

ESTÁNDAR DE PROCEDIMIENTOS



ESTÁNDAR DE PROCEDIMIENTO.

PROCESO: CONTROL DE GESTIÓN (COG).

PROCEDIMIENTO: EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

OBJETIVO GENERAL: Realizar la evaluación y el seguimiento al Sistema de Control Interno y al Control Interno Contable en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia de forma oportuna, objetiva y veraz con el fin de medir el grado de cumplimiento del sistema de acuerdo con la metodología emanada del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y la Contaduría General de la Nación (CHIP).

DEFINICIONES O REFERENCIAS:

- **Actas:** Las actas institucionales son documentos que contienen una relación escrita y detallada de lo discutido y acordado en las diferentes sesiones de los órganos institucionales. Es por ello, que en las mismas podrán encontrarse las decisiones y las políticas de estos órganos.
- **Consolidador de Hacienda e Información Pública - CHIP:** Es una herramienta de consulta y servicios del sistema que permite a las entidades del estado presentar sus informes contables y financieros.
- **Ciclo PHVA:** Es una herramienta de la mejora continua, presentada por Deming; se basa en un ciclo de 4 pasos: Planificar (Plan), Hacer (Do), Verificar (Check) y Actuar (Act). esta metodología es usada en la implementación de un sistema de gestión de la calidad.
- **Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP:** Organismo rector de la política de control interno del Gobierno Nacional.
- **Evaluación del Sistema de Control Interno:** Actividad desarrollada cuyo objetivo es verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Control Interno en el cumplimiento de los objetivos de la entidad pública.
- **Informe:** Exposición oral o escrita sobre el estado de una cosa o de una persona, sobre las circunstancias que rodean un hecho, etc.
- **Modelos Estándar de Control interno - MECI:** Es una herramienta gerencial que tiene como fin servir de control para que las entidades del Estado logren cumplir con sus objetivos institucionales y con el marco legal aplicable a ellas.
- **Página Web:** Es el nombre de un documento o información electrónica capaz de contener texto, sonido, vídeo, programas, enlaces y muchas otras cosas, adaptada para la World Wide Web y que puede ser accedida mediante un navegador.
- **Plan de Mejoramiento:** Es su conjunto de acciones que debe adelantar las entidades para fortalecer su desempeño institucional y cumplir con su función, misión y objetivos en los términos de la Constitución, la ley y los compromisos adquiridos con sus grupos de interés.
- **Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **Sistema Control Interno:** El sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, 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.

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3

**RESPONSABLE (S) DEL PROCEDIMIENTO:**

- Gerente de la Empresa Social del Estado.
- Asesor de Control Interno.

CONDICIONES:

- Informes de evaluación del Sistema de Control Interno realizados, enviados y publicados.
- Certificado de los diferentes entes públicos de publicación de los informes.

MATERIALES NECESARIOS:

1. Plataforma del DAFP y el CHIP para la elaboración de los informes.
2. Página Web Institucional.
3. Cartelera Institucional.
4. Equipo de Cómputo.
5. Insumos de oficina.

PASOS ESTABLECIDOS EN EL PROCEDIMIENTO BAJO EL CICLO PHVA

CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
P	1. Planear la evaluación al sistema de control interno	1.1. Consultar y revisar la metodología emitida por el DAFP y la Contaduría General de la Nación (CHIP), para la evaluación del Sistema de Control Interno y el Control Interno Contable: El funcionario de control interno en el Hospital, consulta y revisa la metodología emitida anualmente por el DAFP y la Contaduría General de la Nación (CHIP), en su página web, para la evaluación del Sistema de Control Interno (SCI) para la vigencia inmediatamente anterior.	✓ Páginas web de la Contaduría y el DAFP en el link del MECI.
		1.2. Estudiar la metodología: El funcionario encargado de control interno estudia la metodología de aplicación del instrumento de evaluación del SCI emanado por la Contaduría General de la Nación y el DAFP.	
		1.3. Programa la fecha para elaborar el informe: El funcionario de control interno planea y coordina la aplicación de los instrumentos en las diferentes áreas del Hospital dejando constancia del plan en un acta de trabajo de acuerdo al formato para las Actas.	✓ Formato de Acta
H	2. Ejecutar la evaluación al sistema de control interno	2.1. Aplicar los instrumentos para la evaluación del Sistema de Control Interno SCI: El funcionario de Control Interno aplica los instrumentos para la evaluación del Sistema de Control Interno establecidos de la siguiente forma: a. Por medio del aplicativo del DAFP - MECI a los servidores del Hospital seleccionados aleatoriamente. b. Formato establecido por la Contaduría General de la Nación en la Plataforma CHIP. c. El informe elaborado por la oficina de control interno cada cuatro (4) meses y publicado en la página web institucional.	✓ Encuestas MECI diligenciadas según la Matriz de Evaluación del SCI ✓ Encuesta Control interno Contable CHIP. ✓ Informe de la oficina de control interno. (Ley 1474 de 2011).
		2.2. Consolidar los resultados: El funcionario de control interno consolida en el instrumento del DAFP los resultados de la aplicación del instrumento de acuerdo con las directrices dadas en el mismo.	✓ No aplica

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
H	2. Ejecutar la evaluación al sistema de control interno	2.3. Aprobar y remitir informe de Evaluación al Sistema de Control Interno: La remisión de los informes se hará de la siguiente forma: a. El Gerente revisa, aprueba y remite el informe por Internet al Departamento Administrativo de la Función Pública. Una vez al año b. El contador de la entidad remite a través del CHIP el informe de Control interno Contable. Una vez al año. c. El jefe de control interno pasa a la gerencia para la aprobación el informe de ley 1474 y luego a la oficina de comunicaciones para la publicación en la página web institucional. Cada 4 Meses.	✓ No aplica
		2.4. Se imprime certificado: El funcionario de control interno se encarga de descargar e imprimir el certificado y resultado de la evaluación del sistema de control interno del Hospital.	✓ Certificado de reporte de los informes. ✓ Resultado de la evaluación.
		2.5. Analizar la información del Resultado final de evaluación al Sistema de Control Interno: El comité de control interno procede a analizar la información consolidada de la Evaluación del Sistema de Control Interno - SCI del Hospital con el fin de realizar los ajustes y mejorar el SCI.	✓ Acta del comité de control Interno.
		2.6. Establecer el Plan de mejoramiento: Revisado el informe del evaluación del sistema de control interno por el comité de control interno se procede a elaborar el formato de plan de mejoramiento institucional.	✓ Plan de Mejoramiento Institucional.
		2.7. Archivar información: El funcionario de control interno se encarga de archivar en la carpeta del proceso de control interno el certificado, el informe, las actas y los resultados.	✓ No aplica.
V	3. Realizar evaluación y seguimiento	3.1. Efectuar Seguimiento al Plan de Mejoramiento: Una vez recibidos los Planes de Mejoramiento, el Asesor de Control Interno realiza el respectivo seguimiento al plan de mejoramiento, el cual debe verificar el cumplimiento de las acciones propuestas y la eficacia de las mismas. Este seguimiento debe ser registrado en los espacios definidos en el Plan de mejoramiento respectivo con las correspondientes firmas de aprobación.	✓ Formato de seguimiento al Plan de mejoramiento.
		3.2. Implementación del Plan de Mejoramiento: El Asesor de control interno debe verificar la implementación de las acciones que quedaron firmes en el plan de mejoramiento y dejar evidencia de la verificación en los debidos formatos o papeles de trabajo.	✓ Listado de Acciones a tomar.
		3.3. Elaborar el informe: El Asesor de control interno procede a elaborar el informe de seguimiento a las acciones establecidas en plan de mejoramiento y lo pasa al comité de control interno para que lo revise.	✓ Informe de seguimiento al plan de mejoramiento.

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
A	4. Implementar Acciones de mejora, preventivas y correctivas	4.1. Establecer las respectivas acciones: Una vez definidas las acciones, se procede con su aplicación por parte del funcionario o los funcionarios responsables del proceso.	✓ Plan de mejoramiento.

CONTROL DE ACTIVIDADES, PRODUCTOS E INSUMOS			
Puntos de Control	Que se Controla	Como se Controla	Quien lo Controla
Los Informes de Evaluación al Sistema de Control Interno.	Que el DAFP y la Contaduría General de la Nación publique a tiempo la metodología para la rendición de la evaluación.	Revisando la página web del DAFP y la Contaduría General de la Nación.	Asesor Control Interno.
	Que se genere el certificado de presentación de la información a la DAFP y a la Contaduría.	Imprimiendo el Certificado expedido por DAFP y la Contaduría.	Asesor Control Interno.
	Que el informe de control interno de ley 1474 se publique en la página web del Hospital.	Revisando la página web del Hospital.	Comunicadora, Gerente y Asesor Control Interno.
	Que se elabore e impriman los informes de los resultados de las evaluaciones del sistema de control interno.	Con la revisión por parte del comité de control interno de los resultados de los informes.	Comité de Control Interno.
El Plan de mejoramiento.	Que se elabore el Plan de mejoramiento determinando las acciones a seguir, el responsable y los plazos.	Revisando el respectivo plan de mejoramiento	El responsable del proceso y el Comité de Control Interno.
Las Acciones de Mejora, correctivas y preventivas	Que existan las acciones de mejora, preventivas y correctivas.	Con un seguimiento de los planes de mejoramiento.	El comité de control interno.

REGISTROS Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN					
Código del Documento	Nombre del Documento	Responsable de los Documentos	Lugar de Almacenamiento (Protección)	Recuperación del Documento	Tiempo de Retención
MA-COG-01	Guía de la DAFP sobre la evaluación anual al sistema de control interno.	Asesor Control Interno	Oficina de Control Interno	Carpeta de procesos y manuales	Lo establecido en las TRD
AC-COG-01	Actas de comité de control interno.				
NA	Comunicados y Oficios.				
NA	Informes de evaluación y seguimiento.				
PL-DIE-03	Planes de acción.				
NA	Encuestas diligenciadas				

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



Código del Documento	Nombre del Documento	Responsable de los Documentos	Lugar de Almacenamiento (Protección)	Recuperación del Documento	Tiempo de Retención
NA	Certificados de que se envió el informe y de su publicación	Asesor Control interno	Oficina de control interno	Carpeta de procesos y manuales	Lo establecido en las TRD
FO-COG-06	Planes de Mejoramiento por procesos				

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

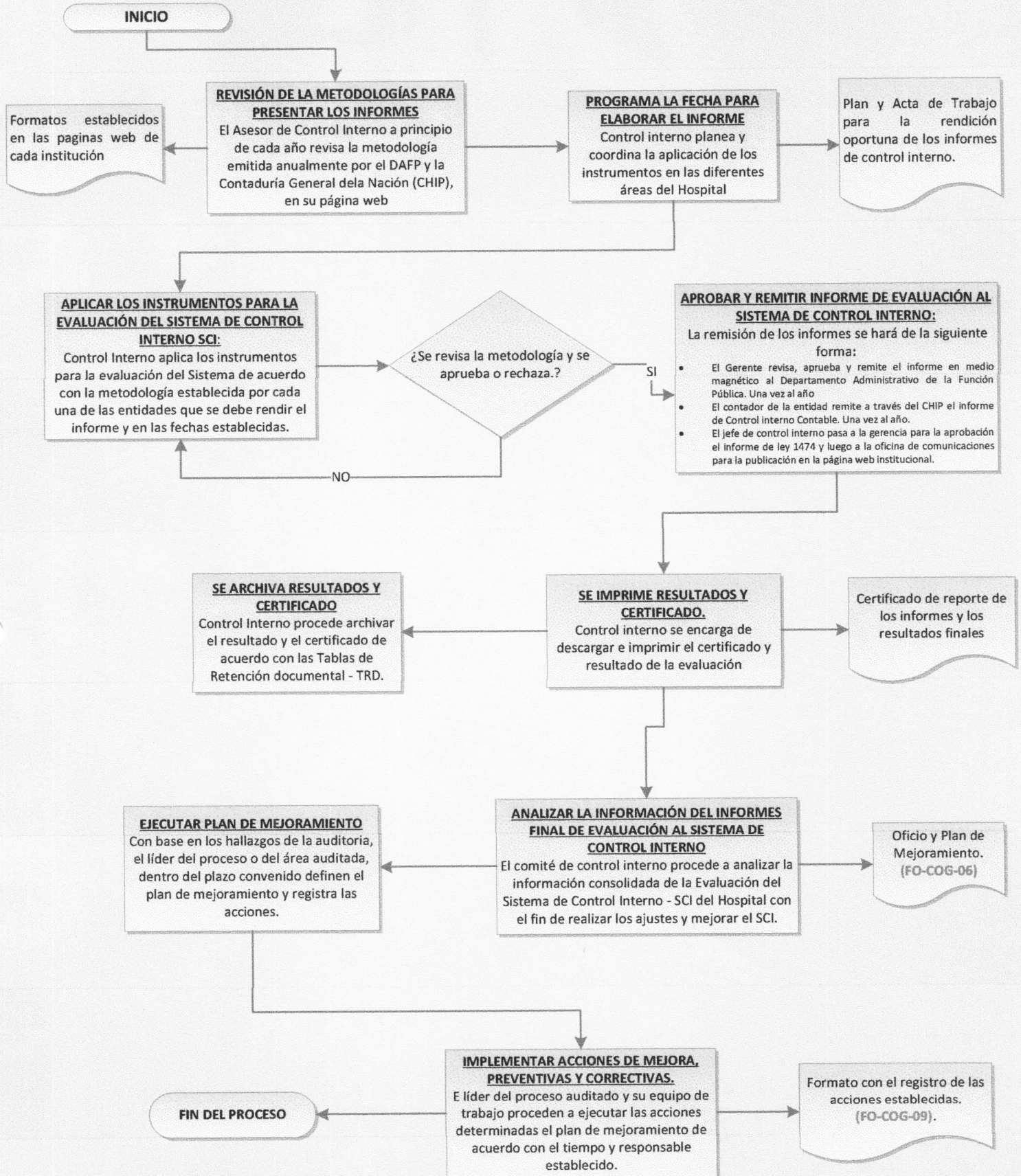
Versión	Fecha	Descripción Cambios
01 - 2016	12/10/2016	Creación del documento.

PRODUCTO O RESULTADOS ESPERADOS:

1. Evaluación anual del Sistema de Control interno de acuerdo con la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.
2. Evaluación del Control Interno Contable de acuerdo con la metodología establecida por la Contaduría General de la Nación en el CHIP.
3. Evaluación al sistema de control interno de acuerdo con la Ley 1474 de 2011 y su publicación en cada 4 meses en la página web institucional.
4. Certificados emitidos por los diferentes entes que permita evidenciar que se cumplieron todos los pasos establecidos.
5. Planes de Mejoramiento del Procedimiento.

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: SP – COG – 01	VERSIÓN: 01 - 2016	PREPARADO POR: Oficina de Control Interno.
APROBADO POR: Gerente Empresa Social del Estado.	FECHA: Octubre 12 de 2.016	FIRMA: _____

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIONES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.





ESTÁNDAR DE PROCEDIMIENTO.

PROCESO: CONTROL DE GESTIÓN (COG).

PROCEDIMIENTO: AUDITORÍAS INTERNAS.

OBJETIVO GENERAL: Realizar la evaluación y seguimiento a los diferentes procesos, procedimientos, programas, proyectos y actividades de acuerdo con unas pautas establecidas en el Manual de Auditorías Internas, con el fin de asegurar la objetividad, transparencia, imparcialidad, eficacia y eficiencia de las mismas y así lograr un mejoramiento continuo en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia.

DEFINICIONES O REFERENCIAS:

- **Acciones Correctivas:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- **Acciones de Mejora:** Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.
- **Acciones Preventivas:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
- **Actas:** Las actas institucionales son documentos que contienen una relación escrita y detallada de lo discutido y acordado en las diferentes sesiones de los comités. Es por ello, que en las mismas podrán encontrarse las decisiones y las políticas de estos órganos.
- **Auditor:** Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoria.
- **Auditor Líder:** Individuo responsable de encabezar al equipo auditor. Encargado de la planeación de la auditoría, conduce la reunión y rinde los informes.
- **Auditar:** Revisar las actividades, resultados y procedimientos de una entidad con el fin de comprobar que funcionan de conformidad con las normas, principios y procedimientos establecidos.
- **Auditoría Interna:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna.
- **Competencias:** Atributos personales y aptitud demostrada para aplicar conocimientos y habilidades.
- **Comité de Control Interno** Es un órgano de coordinación y asesoría de la Dirección General en el diseño de estrategias y políticas orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno que contribuyan al cumplimiento de los objetivos propuestos y el logro de su misión.
- **Control Interno:** Sistema que al interior de cada entidad procura garantizar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, se realicen de acuerdo con las normas vigentes y dentro de las políticas trazadas por la dirección, en cumplimiento de las metas y objetivos previstos.
- **Criterios de Auditoria:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos.
- **Equipo Auditor:** Grupo de personas seleccionadas para realizar una auditoría interna. Es el responsable de auditar el área o proceso seleccionado según el plan.

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



DEFINICIONES O REFERENCIAS:

- **Evidencia de la Auditoria:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de Auditoria y son verificables.
- **Informe:** Exposición oral o escrita sobre el estado de una cosa o de una persona, sobre las circunstancias que rodean un hecho, etc.
- **No Conformidad:** Incumplimiento de un requisito.
- **Plan de Auditoria:** Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoria.
- **Plan de Mejoramiento:** Es su conjunto de acciones que debe adelantar las entidades para fortalecer su desempeño institucional y cumplir con su función, misión y objetivos en los términos de la Constitución, la ley y los compromisos adquiridos con sus grupos de interés.
- **Programa de Auditorías:** Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigido hacia un propósito específico
- **Proceso:** Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- **Reunión Final:** Reunión del equipo auditor y el auditado para discutir los resultados de la auditoría.

RESPONSABLE (S) DEL PROCEDIMIENTO:

- Asesor de Control Interno.
- Equipo de auditores internos. (En caso que se requieran).
- Comité de Control Interno.

CONDICIONES:

- Independencia del asesor de control interno – auditor líder y de su equipo para realizar la auditoría.
- El Plan de Auditorías Internas Aprobado.
- Cronograma de actividades de auditorías internas.
- Persona de enlace entre el auditor y los auditados.
- Notificación con anterioridad sobre la realización de la auditoría interna.

MATERIALES NECESARIOS:

1. Equipo de oficina.
2. Insumos de oficina.
3. Adecuados sistemas de comunicación.
4. Instalaciones físicas del Hospital con una buena temperatura ambiente, iluminación, sin ruido y comodidad.
5. Software Comercial.
6. Equipos de cómputo y telecomunicaciones.

PASOS ESTABLECIDOS EN EL PROCEDIMIENTO BAJO EL CICLO PHVA

CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
P	1. Preparar el programa y el plan anual de auditorías internas.	1.1. Preparar y Programar el Plan Anual de Auditorias El asesor de control interno, a principio de cada año elabora el programa y el plan anual de auditorías internas en los formatos establecidos para ello, teniendo en cuenta lo siguiente:	✓ Programa de Auditorías Internas. ✓ Plan anual de Auditorías Internas

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
P	1. Preparar el programa y el plan anual de auditorías internas.	a. Determinar objetivos y alcance del plan de auditorías.	✓ Programa de Auditorías Internas
		b. Determinar las áreas, actividades o procesos auditar.	✓ Plan Anual de Auditorías
		c. Establecer cronograma de actividades a realizar con el plan.	✓ Plan Anual de Auditorías
		d. Determinar el auditor líder y el equipo de auditores teniendo en cuenta el nivel de educación, formación, habilidades y experiencia en caso que se requieran.	✓ Formato Criterios para seleccionar Auditores
		e. Se comunica a los auditores seleccionados, a través de oficio, la responsabilidad asignada.	✓ Comunicado interno
		f. Elaborar el Borrador del Plan anual de auditorías internas, se elaboran de acuerdo con el Plan Anual de Auditorías	✓ Plan Anual de Auditorías
H	2. Ejecutar el programa y el plan anual de auditorías internas.	1.2. Aprobar el Plan de Auditorías: El asesor de control interno debe presentar plan de auditorías al Comité Coordinador de Control Interno para su revisión, ajuste y aprobación.	✓ Plan Anual de Auditorías ✓ Oficio y ✓ Acta de Comité.
		1.3. Publicar el Plan y Programa de auditoría: El asesor de control interno procede a entregar a la oficina de comunicaciones el Plan y el Programa de Auditorías internas aprobado, con el fin de que sea publicado en la página web institucional.	✓ Oficio ✓ Programa de Auditorías Internas. ✓ Plan Anual de Auditorías.
		2.1. Comunicar la auditoría: El asesor de control interno procede a comunicar a través de un oficio a los líderes de los procesos la auditoría específica que le corresponde, contenida en el programa de auditorías y los auditores responsables de la misma para cada proceso.	✓ Oficio. ✓ Plan de auditoría.
		2.2. Solicitar los documentos para las auditorías internas: Se solicita al responsable del proceso a Auditar, la información requerida para la auditoría, la cual debe ser enviada dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de recibida la solicitud.	✓ Plan Anual de Auditorías ✓ Comunicado de solicitud información. ✓ Solicitud de documentos.
		2.3. Efectuar la revisión documental: El equipo de auditores revisa los documentos pertinentes relacionados con el alcance y los criterios de la auditoría, incluyendo la normatividad vigente aplicable. Con base en lo anterior elabora las listas de verificación de forma tal que les permita cumplir con los objetivos y el alcance definidos en el plan de auditoría, según formato Lista de Verificación.	✓ Lista de Verificación.
		2.4. Revisar y aprobar el plan de trabajo:	✓ Plan de auditoría

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
H	2. Ejecutar el programa y el plan anual de auditorías internas.	2.5. Información de inicio: Elaborar oficio informando al responsable del proceso o al jefe del área la fecha de inicio de la auditoría y la designación de un funcionario del área que sirva de enlace con el auditor.	✓ Comunicado de visita de auditoria.
		2.6. Reunión de apertura: El Auditor líder coordina la reunión de apertura y presenta el equipo de auditores, sus funciones y el plan de auditoría cuando se requiera, dejando constancia escrita en el acta de la reunión y la lista de los asistentes a la reunión.	✓ Acta de reunión de auditorías. ✓ Plan de auditoria.
		2.7. Inicio de la auditoria: El equipo de auditores internos soportados en las listas de verificación, obtienen evidencias en el sitio de las actividades relativas al proceso de auditoría a través de la aplicación de la técnica de auditoria. Entrevistas, revisión de documentos y verificación del proceso, entre otros.	✓ Plan de auditoria.
		2.8. Reunión de enlace: En la fecha y hora acordadas, el equipo auditor se reúne para definir y analizar los hallazgos y observaciones encontradas y realizar los ajustes pertinentes.	✓ Acta de reunión de informe preliminar de auditoria.
		2.9. Realizar la reunión de cierre: El auditor líder preside la reunión de cierre a la cual deben asistir: el equipo de auditores y los auditados, presenta los aspectos relevantes, los hallazgos y las conclusiones de la auditoria, concertando sobre las objeciones de los auditados y el tiempo para la presentación del plan de acciones correctivas o plan de mejoramiento y elabora Acta de Reunión de Auditorias y deja constancia escrita de los participantes a la reunión	✓ Acta de Reunión. ✓ Informe de auditoria.
		Nota: Antes de finalizar la reunión de cierre, el Auditor Líder aplica a los auditados el instrumento de evaluación de auditores contenido en el formato Evaluación de Auditores Internos por parte de los Auditados	✓ Evaluación de Auditores Internos.
		2.10. Elaborar el informe final: El equipo de auditores registra en forma precisa y clara el resultado de la auditoria en el formato Informe de Auditoria, los suscribe bajo su exclusiva responsabilidad y lo remite al asesor de control interno.	✓ Informe de Auditoria.
		2.11. Remitir informe al Líder del proceso auditado: El asesor de control interno remite mediante oficio copia del informe al líder o responsable del proceso y al comité de control interno.	✓ Oficio.

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
H	2. Ejecutar el programa y el plan anual de auditorías internas.	2.12. Presentación el informe final: Exponer ante el Gerente y el Comité de Control Interno el informe de auditoría y los hallazgos encontrados	✓ Acta de comité de control interno.
	3. Ejecutar Plan de Mejoramiento	3.1. Definir el Plan de Mejoramiento: Con base en los hallazgos de la auditoría, el líder del proceso o del área auditada, dentro del plazo convenido en la reunión de cierre, definen el plan de mejoramiento que se debe implementar en los procedimientos para la toma de acciones correctivas, de mejora y preventivas	✓ Plan de mejoramiento. ✓ Registro de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora.
		3.2. Elaboración del Plan de Mejoramiento: Solicitar al responsable del proceso auditado que debe elaborar el plan de mejoramiento en el formato establecido.	✓ Oficio. ✓ Formato de plan de mejoramiento por proceso.
		3.3. Registro de Acciones: Registrar en el formato respectivo de planes de mejoramiento las acciones de mejora con el fin de implementar las recomendaciones, dentro de un plazo de diez (10) días hábiles siguientes del recibo de la solicitud.	✓ Formato de plan de mejoramiento por proceso. ✓ Registro de acciones.
		3.4. Envío del plan de mejoramiento: El líder del proceso procede a enviar a la oficina de Control Interno el formato de planes de mejoramiento para la revisión y se solicitar por escrito los ajustes que sean necesarios.	✓ Comunicado. ✓ Formato plan de mejoramiento.
		3.5. Elaboración de ajustes: El líder del proceso auditado realiza los ajustes a las acciones de mejoramiento, dentro de los cinco (5) días hábiles de recibido el comunicado de revisión o ajuste.	✓ Formato de plan de mejoramiento por proceso.
		3.6. Plan de mejoramiento definitivo: Realizados los ajustes se vuelve a elaborar el plan de mejoramiento y se entrega a la oficina de Control Interno para su seguimiento.	✓ Oficio. ✓ Plan de mejoramiento definitivo.
V	4. Realizar evaluación y seguimiento.	4.1. Efectuar Seguimiento al Plan de Mejoramiento: Una vez recibidos los Planes de Mejoramiento, el auditor líder asigna las responsabilidades para hacerles el respectivo seguimiento, el cual debe verificar el cumplimiento de las acciones propuestas y la eficacia de las mismas. Este seguimiento debe ser registrado en los espacios definidos en el Plan de mejoramiento respectivo con las correspondientes firmas de aprobación.	✓ Plan de mejoramiento.
		4.2. Revisar acciones: Verificar la implementación de las acciones que quedaron firmes en el plan de mejoramiento y dejar evidencia de la verificación en los debidos formatos o papeles de trabajo.	✓ Actas. ✓ Evidencias.

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
V	4. Realizar evaluación y seguimiento.	4.3. Elaboración del informe de seguimiento: El asesor de control interno debe elaborar el informe de la verificación del seguimiento al plan de mejoramiento.	✓ Informe de seguimiento al plan de mejoramiento.
A	5. Implementar Acciones de mejora, preventivas y correctivas	5.1. Reuniones: Realizar mensualmente reuniones de estudio para la actualización de información y su medición de las acciones implementadas.	✓ Informes de Auditoría.
		5.2. Brindar acompañamiento y capacitación: Realizar asesorías o capacitación a los diferentes funcionarios del Hospital sobre temas relacionados con Control Interno y llevar el respectivo registro.	✓ Plan de mejoramiento por procesos.

CONTROL DE ACTIVIDADES, PRODUCTOS E INSUMOS			
Puntos de Control	Que se Controla	Como se Controla	Quien lo Controla
Preparar el plan y el programa de auditorías internas	Que se constate la fuente de información para determinar la veracidad de la misma.	Normas, procesos, planes de acción, manuales entre otros.	El auditor líder y la persona de enlace en la auditoría.
	Que se presente al comité de control interno para su revisión y aprobación.	Mediante el plan y el acta de reunión del comité de control interno.	El comité y asesor de control interno.
	Que Sea publicado	Revisando la página web	Asesor de control interno.
Ejecución del Plan y el programa de auditorías internas.	Se comunique a tiempo la auditoría al proceso.	Mediante el oficio que comunica la auditoría	El asesor de control interno.
	Que exista correspondencia entre los resultados de la auditoria y lo consignado en el informe.	A través de la socialización que se hace del informe con los funcionarios de la respectiva área.	El Comité de Control Interno.
	Que sean ejecutados en los tiempos establecidos el Plan y el programa de Auditorías internas.	Con la revisión del Plan y el programa de Auditorías internas.	El Comité de Control Interno.
	Que el informe se presente en un tiempo prudencial.	Cumpliendo con un cronograma preestablecido con anterioridad y el cotejo de la fecha de entrega del informe con el plan de auditoría.	El auditor líder y responsable de control interno.
	Que los Hallazgos sean admitidos y aprobados por el Comité y el (los) Funcionarios evaluados.	Por medio del informe definitivo de la auditoría.	El Comité de Control Interno.
Planes de mejoramiento	Que esté acorde con los hallazgos que determinó en la auditoría y presentados al Comité de Control Interno.	Seguimiento al plan de mejoramiento.	El comité y asesor de control interno.
	Determinar la acción a seguir.	Revisando y con el seguimiento al plan de mejoramiento.	El comité y asesor de control interno.
	Establecer un responsable	En el acta de reunión de la auditoría.	El líder del proceso.



Puntos de Control	Que se Controla	Como se Controla	Quien lo Controla
Planes de mejoramiento	Determinar un plazo para el cumplimiento del plan de mejoramiento.	En reunión del comité de control interno.	El comité de control interno.
Actas de reuniones de Comité de Control Interno.	Que exista quórum para su aprobación. Que sean suscritas por las personas que intervienen.	Revisión del acta.	El comité de control interno.
Implementar Acciones de mejora, preventivas y correctivas	Que sean establecidas las diferentes acciones de mejora, preventivas y correctivas, se les asigne el tiempo y los responsables.	Realizando el seguimiento al plan de mejoramiento.	El líder del proceso, el asesor y el comité de control interno.

REGISTROS Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN

Código del Documento	Nombre del Documento	Responsable de los Documentos	Lugar de Almacenamiento (Protección)	Recuperación del Documento	Tiempo de Retención
FO-COG-01	Programa de Auditorías Internas.	Asesor Control interno.	Oficina de Control Interno en el archivo de gestión.	Carpeta de las Auditorías Internas.	Lo establecido en las TRD.
FO-COG-02	Plan Anual de Auditorías Internas.				
NA	Criterios para selección de auditores internos				
AC-COG-01	Actas de las Auditorías Internas				
FO-COG-11	Evaluación de los Auditores Internos				
FO-COG-04	Informes de las Auditorías Internas				
FO-COG-06	Planes de Mejoramiento				
FO-COG-09	Registro de acciones de mejora, correctivas y preventivas				
NA	Comunicados y oficios				

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
01 - 2016	12/10/2016	Creación del documento.

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



PRODUCTO O RESULTADOS ESPERADOS:

1. Un Plan Anual de Auditorías Internas.
2. El Programa de Auditorías Internas del Hospital.
3. Informe de Auditorías Internas a los procesos y actividades.
4. Planes de Mejoramiento de los resultados de las auditorías.
5. Seguimiento a los planes de mejoramiento establecidos.

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: SP-COG-02	VERSIÓN: 01 - 2016	PREPARADO POR: Oficina de Control Interno.
APROBADO POR: Gerente Empresa Social del Estado.	FECHA: Octubre 12 de 2.016	FIRMA: _____

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS.

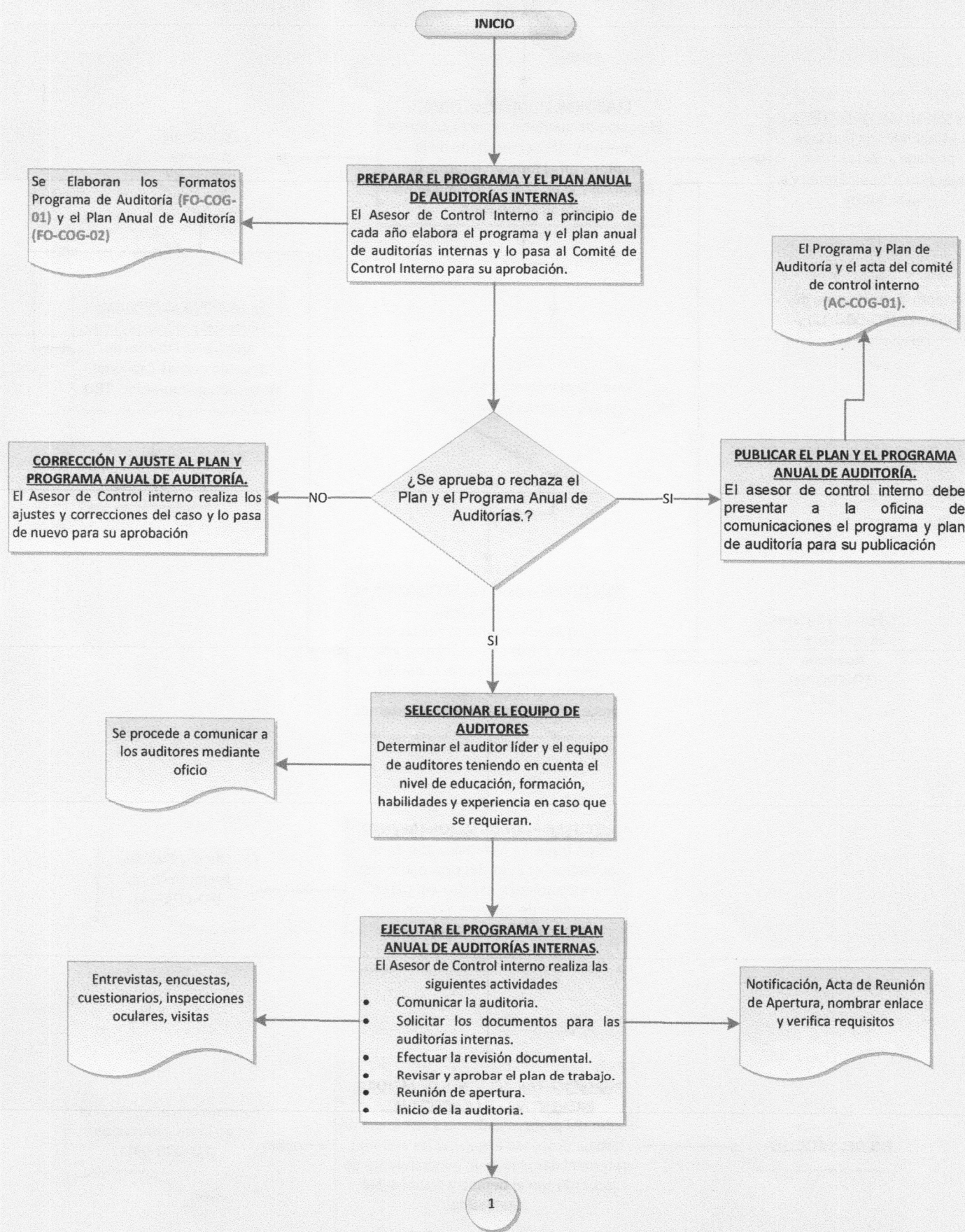
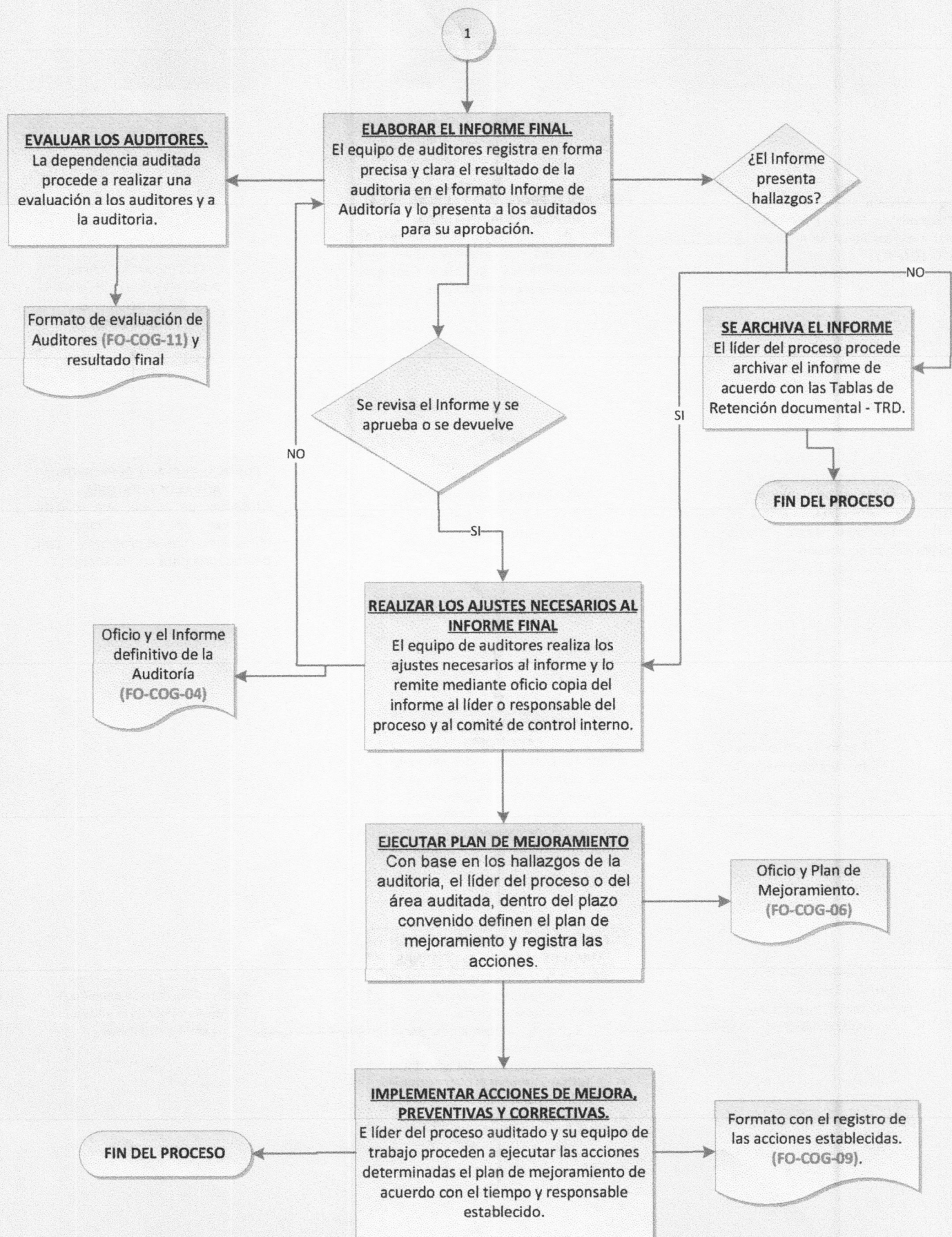


DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS.





ESTÁNDAR DE PROCEDIMIENTO.

PROCESO: CONTROL DE GESTIÓN (COG).

PROCEDIMIENTO: PLANES DE MEJORAMIENTO.

OBJETIVO GENERAL: Determinar mecanismos para la aplicación de acciones que aseguren el mejoramiento continuo en el desempeño institucional con eficiencia, eficacia, idoneidad, transparencia, objetividad, independencia y celeridad, que permitan corregir las no conformidades presentadas en la ejecución de los procesos y en las auditorías internas realizadas.

DEFINICIONES O REFERENCIAS:

- **Acciones Correctivas:** conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- **Acciones de Mejora:** Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.
- **Acciones Preventivas:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
- **Análisis:** Examen detallado de una cosa para conocer sus características o cualidades, o su estado, y extraer conclusiones, que se realiza separando o considerando por separado las partes que la constituyen.
- **Auditoría Interna:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna.
- **Base de datos:** Es un "almacén" que nos permite guardar grandes cantidades de información de forma organizada para que luego podamos encontrar y utilizar fácilmente
- **Comité de Control Interno** Es un órgano de coordinación y asesoría de la Dirección General en el diseño de estrategias y políticas orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno que contribuyan al cumplimiento de los objetivos propuestos y el logro de su misión
- **Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- **Criterios de Auditoria:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos.
- **Encuesta:** Es un estudio en el cual el investigador obtiene los datos a partir de realizar un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, formada a menudo por personas, empresas o entes institucionales, con el fin de conocer estados de opinión, características o hechos específicos.
- **Encuesta de satisfacción:** Es un estudio empírico basado en la observación para determinar el grado de satisfacción del encuestado ante un servicio ofrecido.
- **Encuesta telefónicas:** Este tipo de encuesta consiste en una entrevista vía telefónica con cada encuestado.
- **Equipo Auditor:** Grupo de personas seleccionadas para realizar una auditoría interna. Es el responsable de auditar el área o proceso seleccionado según el plan

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3

DEFINICIONES O REFERENCIAS:

- **Evidencia de la Auditoria:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de Auditoria y son verificables.
 - **Frecuencia:** Número de veces que aparece, sucede o se realiza una cosa durante un período o un espacio determinados.
 - **Hallazgos:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoria. Identificación de una inconsistencia o desviación de un proceso y sus procedimientos en la gestión de una entidad.
 - **Inconsistencias:** Falta de consistencia. Valor errado, producto equivocado en el diligenciamiento de la información.
 - **Inconformidades:** Fracaso en el cumplimiento de algún requerimiento del sistema de gestión integrado de la empresa.
 - **Indicador:** Magnitud utilizada para medir o comparar los resultados efectivamente obtenidos, en la ejecución de un proyecto, programa o actividad.
 - **Informe:** Exposición oral o escrita sobre el estado de una cosa o de una persona, sobre las circunstancias que rodean un hecho, etc.
 - **Informe de Auditoría:** Es un documento, emitido por los auditores de cuentas, sujeto en cuanto al contenido, requisitos y formalidades a la normativa reguladora de la actividad de auditoria.
 - **Líder del Proceso:** Es la persona que tiene un conjunto de habilidades gerenciales o directivas para influir en la forma de ser de las personas o en un grupo de personas determinado, haciendo que este equipo trabaje con entusiasmo, en el logro de metas y objetivos.
 - **Medición:** Es un proceso básico de la ciencia que consiste en comparar un patrón seleccionado con el objeto o fenómeno cuya magnitud física se desea medir para ver cuántas veces el patrón está contenido en esa magnitud.
 - **Mejora Continua:** Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos y optimizar el desempeño.
 - **Mejoramiento:** Patrón estable de actividad colectiva mediante la cual la organización genera y modifica sistemáticamente sus rutinas de operación en busca de una mejora en su efectividad.
 - **No Conformidad:** Incumplimiento de un requisito.
- Notta-1:** Puede haber más de una causa para una no conformidad potencial.
- Nota-2:** La acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda, mientras que la acción correctiva se toma para prevenir que vuelva a producirse.
- **Panel de clientes:** Formado por personas que son clientes actuales o potenciales de una determinada empresa. Se trata de una técnica de investigación de mercados que recoge de forma periódica información sobre las compras que realiza una muestra constante y representativa de la población en un mercado determinado.
 - **Plan de Auditoria:** Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoria.

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



DEFINICIONES O REFERENCIAS:

- **Plan de Mejoramiento:** Es su conjunto de acciones que debe adelantar las entidades para fortalecer su desempeño institucional y cumplir con su función, misión y objetivos en los términos de la Constitución, la ley y los compromisos adquiridos con sus grupos de interés.
- **Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias –PQRSD:** Sistema que procura de mejorar nuestros servicios y trámites que ofrecemos a nuestros grupos de interés, mediante diferentes canales de comunicación que permiten agilizar la información entre el cliente y la entidad.
- **Producto o Servicio no Conforme:** Es todo producto o servicio prestado por la Administración Central a sus clientes cuyo resultado no cumplen con las disposiciones planificadas y/o con los requisitos establecidos por las partes.
- **Programa de Auditorías:** Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigido hacia un propósito específico.
- **Proceso:** Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **Procedimiento:** Es un conjunto de acciones u operaciones que tienen que realizarse de la misma forma, para obtener siempre el mismo resultado bajo las mismas circunstancias.
- **Producto o Servicio No Conforme:** Es todo producto o servicio prestado por la entidad a sus clientes cuyo resultado no cumple con las disposiciones planificadas y/o con los requisitos previamente establecidos.
- **Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- **Reunión Final:** Reunión del equipo auditor y el auditado para discutir los resultados de la auditoría.
- **Satisfacción del Cliente:** Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.
- **Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU:** Dependencia o área creada para identificar las necesidades y requisitos expresados por el usuario, mediante los recursos físicos, tecnológicos y de talento humano dispuestos por la institución, que permitan brindarle una mayor satisfacción en los diferentes servicios, mediante la implementación de acciones de mejora continuas.
- **Sesiones de Grupo:** Es una técnica cualitativa de estudio de las opiniones o actitudes de un público, utilizada en ciencias sociales y en estudios comerciales.
- **Sondeo:** Es una herramienta de observación ejecutada por aquellos que deseen tener claro cuál es el panorama en una determinada cuestión.
- **Tabular:** Expresar cantidades, magnitudes, valores u otro dato que necesite el formato de tablas.
- **Usuario:** Es la persona que tiene derecho de usar una cosa ajena con cierta limitación.
- **Valor agregado:** Es el valor económico adicional que adquieren los bienes y servicios al ser transformados durante el proceso productivo.

RESPONSABLE (S) DEL PROCEDIMIENTO:

- Asesor de Control Interno.
- Comité de Control Interno.
- Líderes de los Procesos.

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



CONDICIONES:	MATERIALES NECESARIOS:
• Informes de resultados de las auditorías internas y externas. • Que existan productos o servicios no conformes en los procesos. • Recolección y análisis de la información que se genera en el Hospital. • Actas de reunión del comité de control interno. • Aplicación de la normatividad vigente frente a los planes de mejoramiento. • Informes de la oficina de Atención al ciudadano. • Informes consolidados de las PQRSD. • Evaluaciones de desempeño a los funcionarios	1. Equipo de oficina. 2. Insumos de oficina. 3. Adecuados sistemas de comunicación. 4. Instalaciones físicas del Hospital con una buena temperatura ambiente, iluminación, sin ruido y comodidad. 5. Software Comercial. 6. Equipos de cómputo y telecomunicaciones.

PASOS ESTABLECIDOS EN EL PROCEDIMIENTO BAJO EL CICLO PHVA			
CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
P	1. Identificar fuentes de mejoramiento.	1.1. Preparar el o los instrumentos de medición que le permitan conocer las necesidades y expectativas de los clientes: El funcionario de Atención al Usuario (SIAU) analiza las variables a medir y las diferentes técnicas que se utilizarán para recopilar la información y conocer las necesidades y expectativas de los clientes con respecto a los servicios que le presta el Hospital: Como son Encuestas o llamadas telefónicas a los usuarios, sondeos, sesiones de grupo, paneles de clientes, revisiones de la relación de PQRSD, informes de campo, informes de auditorías internas y externas y análisis de indicadores, teniendo en cuenta periodicidad y frecuencia, de acuerdo con las políticas que rigen el procedimiento.	✓ Encuestas. ✓ Formato de PQRSD ✓ Indicadores. ✓ Actas de reuniones con la comunidad. ✓ Informes. ✓ Evaluaciones de Control Interno. ✓ Evaluaciones de desempeño.
		1.2. Conocer el informe de las auditorías internas y externas: El Funcionario líder del proceso auditado y el comité de control interno deben conocer muy bien el informe de auditoría con el fin de realizar las acciones de mejora, correctivas y preventivas según el caso.	✓ Informe de Auditoría.
		1.3. Tabular y Procesar la Información: El funcionario de Atención al Usuario (SIAU) se asegura de registrar los datos en una base de datos en Excel o en el formato establecido, de tal manera que le permita el procesamiento de la información y la generación de informes de resultados para el análisis de cada una de las opiniones de los clientes o los usuarios.	✓ Base de datos. ✓ Formato de Informes.

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
P	1. Identificar fuentes de mejoramiento.	1.4. Revisión de acciones a mejorar: El Funcionario líder del proceso procede a revisar las no conformidades REALES (problemas en procesos, servicios, productos, quejas y reclamos, encuestas, evaluaciones, auditorías e indicadores y con base en la información suministrada realiza el informe mensual lo registra en el formato "Registro de productos o servicios no conformes".	✓ Informe o Formato de productos no conformes.
		1.5. Remitir el Informe: El funcionario de Atención al Usuario (SIAU) procede a enviar copia al Gerente, al Asesor de Control Interno y a quienes les sea autorizado por el responsable del Proceso de Evaluación y Mejora de Procesos el informe o formato con las inconformidades.	✓ Comunicado. ✓ Formato o informe de productos no conformes.
H	2. Establecer el tipo de acciones a implementar. (Plan de Mejoramiento).	2.1. Determinar las acciones de Mejora, Correctiva o Preventiva a tomar: El líder del Proceso y su equipo de trabajo analizan la necesidad de tomar una acción teniendo en cuenta los criterios como: económico, aporte valor agregado al proceso, que sea razonable, pertinente y oportuna.	✓ No aplica.
		2.2. Registro de las acciones: El Líder del Proceso o quien éste delegue, describe claramente la acción en el campo del formato de Registro de Acciones de mejora, correctiva y preventiva e informa al Asesor de control interno.	✓ Registro de productos o servicios no conformes. ✓ Formato de acciones de Mejora preventivas y Correctivas.
		2.3. Identificar la(s) Causa(s): El Responsable del Proceso o quien este delegue, y su equipo de trabajo, realizan un análisis de la(s) causa(s) por la(s) cual(es) ocurrió la No Conformidad y la(s) registra(n) en el campo "Identificación de la(s) Causa(s) Reales" del formato "Registro de Acciones Correctivas".	✓ Formato de acciones de Mejora y Correctivas.
		2.4. Establecer la Acción: El Responsable del Proceso o quien este delegue y su equipo de trabajo, definen acciones para eliminar las causas y asegurar que la no conformidad no vuelva a ocurrir, dejando evidencia de estos compromisos en el campo Formato "Acciones a Tomar", incluyendo los responsables de tomar la(s) acción(es), la fecha de cumplimiento y el responsable del seguimiento a la eficacia de la(s) acción(es) tomada(s).	✓ Formato listado de Acciones a Tomar. ✓ Formato de Registro de productos o servicios no conformes. ✓ Formato de registro de acciones de Mejora y Correctivas.

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
H	2. Establecer el tipo de acciones a implementar. (Plan de Mejoramiento).	Entre las acciones a tomar puede estar: la corrección del servicio. Dicha acción es inmediata se registra en el formato "Registro de productos o servicios no conformes". Es importante tener en cuenta que los responsables del seguimiento a las acciones tomadas deben ser diferentes a quienes tomaron la acción con el fin de asegurar la objetividad	✓ Formato de registro de acciones de Mejora y Correctivas. ✓ Formato de Registro de productos o servicios no conformes.
		2.5. Ejecutar la Acción: El responsable(s) de tomar la(s) acción(es) de Mejora, correctivas y preventivas se asegura(n) de eliminar las causas que generaron la no conformidad y de dejar las evidencias que se consideren pertinentes para la verificación de la eficacia de las mismas. Sí es posible, las evidencias se anexan al formato para el seguimiento a la eficacia de las mismas.	✓ Plan de Mejoramiento.
	3. Realizar el análisis y manejo de indicadores	3.1. Análisis de los Indicadores: Cuando se tengan los resultados de medición de los indicadores, de acuerdo a la frecuencia definida, el Gerente registra en el formato anexo: Cuadro de Control para los Indicadores (matriz). Para lo cual tiene en cuenta la información suministrada por el responsable de cada proceso u objetivo. Se debe hacer reunión para analizar los resultados de las mediciones de los indicadores, con el fin de tomar acciones (Correctivas o Preventivas) y levantar acta de análisis de datos, si se considera necesario.	✓ Acta. ✓ Cuadro de Control para los Indicadores.
	3. Realizar el análisis y manejo de indicadores	3.2. Diagrama de Causa y Efecto: Esta técnica estadística se utiliza para identificar las causas de no conformidades reales, potenciales y oportunidades de mejora.	✓ Formato de acciones de Mejora, preventivas y Correctivas.
		3.3. Gráficos de Barras y/o Gráficos de Líneas: Esta técnica estadística se utiliza para comunicar visualmente en forma de porcentajes o valores la información del cumplimiento de los objetivos de calidad y los indicadores de procesos y tomar decisiones de mejoramiento.	✓ Gráfico de barras
		3.4. Encuesta: Esta técnica estadística se utiliza para el seguimiento y evaluación a la satisfacción de los usuarios.	✓ Encuestas de medición de la satisfacción del usuario.
		3.5. Tormenta de Ideas: Esta técnica estadística se utiliza para Identificar posibles soluciones de problemas así como oportunidades de mejoramiento de la calidad.	✓ Actas de seguimiento a los mecanismos de comunicación

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
H	3. Realizar el análisis y manejo de indicadores	3.6. Diagrama de Flujo: Esta técnica estadística se utiliza para describir un proceso existente o conjunto de actividades o diseñar un nuevo proceso.	✓ Procedimientos documentados.
		3.7. Matriz para el control de indicadores de objetivos y de procesos: Esta técnica estadística se utiliza para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de los objetivos de calidad y los indicadores de procesos.	✓ Cuadro de control para los indicadores.
V	4. Realizar el Seguimiento y evaluación del plan de mejoramiento y de los indicadores.	4.1. Seguimiento al Plan de Mejoramiento: El líder del Proceso, el Asesor y el comité de control Interno tienen la autoridad de evaluar los resultados de las acciones de mejora, preventivas, correctivas y producto no conforme tomadas en cada uno de los procesos, después de verificar que sí evidencien el mejoramiento continuo de la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema. De ser necesario, los Coordinadores de Mejoramiento deben solicitar al responsable del Proceso la adecuada toma de acciones de mejora o correctivas para el mejoramiento del sistema.	✓ Listado maestro de Acciones de Mejora, correctivas y preventivas. ✓ Plan de mejoramiento. ✓ Informe.
		4.2. Verificación: En caso de no haber sido eficaz(es) o de no haberse(n) tomado la(s) acción(es) propuesta(s), el responsable del seguimiento le debe comunicar al Líder del proceso o a quien este delegue para asegurarse de la eliminación de las causas y las no conformidades, y volver a identificarlas si fuese necesario.	✓ Listado maestro de Acciones de Mejora, correctivas y preventivas. ✓ Plan de mejoramiento. ✓ Informe
		4.3. Cerrar la Acción: El Líder o responsable del Proceso verifica el seguimiento efectuado por el responsable y firma en el campo "Autorización de Cierre" Registro de Acciones Correctivas, de mejora y preventivas en señal de Visto Bueno y envía copia del formato al Asesor de control Interno para su registro y control, quienes se aseguran de conservar los registros de las acciones correctivas tomadas en su proceso.	✓ Formato de Registro de acciones de mejora, preventivas y correctivas ✓ Plan de mejoramiento. ✓ Informe
		4.4. Registro y Control: El líder o responsable del proceso registran todas las acciones enviadas por los diferentes funcionarios de los procesos del sistema de control interno, les asignan un número consecutivo para su control, se aseguran de efectuar los análisis que consideren necesarios para el seguimiento y medición del proceso de Mejoramiento Continuo y los informes requeridos para la Revisión por la dirección y el comité de control interno.	✓ Formato de Registro de acciones de mejora, preventivas y correctivas ✓ Plan de mejoramiento. ✓ Informe

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
A	5. Implementar Acciones de mejora, preventivas y correctivas.	5.1. Tomar las Acciones para la Mejora: Los líderes de los procesos deben comunicar a sus funcionarios los compromisos asumidos en el Comité de control interno mediante el plan de mejoramiento, y en compañía de sus líderes, asegurarse de la toma de las acciones para la mejora propuestas en el plan, así como, de conservar registros de las mismas.	✓ Actas de reuniones. ✓ Formato de Registro de acciones de mejora, preventivas y correctivas. ✓ Plan de mejoramiento. ✓ Informe.

CONTROL DE ACTIVIDADES, PRODUCTOS E INSUMOS

Puntos de Control	Que se Controla	Como se Controla	Quien lo Controla
Tener muy claras las fuentes de Información.	Que se conozca y se tenga claro las fuentes de información para los planes de mejoramiento.	Realizando y revisando las encuestas, PQRSF, los indicadores entre otros.	Las oficinas de control interno y la atención al usuario.
Listados de Acciones preventivas, correctivas y de Mejora, que se deben implementar.	Que las no conformidades presentadas sean reales.	A través de una revisión a las auditorías realizadas.	Gerente, Líder del proceso, Asesor y Comité de Control Interno.
	Que tengan la fecha y el funcionario que la detecto.		
	Que tenga una buena relación Costo – Beneficio.	Que para tomar la decisión se hayan tenido en cuenta herramientas de análisis de causas.	
	Que la acción de mejora sea eficaz.		
	Que este claramente definidas y evaluadas en las revisiones de la Organización.		
Listados de Acciones preventivas, correctivas y de Mejora, que se deben implementar.	Que estén atacando la causa raíz.	A través de una revisión al cronograma de auditorías.	Gerente, Líder del proceso, Asesor y Comité de Control Interno.
	Que se haya atacado la causa potencial de la no conformidad.	En la evaluación posterior para determinar si se hizo cierre de la acción.	
		Establecer un responsable.	En el acta de reunión de la auditoría
Realizar el análisis y manejo de indicadores	Que se tenga bien definido el tipo de indicador	Revisando la hoja de vida del indicador	Gerente y Líderes de los procesos,
	Que se tenga la hoja de vida del Indicador		
	Que se tenga claro el objetivo del indicador		
	Que se esté bien definida la fórmula del indicador		

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



Puntos de Control	Que se Controla	Como se Controla	Quien lo Controla
Seleccionar las acciones de Mejora, Preventivas y Correctivas	Que se tengan evidencias de las acciones a corregir o mejorar	Análisis de los servicios no conformes. Evaluación de la satisfacción de los clientes. Análisis de las peticiones, quejas, reclamos y denuncias de los clientes. Resultados del seguimiento y medición de los procesos. (Auto evaluación). Resultados de las auditorías internas y externas de calidad. Resultados de las auditorías independientes. Resultados de la revisión por la dirección. Resultados de las encuestas de medición de la satisfacción de los usuarios	La Auxiliar administrativa encarga de la SIAU y los Líderes de los procesos
Seguimiento del Plan de mejoramiento	Que se esté realizando evaluación al Plan de mejoramiento en forma periódica.	Mediante la verificación de las acciones que fueron establecidas. Con el cierre de las acciones La revisión de los informes presentados por los líderes de los procesos	Gerente, el asesor y el Comité de Control Interno

REGISTROS Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN

Código del Documento	Nombre del Documento	Responsable de los Documentos	Lugar de Almacenamiento (Protección)	Recuperación del Documento	Tiempo de Retención
FO-PQR-01	Encuestas, Formato de PQRSD. Actas de reuniones con la comunidad.	Oficina de Atención al Usuario – SIAU.	Oficina de la SIAU en el archivo de gestión.	Carpeta de las Encuestas y PQRSF.	Lo establecido en las TRD.
FT-COG-01	Indicadores.	Líderes de los Procesos	En el archivo de gestión de cada Área.	Carpeta de Indicadores.	
NA	Informes Evaluaciones de Control Interno.	Control Interno.	Control Interno en el archivo de gestión.	Carpeta de Evaluaciones o auditorías.	
CU-DIE-01	Cuadro de Mando Control para los Indicadores	Gerencia y jefes de áreas.	En la gerencia en el archivo de gestión.	Carpeta de indicadores.	

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



Código del Documento	Nombre del Documento	Responsable de los Documentos	Lugar de Almacenamiento (Protección)	Recuperación del Documento	Tiempo de Retención
NA	Evaluaciones de desempeño.	Jefe de Área y Subgerente administrativa.	Hoja de vida activas en el archivo de gestión del área y de la subgerencia administrativa.	Carpeta de evaluaciones de personal.	Lo establecido en las TRD.
FO-COG-04	Informes de las Auditorías Internas	Control Interno y jefe de áreas.	En cada una de las áreas auditadas en el archivo de gestión.	Carpeta de auditorías internas.	
FO-COG-06	Planes de Mejoramiento	Jefes de áreas.		Carpetas de las actas.	
FO-COG-09	Registro de acciones de mejora, correctivas y preventivas				
AC-COG-01	Actas de reuniones				
NA	Comunicados y oficios		Carpetas de comunicados y oficios.		

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
01 - 2016	12/10/2016	Creación del Documento

PRODUCTO O RESULTADOS ESPERADOS:

1. Planes de mejoramiento establecidos y que se realice el seguimiento.
2. Fichas técnicas de indicadores de los diferentes procesos.
3. Establecer y tener claras las acciones que están produciendo una no conformidad en los diferentes procesos y procedimientos en el Hospital
4. Elaborar y seguimiento del respectivo plan de mejoramiento por parte de los líderes de los procesos y el asesor de control interno con el fin de establecer el cierre de las acciones propuesta en el plan.
5. Elaborar y evaluar los diferentes indicadores de acuerdo con su periodicidad y realizar el cuadro de control de los mismos.
6. Se tenga un mejoramiento continuo a los procesos y procedimientos del Hospital.

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: SP – COG – 03	VERSIÓN: 01 - 2016	PREPARADO POR: Oficina de Control Interno.
APROBADO POR: Gerente Empresa Social del Estado.	FECHA: Octubre 12 de 2.016	FIRMA: _____

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO.

