeneira B
24 de Febrero 2021	Planeacion	2:00 PM	04:00pm	Verificar el cumplimiento de las Actividades y aplicación de los procedimientos definidos y documentados en la entidad, teniendo en cuenta las ultimas directrices y lineamientos expedidos por el Gobierno Nacional en el marco de la Declaratoria de estado de Emrgencia sanitaria por COVID -19	Manuales de Procesos y Procedimientos -Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente - Directrices impartidas por la Procuraduría General de la Nación en la Directiva 16 del 22 de abril de 2020.	24 de Febrero 2021	Juan Orozco	Jose Rivadeneira B
25 de Febrero 2021	Estadisticas	9:00 AM	11:00am	Verificar el cumplimiento de las Actividades y aplicación de los procedimientos definidos y documentados en la entidad, teniendo en cuenta las ultimas directrices y lineamientos expedidos por el Gobierno Nacional en el marco de la Declaratoria de estado de Emrgencia sanitaria por COVID -19	Manuales de Procesos y Procedimientos -Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente - Directrices impartidas por la Procuraduría General de la Nación en la Directiva 16 del 22 de abril de 2020.	25 de Febrero 2021	Yasmeri Fernandez	Jose Rivadeneira B
25 de Febrero 2021	Mantenimiento	2:00 PM	04:00pm	Verificar el cumplimiento de las Actividades y aplicación de los procedimientos definidos y documentados en la entidad, teniendo en cuenta las ultimas directrices y lineamientos expedidos por el Gobierno Nacional en el marco de la Declaratoria de estado de Emrgencia sanitaria por COVID -19	Manuales de Procesos y Procedimientos -Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente - Directrices impartidas por la Procuraduría General de la Nación en la Directiva 16 del 22 de abril de 2020.	25 de Febrero 2021	Mauricio Arango	Jose Rivadeneira B
2 de Marzo 2021	Tesoreria	9:00 AM	11:00am	Verificar el cumplimiento de las Actividades y aplicación de los procedimientos definidos y documentados en la entidad, teniendo en cuenta las ultimas directrices y lineamientos expedidos por el Gobierno Nacional en el marco de la Declaratoria de estado de Emrgencia sanitaria por COVID -19	Manuales de Procesos y Procedimientos -Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente - Directrices impartidas por la Procuraduría General de la Nación en la Directiva 16 del 22 de abril de 2020.	2 de Marzo 2021	Mirian Iguaran	Jose Rivadeneira B

INICIO				TERMINACION				
Fecha	Nombre del Procesos	Hora		Proceso o actividad	Requisitos	Fecha	Auditado	Auditor(es)
		Inicio	Termina					
2 de Marzo 2021	Almacen	2:00 PM	04:00pm	Verificar el cumplimiento de las Actividades y aplicación de los procedimientos definidos y documentados en la entidad, teniendo en cuenta las ultimas directrices y lineamientos expedidos por el Gobierno Nacional en el marco de la Declaratoria de estado de Emrgencia sanitaria por COVID -19	Manuales de Procesos y Procedimientos -Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente - Directrices impartidas por la Procuraduría General de la Nación en la Directiva 16 del 22 de abril de 2020	2 de Marzo 2021	Florangelis lopez	Jose Rivadeneira B
3 de Marzo 2021	Juridica y Contratacion	9:00 AM	11:00am	Verificar el cumplimiento de las Actividades y aplicación de los procedimientos definidos y documentados en la entidad, teniendo en cuenta las ultimas directrices y lineamientos expedidos por el Gobierno Nacional en el marco de la Declaratoria de estado de Emrgencia sanitaria por COVID -19	Manuales de Procesos y Procedimientos -Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente - Directrices impartidas por la Procuraduría General de la Nación en la Directiva 16 del 22 de abril de 2020	3 de Marzo 2021	Giriber Freile	Jose Rivadeneira B
3 de Marzo 2021	Cartera	2:00 PM	04:00pm	Verificar el cumplimiento de las Actividades y aplicación de los procedimientos definidos y documentados en la entidad, teniendo en cuenta las ultimas directrices y lineamientos expedidos por el Gobierno Nacional en el marco de la Declaratoria de estado de Emrgencia sanitaria por COVID -19	Manuales de Procesos y Procedimientos -Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente - Directrices impartidas por la Procuraduría General de la Nación en la Directiva 16 del 22 de abril de 2020	3 de Marzo 2021	Leisi Barrios	Jose Rivadeneira B
Observaciones:								
					Elaboro Jose Rivadeneira B. Jefe de Control Interno		Aprobado: Calmides Gonzales P. Gerente	



ESE HOSPITAL DE NAZARETH
Nit. 892.115.347



PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA

VERSIÓN: 1

CODIGO PRESTADOR:

4484700401

FECHA DE ACTUALIZACIÓN

15 de Enero del 2021

PAGINA 1 DE 2

FECHA DE INICIO:

Febrero del 2021

FECHA DE FINALIZACIÓN:

Diciembre del 2021

OBJETIVO DE LA AUDITORIA:

ALCANCE DE LA AUDITORIA

Generar en los servidores públicos una actitud de mejoramiento en la realización de las labores, evaluando sus actividades y con la que se pueda hacer un analisis de las fortalezas y debilidades del control aplicado a su area, así como la detección de los desvíos en los procesos que afectan los avances y el logro de los objetivos trazados por la administracion

Se Auditaran los procesos de Apoyo o Administrativos de la E.S.E. Hospital de Nazareth, Cuyo fin primordial tiene evaluar los aspectos basicos de la Auditoria Interna, aplicando las tecnicas de auditoria como elementos probatorios del Cumplimiento de los procesos y procedimientos establecidos en las areas de trabajo. Teniendo en cuenta la crisis por la declaratoria de Emergencia Sanitaria por COVID-19 nos a llevado a modificar los esquemas de auditoria presencial tradicional a nuevos esquemas de auditoria, como lo sera la Auditoria virtual o remota, soportada en la tecnología, las conexiones digitales, el acceso a la información y a las bases de datos institucionales, que tendran lugar en este nuevo ciclo de auditorias internas.

CRITERIO DE LA AUDITORIA

Aplicación del marco normativo en lo referente al Control Interno y la Auditoria Interna de las Instituciones. Ley 87 de 1993 - Decreto 1826 de 1994 - Directiva presidencial 01 /1997 - Decreto 2145 /1999 - Decreto 1537 / 2001 - Ley 909 /2004 art 39 - Resolucion 048 del 2004 contaduria General de la Nacion - Decreto 1599 / 2005 - Circular 03 del 2005, - Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente - Directrices impartidas por la Procuraduría General de la Nación en la Directiva 16 del 22 de abril de 2020 - Decreto legislativo 491 del 2020

Nº	PROCESO / PROCEDIMIENTO	FECHA DE INICIACIÓN	FECHA DE FINALIZACIÓN	CRITERIO	ALCANCE	AUDITOR
1	Compras	Febrero del 2021	Diciembre del 2021	Caracterizacion de procesos - Manuales de funciones - Manuales de Procedimientos-Cumplimiento de Actividades pactadas en contrato	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Jose Rivadeneira Bermudez
2	Contabilidad	Febrero del 2021	Diciembre del 2021	Caracterizacion de procesos - Manuales de funciones - Manuales de Procedimientos-Cumplimiento de Actividades pactadas en contrato	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Jose Rivadeneira Bermudez
3	Talento Humano	Febrero del 2021	Diciembre del 2021	Caracterizacion de procesos - Manuales de funciones - Manuales de Procedimientos-Cumplimiento de Actividades pactadas en contrato	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Jose Rivadeneira Bermudez
4	Saneamiento Ambiental	Febrero del 2021	Diciembre del 2021	Caracterizacion de procesos - Manuales de funciones - Manuales de Procedimientos-Cumplimiento de Actividades pactadas en contrato	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Jose Rivadeneira Bermudez
5	Facturacion	Febrero del 2021	Diciembre del 2021	Caracterizacion de procesos - Manuales de funciones - Manuales de Procedimientos-Cumplimiento de Actividades pactadas en contrato	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Jose Rivadeneira Bermudez
6	Sistemas	Febrero del 2021	Diciembre del 2021	Caracterizacion de procesos - Manuales de funciones - Manuales de Procedimientos-Cumplimiento de Actividades pactadas en contrato	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Jose Rivadeneira Bermudez
7	Calidad	Febrero del 2021	Diciembre del 2021	Caracterizacion de procesos - Manuales de funciones - Manuales de Procedimientos-Cumplimiento de Actividades pactadas en contrato	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Jose Rivadeneira Bermudez
8	Archivo Documental	Febrero del 2021	Diciembre del 2021	Caracterizacion de procesos - Manuales de funciones - Manuales de Procedimientos-Cumplimiento de Actividades pactadas en contrato	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Jose Rivadeneira Bermudez

Nº	PROCESO / PROCEDIMIENTO	FECHA DE INICIACIÓN	FECHA DE FINALIZACIÓN	CRITERIO	ALCANCE	AUDITOR
9	Presupuestos	Febrero del 2021	Diciembre del 2021	Caracterización de procesos - Manuales de funciones - Manuales de Procedimientos-Cumplimiento de Actividades pactadas en contrato	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Jose Rivadeneira Bermudez
10	Planeacion	Febrero del 2021	Diciembre del 2021	Caracterización de procesos - Manuales de funciones - Manuales de Procedimientos-Cumplimiento de Actividades pactadas en contrato	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Jose Rivadeneira Bermudez
11	Juridica y Contratacion	Febrero del 2021	Diciembre del 2021	Caracterización de procesos - Manuales de funciones - Manuales de Procedimientos-Cumplimiento de Actividades pactadas en contrato	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Jose Rivadeneira Bermudez
12	Cartera	Febrero del 2021	Diciembre del 2021	Caracterización de procesos - Manuales de funciones - Manuales de Procedimientos-Cumplimiento de Actividades pactadas en contrato	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Jose Rivadeneira Bermudez
13	Tesoreria	Febrero del 2021	Diciembre del 2021	Caracterización de procesos - Manuales de funciones - Manuales de Procedimientos-Cumplimiento de Actividades pactadas en contrato	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Jose Rivadeneira Bermudez
14	Almacen	Febrero del 2021	Diciembre del 2021	Caracterización de procesos - Manuales de funciones - Manuales de Procedimientos-Cumplimiento de Actividades pactadas en contrato	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Jose Rivadeneira Bermudez
15	Estadisticas	Febrero del 2021	Diciembre del 2021	Caracterización de procesos - Manuales de funciones - Manuales de Procedimientos-Cumplimiento de Actividades pactadas en contrato	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Jose Rivadeneira Bermudez
16	Mantenimiento	Febrero del 2021	Diciembre del 2021	Caracterización de procesos - Manuales de funciones - Manuales de Procedimientos-Cumplimiento de Actividades pactadas en contrato	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Jose Rivadeneira Bermudez
1. El presente Programa de auditoría ha sido diseñado teniendo en cuenta la propuesta establecida para la contratacion, el plan de gestion y los manuales de funciones y procedimientos.						
2. Los lideres de Procesos deben cumplir con los tiempos establecidos en este Programa de Auditoria, en el evento que consideren realizar algun cambio en las fechas, estos deberan justificarse notificando formalmente su reprogramacion 24 horas antes de la fecha programada a la oficina de control Interno y/o calidad.						
3. Los funcionarios auditados deben evidenciar el cumplimiento de las actividades presentando la documentación requerida durante el proceso de auditoria en los plazos establecidos.						
ELABORO :					APROBO:	
JOSE RIVADENEIRA BERMUDEZ					CALMIDES GONZALES PRIETO	
CARGO :					CARGO:	
JEFE DE CONTROL INTERNO					GERENTE	



Nit. 892.115.347
PLAN DE AUDITORIA INTERNA

VERSIÓN: 1	CODIGO PRESTADOR	4484700401	FECHA DE ACTUALIZACION	15 de Enero del 2021	PAGINA 1 DE 2			
Objetivo de la auditoria:	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019							
Criterio de auditoria:	Resolucion 3100 del 2019							
Alcance:	Procesos Misionales de la E.S.E Hospital de Nazareth							
Auditor Lider	ROSANGEL RESTREPO MEDINA		Equipo auditor:					
INICIO				TERMINACION				
Fecha	Nombre del Procesos	Hora		Proceso o actividad	Requisitos	Fecha	Auditado	Auditor(es)
		Inicio	Termina					
25 de Enero 2021	Urgencias	3:00 PM	5:00pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	25 de Enero 2021	Jose David Brito Celmira Davila	Rosangel Restrepo
25 de Enero 2021	Hospitalizacion	3:00 PM	5:00pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	25 de Enero 2021	Jose David Brito Celmira Davila	Rosangel Restrepo
25 de Enero 2021	Carro de Paro	3:00 PM	5:00pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	25 de Enero 2021	Jose David Brito Celmira Davila	Rosangel Restrepo
25 de Enero 2021	Esterilizacion	3:00 PM	5:00pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	25 de Enero 2021	Celmira Davila	Rosangel Restrepo
25 de Enero del 2021	Sala de Parto	3:00 PM	5:00pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	25 de Enero 2021	Jose David Brito	Rosangel Restrepo
25 de Enero del 2021	Kit de Obstetricia	3:00 PM	5:00pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	25 de Enero 2021	Celmira Davila	Rosangel Restrepo

INICIO				TERMINACION				
Fecha	Nombre del Procesos	Hora		Proceso o actividad	Requisitos	Fecha	Auditado	Auditor(es)
		Inicio	Termina					
26 de Enero 2021	Ambulancia	3:00 PM	5:00pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	26 de Enero 2021	Mauricio Arango Apolinar Rivadeneira	Rosangel Restrepo
26 de Enero 2021	odontologia	3:00 PM	5:00pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	26 de Enero 2021	Jorge Lopez Apolinar Rivadeneira	Rosangel Restrepo
26 de Enero 2021	Consulta Externa	3:00 PM	5:00pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	26 de Enero 2021	Jose David Brito	Rosangel Restrepo
27 de Enero 2021	Farmacia	3:00 PM	5:00pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	27 de Enero 2021	Enrique Rojas	Rosangel Restrepo
27 de Enero 2021	Laboratorio	3:00 PM	5:00pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	27 de Enero 2021	Liliana Lopez	Rosangel Restrepo
23 de Febrero 2021	PAI	3:00 PM	5:00pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	23 de Febrero 2021	Yenibeth Suarez	Rosangel Restrepo
23 de Febrero 2021	citologia	3:00 PM	3:30pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	23 de Febrero 2021	Jaquelin Correa	Rosangel Restrepo

INICIO				TERMINACION				
Fecha	Nombre del Procesos	Hora		Proceso o actividad	Requisitos	Fecha	Auditado	Auditor(es)
		Inicio	Termina					
24 de Febrero 2021	PYP	3:00 PM	5:00pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	24 de Febrero 2021	Andreina Suarez	Rosangel Restrepo
25 de Febreo 2021	SIAU	3:00 PM	5:00pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	25 de Febrero 2021	Susana Avila	Rosangel Restrepo
Bimensual	Historia Clinica	3:00 PM	5:00pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	Bimensual	Juan Camilo Sierra Sierra	Rosangel Restrepo
Trimestralmente	Comites Institucionales	3:00 PM	5:00pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	Abril Julio Octubre Diciembre	Lideres y Cordinadores	Rosangel Restrepo
Enero- Junio 2021	Centro de Salud y Puesto de Salud	3:00 PM	5:00pm	Verificar el cumplimiento de las actividades documentadas en los Manuales de procesos y procedimientos, y los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Resolucion 3100 del 2019	Enero- Junio 2021	Juan Camilo Sierra Sierra	Rosangel Restrepo
Objetivo de la auditoria:								
					Elaboro Rosangel Restrepo M. Auditora de Calidad		Aprobado: Calmidés González P. Gerente	



ESE HOSPITAL DE NAZARETH
Nit. 892.115.347



PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA

VERSIÓN: 1

CODIGO PRESTADOR:

4484700401

FECHA DE
ACTUALIZACIÓN

15 de Enero del 2021

PAGINA 1 DE 2

FECHA DE INICIO:

Enero del 2021

FECHA DE FINALIZACIÓN:

Diciembre del 2021

OBJETIVO DE LA AUDITORIA:

ALCANCE DE LA AUDITORIA

Generar en los servidores públicos una actitud de mejoramiento en la realización de las labores, evaluando periodicamente sus actividades y con la que se pueda hacer un analisis de las fortalezas y debilidades del control aplicado a su area, así como el desvío de los avances en las metas y objetivos trazados influyentes en los resultados y operaciones propuestas en la entidad

Se Auditaran todos los procesos asistenciales establecidos en la E.S.E. Hospital de Nazareth, Cuyo fin primordial es evaluar los estandares de habilitacion establecidos en la resolucion 3100 del 2019

CRITERIO DE LA AUDITORIA

RESOLUCION 2003.

Nº	PROCESO / PROCEDIMIENTO	FECHA DE INICIACIÓN	FECHA DE FINALIZACIÓN	CRITERIO	ALCANCE	AUDITOR
1	Urgencias	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina
2	Hospitalizacion	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina
3	Ambulancia	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina
4	Laboratorio	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina
5	citologia	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina
6	PAI	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina
7	PYP	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina
8	Comites Institucionales	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina
9	odontologia	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina
10	Carro de Paro	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina

11	Esterilizacion	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina
12	Consulta Externa	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina
13	SIAU	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina
14	Sala de Parto	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina
15	Farmacia	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina
16	Historia Clinica	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina
17	Centro de Salud y Puesto de Salud	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Centros y Puestos de Salud de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina
18	Kit de Obstetricia	Enero del 2021	Diciembre del 2021	Los estandares de habilitacion según la resolucion 3100 del 2019	Sede Principal de la E.S.E. Hospital de Nazareth	Rosangel Restrepo Medina
1. El presente Programa de auditoría ha sido diseñado teniendo en cuenta la propuesta establecida para la contratacion, el plan de gestion y los manuales de funciones y procedimientos actualizados.						
2. Los lideres de Procesos deben cumplir con los tiempos establecidos en este Programa de Auditoria, en el evento que considere realizar algun cambio en las fechas, estos deberan justificarse notificando formalmente su						
3. Los funcionarios auditados deben evidenciar el cumplimiento de las actividades presentando la documentación requerida durante el proceso de auditoria en los plazos establecidos.						
ELABORO : ROSANGEL RESTREPO MEDINA					APROBO: CALMIDES GONZALES PRIETO	
CARGO : AUDITORA DE CALIDAD					CARGO: GERENTE	



ACTA N° 002

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO

FECHA: 06 de Mayo del 2021

HORA: 03:30 p.m.

LUGAR: Sala de Juntas de la Oficina Riohacha

TEMA: socialización del Informe de Visita de la Revisoría Fiscal para el Cierre de la vigencia 2020.

OBJETIVO:

Revisar el informe de Auditoria presentado por el Revisor Fiscal, en la cual se reportan los Hallazgos de incumplimiento en los procesos administrativos del Hospital de Nazareth, del cual se debe elaborar un plan de trabajo o de mejoramiento para corregir esos hallazgos.

DESARROLLO DEL OBJETO:

El día 06 de Mayo del 2021, siendo las 03:30 p.m. nos reunimos en sala de juntas de la sede Riohacha de la E.S.E Hospital de Nazareth los funcionarios que firman la presente acta, **Calmidés González** (Gerente), **Juan Diego López** (Asesor Contable), **Florangelis López** (Jefe de Almacén), **Anauris Iguaran** (Jefe de Talento Humano), **Rodrigo Gámez** (Jefe de Facturación), **Jaime González** (Jefe de Compras) para dar lectura al informe de Auditoria presentado por el Revisor fiscal del Hospital, quien reporta algunas situaciones que se desvían de los procesos documentados por la institución en sus manuales de procesos, procedimientos y del manual de contratación, razón por la cual se hace necesario, socializar este informe con los líderes de área que intervienen en estos procesos, quienes explicaran a la Gerencia las razones por la que No se está cumpliendo con los lineamientos y procedimientos establecidos.

Se da inicio a la reunión, con la intervención del Gerente, Dr. Calmidés Gonzales quien agradece la asistencia de los convocados y la disposición de cada uno en proponer iniciativas que permita la mejora en los procesos de cada área, la responsabilidad con la que cada uno asumen sus funciones es determinante para que la institución logre cumplir con sus objetivos, es por ello que se necesita el compromiso de todo el equipo de trabajo para definir las acciones necesarias y corregir estos hallazgos, reitera el apoyo y disposición de la gerencia en las acciones y decisiones que permitan la mejorar en los procesos.

Seguidamente el Jefe de la oficina de control interno, hace su intervención en la reunión proponiendo un orden del día, en la que se debatan los temas de mayor relevancia del informe de la revisoría fiscal. Los temas fueron los siguientes:



1. Rol y funciones de la Oficina de control interno
2. Actividades e informes presentados en el 2020 y lo corrido del 2021.
3. Lectura del Informe de Revisoría Fiscal para el cierre de la vigencia 2020.
4. Revisar el proceso de contratación en todas sus etapas
5. Publicación de los contratos en plataformas SECOP y SIA Observa
6. Revisar el Proceso de Tesorería y pago de cuentas
7. Formulación del Plan de trabajo o Plan de Mejoramiento

La propuesta del orden del día es aceptada por los participantes en la reunión, por lo que el Jefe de Control Interno inicio con el primer punto dando lectura y explicando las funciones y competencias del cargo Jefe de Oficina de Control Interno, en el manual de funciones del E.S.E Hospital de Nazareth actualizado y aprobado mediante acuerdo de junta directiva N° 006 del 17 de Diciembre del 2020. Se notificó a los asistentes cuales han sido los informes presentados por esta oficina y publicados en su mayoría en la página web institucional, los cuales pueden ser consultados por los interesados en el link: <https://esehospitaldenazareth.gov.co/index.php/control-interno/>

Con la lectura del informe del revisor fiscal se fueron analizando cada uno de los hallazgos encontrados en la auditoria, pero también se pudo observar que algunos de estos hallazgos son improcedentes en razón a que se debió preguntar al líder de área o responsable del proceso, para determinar si es un incumplimiento en el proceso por desconocimiento o por algún factor externo que lleva a que se realice de esa manera, es por ello que se realizara una objeción a estos hallazgos. Con el análisis de cada uno de los hallazgos se fueron proponiendo acciones de mejora para corregir el proceso y para que en las próximas auditorias no vuelvan a ser reportadas.

El proceso de contratación ha sido el área con el mayor número de hallazgos según lo reportado por la Revisoría Fiscal, en donde se hace evidente la falta de organización en el proceso y el cumplimiento de los requisitos en sus etapas, Precontractual, Etapa de Ejecución, Pos contractual y de Liquidación, en la cual se involucran algunos procesos que no están aplicando los filtros de control, para ello y como un compromiso de equipo se realizaran algunos ajustes estructurales con el que se deberá mejorar el proceso de contratación y el cumplimiento de los lineamientos normativos.

La verificación de los contratos en el SECOP fue presentado por el Jefe de Compras, Ingeniero Jaime Gonzales quien explico el proceso de registro de la información en la plataforma del SECOP los documentos que deben ser publicados

y los errores o inconsistencias en algunos contratos reportados, por lo que es necesario hacer las notas aclaratorias al administrador del sistema para corregirlos, ya que no es posible modificar la información una vez se ha publicado. En lo que respecta al SIA OBSERVA se revisó la información publicada por el contador Dr. Juan Diego López, quien solicita que le sean entregados todos los documentos que se requieren en el proceso de contratación, en todas sus etapas, para poder



publicarlos en el SIA Observa, ya que actualmente tenemos faltantes de documentos para poder cumplir con lo requerido por el sistema de información.

En el proceso de tesorería la revisoría fiscal evidencio situaciones que requieren una intervención inmediata, en la que se debe priorizar para evitar la ocurrencia de hechos que impacten negativamente la Administración, es por ello que se acordó reorganizar el proceso de tal manera que cada una de las actividades reportadas por la revisoría fiscal sean corregidas en el menor tiempo posible, priorizando su intervención.

Finalmente, y como un acuerdo de trabajo se elaborará un plan de Mejoramiento que será presentado a cada líder de proceso auditado, para que formule las acciones de mejora, y el tiempo de ejecución, con la cual la oficina de control interno realizara el respectivo seguimiento y reporte de avances a la Gerencia.

Habiendo revisado el informe de la revisoría fiscal y los temas relacionados en el orden del día, se da por terminada la reunión a las 6.45 p.m. sin otro tema que comentar.

CONCLUSIONES:

Revisar internamente los procesos que realiza cada área y adoptar políticas de autocontrol en la cual se minimicen los errores por incumplimiento.

Elaborar el plan de mejoramiento y definir acciones de mejora a corto plazo.

Reorganizar los procesos más críticos reportados por la revisoría fiscal en su informe de Auditoria.

RECOMENDACIONES

1. Revisar el manual y los estatutos de contratación del Hospital y cumplir con lo dispuesto en los documentos.
2. Revisar el proceso de Designación de supervisión, según la orientación de la Revisoría Fiscal y la Guía de Colombia compra eficiente SECOP
3. Solicitar a los supervisores de contrato cumplir con las funciones que le corresponden.
4. Organizar el proceso de tesorería y pago de cuentas.



COMPROMISOS Y DELEGACION DE FUNCIONES:

1. Elaborar el plan de mejoramiento con el equipo de trabajo y presentarlo a la **Revisoría Fiscal**, documento con el cual la oficina de control interno hará el seguimiento y el reporte de avances a la Gerencia en el plazo de tiempo que se logre concertar.

Sin otro tema que tratar o discutir, se da por terminada la reunión del comité coordinador de control interno a las 6.45 p.m.



ACTA N° 003

REUNION DE COMITÉ COORDINACION DE CONTROL INTERNO

FECHA: 14 de Julio del 2021
HORA: 10:30 a.m.
LUGAR: Sala de Juntas Hospital de Nazareth
TEMA: Reunión de Apertura para ciclo de Auditorias del 2021

OBJETIVO:

Socializar a los miembros del comité, el objetivo, el alcance y los criterios que se tuvieron en cuenta para la realización de este nuevo ciclo de auditoria vigencia 2021. En la cual se proponen tres formas de realizarla.

DESARROLLO DE LA REUNION:

El día 14 de Julio del 2021, siendo las 10:30 a.m. de manera presencial y virtual en la sala de juntas de la E.S.E Hospital de Nazareth, los convocados por Oficina de control Interno y oficio impreso; con el fin de Analizar y dar apertura al ciclo de auditorias internas del 2021, el cual fue aprobado mediante Resolución numero 031 del 26 de Enero del 2021.

Con la declaratoria del estado de emergencia sanitaria emitida por el gobierno nacional a causa del COVID19, se realizó esta reunión en la sala de juntas de la sede principal del Hospital de Nazareth, cumpliendo con los protocolos de distanciamiento, el uso de tapabocas, el lavado de manos antes y después de la reunión, como una medida de bioseguridad y auto cuidado de los participantes.

A la precitada reunión se invitaron los siguientes funcionarios y contratistas:

Asistencia

Calmidés Gonzales (Gerente)	✗	
Juan Sierra (Subgerente Científico)	✗	De Vacaciones
Florangelis López (Jefe de Presupuestos)	✓	
Rosangel Restrepo (Asesora de Calidad)	✓	
Giriber Freile (Asesor Jurídico)	✗	
Enmanuel Hernández (Coordinador de Sistemas)	✓	
Anauris Iguaran (Jefe de Recursos Humanos)	✓	



Juan Orosco (Asesor de planeación) ✓

José Rivadeneira (Jefe de Oficina de Control interno) ✓

Se inicia la reunión dando la bienvenida y agradecimientos a los presentes por parte de la oficina de control interno, quien expresa su disposición en apoyarlos en las actividades que lleven a la mejora de los procesos y el cumplimiento de los objetivos institucionales, donde la voluntad y el compromiso de cada uno de los funcionarios de la institución es el factor determinante para lograr lo esperado.

Se da lectura a la Resolución n° 031 del 2021, donde se explica la programación de las auditorías internas, la metodología utilizada en este ciclo de auditoría teniendo en cuenta que aun estamos en pandemia, y que algunos de los funcionarios del hospital aún están trabajando desde casa, lo que nos lleva a realizar la auditoría bajo tres modalidades:

1. **Presencial** Se hará en la sede del hospital de Nazareth o en la oficina Riohacha
2. **Remota** Se realizará mediante la conexión remota por Video llamada o video conferencia a través de las plataformas Meet o Whatsapp.
3. **Virtual** Se publicará la lista de chequeo en el Drive de google como un archivo compartido con el auditado, el cual deberá responder el cuestionario en un término de tiempo asignado, justificando cada una de las respuestas con la evidencia que valide lo contestado.

Se explica el alcance y los criterios utilizados para la auditoría:

Alcance: Se Auditarán los procesos de Apoyo o Administrativos de la E.S.E. Hospital de Nazareth, Cuyo fin primordial tiene evaluar los aspectos básicos de la Auditoría Interna, aplicando las técnicas de auditoría como elementos probatorios del Cumplimiento de los procesos y procedimientos establecidos en las áreas de trabajo.

Teniendo en cuenta la crisis por la declaratoria de Emergencia Sanitaria por COVID-19 nos ha llevado a modificar los esquemas de auditoría presencial tradicional a nuevos esquemas de auditoría, como lo será la Auditoría virtual o remota, soportada en la tecnología, las conexiones digitales, el acceso a la información y a las bases de datos institucionales, que tendrán lugar en este nuevo ciclo de auditorías internas

Criterio: Aplicación del marco normativo en lo referente al Control Interno y la Auditoría Interna de las Instituciones. Ley 87 de 1993 - Decreto 1826 de 1994 - Directiva presidencial 01 /1997 - Decreto 2145 /1999 - Decreto 1537 / 2001 - Ley 909 /2004 art 39 - Resolución 048 del 2004 Contaduría General de la Nación - Decreto 1599 / 2005 - Circular 03 del 2005, - Lineamientos de La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente - Directrices impartidas por la Procuraduría General de la Nación en la Directiva 16 del 22 de abril de 2020 - Decreto legislativo 491 del 2020



Se describe el proceso que se debe realizar para cumplir con las auditorias internas en el Hospital, detallando cada uno de los pasos a seguir desde su planeación hasta el cierre de las mismas.

Finalmente, se les socializa a los nuevos funcionarios y recuerda a los antiguos, que es deber de cada uno de los ellos realizar los planes de mejoramiento derivados de los hallazgos o no conformidades encontradas en las auditorias, atendiendo lo dispuesto en la Resolución n° 083 del 2018.

CONCLUSIONES:

Socializado los documentos donde se detalla el proceso para la realización de la Auditoría interna, la modalidad que se utilizara para cumplir con la auditoria y las fechas propuestas para cada área, los asistentes expresan estar de acuerdo con lo presentado y aprueban las fechas de visita a los puestos de trabajo para la auditoria.

RECOMENDACIONES

Se debe enviar el plan de auditoria a los correos electrónicos de los auditados.

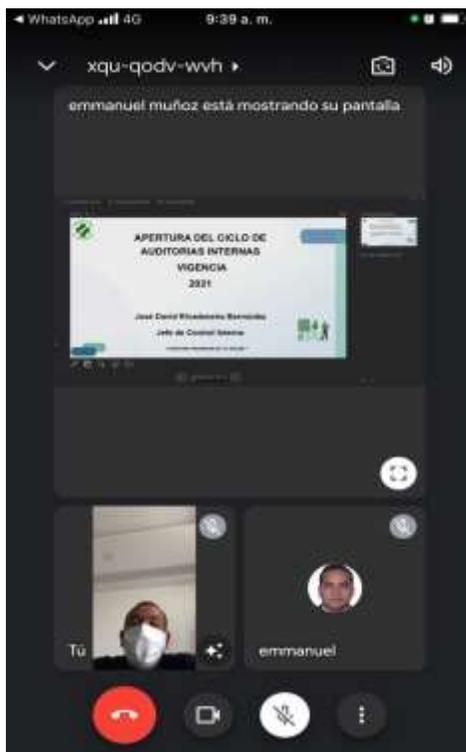
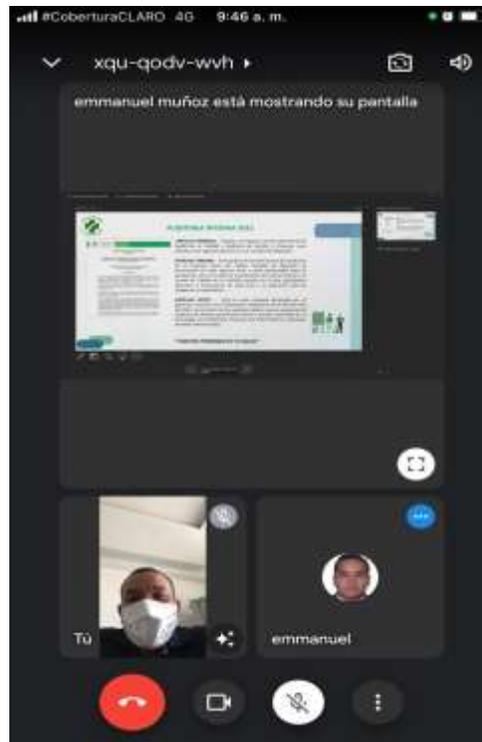
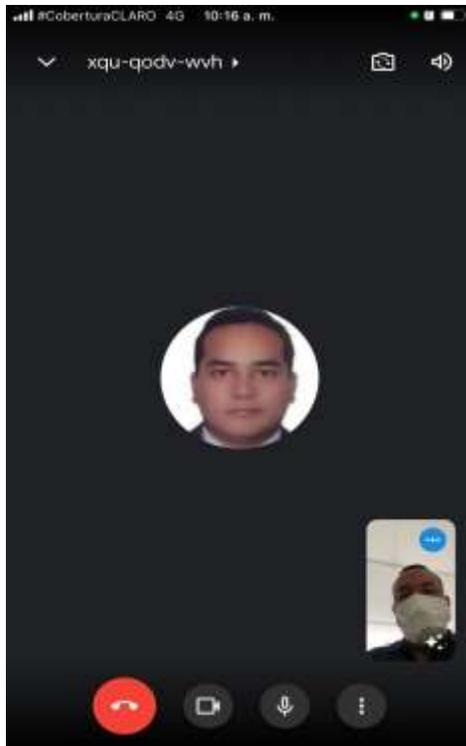
COMPROMISOS Y DELEGACION DE FUNCIONES:

No se definen compromisos

LISTA DE ASISTENCIA



E.S.E. Hospital de Nazareth
Nit. 892.115.347-1
"Nuestra Prioridad es tu Salud"




Calle 11 # 5-01 Segundo piso
Oficina en Riotacha
Nazareth - Alta Guajira - Colombia


hospitalnazareth@hotmail.com


Telefax: 7265484
Cel: 3145639453


www.esehospitaldenazareth.gov.co

 Eso hospital de Nazareth
 NazarethESE
 hospitaldenazareth



ACTA N° 004

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

FECHA: 25 de Octubre del 2021

HORA: 10:20 a.m.

TEMA: Socialización del Informe con los resultados de la Auditoría Interna 2021.

OBJETIVO:

Socializar los hallazgos encontrados en la auditoría interna realizada a los procesos administrativos de la ESE Hospital de Nazareth, que fueron programados en el Plan Anual de Auditoría Interna aprobada por este comité mediante Resolución 031 del 26 de Enero del 2021

DESARROLLO DELA REUNION:

El día 25 de Octubre del 2021, se socializo a los integrantes del comité de coordinación de control mediante canales virtuales de comunicación dispuestos por la ESE HN para informar los avances en el cumplimiento de las labores asignadas, y que por motivos de pandemia e implementación del trabajo en casa, se considero pertinente utilizar esta estrategia para presentar este informe.

Dicho informe fue enviado a los correos electrónicos de cada integrante del comité y como archivo adjunto al WhatsApp de cada funcionario.

Miembros del comité

- Calmidés Gonzales Prieto** (Gerente) ✓
- Rosangel Restrepo** (Asesor de Calidad) ✓
- Juan Orosco** (Asesor de Planeación) ✓
- Emmanuel Hernández** (Coordinador de Sistemas y Tecnología) ✓
- Juan Camilo Sierra** (Sub Gerente Científico) ✓
- José Rivadeneira** (Jefe de Oficina de Control interno) ✓
- Florangelis Lopez** (Jefe de Presupuestos)
- Giriber Freile** (Asesor Jurídico)

Con este informe se exponen los hallazgos más relevantes y el impacto que estos generan en los procesos internos de la institución; cada uno de ellos fue presentado indicando el proceso, los aspectos por mejorar, y el porcentaje de cumplimiento de las actividades evaluadas.



Antes de elaborar y presentar este informe al comité, se envió a los auditados la lista de chequeo con la calificación asignada por el auditor (Jefe de control Interno) a la actividad que se evalúa. Permittedole a los auditados objetar los desacuerdos que hubiera en dicha calificación. Cabe precisar que NINGUNO de los Auditados objeto o reclamo las calificaciones, lo que supone que estuvieron de acuerdo con las NO CONFORMIDADES encontradas en la auditoria; lo que amerita una intervención y la aplicación de acciones de mejora para corregir el proceso.

El jefe de la Oficina de control interno en su rol de evaluador que busca analizar y evaluar los riesgos. y la efectividad en los controles para el correcto funcionamiento de los procesos en la entidad, les presenta los Hallazgos encontrados en la auditoría realizada a los 16 procesos administrativos auditados. Como resultado de las auditorías efectuadas a estos procesos administrativos, se pudo evidenciar un Alto porcentaje de Incumplimiento en la realización de actividades o funciones asignadas a los funcionarios y contratistas del Hospital, actividades que son asignadas en el manual específico de funciones, en el manual de procesos y procedimientos y en los planes operativos institucionales, lo que impacta negativamente la operatividad y el cumplimiento de los objetivos trazados por la administración, omitiendo lo documentado por el Hospital, con los que se pretende ejercer un orden y control coherente en cada uno de estos procesos; lo que hace necesario la implementación de manera urgente de acciones de mejora que corrijan o encaminen los procesos al correcto actuar de los funcionarios y contratistas de la entidad.

En este informe se detallan las **No Conformidades** (incumplimientos) encontradas en el ejercicio de la auditoría interna realizada a los procesos administrativos de la institución, con el propósito de que la Gerencia, el comité coordinador de control interno y demás interesados, conozcan las actividades que no se están cumpliendo conforme a los procedimientos adoptados por la entidad, lo ordenado por la administración con sus manuales, los planes operativos y las normas expedidas por los entes de vigilancia, supervisión y control, la auditoria arrojó los siguientes resultados:

Tabla #1. CONSOLIDADO DE CUMPLIMIENTO DE LA AUDITORIA POR PROCESO

RESULTADOS DE LA AUDITORIA INTERNA - 2021					
ITEM	PROCESOS	CUMPLIMIENTO		INCUMPLIMIENTO	
		N° Actividades	% Porcentaje	N° Actividades	% Porcentaje
1	Almacén	4	20%	16	80%
2	Archivo	1	5%	19	95%
3	Calidad	8	40%	12	60%
4	Carteta	8	40%	12	60%
5	Compras	11	55%	9	45%
6	Contabilidad	10	50%	10	50%
7	Estadísticas	13	65%	7	35%
8	Facturación	11	55%	9	45%
9	Gestión Ambiental	10	50%	10	50%
10	Jurídica	8	40%	12	60%
11	Planeación	8	40%	12	60%
12	Presupuestos	13	65%	7	35%
13	Recursos Humanos	7	35%	13	65%
14	Sistemas	8	40%	12	60%
15	Tesorería	11	55%	9	45%
16	Contratación	N/R	N/R	N/R	N/R
RESULTADO GLOBAL		131	44%	169	56%

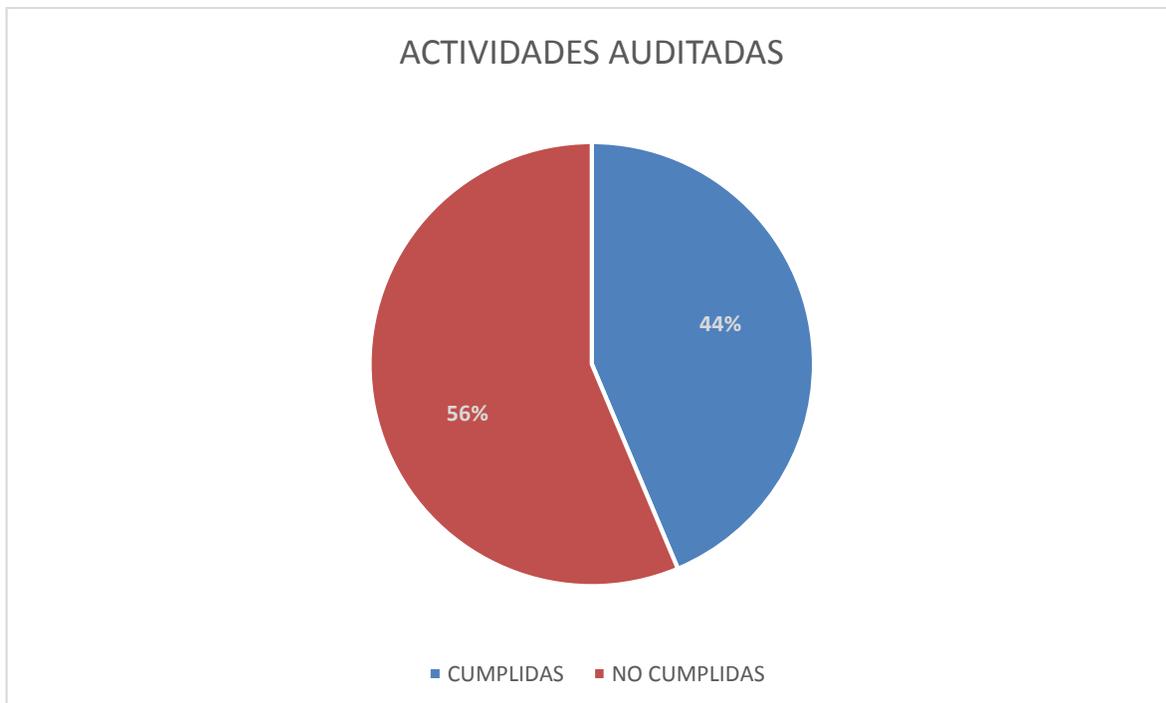
Fuente: Lista Chequeo Auditoría Interna Control Interno, 2021.

Este nuevo ciclo de auditoría interna 2021, fue realizada aplicando las técnicas de Auditoría que les permitiera a los auditados, cumplir con la labor de una manera simple y con las facilidades que brindan las nuevas tecnologías de la comunicación, (Correos Electrónicos, WhatsApp, Archivos en la nube Drive, Video conferencias, etc.) es por ello que la oficina de control interno, propuso la auditoría remota, virtual y la presencial como las opciones o alternativas de evaluación, **“Una auditoría on-line o en remoto es una auditoría que se realiza a una empresa u organización mediante el uso de herramientas TIC (tecnología de la información y la comunicación) y que no cuenta con la presencia del auditor en el emplazamiento físico**

auditado, eso es, en la propia empresa u organización¹ los funcionarios que decidieron aplicar la auditoria remota o virtual, les fue enviada la lista de chequeo por enlace en el Drive de Control interno, respaldando y garantizando su entrega con el envío por correo electrónico

En este periodo fueron auditadas **300 Actividades**, de las cuales **131 se están cumpliendo adecuadamente**, representando el 44% de las actividades auditadas y **169 de ellas No se están Cumpliendo de conformidad** con los lineamientos normativos o los procesos internos documentados por el hospital, lo que representaría por su parte el 56% de las actividades auditadas.

ACTIVIDADES EVALUADAS	CUMPLIDAS	INCUMPLIDAS
300	131	169



Paso seguido al desarrollo de esta auditoría, los líderes de procesos auditados deberán formular y enviar a la Oficina de Control Interno, y a la Gerencia los planes de mejoramiento con las No Conformidades reportadas, en los cuales se detallaran las acciones que consideren pertinentes para

¹ <https://eqmconsulting.com/como-realizamos-las-auditorias-en-remoto/>



mejorar o corregir las actividades que no se estén cumpliendo; y deberán adquirir un compromiso formal y responsable con la institución, para que estos hallazgos sean subsanados en el menor tiempo posible; atendiendo lo establecido por el Hospital con la expedición de la Resolución número 083 del 6 de febrero del 2018

CONCLUSIONES:

La mayoría de las áreas auditadas No están realizando sus actividades conforme a lo documentado por la ESE Hospital de Nazareth en sus manuales de procesos y procedimientos, lo cual es evidenciado con la estadística de los resultados de la auditoria donde el 56% de las actividades no se realizan de manera adecuada, o no son realizadas, lo que requiere acciones de mejora de manera inmediata para subsanar estos incumplimientos.

RECOMENDACIONES

Los líderes de los procesos auditados deberán presentar a la oficina de control interno y a la Gerencia los planes de mejoramiento de las actividades que no se están cumpliendo; acciones que serán objeto de seguimiento y verificación.

COMPROMISOS Y DELEGACION DE FUNCIONES:

Actividad	Responsable	Fecha de Cumplimiento
1. Los Auditados deberán presentar los planes de mejoramiento, formulando las acciones correctivas.	Auditados	Sábado 30 de Octubre del 2021
2. Realizar el Seguimiento a las acciones descritas en los planes de mejoramiento presentados por los auditados	Control Interno	Del 15 al 30 de Noviembre del 2021

Sin otro tema que socializar, se envía el acta a los miembros del comité, con los compromisos asignados, para cumplirlos en los plazos definidos

Se valida la participación de los funcionarios, con la entrega del documento al correo electrónico y por mensaje de texto vía WhatsApp con el cual se confirma el recibido y Aceptación





CONTROL INTERNO <controlinternonazareth@gmail.com>

INFORME DE HALLAZGOS DE AUDITORIA INTERNA 2021

1 mensaje

CONTROL INTERNO <controlinternonazareth@gmail.com>
Para: Calmides Gonzalez <gerenciahospitaldenazareth@gmail.com>
Cc: Campo Elias Manotas <cmanotas42@hotmail.com>

19 de octubre de 2021, 8:19

Buen dia Dr Calmides

Adjunto a este correo le envio el informe de los hallazgos en la auditoría interna realizada a los procesos administrativos en el primer semestre del 2021.
Recomiendo solicitarle a los líderes de procesos auditados cumplir con las acciones de mejora.

Jose David Rivadeneira Bermudez
Jefe de Oficina de Control Interno.
E.S.E Hospital de Nazareth

3 adjuntos

OFICIOS ENTREGA INFORME AUDITORIA 2021.pdf
226K



INFORME DE AUDITORIA INTERNA.pdf
658K



RES. 083 DE FEBRERO 2018. PLANES DE MEJORAMIENTO.pdf
175K

ACTA N° 005

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

FECHA: 23 de Noviembre del 2021

HORA: 10:20 a.m.

TEMA: Socialización de la propuesta metodológica para la documentación y formalización del esquema de las líneas de defensa en la ESE Hospital de Nazareth

OBJETIVO:

Socializar la propuesta de implementación y aplicación de las líneas de Defensa del Modelo Estándar de Control Interno como una de las Dimensiones del MIPG

DESARROLLO DE LA REUNION:

El día 23 de Noviembre del 2021, utilizando los medios tecnológicos y los canales disponible en la ESE Hospital de Nazareth (Meet, Wathsap, correos electrónicos, enlaces en Drive google, etc.) Se presentó a los invitados, la metodología elaborada por el DAFP en el Manual Operativo MIPG, con el cual se definen los lineamientos que orientan a las instituciones y sus comités institucionales a una adecuada implementación del modelo.

Esta información fue compartida y socializada con los miembros del comité de coordinación de control interno conformado por:

- Calמידez Gonzales Prieto** (Gerente) ✓
- Rosangel Restrepo** (Asesor de Calidad) ✓
- Juan Orosco** (Asesor de Planeación) ✓
- Emmanuel Hernández** (Coordinador de Sistemas y Tecnología) ✓
- Juan Camilo Sierra** (Sub Gerente Científico) ✓
- José Rivadeneira** (Jefe de Oficina de Control interno) ✓
- Florangelis López** (Jefe de Presupuestos) ✓
- Giriber Freile** (Asesor Jurídico) ✓

A quienes se les envió por correo electrónico y mensaje Wathsap, la información contenida en esta acta, y con la cual se explica la metodología del esquema de las líneas de defensa en la ESE Hospital de Nazareth; y su aplicación en la entidad.

Para entrar en materia es importante y necesario explicar en qué consiste el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, y las Dimensiones que la conforman, detallando solo la que tiene que ver con el Control Interno, y la aplicación de las líneas de defensa en cada uno de sus componentes.

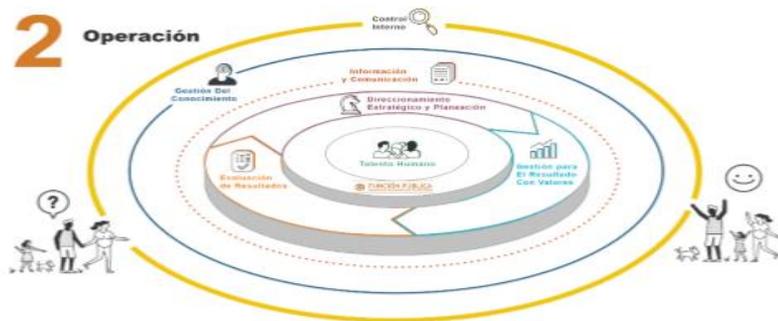
I. En qué consiste la Operación de MIPG?

MIPG se concentra en las prácticas y procesos que adelantan las entidades públicas para transformar insumos en resultados que produzcan los impactos deseados, esto es una gestión y un desempeño institucional que genera valor público.

MIPG opera a través de la puesta en marcha de siete (7) dimensiones, entre las cuales se encuentra el Talento Humano como corazón del Modelo; MIPG incorpora el ciclo de gestión PHVA (Planear – Hacer – Verificar – Actuar) y, adicionalmente, incluye elementos propios de una gestión pública moderna y democrática: la información, la comunicación, y la gestión del conocimiento y la innovación. El Control Interno se integra, a través del MECI, como una de las dimensiones del Modelo, **constituyéndose en el factor fundamental para garantizar de manera razonable el cumplimiento de los objetivos institucionales.**

Estas dimensiones se entienden como el conjunto de políticas, prácticas, herramientas o instrumentos con un propósito común, que puestas en marcha de manera articulada e intercomunicada, permiten que MIPG logre sus objetivos, y son las siguientes:

Gráfico 5. Operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG



Fuente: Función Pública, 2017

Corazón de MIPG: **Primera Dimensión Talento Humano**

Planear: **Segunda Dimensión Dirección Estratégica y Planeación**

Hacer: **Tercera Dimensión Gestión con Valores para el Resultado**

Verificar y actuar: **Cuarta Dimensión Evaluación para el Resultado y Quinta Dimensión Control Interno**

Dimensiones transversales: **Sexta Dimensión Información y Comunicación y Séptima Dimensión Gestión del Conocimiento y la Innovación.**

Siendo los motores de MIPG, los principios de **Integridad** y la **Legalidad**.

II. Dimensiones Operativas de MIPG

MIPG parte de una visión multidimensional de la gestión organizacional, por tanto incluye una serie de dimensiones que, agrupan a su vez, políticas, prácticas, herramientas o instrumentos con un propósito común, y que, puestas en marcha de manera articulada e intercomunicada, permitirán que el Modelo opere eficaz y eficientemente.

A continuación se describirán las 7 dimensiones de MIPG;

1ª. Dimensión: Talento Humano: MIPG concibe al talento humano como el activo más importante con el que cuentan las entidades y, por lo tanto, como el gran factor crítico de éxito que les facilita la gestión y el logro de sus objetivos y resultados. El talento humano, es decir, todas las personas que laboran en la administración pública, en el marco de los valores del servicio público, contribuyen con su trabajo, dedicación y esfuerzo al cumplimiento de la misión estatal, a garantizar los derechos y a responder las demandas de los ciudadanos

2ª. Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación: MIPG tiene como condición que las entidades tengan claro el horizonte a corto y mediano plazo que le permita priorizar sus recursos y talento humano y focalizar sus procesos de gestión en la consecución de los resultados con los cuales garantiza los derechos, satisface la necesidad y atiende los problemas de los ciudadanos

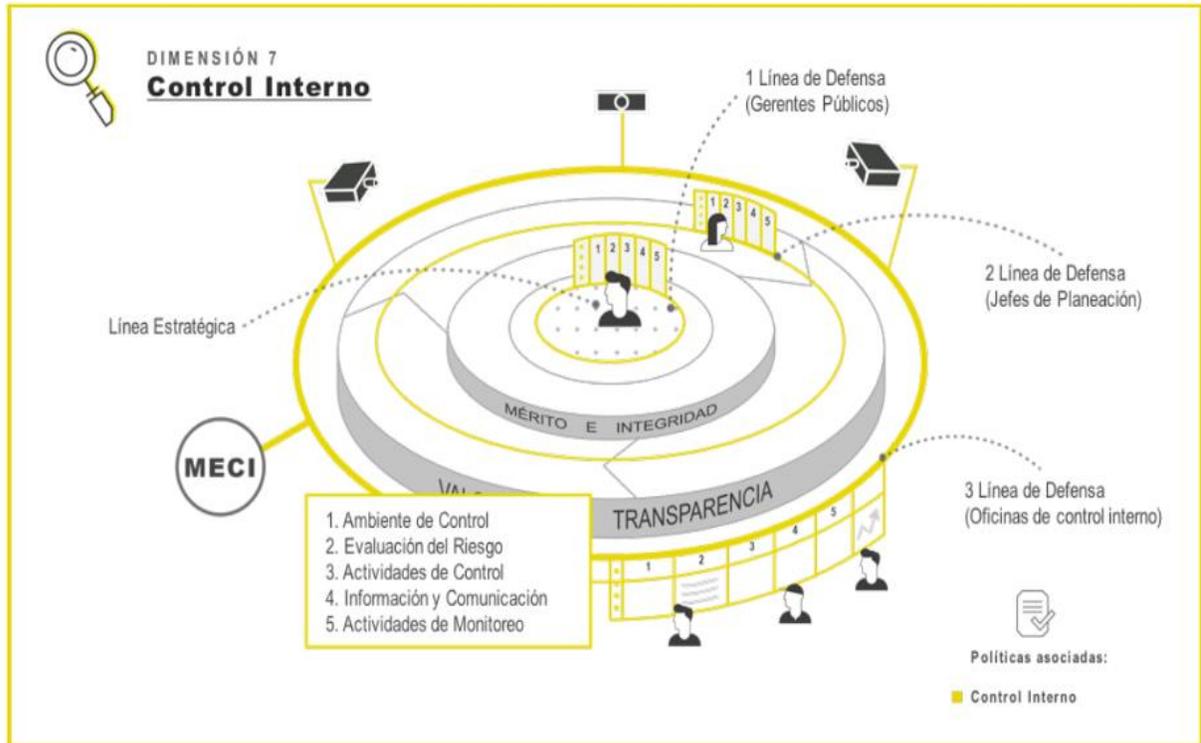
3ª. Dimensión: Gestión con Valores para Resultados: MIPG facilita a que la gestión de las entidades esté orientada hacia el logro de resultados en el marco de la integridad. Para esto, pone en marcha los cursos de acción o trayectorias de implementación definidas en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación.

4ª. Dimensión: Evaluación de Resultados: Para MIPG es importante que las entidades conozcan de manera permanente los avances en su gestión y los logros de los resultados y metas propuestas, en los tiempos y recursos previstos y si general los efectos deseados para la sociedad; de igual manera, esto le permite introducir mejoras en la gestión.

5ª Dimensión: Información y Comunicación: MIPG define la Información y Comunicación como una dimensión articuladora de las demás, puesto que permite a las entidades vincularse con su entorno y facilitar la ejecución de sus operaciones a través de todo el ciclo de gestión.

6ª Dimensión: Gestión del Conocimiento y la Innovación: La Gestión del Conocimiento y la Innovación fortalece de forma transversal a las demás dimensiones (Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión para el Resultado con Valores, Evaluación de Resultados, Talento Humano, Control Interno e Información y Comunicación) en cuanto el conocimiento que se genera o produce en una entidad es clave para su aprendizaje y su evolución.

7ª. Dimensión: Control Interno: MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de éste. **El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito**



La nueva estructura del MECI busca una alineación a las buenas prácticas de control, razón por la cual la estructura del MECI se fundamenta en cinco componentes, a saber:

- I. Ambiente de control,
- II. Administración del riesgo,
- III. Actividades de control,
- IV. Información y comunicación y
- V. Actividades de monitoreo.

Esta estructura está acompañada de un esquema de asignación de responsabilidades y roles para la gestión del riesgo y el control, el cual se distribuye en diversos servidores de la entidad, no siendo ésta una tarea exclusiva de las oficinas de control interno:

- a) **Línea estratégica**, conformada por la alta Dirección y el equipo Directivo;
- b) **Primera Línea**, conformada por los gerentes públicos y los líderes de proceso;
- c) **Segunda Línea**, conformada por servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (jefes de planeación,

- supervisores e interventores de contratos o proyectos, comités de riesgos donde existan, comité de contratación, entre otros); y
- d) **Tercera Línea**, conformada por la oficina de control interno.

Para diseñar de manera adecuada y efectiva el MECI en las entidades nacionales y territoriales, se deberán desarrollar las siguientes actividades para cada uno de los componentes mencionados anteriormente:

I. Ambiente de control:

<p>Línea Estratégica - Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno</p> <p>El Representante Legal y su equipo directivo son los responsables de diseñar, mantener y mejorar el SCI, por ello: – Son los primeros llamados a luchar contra la corrupción y promover la integridad (valores), el cumplimiento de estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público – Orientan el Direccionamiento Estratégico y la Planeación Institucional – Determinan las políticas y estrategias que aseguran que la estructura, procesos, autoridad y responsabilidad estén claramente definidas para el logro de los objetivos de la entidad – Desarrollan los mecanismos incorporados en la GETH</p>
<p>Primera Línea – Gerentes públicos y Líderes de proceso, a quienes corresponde:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Promover y cumplir, a través de su ejemplo, los estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público, en el marco de integridad – Evaluar el cumplimiento de los estándares de conducta y la práctica de la integridad (valores) y principios del servicio público de sus equipos de trabajo – Proveer información a la alta dirección sobre el funcionamiento de la entidad y el desempeño de los responsables en el cumplimiento de los objetivos, para tomar decisiones a que haya lugar – Cumplir las políticas y estrategias establecidas para el desarrollo de los servidores a su cargo, evaluar su desempeño y establecer las medidas de mejora – Asegurarse de que las personas y actividades a su cargo, estén adecuadamente alineadas con la administración
<p>Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, a quienes corresponde:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aplicar los estándares de conducta e Integridad (valores) y los principios del servicio público – El área de talento humano facilita la implementación, monitorea la apropiación de dichos estándares por parte de los servidores públicos y alerta a los líderes de proceso, cuando sea el caso. También desempeñan un rol muy importante las áreas de control disciplinario y los comités de convivencia – Apoyar a la alta dirección, los gerentes públicos y los líderes de proceso para un adecuado y efectivo ejercicio de la gestión de los riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos y metas organizacionales

- Trabajar coordinadamente con los directivos y demás responsables del cumplimiento de los objetivos de la entidad
- El área de talento humano monitorea y supervisa el cumplimiento e impacto del plan de desarrollo del talento humano y determina las acciones de mejora correspondientes
- Así mismo, analizar e informar a la alta dirección, los gerentes públicos y los líderes de proceso sobre los resultados de la evaluación del desempeño y se toman acciones de mejora y planes de mejoramiento individuales, rotación de personal.

Tercera Línea – Oficina de Control Interno, a la cual corresponde:

- Evaluar la eficacia de las estrategias de la entidad para promover la integridad en el servicio público, especialmente, si con ella se orienta efectivamente el comportamiento de los servidores hacia el cumplimiento de los estándares de conducta e Integridad (valores) y los principios del servicio público; y si apalancan una gestión permanente de los riesgos y la eficacia de los controles
- Evaluar el diseño y efectividad de los controles y provee información a la alta dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno referente a la efectividad y utilidad de los mismos
- Proporcionar información sobre la idoneidad y efectividad del esquema operativo de la entidad, el flujo de información, las políticas de operación, y en general, el ejercicio de las responsabilidades en la consecución de los objetivos
- Ejercer la auditoría interna de manera técnica y acorde con las políticas y prácticas apropiadas
- Proporcionar información sobre el cumplimiento de responsabilidades específicas de control interno.

II. Gestión de los riesgos institucionales:

Línea Estratégica - Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, a quienes corresponde:

- Establecer objetivos institucionales alineados con el propósito fundamental, metas y estrategias de la entidad
- Establecer la Política de Administración del Riesgo
- Asumir la responsabilidad primaria del SCI y de la identificación y evaluación de los cambios que podrían tener un impacto significativo en el mismo
- Específicamente el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, evaluar y dar línea sobre la administración de los riesgos en la entidad
- Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles. Así mismo, hacer seguimiento a su gestión, gestionar los riesgos y aplicar los controles

Primera Línea – Gerentes públicos y Líderes de proceso, a quienes corresponde:

- Promover y cumplir, a través de su ejemplo, los estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público, en el marco de integridad

- Evaluar el cumplimiento de los estándares de conducta y la práctica de la integridad (valores) y principios del servicio público de sus equipos de trabajo
- Proveer información a la alta dirección sobre el funcionamiento de la entidad y el desempeño de los responsables en el cumplimiento de los objetivos, para tomar decisiones a que haya lugar
- Cumplir las políticas y estrategias establecidas para el desarrollo de los servidores a su cargo, evaluar su desempeño y establecer las medidas de mejora
- Asegurarse de que las personas y actividades a su cargo, estén adecuadamente alineadas con la administración

Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, a quienes corresponde:

- Aplicar los estándares de conducta e Integridad (valores) y los principios del servicio público
- El área de talento humano facilita la implementación, monitorea la apropiación de dichos estándares por parte de los servidores públicos y alerta a los líderes de proceso, cuando sea el caso. También desempeñan un rol muy importante las áreas de control disciplinario y los comités de convivencia
- Apoyar a la alta dirección, los gerentes públicos y los líderes de proceso para un adecuado y efectivo ejercicio de la gestión de los riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos y metas organizacionales
- Trabajar coordinadamente con los directivos y demás responsables del cumplimiento de los objetivos de la entidad
- El área de talento humano monitorea y supervisa el cumplimiento e impacto del plan de desarrollo del talento humano y determina las acciones de mejora correspondientes
- Así mismo, analizar e informar a la alta dirección, los gerentes públicos y los líderes de proceso sobre los resultados de la evaluación del desempeño y se toman acciones de mejora y planes de mejoramiento individuales, rotación de personal

Tercera Línea – Oficina de Control Interno, a la cual corresponde:

- Evaluar la eficacia de las estrategias de la entidad para promover la integridad en el servicio público, especialmente, si con ella se orienta efectivamente el comportamiento de los servidores hacia el cumplimiento de los estándares de conducta e Integridad (valores) y los principios del servicio público; y si apalancan una gestión permanente de los riesgos y la eficacia de los controles
- Evaluar el diseño y efectividad de los controles y provee información a la alta dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno referente a la efectividad y utilidad de los mismos
- Proporcionar información sobre la idoneidad y efectividad del esquema operativo de la entidad, el flujo de información, las políticas de operación, y en general, el ejercicio de las responsabilidades en la consecución de los objetivos

– Ejercer la auditoría interna de manera técnica y acorde con las políticas y prácticas apropiadas – Proporcionar información sobre el cumplimiento de responsabilidades específicas de control interno

III. Actividades de Control:

Línea Estratégica - Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, a quienes corresponde:

– Establecer las políticas de operación encaminadas a controlar los riesgos que pueden llegar a incidir en el cumplimiento de los objetivos institucionales
– Hacer seguimiento a la adopción, implementación y aplicación de controles

Primera Línea – Gerentes públicos y Líderes de proceso, a quienes corresponde:

– Mantener controles internos efectivos para ejecutar procedimientos de riesgo y control en el día a día
– Diseñar e implementar procedimientos detallados que sirvan como controles, a través de una estructura de responsabilidad en cascada, y supervisar la ejecución de esos procedimientos por parte de los servidores públicos a su cargo
– Establecer responsabilidades por las actividades de control y asegurar que personas competentes, con autoridad suficiente, efectúen dichas actividades con diligencia y de manera oportuna
– Asegurar que el personal responsable investigue y actúe sobre asuntos identificados como resultado de la ejecución de actividades de control
– Diseñar e implementar las respectivas actividades de control. Esto incluye reajustar y comunicar políticas y procedimientos relacionados con la tecnología y asegurar que los controles de TI son adecuados para apoyar el logro de los objetivos

Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, a quienes corresponde:

– Supervisar el cumplimiento de las políticas y procedimientos específicos establecidos por la primera línea de defensa
– Asistir a la gerencia operativa en el desarrollo y comunicación de políticas y procedimientos
– Asegurar que los riesgos son monitoreados en relación con la política de administración de riesgo establecida para la entidad
– Revisar periódicamente las actividades de control para determinar su relevancia y actualizarlas de ser necesario
– Supervisar el cumplimiento de las políticas y procedimientos específicos establecidos por la primera línea
– Realizar monitoreo de los riesgos y controles tecnológicos
– Grupos como los departamentos de seguridad de la información también pueden desempeñar papeles importantes en la selección, desarrollo y mantenimiento de controles sobre la tecnología, según lo designado por la administración

– Establecer procesos para monitorear y evaluar el desarrollo de exposiciones al riesgo relacionadas con tecnología nueva y emergente

– Tercera Línea – Oficina de Control Interno, a la cual corresponde:

- Verificar que los controles están diseñados e implementados de manera efectiva y operen como se pretende para controlar los riesgos
- Suministrar recomendaciones para mejorar la eficiencia y eficacia de los controles.
- Proporcionar seguridad razonable con respecto al diseño e implementación de políticas, procedimientos y otros controles
- Evaluar si los procesos de gobierno de TI de la entidad apoyan las estrategias y los objetivos de la entidad
- Proporcionar información sobre la eficiencia, efectividad e integridad de los controles tecnológicos y, según sea apropiado, puede recomendar mejoras a las actividades de control específicas

IV. Información y Comunicación

Línea estratégica - Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, a quienes corresponde:

- Es responsable de la fiabilidad, integridad y seguridad de la información. Esta responsabilidad incluye toda la información crítica de la entidad independientemente de cómo se almacene la información
- Establece políticas apropiadas para el reporte de información fuera de la entidad y directrices sobre información de carácter reservado; personas autorizadas para brindar información; regulaciones de privacidad y tratamiento de datos personales; en general todo lo relacionado con la comunicación de la información fuera de la entidad. Son los primeros llamados a luchar contra la corrupción y promover la integridad (valores), el cumplimiento de estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público

Primera Línea – Gerentes públicos y Líderes de proceso, a quienes corresponde:

- Gestionar información que da cuenta de las actividades cotidianas, compartiéndola en toda la entidad
- Desarrollar y mantener procesos de comunicación facilitando que todas las personas entiendan y lleven a cabo sus responsabilidades de control interno
- Facilitar canales de comunicación, tales como líneas de denuncia que permiten la comunicación anónima o confidencial, como complemento a los canales normales
- Asegurar que entre los procesos fluya información relevante y oportuna, así como hacia los ciudadanos, organismos de control y otros externos
- Informar sobre la evaluación a la gestión institucional y a resultados
- Implementar métodos de comunicación efectiva

Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, a quienes corresponde:

- Recopilar información y comunicarla de manera resumida a la primera y la tercera línea de defensa con respecto a controles específicos
- Considerar costos y beneficios, asegurando que la naturaleza, cantidad y precisión de la información comunicada sean proporcionales y apoyen el logro de los objetivos
- Apoyar el monitoreo de canales de comunicación, incluyendo líneas telefónicas de denuncias
- Proporcionar a la gerencia información sobre los resultados de sus actividades
- Comunicar a la alta dirección asuntos que afectan el funcionamiento del control interno

Tercera Línea – Oficina de Control Interno, a la cual corresponde:

- Evaluar periódicamente las prácticas de confiabilidad e integridad de la información de la entidad y recomienda, según sea apropiado, mejoras o implementación de nuevos controles y salvaguardas.
- Informar sobre la confiabilidad y la integridad de la información y las exposiciones a riesgos asociados y las violaciones a estas
- Proporcionar información respecto a la integridad, exactitud y calidad de la comunicación en consonancia con las necesidades de la alta dirección
- Comunicar a la primera y la segunda línea, aquellos aspectos que se requieren fortalecer relacionados con la información y comunicación

V. Monitoreo o supervisión continua

Línea estratégica - Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, a quienes corresponde:

- Analizar las evaluaciones de la gestión del riesgo, elaboradas por la segunda línea de defensa
- Asegurar que los servidores responsables (tanto de la segunda como de la tercera línea de defensa) cuenten con los conocimientos necesarios y que se generen recursos para la mejora de sus competencias
- Aprobar el Plan Anual de Auditoría propuesto por el jefe de control interno o quien haga sus veces, tarea asignada específicamente al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

Primera Línea – Gerentes públicos y Líderes de proceso, a quienes corresponde:

- Efectuar seguimiento a los riesgos y controles de su proceso
- Informar periódicamente a la alta dirección sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos de la entidad
- Comunicar deficiencias a la alta dirección o a las partes responsables para tomar las medidas correctivas, según corresponda

Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, a quienes corresponde:

- Llevar a cabo evaluaciones para monitorear el estado de varios componentes del Sistema de Control Interno
- Monitorear e informar sobre deficiencias de los controles
- Suministrar información a la alta dirección sobre el monitoreo llevado a cabo a los indicadores de gestión, determinando si el logro de los objetivos está dentro de las tolerancias de riesgo establecidas
- Consolidar y generar información vital para la toma de decisiones

Tercera Línea – Oficina de Control Interno, a la cual corresponde:

- Establecer el plan anual de auditoría basado en riesgos, priorizando aquellos procesos de mayor exposición
- Generar información sobre evaluaciones llevadas a cabo por la primera y segunda línea de defensa
- Evaluar si los controles están presentes (en políticas y procedimientos) y funcionan, apoyando el control de los riesgos y el logro de los objetivos establecidos en la planeación institucional
- Establecer y mantener un sistema de monitoreo de hallazgos y recomendaciones

CONCLUSIONES:

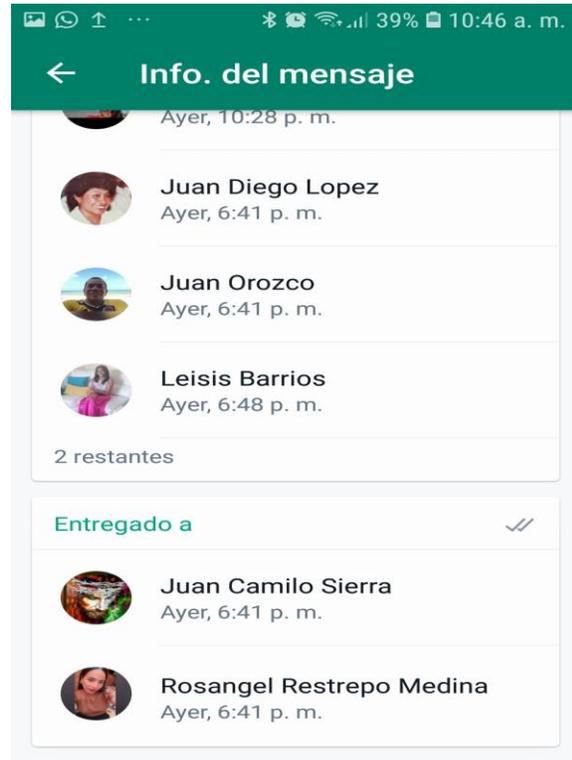
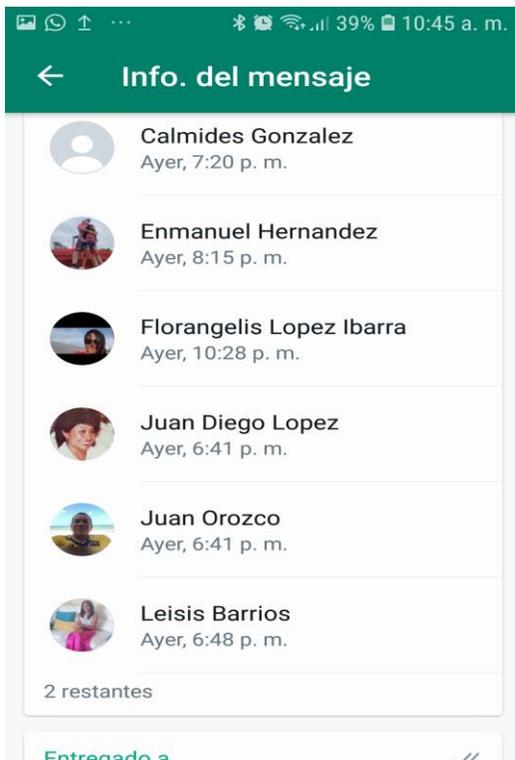
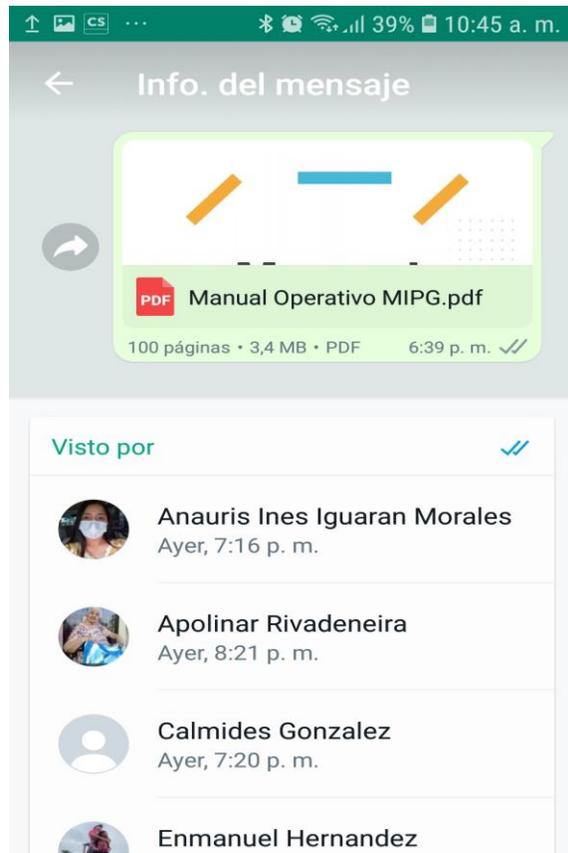
Enterados de las acciones que se deben desarrollar, para la implementación del modelo estándar de control interno MECI y garantizar el buen funcionamiento en cada una de las líneas de defensa, lideras por los líderes de procesos, es necesario y urgente que se inicien las labores para fortalecer la dimensión del Control interno en sus cinco componentes.

RECOMENDACIONES

Entregar a los líderes de procesos encargados de realizar actividades en cada una de las líneas de defensa, la guía como herramienta de consulta, con la que puedan iniciar con sus equipos de trabajo las tareas correspondientes.

Sin otro tema que socializar, se envía el acta a los miembros del comité, con los compromisos asignados, para su cumplimiento.

Se valida la participación de los funcionarios, con la entrega del documento al correo electrónico y por mensaje de texto vía WhatsApp con el cual se confirma el recibido y Aceptación





ACTA N° 006

FECHA: 30 De Diciembre 2021

HORA: 9:30 a.m

LUGAR: Conexión Virtual Meet

ASUNTO: Informe de Cierre de Auditoria Interna 2021

OBJETIVO

Presentar el Informe con los resultados de los seguimientos realizados a los planes de mejoramiento y las acciones correctivas implementadas, para el cierre de la Auditoria Interna de la Vigencia 2021

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El jefe de la oficina de control interno expresa su agradecimiento a los líderes miembros del comité coordinador de control interno que asisten a la reunión, recordándole la importancia que tienen las auditorías en los procesos administrativos y asistenciales de la institución, constituyéndose en una herramienta fundamental para el seguimiento, la evaluación y el control en las actividades que se desarrollan en las distintas áreas del hospital.

A pesar de las dificultades presentadas en el año por la crisis sanitaria y la declaratoria del estado de emergencia, la mayoría de los procesos fueron auditados, utilizando las opciones dispuestas por la oficina de control interno para su realización.

De los 16 procesos que fueron programados para la auditoria interna 15 procesos fueron auditados, el proceso de contratación No cumplió, con la fecha programada para auditoria, aun cuando se les notifico en varias ocasiones mediante correos electrónicos que adjunto como evidencia de lo comentado.

El pasado 25 de Octubre del 2021 se presentó al comité coordinador de control interno, el informe de resultados de hallazgos en la auditoria interna realizada a los procesos administrativos del hospital, donde se explicaron los criterios tomados en cuenta para el ejercicio de la auditoria, el campo de aplicación, los procesos auditados, los aspectos por mejorar, las recomendaciones para la mejora y los porcentajes de cumplimiento y de incumplimiento en los procesos evaluados.

En el mismo documento se informa el compromiso adquirido por los auditados en la formulación de los planes de mejoramiento al conocer los resultados de la auditoria.



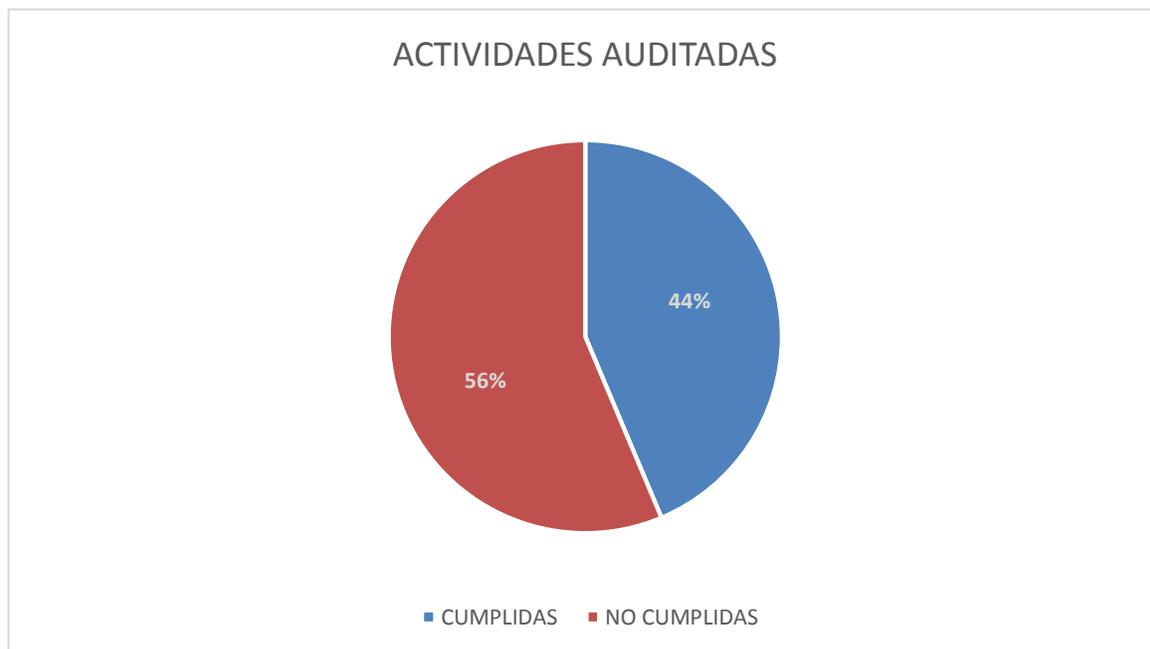
Lo anterior quedo documentado en el acta de reunión número 004 del Comité institucional de coordinación de control interno de la ESE Hospital de Nazareth

Como hechos relevantes en el ejercicio de la auditoria se puede mencionar:

Que fue ejecutado el 94% del plan de auditoria de los procesos administrativos.

Se auditaron **300 Actividades** de las cuales **131 se están cumpliendo adecuadamente**, representando el 44% de las actividades auditadas y **169 de ellas No se están Cumpliendo de conformidad** con los lineamientos normativos o los procesos internos documentados por el hospital, lo que representaría por su parte el 56% de las actividades auditadas

ACTIVIDADES EVALUADAS	CUMPLIDAS	INCUMPLIDAS
300	131	169



De los 15 Procesos Auditados 5 de ellos cumplieron responsablemente con la formulación de los planes de mejoramiento para corregir o subsanar las No Conformidades encontradas en las auditorias. Los cuales fueron:

- Gestión Jurídica
- Gestión de Cartera
- Gestión Ambiental
- Estadísticas
- Planeación



La oficina de control interno felicita a estos líderes de área que mostraron gran interés y el compromiso por mejorar sus procesos en la institución.

Se invita a los demás líderes a que formulen los planes de mejoramiento de las auditorías internas y las externas, para corregir esas actividades que se están desarrollando de manera inadecuada e impiden el logro de los objetivos institucionales, y así cumplir con lo reglamentado en el hospital con la Resolución 083 del 2018.

Nuevamente se reitera a la Gerencia la necesidad de ajustar y actualizar los manuales de procesos y procedimientos de la entidad, sobre todo por los cambios que se han venido dando en los últimos meses a causa de la crisis sanitaria, producto del COVID 19

La oficina de control interno les solicito y notifico mediante correo electrónicos (Anexo Correo) y verbalmente la presentación de los planes de mejoramiento de los cuales solo 5 procesos atendieron este requerimiento.

De esta manera se da por terminado el ciclo de auditorías internas de la ESE HN y se hace el cierre del plan y programa de auditoria interna para la vigencia 2021.

RECOMENDACIONES:

La oficina de control interno, al realizar esta auditoria pudo evidenciar las situaciones que están afectando el cumplimiento de los procesos y el logro de los objetivos institucionales, donde es evidente la falta de compromiso de algunos funcionarios y contratistas en cumplir con su labor, de mejorar su proceso realizando las actividades acorde a los manuales y cumpliendo con los tiempos acordados. Es por ello que se recomienda a la Gerencia:

Delegar a quien considere, revisar y Actualizar los manuales de procesos y procedimientos de la institución, y socializarlo con los funcionarios responsables de cada proceso.

Dar cumplimiento al plan institucional de formación y capacitación de la entidad para fortalecer y aumentar los conocimientos de los servidores y mejorar los procesos que se desarrollan en la institución.

Exigir a los líderes de los procesos auditados la formulación de los planes de mejoramiento institucionales, en cumplimiento a lo descrito en los artículos 2,3 y 7 de la Resolución 083 del 6 de febrero del 2018.

No se anexa lista de Asistencia por haber realizado Reunión de Manera Virtual, se envía acta a los correos electrónicos de los asistentes para aprobar lo expuesto en dicha reunión



LISTA DE ASISTENCIA

ASUNTO _____

N°	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

PLAN DE AUDITORIA VIGENCIA 2021



De CONTROL INTERNO <controlinternonazareth@gmail.com>
Destinatario <talentohumanonazareth1@gmail.com>, <talentohumano@esehospitaldenazareth.gov.co>, COMPRAS <compras@esehospitaldenazareth.gov.co>, Almacen Hospital de Nazaret <almacenhospitalnazareth@gmail.com>, Leisis Barrios <leisisbarrios01@gmail.com>, Leisis Barrios <cartera@esehospitaldenazareth.gov.co>, Alex Iguaran <alexriguaran@gmail.com>, <archivo@esehospitaldenazareth.gov.co>, Yasmery Fernandez <jamuinjatmuin@hotmail.com>, <estadistica@esehospitaldenazareth.gov.co> RODRIGO GAMEZ MEJIA <facturacionhnaza@gmail.com>, Rodrigo Gamez <facturacionhlnazareth@gmail.com>, Facturacion Hospital de Nazareth <facturacion@esehospitaldenazareth.gov.co>, Emamnuel Hernandez <sisistemas@esehospitaldenazareth.gov.co>, Edwin Torrez <sisistemasnazareth1@gmail.com>, Enmanuel Hernandez <sisistemaswebhnazareth@gmail.com>, Juan Orozco <jjorozco244@hotmail.com>, <planeacion@esehospitaldenazareth.gov.co>, Giriber Freyle <g.freyle.v@hotmail.com>, victor perez mercado <vimapeme@hotmail.com>, Antonio Palomino <g.ambientalnazareth@gmail.com>, Antonio Palomino Mastrascusa <antoniopalomino@misena.edu.co>, Mauricio Arango <mauroarango50@hotmail.com>, Juan Diego Lopez <jdiegocontadorp@gmail.com>, <contabilidad@esehospitaldenazareth.gov.co>, esehospitaldenazareth presupuesto <pesehospitaldenazareth@gmail.com>, Flor Lopez <faeligly@hotmail.com>, Mirian Iguaran <nairimiguaran@hotmail.com>, Rosangel Restrepo <randc108@hotmail.com>
Cc Calmides Gonzalez <gerenciahospitaldenazareth@gmail.com>, Juan Camilo Sierra Sierra <juan.kmilo6@hotmail.com>, Apolinar Rivadeneira <mdapolinar12@gmail.com>
Cco <control_interno@esehospitaldenazareth.gov.co>
Fecha 2021-07-13 12:48

 PLAN Y PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA 2021.pdf (~176 KB)

Buenos días a todos

Envío el plan de auditoría para la vigencia 2021, que Iniciará el día de mañana. 14 de julio.

Solicito su atención, confirmando la fecha de visita de auditoría y la modalidad de auditoría que prefieren para su evaluación, las cuales socializo y dejé a su consideración.

Modalidad de Auditoria:

- * **Presencial** (En la Sede del Hospital de Nazareth o Riohacha)
- * **Remota** (Se realizará en videoconferencia aplicación meet o videollamada whatsapp)
- * **Lista de Chequeo Virtual publicada en DRIVE Google** (Autoevaluación que realizará el líder de área en el Drive de Google en un tiempo limitado acordado con el auditor) las respuestas deberán ser soportadas con evidencias documentadas

Les agradezco contestar este correo el día de **Hoy**. De no recibir su respuesta será criterio del auditor elegir la modalidad que considere más favorable para el proceso a auditar.

Jose David Rivadeneira Bermudez

Jefe de Oficina de Control Interno.

E.S.E Hospital de Nazareth



CONTROL INTERNO <controlinternonazareth@gmail.com>

LISTA DE CHEQUEO DE AUDITORIA INTERNA 2021

3 mensajes

CONTROL INTERNO <controlinternonazareth@gmail.com>
Para: victor perez mercado <vimapeme@hotmail.com>

18 de agosto de 2021, 8:09

Buen día Dr Víctor

Adjunto a este correo le envío la lista de chequeo para la auditoría interna del proceso de Contratación, la respuesta en algunos de los ítem requieren ser evidenciados con los documentos solicitados en la columna de **Evidencias o Medios de Verificación**, esta lista de chequeo deberá ser reenviada con las respuestas y las evidencias el día de HOY antes de 8 pm.

Esta oficina estará atenta y en disposición de resolver cualquiera de sus dudas e inquietudes con respecto a este ejercicio de seguimiento y control.

Agradezco de antemano su atención y cumplimiento en lo solicitado.

Jose David Rivadeneira Bermudez
Jefe de Oficina de Control Interno.
E.S.E Hospital de Nazareth

 **AUDITORIA INTERNA - CONTRATACION 2021.xlsx**
190K

CONTROL INTERNO <controlinternonazareth@gmail.com>
Para: vimapeme@hotmail.com
Cc: gerenciahospitaldenazareth@gmail.com, juan.kmilo6@hotmail.com

19 de agosto de 2021, 16:31

Buenas tardes Dr Víctor Perez

Según lo acordado el día de ayer, al enviarle la lista de chequeo de la auditoría interna para verificar el cumplimiento de las actividades del proceso de contratación y apoyo a las labores del Talento Humano de la institución, se debió entregar el formato diligenciado ayer con sus evidencias antes de las 8 pm.

Por tal motivo solicito nuevamente, que remita la información solicitada por esta oficina antes de culminar el día de HOY la jornada laboral ordinaria, y poder continuar con las labores que me corresponden en este ejercicio de seguimiento y control.

Agradezco su atención y el cumplimiento en lo solicitado.

Jose David Rivadeneira Bermudez
Jefe de Oficina de Control Interno.
E.S.E Hospital de Nazareth

[El texto citado está oculto]

 **AUDITORIA INTERNA - CONTRATACION 2021.xlsx**
190K

CONTROL INTERNO <controlinternonazareth@gmail.com>

1 de septiembre de 2021, 8:00

Para: victor perez mercado <vimapeme@hotmail.com>

Cc: Calmides Gonzalez <gerenciahospitaldenazareth@gmail.com>, Juan Camilo Sierra Sierra <juan.kmilo6@hotmail.com>, talentohumanonazareth1@gmail.com

Buen Dia Dr Víctor

Cordial saludo

Espero que se encuentre muy bien de salud, y haya superado la enfermedad que lo aquejaba.

Le reenvío nuevamente el anterior correo, para recordarle el compromiso adquirido con la ESE HN, presentando la lista de chequeo de la Auditoría interna, del proceso que usted lidera en la ESE Hospital de Nazareth.

Le agradezco de antemano su disposición y colaboración enviando la información solicitada en la lista de chequeo, para poder continuar con la labor.

Deseándole un buen día, me despido.

[El texto citado está oculto]



AUDITORIA INTERNA - CONTRATACION 2021.xlsx

190K



CONTROL INTERNO <controlinternonazareth@gmail.com>

ELABORACION Y PRESENTACION PLAN DE MEJORAMIENTO

2 mensajes

CONTROL INTERNO <controlinternonazareth@gmail.com>

19 de octubre de 2021, 17:01

Para: Almacen Hospital de Nazaret <almacenhospitalnazareth@gmail.com>, Charly Jimenez <charlyj18@gmail.com>, archivo@esehospitaldenazareth.gov.co, Alex Iguaran <alexriguaran@gmail.com>, Mirian Iguaran <nairimiguaran@hotmail.com>, jaime gonzalez <comprashospitaldenazareth2020@gmail.com>, contabilidad@esehospitaldenazareth.gov.co, Juan Diego Lopez <jdiegocontadorp@gmail.com>, florangelis Lopez <pesehospitaldenazareth@gmail.com>, Antonio Palomino <g.ambientalnazareth@gmail.com>, Cartera HospitalNazareth <carterahospitalnazareth@gmail.com>, Rosangel Restrepo <randc108@hotmail.com>, Juan Orozco <jjorozco244@hotmail.com>, talentohumanonazareth1@gmail.com, talentohumano@esehospitaldenazareth.gov.co, Giriber Freyle <g.freyle.v@hotmail.com>, estadistica@esehospitaldenazareth.gov.co, Yasmery Fernandez <jamuinjatmuin@hotmail.com>, Enmanuel Hernandez <sistemaswebhnazareth@gmail.com>, RODRIGO GAMEZ MEJIA <facturacionhnaza@gmail.com>, Rodrigo Gamez <facturacionhnazareth@gmail.com>

Cc: Calmides Gonzalez <gerenciahospitaldenazareth@gmail.com>, Juan Camilo Sierra Sierra <juan.kmilo6@hotmail.com>, Campo Elias Manotas <cmanotas42@hotmail.com>

Para dar continuidad al ciclo de Auditoría interna de la vigencia 2021, se solicita gentilmente su atención en la elaboración del plan de mejoramiento con la descripción de las acciones correctivas de aquellas actividades que NO fueron cumplidas o evidenciadas. Dicho plan deberá ser enviado con fecha límite del 29 de OCTUBRE de esta anualidad, para posteriormente hacer el seguimiento y verificación de su cumplimiento en el mes de NOVIEMBRE.

Es de anotar que la formulación del plan de mejoramiento es de carácter OBLIGATORIO según lo dispuesto en la Resolución 083 del 2018. (Adjunto a este correo)

Jose David Rivadeneira Bermudez

Jefe de Oficina de Control Interno.

E.S.E Hospital de Nazareth

2 adjuntos

 **RES. 083 DE FEBRERO 2018. PLANES DE MEJORAMIENTO.pdf**
175K **FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL (1).xls**
230K**esehospitaldenazareth presupuesto** <pesehospitaldenazareth@gmail.com>

19 de octubre de 2021, 19:52

Para: CONTROL INTERNO <controlinternonazareth@gmail.com>

Cc: Almacen Hospital de Nazaret <almacenhospitalnazareth@gmail.com>, Charly Jimenez <charlyj18@gmail.com>, archivo@esehospitaldenazareth.gov.co, Alex Iguaran <alexriguaran@gmail.com>, Mirian Iguaran <nairimiguaran@hotmail.com>, jaime gonzalez <comprashospitaldenazareth2020@gmail.com>, contabilidad@esehospitaldenazareth.gov.co, Juan Diego Lopez <jdiegocontadorp@gmail.com>, Antonio Palomino <g.ambientalnazareth@gmail.com>, Cartera HospitalNazareth <carterahospitalnazareth@gmail.com>, Rosangel Restrepo <randc108@hotmail.com>, Juan Orozco <jjorozco244@hotmail.com>, talentohumanonazareth1@gmail.com, talentohumano@esehospitaldenazareth.gov.co, Giriber Freyle <g.freyle.v@hotmail.com>, estadistica@esehospitaldenazareth.gov.co, Yasmery Fernandez <jamuinjatmuin@hotmail.com>, Enmanuel Hernandez <sistemaswebhnazareth@gmail.com>, RODRIGO GAMEZ MEJIA <facturacionhnaza@gmail.com>, Rodrigo Gamez <facturacionhnazareth@gmail.com>, Calmides Gonzalez <gerenciahospitaldenazareth@gmail.com>, Juan Camilo Sierra Sierra <juan.kmilo6@hotmail.com>, Campo Elias Manotas <cmanotas42@hotmail.com>

RECIBIDO.

[El texto citado está oculto]