

RESOLUCION No. 014

01 DE ENERO DE 2024

**“POR MEDIO DE LA CUAL SE INTEGRA Y SE ESTABLECE EL REGLAMENTO DE
FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL
INTERNO DE LA E.S.E HOSPITAL SANTA TERESITA DE PÁCORA “**

**EL GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTA TERESITA DE PACORA CALDAS, en
uso de sus atribuciones legales en especial las conferidas por la ley 136 de 1994, el
decreto 1582 de 1998, la ley 50 de 1990 y**

C O N S I D E R A N D O:

- Que en las entidades públicas las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley.
- Que el sistema de Control Interno es el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la ESE, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.
- Que los objetivos del Control Interno son medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los controles asociados a los procesos institucionales, asesorando a la alta dirección en la continuidad del proceso administrativo, la revaluación de los distintos planes y en la aplicación de los correctivos y mejoras necesarias para el cumplimiento de la misión y los objetivos institucionales.
- Que la Auditoría Interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la ESE; ayuda a la Institución a cumplir sus objetivos, aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, controles y gobierno, a través de servicios de aseguramiento y consultoría como se especifican a continuación.

Con fundamento en las anteriores consideraciones,

RESUELVE:

Artículo 1. Adoptar el Manual de Control Interno de la E.S.E Hospital Santa Teresita de Pácora, cuyo documento adjunto hace parte integral del presente acto administrativo.

“ PREVENIR ES LA CLAVE

Servicio, Calidad, Sostenibilidad ”

E.S.E Hospital Santa Teresita Pácora NIT: 890 801 517-2

Carrera 2 # 2-49 Teléfono 8 670 193

RESOLUCION No. 014

01 DE ENERO DE 2024

**“POR MEDIO DE LA CUAL SE INTEGRA Y SE ESTABLECE EL REGLAMENTO DE
FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL
INTERNO DE LA E.S.E HOSPITAL SANTA TERESITA DE PÁCORA “**

Artículo 2. Las modificaciones que a futuro deban realizarse deberán ser socializadas previamente con el Comité Coordinador de Control Interno de la entidad, y deberán adoptarse por resolución emanada desde la gerencia.

Artículo 3. Será responsabilidad de los asesores de Control Interno y Planeación, o quienes hagan sus veces, dar a conocer el presente manual.

Artículo 4. La presente resolución rige a partir de su fecha de expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Pácora a los 01 días del mes de enero de 2024



BRYAN SALDARRIGA MOLINA

Gerente

Proyectó: Brayan Alexander Zapata Pinilla – Asesor de Control Interno



Revisó: Bryan Saldarriga Molina – Gerente



“ PREVENIR ES LA CLAVE

Servicio, Calidad, Sostenibilidad ”

E.S.E Hospital Santa Teresita Pácora NIT: 890 801 517-2
Carrera 2 # 2-49 Teléfono 8 670 193

MANUAL DE CONTROL INTERNO



INTRODUCCIÓN.

El presente manual tiene como finalidad el diseñar el proceso de control interno en la institución, orientado al mejoramiento y la innovación mediante las buenas prácticas a los procesos o áreas auditables.

Este documento tiene una breve descripción de los procesos que realiza la oficina de control interno, precisa el rol a desempeñar por parte de la oficina de control interno encargado de medir la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles y además asesorando a la alta dirección en la continuidad del proceso administrativo, la evaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas y objetivos previstos y tiene como referente el estatuto de auditoría interna y el código de ética de auditoría interna.

1. OBJETIVO

Propiciar mediante ejercicios de autocontrol el cumplimiento de funciones y actividades y la administración de los recursos mediante la aplicación de métodos y procesos.

2. ALCANCE

Este procedimiento inicia con el ejercicio de autocontrol y termina con la asesoría y acompañamiento de mecanismos de control.

3. CONCEPTOS

3.1. Autocontrol.

Es la capacidad consistente en regular o controlar las acciones realizadas, con el objetivo de alcanzar un mayor y mejor rendimiento en el desarrollo de las actividades.

3.2. Autoevaluación.

Es el proceso de reflexión sobre lo que somos y lo que hacemos y busca el mejoramiento de la calidad en el desempeño de las actividades.

4. RESPONSABLES

Los integrantes de todos los equipos de trabajo de la Institución.

5. GENERALIDADES

El ejercicio de control interno lo debe realizar cada persona que forma parte del equipo de trabajo en la Institución, con el fin de detectar desviaciones y efectuar correctivos para el cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de las actividades, de tal manera que la ejecución de los procesos y tareas bajo su responsabilidad se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la normatividad vigente, dentro de los lineamientos trazados por la dirección para el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos.

6. ACCIONES

6.1 Propiciar el Ejercicio del Autocontrol:

Propiciar el ejercicio de autocontrol que permita:

- El cumplimiento de las actividades en concordancia con las normas vigentes aplicables a la gestión.
- La administración adecuada de los recursos humanos, físicos, financieros, tecnológicos, y su utilización de manera efectiva y oportuna.
- La documentación y aplicación de métodos, metodologías, procesos, procedimientos
- La validación constantemente de los métodos, metodologías, procesos y procedimientos con el propósito de realizar los ajustes y actualizaciones necesarios de tal manera que sean el soporte orientador fundamental, no solo para el cumplimiento de las funciones y actividades asignadas, sino para el cumplimiento de las metas y objetivos establecidos.

Responsables: Todas las personas que hacen parte de la Institución.

6.2 Ejecutar las Actividades de los Procesos:

- Desarrollar las actividades del proceso bajo su responsabilidad, contribuyendo al logro de los objetivos establecidos, mediante la aplicación y/o combinación adecuada de los procedimientos, métodos, normas, recursos, sistemas de comunicación, información y seguimiento.

Responsables: Todas las personas que hacen parte de la Institución.

6.3 Evaluar las Actividades de los Procesos:

- Evaluar los procesos misionales, de apoyo y estratégicos adoptados y utilizados por la Institución, con el fin de determinar su coherencia con los objetivos y resultados comunes e inherentes a la misión institucional.

Responsables: Todas las personas que hacen parte de la Institución.

6.4 Asesorar y acompañar en el establecimiento de Mecanismos de Control:

- Asesorar y acompañar en la definición y establecimiento de mecanismos de control en los procesos y procedimientos, para garantizar la adecuada protección de los recursos, la eficacia y eficiencia en las actividades, la oportunidad y confiabilidad de la información y los registros y el cumplimiento de los objetivos.

Responsables: Todas las personas que hacen parte de la Institución.

MANUAL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. OBJETIVO.

Proveer los elementos necesarios para llevar a cabo la verificación y evaluación haciendo seguimiento a los procesos de la Institución de tal manera que se implementen los correctivos que sean necesarios para lograr el cumplimiento de los objetivos y metas previstos por la Institución.

2. ALCANCE.

Este procedimiento aplica a todos los procesos que se generen al interior de la Institución de acuerdo a Sistema de Gestión de Calidad.

3. CONCEPTOS.

3.1. Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias objetivas y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría

3.2. Programa de auditoría: Acuerdos para un conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

“ PREVENIR ES LA CLAVE

Servicio, Calidad, Sostenibilidad ”

E.S.E Hospital Santa Teresita Pácora NIT: 890 801 517-2
Carrera 2 # 2-49 Teléfono 8 670 193

3.3. Plan de auditoría: Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría

3.4. Auditoría de Calidad: es un proceso sistemático, documentado y de verificación objetiva para obtener y evaluar la evidencia de la auditoría y determinar cuáles actividades específicas, eventos, condiciones, sistemas gerenciales, de calidad o información referente a estos aspectos, cumplen con los Criterios de auditoría interna.

3.5. Plan de Mejoramiento: Instrumentos que conforman un conjunto de acciones requeridas para corregir adversidades encontradas en el sistema de control interno.

3.6. Hallazgos: Acciones y/o situaciones encontradas que entorpecen el buen funcionamiento de los procesos.

4. RESPONSABLES

Jefe Oficina Control Interno

5. GENERALIDADES

Le corresponde a control interno, el cual debe estar sujeto al cumplimiento de toda la normatividad vigente.

6. ACCIONES

6.1 Elaborar el Programa Anual de Auditorias: Anualmente el jefe de control interno debe elaborar el programa anual de Auditorias y en el agrupar todo lo concerniente a auditorias, informes y demás inherentes. Este debe ser aprobado por el Comité Institucional de coordinación de Control Interno.

Responsable: Jefe oficina de control interno

6.2 Plan Anual de Auditorias: Anualmente el Jefe de Control Interno elabora dentro del programa anual de auditorías, el Plan anual de Auditorias y en el describe:

- Proceso/área a auditar
- Auditado
- Auditor Asignado

“ PREVENIR ES LA CLAVE

Servicio, Calidad, Sostenibilidad ”

- Elementos a Auditar
- Fecha de la Auditoria
- Observaciones

Acción	Descripción	Responsable
Elaborar la programación de la auditoria	Por lo menos quince días antes a la fecha de auditoría, se envía oficio líder del proceso a auditar para informarle sobre la fecha, hora y el tema de la auditoria.	Jefe oficina control interno
Ejecutar la auditoria programada	Llegada la fecha y la hora estipulada para la auditoria del proceso, el auditor ya tiene claro en dónde y cómo va a iniciar con la auditoria; siguiendo el programa que se realizó previamente. Se realiza una entrevista si es necesario, para ampliar conocimientos y precisar el objetivo y el alcance de la auditoria a realizar.	Jefe oficina control interno
Entregar el informe final	El auditor entrega el informe final a la alta gerencia y al líder del proceso auditado, éste debe ser devuelto junto con el plan de mejoramiento en un plazo máximo de quince días (15).	Jefe oficina control interno
Plan de mejoramiento	El líder de proceso será el responsable de socializar los hallazgos y elaborar con su equipo de trabajo el plan de mejoramiento. Para ser enviado a la oficina de control interno,	Jefe oficina control interno
Seguir el plan de mejoramiento	Se debe hacer un seguimiento al plan de mejoramiento por el líder de proceso y por control interno con el objetivo de verificar que el plan de mejoramiento establecido, si está teniendo el resultado esperado; mediante indicadores se verifica y se evalúa que este cumpla con el objetivo establecido de no ser así implementar otras acciones.	Líder del proceso jefe oficina control interno

MANUAL DE ACOMPAÑAMIENTO Y ASESORÍA A LOS PROCESOS EN LA INSTITUCIÓN

“ PREVENIR ES LA CLAVE

Servicio, Calidad, Sostenibilidad ”

E.S.E Hospital Santa Teresita Pácora NIT: 890 801 517-2
Carrera 2 # 2-49 Teléfono 8 670 193

1. OBJETIVO

Lograr que el acompañamiento y la asesoría a cada uno de los procesos de la Institución se realicen de manera óptima, realizando un trabajo conjunto que permita identificar controles eficaces para los procesos del hospital.

2. ALCANCE

Este procedimiento consiste principalmente en asesorar y dar recomendaciones por parte de Control Interno a los diferentes procesos de la entidad. respecto a los controles realizados en las actividades desarrolladas en la Institución.

3. DEFINICIONES

3.1. Acompañamiento

Consiste en el seguimiento permanente al cumplimiento de las actividades en los tiempos acordados y tareas fijadas, determinando e identificando las dificultades en su ejecución, motivando de este modo, acciones que induzcan y aceleren el cambio para el mejoramiento continuo de los procesos.

3.2. Asesoría

Orientación técnica y profesional con el fin de generar valor organizacional de manera oportuna en la toma de decisiones, basada en las posibles alternativas de solución a una problemática.

4. RESPONSABLE

Jefe oficina control interno

5. GENERALIDADES

El manual de Asesoría y Acompañamiento a los Procesos está dirigido específicamente a los procesos que se realizan para apoyar a los equipos de trabajo en las diferentes situaciones que se presenten y lograr así el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

6. ACCIONES

6.1 Solicitud de Asesoría: Todas las personas que desarrollan actividades en la entidad, tienen la posibilidad de solicitar asesoría y acompañamiento para el desarrollo de sus actividades en la Institución.

Responsables: Equipos de trabajo de la institución.

6.1 Preparación de la Respuesta: Una vez se recibe la solicitud, será contestada con personal experto para ser devuelta a la persona que la solicitó. La idea es que la respuesta de la asesoría sea en el menor tiempo posible.

Responsable: Jefe de control interno

6.3 Asesoría al solicitante: Se hace la orientación técnica y profesional en el tema requerido, basada en la evolución de alternativas de solución a la problemática, advirtiendo la posible ocurrencia de hechos o actos no deseados.

Responsable: Jefe de control interno

6.4 Archivo de Informe: El Jefe de la oficina de control interno es la persona responsable de registrar las asesorías y acompañamientos de todos los casos presentados y si es el caso de archivar los informes de asesoría, estas evidencias pueden ser físicas o las que quedan registradas en el correo electrónico institucional, lo anterior se debe tener en cuenta para el historial de las diferentes consultas y si se requiere un análisis estadístico de las mismas.

Responsable: Jefe de control interno

ACOMPañAMIENTO Y ASESORIA A LA ALTA DIRECCIÓN

1. OBJETIVO

Lograr que el acompañamiento y la asesoría a la alta dirección se realicen de manera óptima, realizando un trabajo conjunto que permita identificar controles eficaces para los procesos de la Institución.

2. ALCANCE

Este procedimiento consiste principalmente en asesorar y dar recomendaciones por parte de control interno a la alta dirección respecto a los controles realizados en los procesos de la Institución.

3. DEFINICIONES

3.1 Acompañamiento

Consiste en el seguimiento permanente al cumplimiento de las actividades en los tiempos acordados y tareas fijadas, determinando e identificando las dificultades en su ejecución, motivando de este modo, acciones que induzcan y aceleren el cambio para el mejoramiento continuo de los procesos.

3.2 Asesoría

Orientación técnica y profesional con el fin de generar valor organizacional de manera oportuna en la toma de decisiones, basada en las posibles alternativas de solución a una problemática.

4. RESPONSABLE

Jefe oficina control interno

5. GENERALIDADES

Este rol le corresponde a control interno, asesorar a la alta dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la fijación de los correctivos necesarios para el cumplimiento de la misión institucional.

6. ACCIONES

6.1 Suministrar información de los procesos de la institución: Mediante informes enviados a la alta dirección, se indica la situación actual de cada área y las actividades a desarrollar para el mejoramiento continuo.

Responsable: Jefe de control interno.

6.2 Suministrar información en General de la institución: El líder de control interno analiza la información general de la institución y entrega informes trimestrales, semestrales y anuales a la alta gerencia, haciendo las recomendaciones respectivas, para que posteriormente la alta gerencia defina las acciones a tomar con respecto a la información presentada.

Responsable: Jefe de control interno.

MANUAL DE ADMINISTRACION DEL RIESGO

1. OBJETIVO

Implementar las políticas de la administración del riesgo a través de un adecuado tratamiento que garantice el cumplimiento de la misión y los objetivos institucionales de la entidad.

2. ALCANCE

Este manual inicia con la participación y compromiso de todas las personas que hacen parte de la entidad y finaliza con la búsqueda de acciones encaminadas a prevenir y controlar los riesgos en la organización.

3. DEFINICIONES

1. Administración de Riesgo: Conjunto de elementos de control que al interrelacionarse permiten a la entidad evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función.

2. Calificación: Es el nivel de importancia que se le asigna al riesgo identificado.

3. Consecuencia: Es el resultado de un evento expresado cualitativa o cuantitativamente, sea este una pérdida, perjuicio, desventaja o ganancia frente a la consecución de los objetivos de la entidad o el proceso.

4. Evaluación de Riesgo: Proceso utilizado para determinar las prioridades de la administración del riesgo comparando el nivel de un determinado riesgo con respecto a un estándar determinado.

5. Evento: Incidente o situación, que ocurre en un lugar determinado durante un periodo determinado. Este puede ser cierto o incierto y su ocurrencia puede ser única o ser parte de una serie.

6. Frecuencia: Medida del coeficiente de ocurrencia de un evento expresado como la cantidad de veces que ha ocurrido un evento en un tiempo dado.

7. Identificación del Riesgo: Elemento de control que posibilita conocer los eventos potenciales, estén o no bajo el control de la entidad que ponen en riesgo el logro de la misión, estableciendo los agentes generadores, las causas y efectos de su ocurrencia.

“ PREVENIR ES LA CLAVE

Servicio, Calidad, Sostenibilidad ”

E.S.E Hospital Santa Teresita Pácora NIT: 890 801 517-2
Carrera 2 # 2-49 Teléfono 8 670 193

8. Mecanismos de Control: Son las diferentes actividades que se ejecutan con el fin de tener controlado o evitar el riesgo en la entidad.

9. Mitigar: Es un término utilizado para referirnos a una situación determinada que necesita ser moderada, suavizada o aplacada ya sea por una acción específica.

10. Monitorear: Comprobar, supervisar, observar o registrar la forma en que se lleva a cabo una actividad con el fin de identificar posibles cambios.

11. Probabilidad: Es el grado en el cual es probable que ocurra un evento, que se debe medir a través de la relación entre los hechos ocurridos realmente y la cantidad de eventos que pudieron ocurrir.

12. Riesgo: Es una posible eventualidad de truncar el correcto funcionamiento de los procesos de la entidad.

13. Riesgo Estratégico: Se asocia con la forma en que se administra la entidad. El manejo del riesgo estratégico se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas, diseño y conceptualización de la entidad por parte de la alta gerencia.

14. Riesgo Operativo: Comprende los riesgos relacionados tanto con la parte operativa como con la técnica de la entidad, incluye riesgos provenientes de deficiencias en los sistemas de información, en la definición de los procesos, en la estructura de la entidad, lo cual conduce a ineficiencias, oportunidades de corrupción e incumplimiento de los compromisos institucionales.

15. Riesgo Financiero: Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad, que incluye la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería.

16. Riesgo de Cumplimiento: Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.

17. Riesgo de Tecnología: Se asocian con la capacidad de la entidad para que la tecnología disponible satisfaga sus necesidades actuales y futuras y soporte el cumplimiento de la misión.

4. RESPONSABLE

Líder de Proceso

“ PREVENIR ES LA CLAVE

Servicio, Calidad, Sostenibilidad ”

E.S.E Hospital Santa Teresita Pácora NIT: 890 801 517-2
Carrera 2 # 2-49 Teléfono 8 670 193

5. GENERALIDADES

Este rol de control interno es necesario para lograr de manera eficiente el cumplimiento de los objetivos y metas previstas con el fin de estar preparados para cualquier contingencia que se pueda presentar, teniendo en cuenta la normatividad vigente.

6. ACCIONES

Identificación de factores internos y externos:

Los responsables de los procesos en la Institución y cada una de las personas que intervienen en estos identifican situaciones o factores de riesgos internos y externos que puedan impedir el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

FACTORES INTERNOS: Infraestructura, personal, procesos, tecnología.

FACTORES EXTERNOS: Económicos, medioambientales, políticos, sociales y tecnológicos.

Responsable: Líderes de procesos con su equipo de trabajo.

6.1. Identificación de los Riesgos:

Se debe identificar la posibilidad de ocurrencia de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las actividades de la Institución y que puedan afectar el logro de los objetivos, así mismo la identificación de los efectos o consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la institución tales como daños físicos, sanciones, servicios, pérdidas económicas, de información, de bienes, de imagen, de credibilidad.

Responsable: Líderes de procesos

6.2. Clasificación de los Riesgos:

En este punto cada líder debe determinar las causas como riesgos para la institución, describir los riesgos identificados con sus características y precisar los efectos que los riesgos puedan ocasionar a la institución.

Responsable: Líderes de procesos

6.3. Análisis de los Riesgos:

Se debe buscar establecer la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos, con el fin de establecer información para definir el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar.

Responsable: Líderes de procesos y jefe de control interno

6.4. Calificación del Riesgo:

Se debe calificar cada uno de los riesgos encontrados, de acuerdo con criterios de frecuencia, es decir si se han materializado o si son factibles.

Responsable: Líderes de procesos

6.5. Evaluación del Riesgo:

Si el riesgo se ubica en la zona de riesgo baja, significa que su probabilidad es rara, improbable o moderada y su impacto es significativo o menor, lo cual permite a la entidad asumirlo. Es decir, el riesgo se encuentra en un nivel que puede ser aceptado sin necesidad de tomar otras medidas de control a las que poseen.

Si el riesgo se ubica en la zona de riesgo extrema, su probabilidad es moderado, probable o casi certeza y su impacto moderado, mayor o catastrófico; por tanto, es aconsejable eliminar la actividad que genera el riesgo a medida que sea posible. De lo contrario se deben implementar controles de prevención para evitar la probabilidad del riesgo, de protección para disminuir el impacto o compartir o transferir el riesgo.

Si el riesgo se sitúa en cualquiera de las otras zonas de riesgo (moderada o alta), se deben tomar medidas para llevar en lo posible los riesgos a la zona moderada o baja. Siempre que el riesgo sea calificado con impacto catastrófico, la entidad debe diseñar planes de contingencia, para protegerse en caso de ocurrencia.

Responsable: Líderes de procesos

6.6. Valoración del Riesgo:

De acuerdo con la información registrada para la evaluación de los riesgos, se debe diligenciar el mapa de riesgos, este consiste en confrontar los resultados de la evaluación del riesgo con los controles identificados, con el objetivo de establecer prioridades para su manejo y fijación de políticas; teniendo claridad sobre los controles existentes en los diferentes procesos para la toma de decisiones.

“ PREVENIR ES LA CLAVE

Servicio, Calidad, Sostenibilidad ”

Responsable: Líderes de procesos

6.7. **Controles:**

Los controles se clasifican en:

- **Preventivos:** aquellos que actúan para eliminar las causas del riesgo, para prevenir su ocurrencia o materialización.
- **Correctivos:** aquellos que permiten el restablecimiento de la actividad después de ser detectado un evento no deseable, también permite la modificación de acciones que propiciaron su ocurrencia.

El paso a seguir es ubicar en el mapa de riesgos el estado final de la valoración del riesgo de acuerdo con las respuestas obtenidas a las preguntas anteriores y la tabla de controles Ver anexo 18. Tabla de controles.

Responsable: Líderes de procesos

6.8. **Formulación de políticas:**

La política señala lo que debe hacerse para efectuar el control y la implementación de la misma, basándose en los planes. Partiendo de que el fin último de la administración del riesgo es propender por el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales, los cuales están consignados en la planeación anual de la entidad, las políticas de administración del riesgo deben ir articuladas con la planeación de manera que no sean políticas aisladas sino complementarias

Responsables: Alta dirección y jefe oficina control interno

6.9. **Monitoreo y Revisión:**

Una vez diseñado y validado el plan para administrar los riesgos, es necesario monitorearlos teniendo en cuenta que estos nunca dejan de representar amenazas para la institución. El monitoreo es esencial para asegurar que las acciones se están llevando a cabo y evaluar la eficiencia en su implementación adelantando revisiones sobre la marcha para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que puedan estar influyendo en la aplicación de acciones preventivas.

Responsable: Líderes de procesos

MANUAL DE RELACION CON ENTES EXTERNOS

1. OBJETIVO

Garantizar la entrega de información a todos los entes de control de una manera clara, eficiente y oportuna para facilitar al interior y al exterior el flujo de información de la institución.

2. ALCANCE

Inicia con la solicitud de información de los entes de control hasta el momento que se da respuesta a estos.

3. DEFINICIONES

3.1 Entidades de control:

De acuerdo con la Constitución Política de 1991.

- Artículo 117 El Ministerio Público y la Contraloría General de la República son órganos de control.
- Artículo 118 El ministerio público será ejercido por el procurador general de la nación, por el defensor del pueblo, por los procuradores delegados y los agentes del ministerio público, ante las autoridades jurisdiccionales, por los personeros municipales y por los demás funcionarios que determine la ley. Al ministerio público corresponde la guarda y promoción de los derechos humanos, la protección del interés público y la vigilancia de la conducta oficial de quienes desempeñan funciones públicas.
- Artículo 119 La contraloría general de la república tiene a su cargo la vigilancia de la gestión fiscal y el control de resultado de la administración.

4. RESPONSABLE

Jefe oficina control interno

5. GENERALIDADES

Este rol de control interno es un dinamizador que facilita los requerimientos de los organismos de control y la coordinación de la información fuera de la institución teniendo en cuenta la necesidad de un acuerdo respecto a la información difundida, la identificación de los suministradores de información, la generación y naturaleza de los informes para cada solicitud. Cumple un papel fundamental como puente entre los entes externos y la organización. Siguiendo los lineamientos descritos en las normas vigentes.

“ PREVENIR ES LA CLAVE

Servicio, Calidad, Sostenibilidad ”

E.S.E Hospital Santa Teresita Pácora NIT: 890 801 517-2
Carrera 2 # 2-49 Teléfono 8 670 193

6. ACCIONES

6.1 Atender los requerimientos de información:

Requerimiento por solicitud: son solicitudes de información por parte de los entes de control, se direcciona al responsable de dar respuesta o atender la visita en la fecha estipulada en la solicitud por parte de la persona que representa el organismo solicitante.

Requerimiento Regulado: estos son los que se deben cumplir como lo indica cada una de las entidades de control en su momento oportuno.

Responsable: Líder de Proceso y jefe oficina control interno

6.1 Atender los requerimientos de información: Según los requerimientos el responsable de atender la solicitud, recopila la información del proceso para dar respuesta a los entes de control o atender la visita.

Responsable: Líder que atiende el requerimiento

6.2 Recopilar información para dar respuestas: Según los requerimientos el responsable de atender la solicitud, recopila la información del proceso para dar respuesta a los entes de control o atender la visita

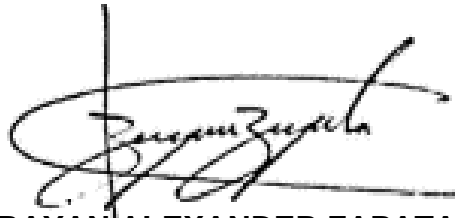
Responsable: Líder que atiende el requerimiento

6.3 Revisión y aprobación de la respuesta: El líder de proceso revisa y aprueba la respuesta a la solicitud recibida de la entidad para ser enviada.

Responsable: Líder de Proceso

6.4 Envío de Respuesta a las solicitudes y/o atención de visita programada: Una vez recopilada la información cumpliendo con todos los requerimientos solicitados por los entes de control se procede a enviarla dentro de las fechas establecidas y si es visita al puesto de trabajo se tiene todo en orden, esperando la persona del organismo de control.

Responsable: Líder de Proceso y jefe oficina control interno.



BRAYAN ALEXANDER ZAPATA PINILLA

ASESOR DE CONTROL INTERNO

“ PREVENIR ES LA CLAVE

Servicio, Calidad, Sostenibilidad ”