

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 1 de 65

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1. MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

1.1 COMPONENTE DE TALENTO HUMANO

1.1.1 Código de Integridad

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

1.2 COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

1.2.1 Planes y Programas

1.2.2 Módulo de Operación por Procesos

1.2.3 Estructura Organizacional

1.2.4 Indicadores de Gestión

1.2.5 Políticas Internas de Operación

1.3 COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LOS PROCESOS

1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo

1.3.2 Identificación del Riesgo

1.3.2.1 Contexto Externo, Interno

1.3.3 Valoración del Riesgo

2. CONCEPTO DE CONTROL INTERNO

2.1 Tipología y controles

2.2 Auditoría Interna

2.2.1 Normas Internacionales para el ejercicio de la Auditoría Interna

2.3 Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), Dimensión de Control Interno

2.4 El sistema de Control Interno y su relación con otras políticas o sistemas de gestión aplicables al Sector Público.

2.4.1 Fase 1. Planeación general de auditoría basada en riesgos

2.4.1.1 Conocimiento de la entidad objeto de auditoría

2.4.1.2 Identificación de los aspectos evaluables

2.4.1.2 Conformación y priorización del universo de auditoría basado en riesgos

2.4.1.4 Niveles de riesgo

2.4.1.5 Determinación del ciclo de rotación de las auditorías

2.5 Formulación del Plan Anual de Auditorías basado en riesgos

2.5.1 Planificación del Trabajo

2.5.1.2 Consideraciones sobre planificación

2.5.2 Objetivo del trabajo de auditoría

2.5.3 Alcance del trabajo

2.5.4 Asignación de recursos para el trabajo

2.5.5 Programa de trabajo

2.5.5.1 Tipos de trabajos de auditoría

2.5.6 Procedimientos de auditoría

2.5.6.1 Reunión de inicio

2.5.6.2 Solicitud de la información

2.5.6.3 Identificación de la Información

2.5.6.4 Interpretación

2.5.6.5 Análisis y evaluación

2.5.6.6 Documentación de la información

2.5.6.7 Supervisión del trabajo

2.5.6.8 Criterios para el informe de auditoría.

2.5.6.9 Calidad del informe

2.6 MODULO DE CONTROL DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

2.6.1 Componente Autoevaluación Institucional

2.6.2 Autoevaluación del Control y gestión

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 2 de 65

3. TRANSVERSAL DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

3.1 Términos y Definiciones

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación:09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 3 de 65



E.S.E. NIVEL II
NIT 890.701.459-4

MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO “MECI”

OFICINA DE CONTROL INTERNO
2021

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación:09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 4 de 65

INTRODUCCION

La decisión de implementar y fortalecer el Sistema de Control Interno SCI a través del Modelo Estándar de Control Interno MECI, es consecuencia del pleno convencimiento de la alta dirección de la entidad, del nivel directivo y de todos los servidores. En este sentido, el representante legal de la entidad dispondrá los recursos físicos, económicos, tecnológicos, de infraestructura y de talento humano requeridos para su implementación y fortalecimiento.

El fortalecimiento del sistema se soporta a través de la formulación de diferentes políticas de operación y comunicación que garantizan el funcionamiento y permanencia del Modelo, así como de un seguimiento permanente por parte de la Alta Dirección que consolide su compromiso con el Sistema de Control Interno institucional.

En tal sentido, la Ley 87 de 1993 plantea en su artículo tercero literales b y c que “en cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por el control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad; y corresponde a la máxima autoridad del organismo o entidad, la responsabilidad de establecer, fortalecer y perfeccionar el Sistema de Control Interno, el cual debe ser adecuado a la naturaleza, estructura y misión de la organización” lo cual implica una responsabilidad directa por parte de la Alta Dirección de las entidades.

Igualmente, es responsable por la implementación de Control Interno al interior de cada una de las Dependencias; en tanto se requiere la participación activa de los líderes y sus equipos de trabajo para la identificación, diseño, estandarización y actualización permanente de los procesos a su cargo, la gestión de los riesgos y la verificación constante sobre la aplicación de los mecanismos de verificación y evaluación de su gestión, de la cual hará parte la realizada por los diferentes organismos de Control.

Así mismo, es necesaria su participación y responsabilidad en los procesos de Autoevaluación y Auditoría Interna que se realicen, con el fin de facilitar la puesta en marcha de los planes de mejoramiento, conforme a los objetivos específicos de los procesos y mejorando su aporte a los objetivos institucionales.

Por otra parte, para efectos de garantizar la operacionalización de las acciones necesarias al desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno basado en el Modelo Estándar de Control, el representante legal deberá delegar a un directivo de primer nivel quien será denominará Representante de la Alta Dirección.

El directivo designado para la implementación y fortalecimiento del Modelo Estándar de Control Interno debe cumplir con los siguientes roles y responsabilidades:

- Formular, orientar, dirigir y coordinar el proyecto de implementación, fortalecimiento del Modelo.
- Asegurar que se desarrollen a cabalidad cada una de las etapas previstas para el fortalecimiento del Modelo.
- Informar a la alta dirección sobre la planificación y avances de la etapa implementación y fortalecimiento del Modelo.
- Dirigir y coordinar las actividades del Equipo MECI.
- Coordinar con los directivos o responsables de cada área o proceso las actividades que requiere realizar el Equipo MECI, en armonía y colaboración con los servidores de dichas áreas.
- Someter a consideración del Comité de Coordinación de Control Interno la aprobación y seguimiento de las actividades planeadas para el fortalecimiento del MECI, aplicando correctivos donde se requiera.

Su función principal es la de administrar y dirigir el proceso de diseño, implementación, fortalecimiento y actualización del Modelo Estándar de Control Interno de la respectiva entidad, y actuará bajo las políticas establecidas por el Comité de Coordinación de Control Interno.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 5 de 65

El Jefe de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces, NO podrá ser designado como representante de la dirección para la implementación del MECI, ya que esta sería una violación a su independencia, en tanto su función es la de evaluar el estado del Sistema de Control Interno.

Roles y responsabilidades del Equipo MECI

En la conformación del Equipo MECI es importante contar entre sus miembros con un equipo multidisciplinario de diferentes áreas con que cuenta la entidad; dicho equipo cumplirá los siguientes roles y responsabilidades:

- Apoyar el proceso de implementación y fortalecimiento del Modelo bajo las orientaciones del representante de la dirección.
- Capacitar a los servidores de la entidad en el Modelo e informar los avances en la implementación y fortalecimiento.
- Asesorar a las áreas de la entidad en la implementación y fortalecimiento del Modelo.
- Revisar, analizar y consolidar la información para presentar propuestas para la implementación y fortalecimiento del Modelo al representante de la dirección, para su aplicación.
- Realizar seguimiento a las acciones de implementación y fortalecimiento e informar los resultados al representante de la dirección, para la toma de decisiones.
- Trabajar en coordinación con los servidores designados por las otras áreas en aquellas actividades requeridas para la implementación y fortalecimiento del Modelo.

En las entidades que no cuentan con servidores públicos suficientes en su planta de personal, no se debe crear el equipo MECI, la coordinación de estas actividades debe ser asumida directamente por el Representante Legal, como responsable del Sistema de Control Interno según la Ley 87 de 1993, y deben participar todos los servidores disponibles.

Rol de la Oficinas de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces

La función de la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces debe ser considerada como un proceso retroalimentador que contribuya al mejoramiento continuo de la Administración Pública. De ahí que sea fundamental precisar cuáles son los tópicos o roles generales que enmarcan la función de dichas Oficinas, en los cuales debe enfocar sus esfuerzos para desarrollar una actividad independiente y objetiva de evaluación y asesoría que contribuya de manera efectiva al mejoramiento continuo de los procesos de Administración del riesgo, Control y Gestión de la entidad.

Guía Rol de la Oficina de Control Interno

Como mecanismo de verificación y evaluación del Control Interno deberán utilizarse las normas de auditoría generalmente aceptadas, la selección de indicadores de desempeño, los informes de gestión y cualquier otro mecanismo moderno de control que implique el uso de la mayor tecnología, eficiencia y seguridad.

De acuerdo con el artículo 2.2.21.8.2 del Decreto 989 de 2020, los roles que deben desempeñar las Oficinas de Control Interno, dentro de las organizaciones públicas, se enmarca en cinco tópicos a saber: valoración de riesgos, acompañamiento y asesoría, evaluación y seguimiento, fomento a la cultura del control, y relación con entes externos.

En la evaluación y Seguimiento a la Gestión Institucional, su propósito es emitir un juicio de valor acerca del grado de eficiencia y eficacia de la gestión de la entidad, para asegurar el adecuado cumplimiento de los fines institucionales.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 6 de 65

Frente a la asesoría y acompañamiento, tiene como objetivo promover el mejoramiento continuo de los procesos de la entidad asesorando a la Alta Dirección, en la búsqueda del cumplimiento de los objetivos y los propósitos institucionales.

En lo referente a la administración del riesgo, podrá asesorar y capacitar a la alta dirección y a los líderes de los procesos en la metodología para su gestión, y verificará que los controles existentes sean efectivos para minimizar la probabilidad e impacto de la ocurrencia de estos.

La relación con entes externos tiene como propósito facilitar el cumplimiento de las exigencias de Ley o las solicitudes formales realizadas por los entes externos.

El rol del fomento de la Cultura del Autocontrol tiene como objetivo elaborar y construir herramientas e instrumentos orientados a sensibilizar e interiorizar el ejercicio del autocontrol y la autoevaluación, como un hábito de mejoramiento personal y organizacional.

Implementación y fortalecimiento del Modelo

El proceso de implementación del modelo estándar de Control interno que estableció el Hospital San Juan Bautista E.S.E, permitió que dentro de la organización se desarrollara una cultura organizacional de autocontrol, autogestión y autorregulación, a nivel de todos los procesos, y de cada uno de los servidores, y se adoptara, como una herramienta gerencial para el control a la gestión realizada.

La alta dirección tiene responsabilidad y compromiso para iniciar el proceso de transición hacia la actualización al nuevo Modelo Estándar de Control Interno "MECI 2013", conforme al manual de implementación del Departamento Administrativo de la función pública.

La entidad estableció políticas operativas y metodologías que propendan por el fortalecimiento del Sistema, acompañadas de la interiorización de una cultura orientada hacia el control y la calidad, materializada en el compromiso y disciplina por parte del nivel directivo y servidores de la entidad que contribuyan al mejoramiento continuo del Modelo, de tal forma que comparativamente, de año en año, se pueda apreciar la madurez en el mismo.

Para la Implementación del Modelo Estándar de Control Interno se deberá llevar a cabo una evaluación sobre la existencia o estado de desarrollo e implementación o fortalecimiento de cada elemento de Control en la entidad. Así mismo, se deben definir las actividades y responsables de la implementación y fortalecimiento.

Difusión del Modelo Estándar de Control Interno

La sensibilización de todos los servidores públicos debe ser una actividad previa y permanente al proceso de implementación y fortalecimiento, así como la capacitación al Equipo MECI en la estructura, funcionalidad y beneficios de aplicar el Modelo en las entidades.

Como mecanismo para lograr el conocimiento y posterior compromiso por parte del nivel directivo y demás servidores públicos de la entidad, es fundamental conocer la estructura, funcionalidad e interrelaciones del Modelo Estándar de Control Interno.

Este conocimiento facilitará el ejercicio de todas las acciones requeridas para su fortalecimiento, al generar un sentido de pertenencia frente al control.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 7 de 65

1. MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

Objetivo: introducir en la cultura organizacional del Hospital San Juan Bautista E.S.E de Chaparral Tolima el control en los procesos de direccionamiento estratégico, misionales, de apoyo y de evaluación.

Alrededor de este objetivo, el Módulo de Control de Planeación y Gestión se estructura en tres Componentes: Talento Humano, Direccionamiento Estratégico y Administración del Riesgo de los procesos, orientados a generar los estándares que permiten el desarrollo y afianzamiento de una cultura del control al interior de la entidad.

La entidad debe establecer en forma participativa y consensuada con sus servidores, el estándar de control a la conducta de la organización, de tal forma que se garantice la transparencia, la ética institucional y el buen servicio público que se espera de la entidad.

A través de su implementación se permite el diseño de los lineamientos estratégicos que contribuyen a crear un ambiente favorable al control, la forma de operación con base en una gestión orientada a procesos, administrando el riesgo del no cumplimiento de sus objetivos y fines constitucionales y legales, en sus procesos y a nivel institucional.

Este Módulo le permite a la entidad ejecutar la planeación bajo condiciones de control que logran evidenciar las posibles desviaciones en el cumplimiento de los objetivos, permitiendo contar con los elementos necesarios para asegurar razonablemente el cumplimiento de la misión para la cual fue creada.

Los componentes y elementos de este Módulo brindan los controles necesarios para que la planeación y ejecución de la entidad se realicen de manera eficiente, eficaz, efectiva y transparente, logrando una adecuada prestación de los servicios.

1.1 COMPONENTE DE TALENTO HUMANO

Objetivo: Establecer los Elementos que le permiten a la entidad crear una conciencia de control y un adecuado desarrollo del talento humano influyendo de manera profunda en su planificación, gestión de operaciones y en los procesos de mejoramiento institucional, con base en el marco legal.

Su implementación parte del conocimiento de los fines del Estado, su función y objetivos; de los parámetros de la ética y la moral que deben primar en el ejercicio de la función pública; de los principios y valores de la máxima autoridad o representante legal, de su nivel directivo y de todos los servidores en general; de su cultura organizacional; de las expectativas de la ciudadanía o de alguna de las partes interesadas a las cuales sirve, y de las relaciones con otras entidades públicas.

Con base en estos factores, la entidad realiza una revisión interna que le permite generar una regulación propia para vivenciar la Ética, contar con unas prácticas efectivas de Desarrollo del Talento Humano, de acuerdo con su naturaleza, que favorezcan el control y se oriente claramente hacia la prestación de un servicio público con transparencia, eficacia, eficiencia y un uso responsable de los recursos públicos.

1.1.1 Código de Integridad

Objetivo: Contar con unos lineamientos, de concientización de valores éticos para los servidores públicos del Hospital San Juan Bautista ESE.

El Código de Integridad será aplicable a todos los servidores del Hospital San Juan Bautista ESE, generando una nueva cultura organizacional, hacia ambientes donde impere la cooperación, la solidaridad, la buena atención, la colaboración y la transparencia en el manejo de los recursos públicos para beneficio de la comunidad.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p>	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 8 de 65

Los valores asociados a los funcionarios del Hospital San Juan Bautista ESE, teniendo en cuenta los parámetros del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y de la Política de Integridad, el Departamento Administrativo de la Función Pública desarrolló un „código general” o „código tipo” que denominó Código de Integridad, con las características de ser general, conciso y en el cual se establecieron unos mínimos de integridad homogéneos para todos los servidores públicos del país, cada uno de los valores que incluyó el Código, determinó una línea de acción cotidiana para los servidores, quedando los cinco (5) valores así: **HONESTIDAD, RESPETO, COMPROMISO, DILIGENCIA y JUSTICIA.**

La entidad debe buscar instancias de participación que permita crear una cultura organizacional frente a los aspectos éticos, garantizando razonablemente que:

- Los funcionarios conozcan la normatividad vigente que regula su conducta en el ejercicio de sus funciones.
- Se enfatiza en la importancia de la integridad y el comportamiento ético, respetando ciertos códigos de conducta aun cuando no estén escritos.
- Se ha dado a conocer a todos los funcionarios involucrados y se ha verificado su comprensión.
- Los funcionarios se comportan de acuerdo con lo establecido en el código de integridad del Hospital.

Es importante mencionar que las políticas de Desarrollo Administrativo, en especial las de Gestión del Talento Humano y Transparencia, Atención y Servicio al Ciudadano orientan a la entidad hacia la formación de valores de responsabilidad y vocación de servicio, de tal manera que se promueva el interés general en la administración de lo público y la publicidad de las actuaciones de los servidores; así mismo, orienta hacia la prevención de conductas corruptas y la identificación de áreas susceptibles de corrupción.

Como componente de Talento Humano la institución debe establecer lo siguiente:

ELEMENTO	PRODUCTOS MINIMOS
Código de Integridad	Documento con los valores de la entidad.
	Acta de aprobación del documento con los valores de la entidad
	Socialización de los valores de la entidad

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

Elemento que permite controlar el compromiso del Hospital San Juan Bautista E.S.E de Chaparral Tolima en el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad del servidor público, a través de las políticas y prácticas de gestión humana a aplicar por la entidad, las cuales deben incorporar los principios de justicia, equidad y transparencia al realizar los procesos de selección, inducción, formación, capacitación y evaluación del desempeño de los servidores públicos del Estado.

Los procesos y prácticas de talento humano se deben adelantar de manera articulada a los demás procesos de gestión de la entidad, de tal forma que haya coherencia entre el desempeño de las personas y las estrategias de la entidad, al tiempo que se fomente el desarrollo permanente de los servidores públicos durante su vida laboral en la entidad.

La gestión del recurso humano dentro del Plan estratégico de Talento Humano establece la estrategia para los diferentes procesos relacionados con la administración del personal de la entidad como es el ingreso, permanencia y retiro, así como el fortalecimiento de las competencias, bienestar e incentivos, evaluación de desempeño Seguridad y salud en el trabajo, alineándolas con el plan de desarrollo de la Entidad.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 9 de 65

Como parte del proceso de planeación de recursos humanos, a través del cual se identifican y cubren las necesidades cualitativas y cuantitativas de personal; comprende siete procesos como son:

- a) Proceso de Gestiones administrativas: Adelantar las Gestiones administrativas de recursos Humanos, cumpliendo con las normas legales, registro, asistencia, pago de las labores realizadas por los funcionarios, administración de la historia laboral, emisión de certificados laborales, tramites de pensión entre otras.
- b) Proceso de Provisión de empleo y Retiro del Personal: Garantizar la provisión del recurso Humano idóneo que permita el normal funcionamiento de todas las áreas del Hospital, al igual que la culminación de este una vez no sea requerido más, la prestación del servicio o se presente renuncia, cumplimiento con la normatividad y necesidades de la entidad.
- c) Proceso de Inducción y reinducción: Establecer las directrices para realizar actividades de inducción a todo el personal que ingresa a la entidad y a reorientar la integración del personal antiguo a la cultura organizacional en virtud de los cambios producidos en los procesos.
- d) Procesos de Bienestar Social e Incentivos: Desarrollar los planes y programas de Bienestar social y estímulos, orientados a crear mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral de los servidores públicos de la entidad, así como elevar los niveles de satisfacción, eficacia, eficiencia y efectividad en el desempeño laboral.
- e) Proceso de Capacitación: Formular y ejecutar el programa de formación y capacitación institucional estructurándolo de tal manera que responda a las necesidades concretas de capacitación que permita resolver problemas identificados y facilitar el cumplimiento de la misión de la entidad.
- f) Proceso de Evaluación del Desempeño: Evaluar el desempeño laboral, el logro de los objetivos, y la conducta laboral de los funcionarios del Hospital.
- g) Proceso de Seguridad y Salud en el trabajo: Dar cumplimiento al sistema de seguridad y salud en el trabajo en el Hospital San Juan bautista con el de identificar los riesgos y peligros existentes, implementando medidas que optimicen las condiciones de trabajo y salud, previniendo de esta manera la posible ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

La gestión del talento humano incluye el desarrollo de prácticas orientadas a hacer viable el Sistema de Gerencia Pública, establecido en la Ley 909 de 2004.

Para el desarrollo del Talento Humano, el Hospital San Juan Bautista de Chaparral Tolima, establecerá unos productos mínimos como:

ELEMENTO	PRODUCTOS MINIMOS
Desarrollo del Talento Humano	Manual de Funciones y competencias laborales
	Plan estratégico del Talento Humano
	Plan anual de vacantes
	Plan de previsión del Recurso Humano
	Plan de Incentivos
	Plan anual de bienestar social y estímulos
	Plan Institucional de capacitaciones
	Sistema de evaluación del desempeño.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 10 de 65

1.2 COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

Objetivo: Establecer el marco de referencia que oriente al Hospital San Juan Bautista E.S.E de Chaparral Tolima el cumplimiento de su misión y objetivos institucionales, en procura de alcanzar su visión.

El Direccionamiento Estratégico define la ruta organizacional que debe seguir la entidad para lograr sus objetivos institucionales; requiere de revisiones periódicas para ajustarla a los cambios del entorno y al desarrollo de las funciones; encausa su operación bajo los parámetros de calidad, eficiencia y eficacia requeridos por la ciudadanía y las partes interesadas de la entidad, así como los parámetros de control y evaluación a regir, haciéndose necesario, por lo tanto, establecer su composición a través de cinco elementos: Planes y Programas, Modelo de Operación por Procesos, Estructura Organizacional, Indicadores de Gestión y Políticas de Operación.

1.2.1 Planes y Programas

Este elemento de control considera la planeación estratégica como un proceso dinámico que le permite a las entidades públicas proyectarse a largo, mediano y corto plazo, de modo tal que se planteen una serie de programas, proyectos y actividades que le sirvan para cumplir con su misión, visión y objetivos institucionales.

La planificación estratégica como proceso “constituye un esfuerzo organizacional sistemático, bien definido y disciplinado, que apunta a la total especificación de los objetivos y estrategias de la institución, así como la asignación de responsabilidades para su ejecución, con el involucramiento de los miembros de la organización”.

Los procesos de planeación requieren para su construcción reconocer y entender las necesidades y expectativas de los clientes y las partes interesadas, como elemento esencial para la sostenibilidad e innovación constante en la gestión de la entidad, por lo que se hace necesario “involucrar el desarrollo de elementos que garanticen el derecho a la información, que haya una mayor transparencia en el manejo de los recursos, que se rindan cuentas como mecanismos de evaluación y que se disminuya los índices de corrupción”, todas estas actividades e instancias de contacto con los ciudadanos permiten mejorar la confianza en las instituciones y encontrar los puntos de mejora para la gestión y la planeación en general.

El proceso de planeación como se sugiere a continuación, a manera de ejemplo, recorre varias fases que es posible englobar de la siguiente manera:

1. Fase filosófica: Comprende la definición de la filosofía e identidad institucional, los valores de la organización.
2. Fase analítica: Comprende tanto el análisis interno como externo de la organización.
3. Fase programática: Incluye la definición de objetivos estratégicos general y específicos.
4. Fase operativa: Comprende el conjunto de estrategias, actividades, proyectos que se van a realizar.
5. Fase cuantitativa: Considera la selección de indicadores de desempeño y la especificación de los valores a alcanzar o metas, así como la estimación de los recursos.

La fase filosófica abarca la determinación clara y entendible para todos los funcionarios de la misión como la razón de ser de la entidad y en atención al mandato constitucional y legal aplicable, se trata entonces de establecer el enfoque y la dirección de la entidad, además se constituye en la forma como se atenderán las necesidades de los diferentes grupos de interés, a ella será necesario articular con los valores establecidos en el código de integridad.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 11 de 65

De forma general, la misión puede considerar los siguientes componentes para su construcción:

- Identidad Institucional: es decir ¿Quiénes somos?
- Principales necesidades a satisfacer: ¿para qué existimos?
- Principales clientes y/o beneficiarios: ¿a quiénes nos debemos?
- Principales productos y/o servicios: ¿qué brindaremos?
- Principales fuentes de ventaja o factores críticos de éxito: ¿Cómo lo lograremos?
- Principales valores institucionales: ¿Cuál es nuestra filosofía?

Por su parte la visión será el objetivo futuro para lograr por la entidad, se constituye en lo que ambiciona en su desarrollo de largo plazo, lo que la entidad desea ser y cómo desea ser percibida, para su construcción se puede tener en cuenta:

- Qué aspira a ser la organización en el futuro
- Qué otras necesidades futuras se buscarán satisfacer
- Qué otros segmentos de población y/o ámbitos futuros de atención
- Nuevos productos y/o servicios a brindar
- Nuevas competencias necesarias a desarrollar para lograr el liderazgo en el sector

La fase analítica requiere realizar un diagnóstico tanto interno como externo de la entidad, con el propósito de definir fortalezas y debilidades a nivel interno, así como oportunidades y amenazas presentes o futuras del entorno.

La fase programática establece los objetivos institucionales y debe expresar lo que se va a hacer para alcanzar la misión y visión, usualmente se definen objetivos de mediano y largo plazo, y aunque son de tipo cualitativo deben poder medirse de manera objetiva. “Los objetivos estratégicos surgen como respuesta a una pregunta esencial: ¿Qué debemos lograr en el corto, mediano y largo plazo, para que la organización tenga un accionar coherente con su Misión?”.

Para la fase operativa es necesario definir las estrategias, es decir el camino trazado para el logro de los objetivos, una estrategia adecuadamente formulada permite asignar eficientemente los recursos, con base tanto en las fortalezas como en las deficiencias internas de la entidad, esto con el fin de lograr una situación viable, así como anticipar los posibles cambios en el entorno o eventos no deseables en la ejecución final. De la estrategia se desprenden los programas y proyectos que de manera detallada entrarán a ejecutar y movilizar los recursos financieros, humanos, técnicos y materiales.

La fase cuantitativa permite mediante el desarrollo de indicadores de gestión, analizar si se están logrando los resultados esperados, así mismo brinda información sobre resultados intermedios en el desarrollo de los programas y proyectos.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión como instrumento de articulación y reporte de la planeación, comprende:

- Referentes: Punto de partida para la construcción de la planeación, incluyen las metas de Gobierno establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo, las competencias normativas asignadas a cada entidad y el marco fiscal.
- Políticas de Desarrollo Administrativo: Conjunto de lineamientos que orientan a las entidades en el mejoramiento de su gestión para el cumplimiento de las metas institucionales y de Gobierno, a través de la simplificación de procesos y procedimientos internos, el aprovechamiento del talento humano y el uso eficiente de los recursos administrativos, financieros y tecnológicos.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 12 de 65

- Metodología: Esquema de planeación articulado que facilita la implementación de las políticas e iniciativas gubernamentales que estén orientadas a fortalecer el desempeño institucional, en procura del cumplimiento de las metas institucionales y de Gobierno para la prestación de un mejor servicio al ciudadano.
- Instancias: Responsables de liderar, coordinar y facilitar la implementación del modelo a nivel institucional.

Para ello requiere unos elementos como:

ELEMENTO	PRODUCTOS MINIMOS
Planes y Programas	Planeación
	La misión y visión institucionales adoptados y divulgados
	Objetivos institucionales
	Planes, programas y proyectos

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

Objetivo: Estandarizar las actividades necesarias para el cumplimiento de la misión, visión y objetivos institucionales.

La Ley 872 de 2003, reglamentada por el Decreto Nacional 4110 de 2004, promueve la adopción de un enfoque basado en los procesos, esto es la identificación y gestión de la manera más eficaz, de todas aquellas actividades que tengan una clara relación entre sí y las cuales constituyen la red de procesos de la institución. La gestión por procesos define las interacciones o acciones secuenciales, mediante las cuales se logra la transformación de unos insumos hasta obtener un servicio con las características previamente especificadas, de acuerdo con los requerimientos de la ciudadanía o partes interesadas.

Un Modelo de Operación se establece a partir de la identificación de los procesos y sus interacciones, y dependiendo de la complejidad de la organización, es posible agrupar procesos afines en macroprocesos. Así mismo, dependiendo del tamaño y complejidad de los procesos de la entidad, éstos podrán desagregarse a nivel de actividades y tareas.

La importancia del Modelo de Operación por Procesos se puede identificar en normas como el Decreto 1083 del 2015, en el que se establece la obligatoriedad para las entidades de elaborar, adoptar y aplicar manuales a través de los cuales se documenten y formalicen los procesos y procedimientos. Estos instrumentos, a su vez, facilitan el cumplimiento del Control Interno en las organizaciones públicas. Así mismo, la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública NTCGP1000: 2009 contempla como uno de los principios de la Gestión de la Calidad que “un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso”.

Gestionar un proceso tiene como punto de partida la caracterización de este, la cual consiste en la determinación de sus rasgos distintivos; esto es, cuando se identifican sus interrelaciones frente a los demás procesos de la entidad determinando sus proveedores (procesos internos o instancias externas) que entregan insumos y clientes que reciben un servicio. La caracterización de los procesos es entonces, el esquema que permite ver en contexto de manera integral y secuencial aplicando el ciclo PHVA, la esencia del proceso frente al aporte que hace al logro de los objetivos institucionales.

Para entender la importancia de la operación por procesos, es necesario definir el concepto de proceso; definido como el conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Estos procesos se clasifican en:

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 13 de 65

- **Procesos Estratégicos:** incluyen los relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por la Dirección.

- **Procesos Misionales:** incluyen todos aquellos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento del objeto social o razón de ser.

- **Procesos de Apoyo:** incluyen aquellos que proveen los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos estratégicos, misionales y de evaluación.

- **Procesos de Evaluación:** incluyen aquellos necesarios para medir y recopilar datos para el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales.

La representación gráfica de los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y sus interacciones conforman el Mapa de Procesos.

La interrelación de los procesos misionales dirigidos a satisfacer las necesidades y requisitos de los usuarios se denomina Cadena de Valor.

La forma en la que se realizan los procesos se puede evidenciar a través de procedimientos, entendidos estos como el conjunto de especificaciones, relaciones y ordenamiento de las tareas requeridas para cumplir con las actividades de un proceso, controlando las acciones que requiere la operación de la entidad. Establece los métodos para realizar las tareas, la asignación de responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades.

Esto convierte a los procedimientos, en un control de la entidad encaminado a lograr que las actividades se desarrollen siguiendo una secuencia lógica, que permita que quien los realice pueda llevarlas a cabo de la misma manera en la que lo realizaría cualquier otro servidor que siga lo descrito en el mismo.

La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000:2009 define procedimiento como la forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso (numeral 3.42). Este elemento se constituye en un estándar de control que establece los métodos o formas más eficientes y eficaces de operativizar las actividades de los procesos, permitiendo describir y comprender las relaciones entre áreas y flujos de información que se suceden en el proceso y la coordinación de las actividades. Los procedimientos establecidos a partir de las actividades definidas para cada proceso regulan la forma de operación de los servidores de la entidad y permiten entender la dinámica requerida para el logro de los objetivos y la obtención efectiva de los productos o servicios.

Para visualizar en forma gráfica la secuencia de actividades que conforman un procedimiento se elaboran los diagramas de flujo, los cuales permiten identificar las actividades y áreas que participan en su ejecución, amplía la capacidad de análisis y comprensión sobre el proceso, valida el flujo de información y la coordinación de acciones entre servidores para garantizar la dinámica organizacional esperada, y es un medio ágil para detectar dificultades de operación y establecer posibles soluciones en forma proactiva.

Los productos mínimos requeridos en la operación por procesos son:

ELEMENTO	PRODUCTOS MINIMOS
Modelo de operación por procesos	Mapa de Procesos
	Divulgación de los procedimientos
	Proceso de seguimiento y evaluación que incluya la evaluación de la satisfacción del cliente y partes interesadas

1.2.3 Estructura Organizacional

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 14 de 65

Objetivo: Definir la estructura interna organizacional del Hospital San Juan Bautista E.S.E de Chaparral Tolima.

La estructura organizacional se considera como aquel aspecto de control que configura integral y articuladamente los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de responsabilidad y autoridad en la institución, para dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con su misión y su función constitucional y legal.

Se compone por la estructura u organización interna de la entidad, por su planta de personal y por el manual específico de funciones y competencias laborales; se define a partir de los procesos y procedimientos que conforman el Modelo de Operación y que permiten cumplir los objetivos institucionales. La parte que la dinamiza es el recurso humano, por lo tanto, el diseño de los perfiles de los cargos o empleos debe estar acorde con dicho Modelo.

La Estructura Organizacional debe permitirle a la entidad darle cumplimiento a su direccionamiento estratégico, a los planes, programas, proyectos y procesos, y responder a los cambios del entorno político, económico y social que le es propio, haciendo más flexible su organización y estableciendo niveles de responsabilidad, a fin de permitir un flujo de decisiones y comunicación más directo entre los ciudadanos y los servidores públicos.

El Departamento Administrativo de la Función Pública es la entidad responsable de orientar la política en materia de rediseño organizacional; las metodologías que para el efecto se han diseñado toman como base un enfoque por procesos, que resulta coherente con la orientación del MECI en ese mismo sentido.

Para garantizar la existencia de este elemento la entidad observe los lineamientos y conceptos formulados en la Guía Modernización de entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública, instrumento vigente orientador de dichos procesos.

Este documento también es una Guía práctica para que las entidades que desarrollen sus procesos de reestructuración.

ELEMENTO	PRODUCTOS MINIMOS
Estructura Organizacional	Estructura organizacional de la entidad que facilite la gestión por procesos

1.2.4 Indicadores de Gestión

Objetivo: Determinar mecanismos necesarios de evaluación de la gestión del Hospital San Juan Bautista E.S.E. de Chaparral Tolima.

Los Indicadores de Gestión Se definen como un conjunto de variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición, que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generadas en la entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.

Los Indicadores son mecanismos que permiten controlar el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes y de los procesos de la entidad.

A partir del Direccionamiento Estratégico y de los objetivos y resultados de los procesos y con la ayuda de la caracterización de estos, se diseñaron los Indicadores, cuya medición periódica permite establecer el grado de avance o logro de los objetivos trazados y de los resultados esperados del proceso, en relación con los servicios que éste genera para la ciudadanía o para las partes interesadas de la entidad.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 15 de 65

Todas las actividades pueden medirse con parámetros que enfocados a la toma de decisiones son señales para monitorear la gestión, así se asegura que las actividades vayan en el sentido correcto y permiten evaluar los resultados de una gestión frente a sus objetivos, metas y responsabilidades. Estas señales son conocidas como indicadores de gestión.

Un indicador de gestión es la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de un proceso, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se toman acciones correctivas o preventivas según el caso.

Los indicadores de gestión empleándolos en forma oportuna y actualizada, permiten tener control adecuado sobre una situación dada; la principal razón de su importancia radica en que es posible predecir y actuar con base en las tendencias positivas o negativas observadas en su desempeño global.

Los indicadores son una forma clave de realimentar un proceso, de monitorear el avance o la ejecución de un proyecto y de los planes estratégicos, entre otros. Y son más importantes todavía si su tiempo de respuesta es inmediato, o muy corto, ya que de esta manera las acciones correctivas son realizadas sin demora y en forma oportuna.

El número de indicadores depende del tipo de entidad, de sus necesidades y características específicas de control, de tal manera que no es necesario establecer un gran número de indicadores, lo importante es construirlos de tal manera que generen información suficiente para la toma de decisiones.

Para su aplicación deben definirse las variables, las unidades de medida y los parámetros o metas frente a los cuales se medirá la gestión de los procesos, el desempeño de los servidores, los riesgos que afectan las operaciones, la gestión de la entidad y el impacto de los resultados entregados a la ciudadanía y a las partes interesadas. Igualmente, se sugiere establecer rangos de gestión, donde se definan los valores máximos o mínimos que permitan mantener al indicador en condiciones de control y faciliten el uso de alertas.

Cualquier metodología que permita implementar un sistema de indicadores de gestión debe tener en cuenta los elementos asociados con un indicador, para permitir una adecuada retroalimentación, y además presentar información clara y complementarse con otras herramientas de gestión que ayuden a analizar causas y a establecer puntos de mejora para sustentar así la decisión a tomar. Si es posible, debe mostrarse la relación que presenta con otros indicadores.

El Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, pone a disposición de las entidades una metodología para la “Construcción de indicadores de gestión” que puede ser examinada con el fin de complementar la información respecto a este elemento. Dicha metodología se compone de las siguientes etapas básicas:

1. Identificar y/o revisar: Misión, Objetivos Estratégicos, usuarios o Beneficiarios, Productos o Servicios: Este primer paso responde a la pregunta: ¿Cuáles son los productos estratégicos y objetivos que serán evaluados?

Este será el punto de partida para asegurar la coherencia de los indicadores que se pretende construir, su análisis definirá el tipo de medición y los esfuerzos necesarios para obtener la información necesaria para las etapas posteriores.

2. Establecer medidas de desempeño claves: Para este paso se responde a la pregunta: ¿Cuántos indicadores construir?

El número y tipo de indicadores dependerá de los objetivos determinados para la evaluación, de las características de la entidad y del nivel de la organización donde se pretendan desarrollar.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 16 de 65

3. Asignar responsabilidades: En concordancia con el punto anterior, donde se menciona que los indicadores se desarrollan a lo largo de la entidad, en todos los niveles y dado que se asocian a los resultados sobre los productos/servicios de cada nivel, se incluyen entonces los directivos o líderes a cargo que son responsables por ellos. Por lo que el paso siguiente a la identificación de lo que se medirá es establecer las responsabilidades institucionales para el cumplimiento en el manejo de la información, tanto para alimentar el indicador como para su análisis y presentación de resultados.
4. Establecer referentes comparativos: El referente comparativo se encuentra asociado al punto 1 donde se establecieron las metas asociadas a los objetivos, que se pretende medir, por lo que un primer referente lo constituye lo planeado por la entidad; sin embargo, también es posible establecer un referente respecto de otras entidades similares o comparables o respecto de datos históricos, todo dependerá de las necesidades planteadas desde los objetivos iniciales.
5. Construir fórmulas: La construcción de la fórmula debe asegurar que su cálculo obtenga información de las variables que se están tratando de medir, es decir el resultado del indicador; a la hora de construirla es importante tener en cuenta el objetivo, la definición, los responsables, sus recursos y su periodicidad principalmente.
6. Validar los indicadores: La etapa de validación, es muy importante, ya que debe permitir asegurar su transparencia y confiabilidad del indicador para que se constituya en una herramienta para la toma de decisiones y la rendición de cuentas. Para dicha validación se debe tener en cuenta criterios como su pertinencia, relevancia, homogeneidad, independencia, costo, confiabilidad, simplicidad, oportunidad, entre otros.
7. Comunicar e informar: Es importante precisar que los indicadores pueden ser utilizados para diferentes propósitos, dependiendo del objetivo de la evaluación, el ámbito en que se realiza y los usuarios a los que se dirige, por lo que para la comunicación de los resultados es necesario tener en cuenta que los indicadores “no siempre podrán dar cuenta en forma integral del desempeño institucional, requiriéndose de otros antecedentes complementarios para esto, lo que refuerza un uso prudente de esta información”, razón por la cual se hace necesario trabajar baterías de indicadores, que permitan desde diferentes puntos de vista realizar el análisis de la situación y las medidas correctivas de ser necesario.

ELEMENTO	PRODUCTOS MINIMOS
Indicadores de Gestión	Definición de indicadores de eficiencia y efectividad, que permiten medir y evaluar el avance en la ejecución de los planes y programas

1.2.5 Políticas de Operación

Objetivo: Definir los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento del direccionamiento estratégico del Hospital San Juan Bautista E.S.E de Chaparral Tolima.

Las Políticas de Operación constituyen los marcos de acción necesarios para hacer eficiente la operación de los componentes de Direccionamiento Estratégico, Administración del Riesgo y lo relacionado con la información y comunicación. Un análisis del contexto en el que se desarrolla un proceso, de sus objetivos, de las especificaciones de los servicios que se genera, de los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos, permitirá a la entidad fijar guías de acción orientadas a la ejecución eficaz y eficiente de las operaciones, contribuyendo a su cumplimiento.

Definen parámetros de medición del desempeño de los procesos y de los servidores que tienen bajo su responsabilidad su ejecución. Así mismo, facilitan el control administrativo y reducen la cantidad de tiempo que los administradores ocupan en tomar decisiones sobre asuntos rutinarios. Estas guías de acción son de

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 17 de 65

carácter operativo, de aplicación cotidiana y dan seguridad y confianza a quien debe responder por la ejecución de procedimientos y actividades muy específicas.

ELEMENTO	PRODUCTOS MINIMOS
Políticas de Operación	Divulgación de las políticas de operación
	Manual de operaciones adoptado y divulgado

1.3. COMPONENTE DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LOS PROCESOS

Objetivo: Establecer acciones en el Hospital San Juan Bautista E.S.E de Chaparral Tolima, que le permitan identificar los eventos negativos tanto internos como externos, que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

La Administración de Riesgos es el término aplicado a un método lógico y sistemático de establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, tratar, monitorear y comunicar los riesgos asociados con los procesos de una forma que permita a las entidades minimizar pérdidas y maximizar oportunidades.

Al ser un componente del Módulo Control de Planeación y Gestión, la Administración del Riesgo se sirve de la planeación estratégica (misión, visión, establecimiento de objetivos, metas, factores críticos de éxito), del campo de aplicación (procesos, proyectos, sistemas de información), del Componente Direccionamiento Estratégico y todos sus elementos.

Este componente se estructura a través de los siguientes Elementos de Control:

- a) Políticas de Administración de Riesgos.
- b) Identificación de Riesgos.
- c) Análisis y Valoración de Riesgos.

El Hospital para dar cumplimiento a este componente se basa en herramientas, como:

1. La Cartilla "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles para la entidad pública" propuesta por el DAFP VERSIÓN 4 de 2018.
2. La norma NTC ISO 31000, la cual establece un número de principios que es necesario satisfacer para hacer que la gestión del riesgo sea eficaz. Esta norma recomienda que las organizaciones desarrollen, implementen y mejoren continuamente un marco de referencia cuyo propósito sea integrar el proceso para la gestión del riesgo en los procesos globales del gobierno, estrategia y planificación, gestión, proceso de presentación de informes, políticas, valores y cultura de la organización.

Por otro lado, es importante tener en cuenta dentro de la administración del riesgo el cumplimiento del artículo 73 de la Ley 1474 de 2011. En este sentido, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, diseñó una metodología para elaborar la estrategia de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano, que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal. Dentro de los temas que contiene esta estrategia, se encuentra el mapa de riesgos de corrupción.

Este componente debe establecer los criterios generales para la identificación y prevención de los riesgos de corrupción de las entidades, permitiendo a su vez la generación de alarmas y la elaboración de mecanismos orientados a evitarlos; previniéndolos o mitigándolos. La base metodológica para la construcción de esta guía, la constituye la Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública, por lo que no se desconoce para su construcción los elementos básicos iniciales.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 18 de 65

Nota: Los Mapas de Riesgos de las entidades deben contener los Riesgos de Corrupción que se trabajan a través de esta metodología. Por tal razón, en todas las etapas de la Administración del Riesgo (Política de Administración del Riesgo, Contexto Estratégico, Identificación del Riesgos, Análisis del Riesgo y Valoración del Riesgo) debe tenerse los parámetros y lineamientos establecidos por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República

Finalmente, es recomendable que la administración de riesgos sea vista con un enfoque de gestión de riesgos, entendido como “un proceso efectuado por el consejo de administración de una entidad, su dirección, y restante personal, aplicado en la definición de la estrategia y en toda la entidad y diseñado para identificar eventos potenciales que puedan afectar a la organización y gestionar sus riesgos dentro del riesgo aceptado, proporcionando una seguridad razonable sobre el logro de los objetivos”

Este concepto permite establecer que la administración del riesgo se convierte en un proceso transversal a todas las acciones de la entidad, que inicia desde el marco estratégico de la misma, incluyendo a todas las personas que hacen parte de la organización, proporcionando una seguridad razonable de la consecución de los objetivos de los procesos e institucionales.

1.3.1 Políticas de Administración de Riesgos

La política de Administración del Riesgo versión 2 la política de operación del riesgo fue aprobada por fue aprobado por el Comité de Gestión y Desempeño.

La formulación de políticas estuvo a cargo del Representante Legal de la entidad y el Comité de Coordinación de Control Interno y se basan en lo que la entidad espera de la administración de los riesgos; la política señala qué debe hacerse para efectuar el control y su seguimiento, basándose en los planes y los objetivos institucionales o por procesos.

Debe contener los siguientes aspectos:

- Los objetivos
- Alcance
- Términos y definiciones
- Identificación del riesgo
- Tipología del riesgo
- Valoración del riesgo
- Evaluación del riesgo
- Valores de controles
- Monitoreo del riesgo

La política de administración de riesgos requiere:

ELEMENTO	PRODUCTOS MINIMOS
Política de Administración de Riesgos	La política de riesgos es aplicable a todos los procesos, proyectos, de la ESE y a las acciones ejecutadas por los servidores durante el ejercicio de sus funciones.
	Divulgación del mapa de riesgos institucional y sus políticas

1.3.2 Identificación del Riesgo

1.3.2.1 Contexto Externo, Interno

Son las condiciones internas y del entorno, que pueden generar eventos que originan oportunidades o afectan negativamente el cumplimiento de la misión y objetivos de la institución.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 19 de 65

Las situaciones del entorno o externas pueden ser de carácter social, cultural, económico, tecnológico, político, ambiental y legal, bien sea internacional, nacional o regional según sea el caso de análisis. Las situaciones internas están relacionadas con la estructura, cultura organizacional, el modelo de operación, el cumplimiento de los planes y programas, los sistemas de información, los procesos y procedimientos y los recursos humanos y económicos con los que cuenta una entidad, entre otros.

Definir el contexto externo, interno y del proceso que contribuye al control de la entidad frente a la exposición al riesgo, ya que permite conocer las situaciones generadoras de riesgos, impidiendo con ello que la entidad actúe en dirección contraria a sus propósitos institucionales.

1.3.2.2 Identificación de Riesgos

Objetivo: Identificar los factores internos, externos procesos que pueden afectar el logro de los objetivos estratégicos y misionales del Hospital San Juan Bautista E.S.E. de Chaparral Tolima.

Una manera para que todos los servidores de la entidad conozcan y visualicen los riesgos, es a través de la utilización del formato del mapa de riesgos institucional, el cual define desde la clasificación del riesgo, nombre del riesgo, causas internas o externas, consecuencias, riesgos inherentes controles existentes, el riesgo residual, opción de manejo entre otros, los causas con base en los factores de riesgo internos y externos (contexto estratégico), presentando una descripción de cada uno de estos y finalmente definiendo los posibles efectos (consecuencias).

Entender la importancia del manejo del riesgo implica conocer con más detalle los siguientes conceptos:

- Proceso: Nombre del proceso.
- Riesgo: Representa la posibilidad de ocurrencia de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y afectar el logro de sus objetivos.
- Causas: Todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo.
- Probabilidad: Se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Esta puede ser medida con criterios de frecuencia o factibilidad.
- Impacto: Se entiende como las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.
- Consecuencia: Los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.

Para la identificación de los riesgos se requiere:

ELEMENTO	PRODUCTOS MINIMOS
Identificación de Riesgos	Identificación de los factores internos, externos de riesgo
	Riesgos identificados por procesos que puedan afectar el cumplimiento de objetivos de la entidad

1.3.3. Valoración del Riesgo

Los objetivos estratégicos y de proceso se desarrollan a través de actividades, pero no todas tienen la misma importancia, por lo tanto, se debe establecer cuáles de ellas contribuyen mayormente al logro de los objetivos y estas son las actividades críticas o factores claves de éxito; estos factores se deben tener en cuenta al identificar las causas que originan la materialización de los riesgos

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 20 de 65

El procedimiento para la valoración del riesgo parte de la evaluación de los controles existentes, lo cual implica:

- a. Describirlos (estableciendo si son preventivos o correctivos).
- b. Revisarlos para determinar si los controles están documentados, si se están aplicando en la actualidad y si han sido efectivos para minimizar el riesgo.
- c. Es importante que la valoración de los controles incluya un análisis de tipo cuantitativo, que permita saber con exactitud cuántas posiciones dentro de la Matriz de Calificación, Evaluación y Respuesta a los Riesgos es posible desplazarse, a fin de bajar el nivel de riesgo al que está expuesto el proceso analizado.

Para la valoración y evaluación del riesgo, se necesita:

ELEMENTO	PRODUCTOS MINIMOS
Valoración	Criterios para calificar el impacto – riesgos de gestión
	Criterios para calificar el impacto - riesgos de seguridad digital
	Variables
	Análisis del impacto
	Mapa de calor
	Criterios para calificar el impacto - riesgos de corrupción
Evaluación del Riesgo	Riesgo antes de controles
	Causas o fallas
	Controles
	Riesgos después de controles

2. CONCEPTO DE CONTROL INTERNO

Serie de estrategias y herramientas que permiten a una empresa privada o entidad pública, desde un análisis minucioso de los riesgos en todos los sectores, planificar de forma preventiva las acciones necesarias para cumplir de forma eficaz, eficiente y efectiva la misión y alcanzar los objetivos institucionales, diseñar e implementar métodos de monitoreo y evaluación para el mejoramiento. Siempre contando con la oportunidad de hacerle frente a las contingencias que puedan interferir con los propósitos de la organización.

Mediante el Decreto 1599 de 2005, se presentó el modelo estándar de control interno (MECI) como un texto técnico que expone tres principios: Autoregulación, autogestión y autocontrol, coordinados por la dirección; que divide el sistema en tres subsistemas, cada uno con tres componentes que, a su vez, contienen veintinueve elementos de control estandarizados.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

Figura 1. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

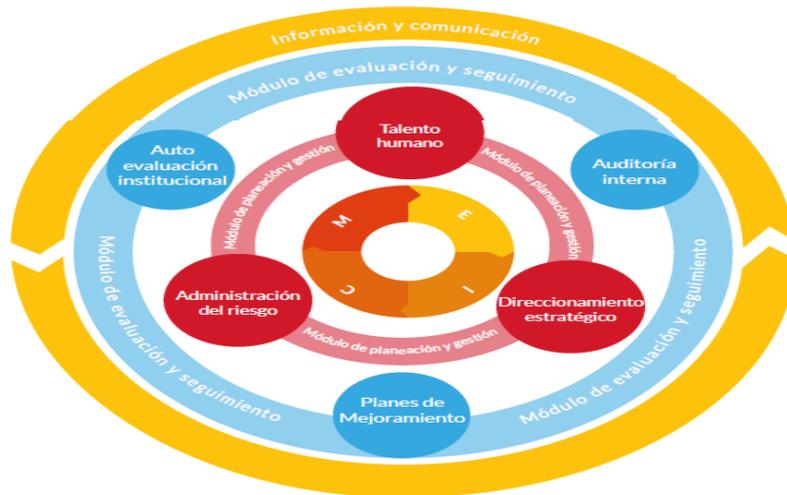


Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 22 de 65

Fuente: Adaptada del Departamento Administrativo de la Función Pública
 El Decreto 943 de 2014 actualizó el modelo estándar de control interno (MECI), con el fin de hacer más fácil su acogida e implementación articulándose con los objetivos y lineamientos de cada organización (Figura 2).

Figura 2: ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO MECI 2014

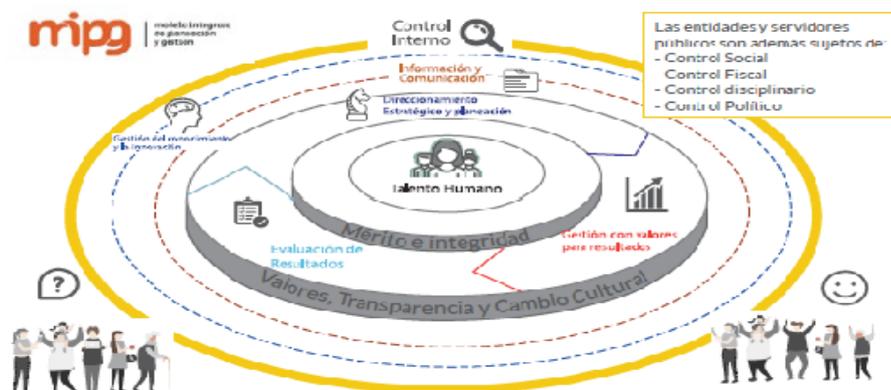


Fuente: Adaptada del Departamento Administrativo de la Función Pública

Finalmente, en el marco de la actualización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), aprobada y publicada en septiembre de 2017, se presentó el MECI en forma de la séptima Dimensión del MIPG, denominada "Control Interno", que plantea un modelo MECI muy diferente de las versiones 2005 y 2014. Presenta en sus estructuras mayor descripción de los elementos del ciclo PHVA, que en pudieron ser equivocadamente comparables con modelos de Sistemas de Gestión en su momento. Por lo tanto, de no modificar la estructura y su planteamiento, la versión 2014 del MECI podía entrar en conflicto con el MIPG debido a que este último hoy es planteado como el referente para establecer e implementar el Sistema de Gestión global de una entidad pública.

Con su estructura y planteamiento actual, el MECI se articula con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en perfecta armonía con las otras seis dimensiones y haciendo más pertinente el Sistema de Control Interno de las entidades públicas colombianas.

Figura 3. OPERACIÓN DEL MIPG BASADA EN SIETE DIMENSIONES.



Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 23 de 65

Fuente: Adaptada del Departamento Administrativo de la Función Pública



Fuente: Adaptada del Departamento Administrativo de la Función Pública (2017)

2.1 TIPOLOGÍA Y CONTROLES

- Control Operativo: Garantiza que las tareas específicas se llevan a cabo en forma efectiva y eficiente. Se realiza en los niveles de ejecución.
- Control de la Gestión: Garantiza que las actividades y en los recursos se dedican al logro efectivo y eficiente de los objetivos definidos en el proceso de planeación. Se efectúa en los niveles medios y superior (responsables de la ejecución de las estrategias).
- Control concurrente: Cuando el control se pone en práctica mientras la tarea se desarrolla, la forma más conocida es la supervisión directa.
- Control Posterior: Después de la acción. Es el tipo de control más común dependen de la retroalimentación. El control se da después de que la actividad terminó, este tipo de control proporciona información importante sobre lo efectivo del esfuerzo de planificación y los ajustes necesarios de la misma.

En cuanto a la tipología de los controles tenemos:

- Controles preventivos: Aquellos que disminuyen la probabilidad de ocurrencia de un riesgo, es decir, antes de que este ocurra.
- Controles detectivos: Aquellos que ayudan a identificar o detectar de manera oportuna cuando un riesgo se está materializando y, por tanto, mitigar el impacto.

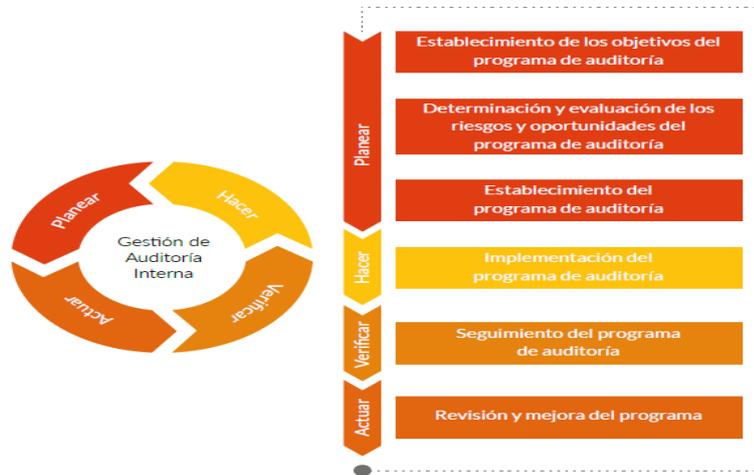
2.2 AUDITORIA INTERNA

La auditoría interna se ha consolidado en el mundo como un proceso de evaluación independiente al servicio de la alta dirección y de los responsables de los procesos de una organización, para que puedan

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

tener una mirada global y sistémica del desempeño de toda la organización y de su capacidad para cumplir requisitos y mejorar continuamente.

Figura 6: GESTIÓN DE UNA AUDITORÍA INTERNA.



Fuente: ESAP

Figura 7: DEFINICIÓN DE AUDITORÍA INTERNA, SEGÚN LA GUÍA DE AUDITORÍA PARA ENTIDADES PÚBLICAS - VERSIÓN 3.

Logros de los objetivos de la organización	Aseguramiento (Auditoría Interna)	Consultoría (asesoría)	Enfoque sistemático y disciplinado
Declaración de la Misión y Visión, esencial para entender la razón de ser de la entidad.	La Oficina de Control Interno es quien determina el objetivo y alcance de la auditoría.	La oficina de Control Interno brinda asesoramiento en diferentes temas de acuerdo con el análisis de aspectos críticos evidenciados en la entidad.	Se logra a través de la implementación de las etapas del proceso auditor desarrolladas en la presente guía, de forma global se enmarcan en: planificación, ejecución y comunicación de resultados del proceso de auditoría.
Categorías de Objetivos de la entidad: Estratégicos, de cumplimiento, operativos, entre otros, como marco para definir los objetivos de los trabajos de auditoría.	El cliente de auditoría (representante legal) puede solicitar auditorías especiales.	Puede darse a solicitud de la administración, se debe determinar el tiempo y alcance de la asesoría.	

Fuente: Función Pública 2018

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

2.2.1 Normas Internacionales para el ejercicio de la Auditoría Interna:

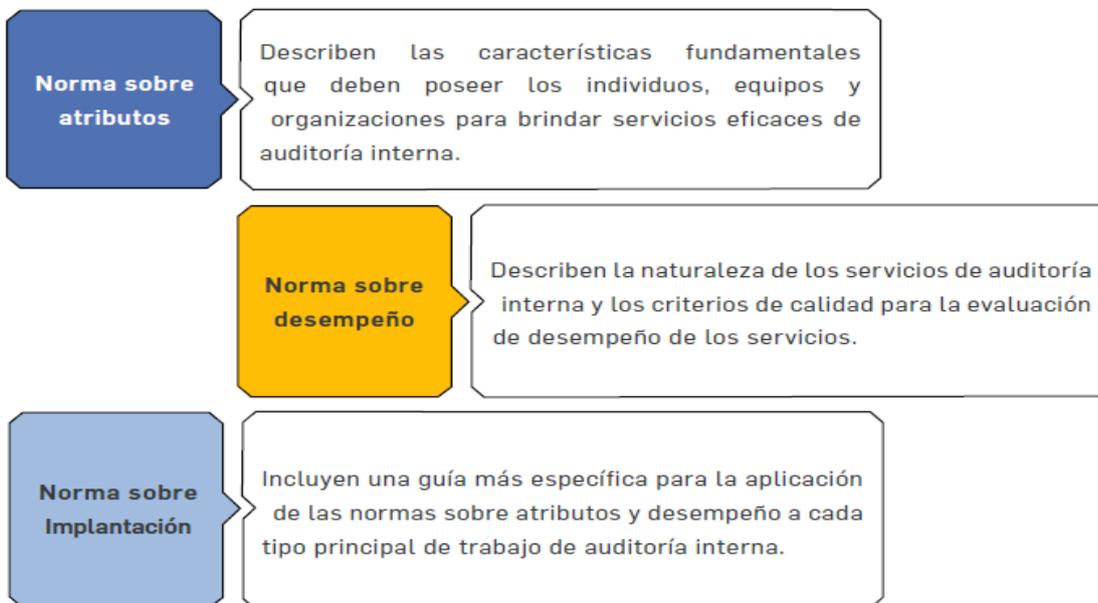
El Instituto de Auditores Internos (IIA) Global ha desarrollado las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna esenciales para el ejercicio de las responsabilidades de los auditores internos, las cuales se han venido incorporando con ocasión de la expedición del Decreto 648 de 2017 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública”, artículo 2.2.21.4.8 donde se adoptan los instrumentos para la actividad de auditoría interna. En este sentido, el marco internacional para la práctica profesional de auditoría interna (MIPP) formará parte de la presente Guía.

Estas normas de carácter internacional se basan en principios de obligatorio cumplimiento y tienen como propósitos esenciales:

- Definir los principios básicos que determinen cómo debe practicarse la auditoría interna.
- Proveer un marco para la realización y promoción de una amplia gama de actividades de auditoría interna con valor agregado.
- Establecer las bases para evaluar el desempeño de la auditoría interna
- Fomentar la mejora de los procesos y operaciones de la organización

Al respecto existen tres (3) tipos normas internacionales:

Figura 8. ESTRUCTURA DE LAS NORMAS INTERNACIONALES EN MATERIA DE AUDITORÍA INTERNA

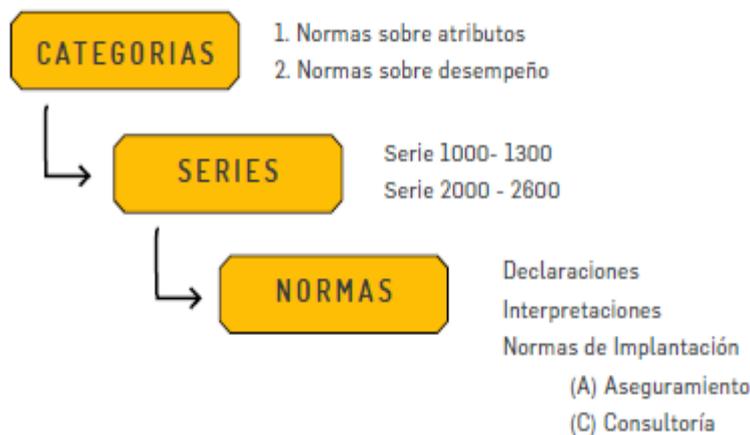
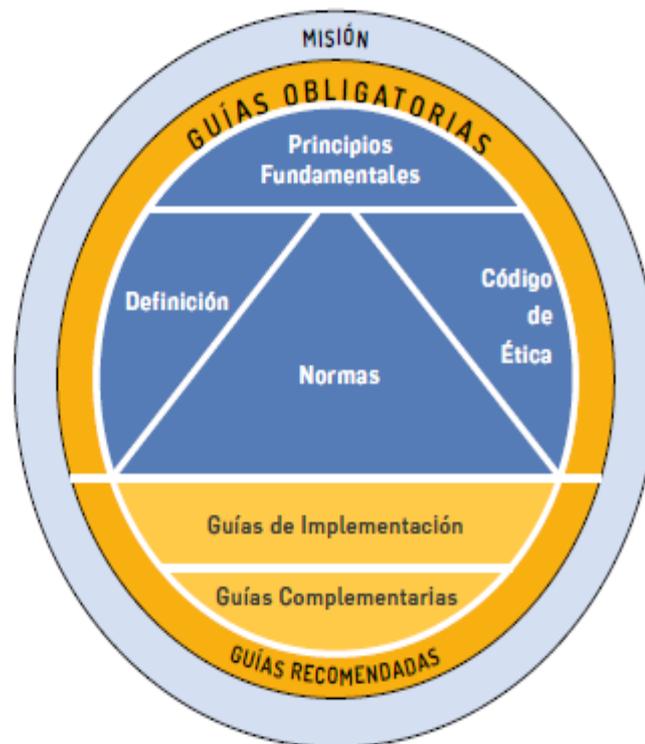


Fuente: Instituto De Auditores Internos (IIA) GLOBAL. Marco internacional para la práctica profesional de la auditoría interna. Actualizado Enero de 2017.

FUNCIÓN PÚBLICA -

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

- DOCUMENTO OFICIAL -



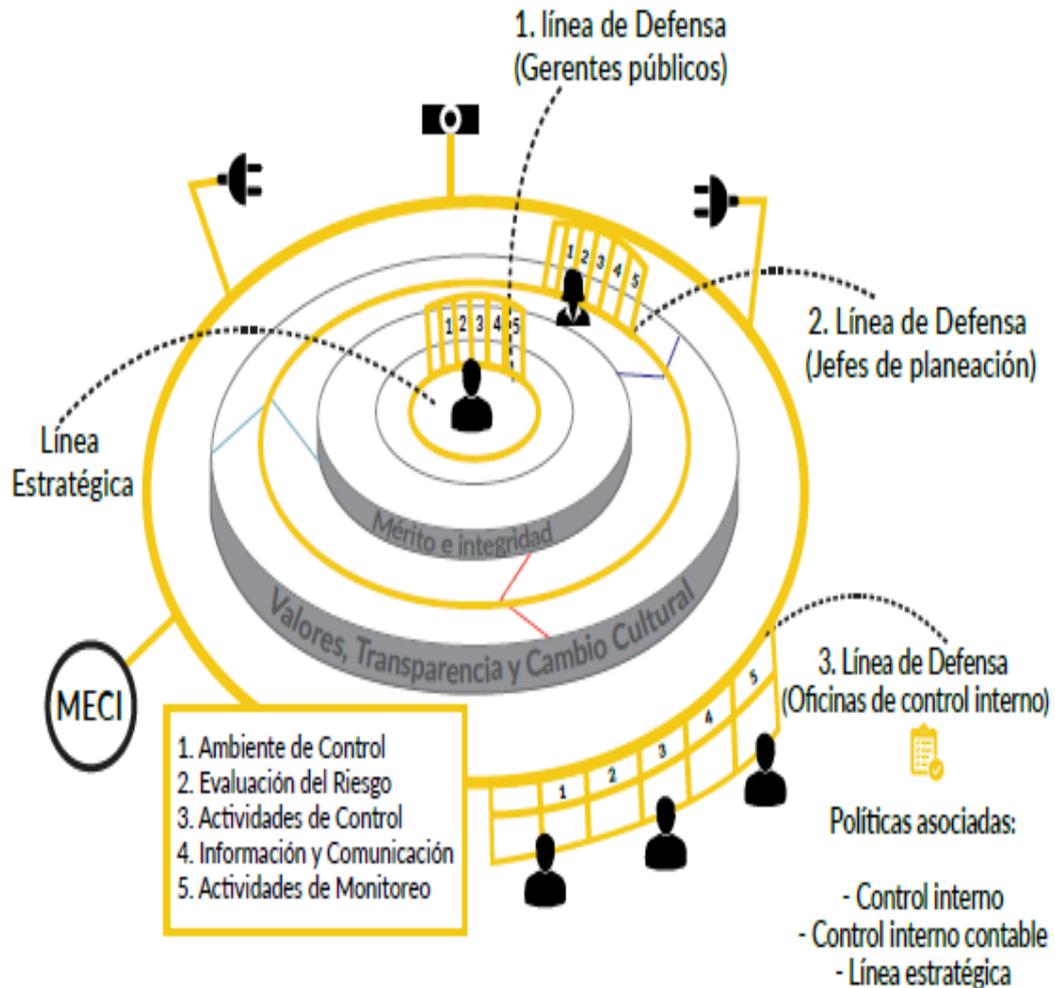
Fuente: Adaptado del Instituto Auditores Internos (IIA) Global por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2019.

2.3 Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), Dimensión de Control Interno

Control Interno presenta un esquema de asignación de responsabilidades, adaptada del modelo Líneas de Defensa, propuesto por el Instituto Internacional de Auditores IIA, que se presenta en la siguiente figura:

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

Figura 9. MODELO LÍNEAS DE DEFENSA COMO PARTE DE LA DIMENSIÓN CONTROL INTERNO DEL MIPG.



Fuente: Adaptada del Departamento Administrativo de la Función Pública (2018)

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 28 de 65

El modelo Líneas de Defensa presenta en su esquema la siguiente estructura:

Línea Estratégica: representa el rol que desempeñan los Comités de Auditoría de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado y/o a los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno, como al establecer la Política de Gestión de Riesgos y asegurarse de su permeabilización en todos los niveles de la organización pública, de tal forma que se conozcan claramente los niveles de responsabilidad y autoridad que posee cada una de las tres líneas de defensa frente a la gestión del riesgo.

Primera Línea de defensa: representa el rol que desempeñan los jefes de dependencias o responsables de procesos al asegurarse de implementar esta metodología para mitigar los riesgos en la operación, al realizar las actividades conforme a los procedimientos y al reportar a la segunda línea sus avances y dificultades.

Segunda Línea de defensa: representa el rol que desempeña el área encargada de la coordinar la gestión del riesgo, al difundir, asesorar y hacer seguimiento a la presente metodología, así como a los planes de tratamiento de riesgos identificados en todos los niveles de la entidad, de tal forma que se asegure su implementación.

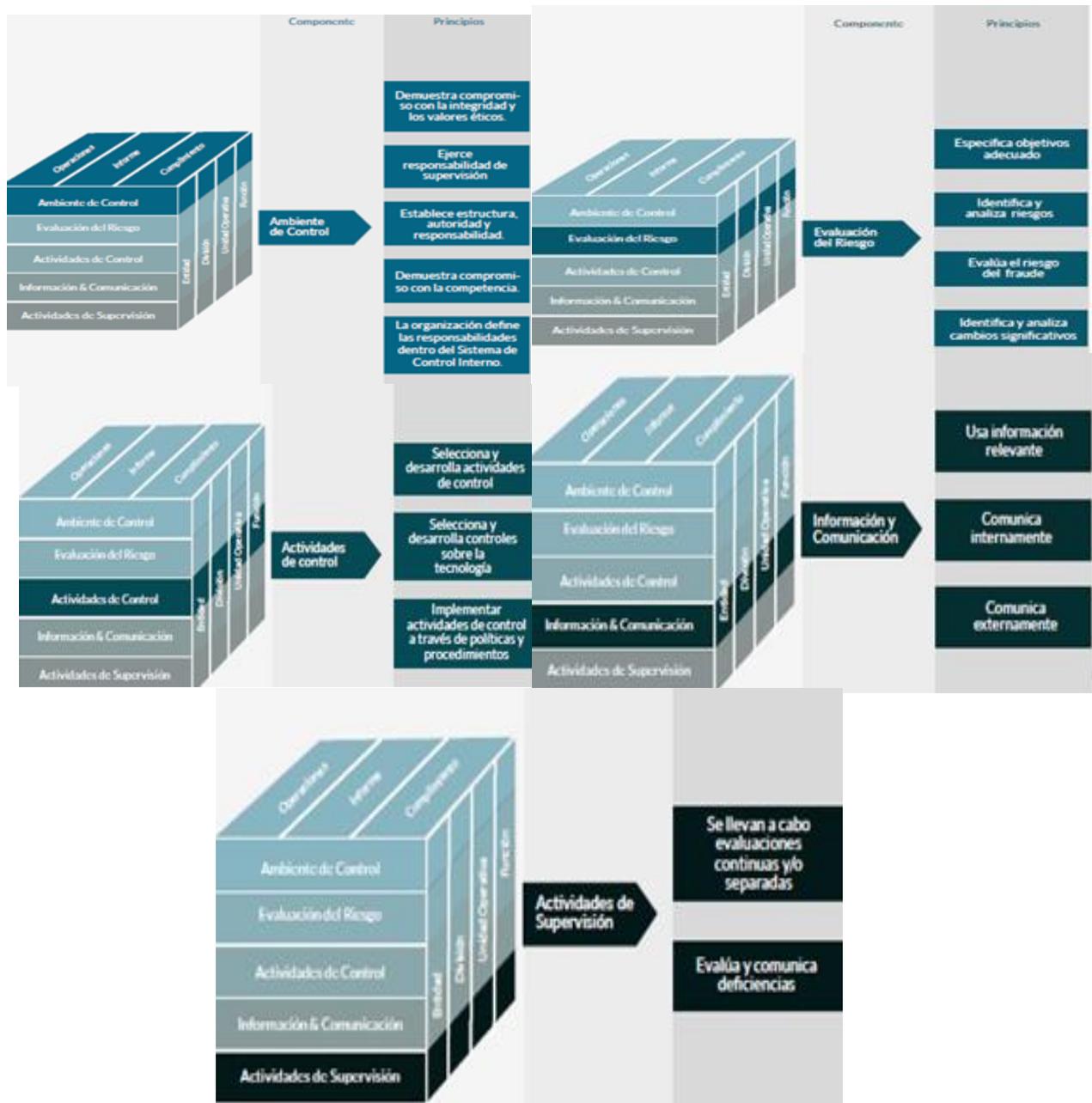
Tercera Línea de defensa: representa el rol que desempeñan las Oficinas de Control Interno al realizar la evaluación independiente sobre la gestión del riesgo en la entidad, catalogándola como una unidad auditable más dentro de su universo de auditoría; por lo tanto, debe dar a conocer a toda la entidad el Plan Anual de Auditorías basado en riesgos, y los resultados de la evaluación de la gestión del riesgo.

Para el MIPG es importante incorporar la política de control interno transversal a todas las actividades, procesos, procedimientos, políticas asociadas a la gestión, de manera tal que, a través de sus componentes, sea posible valorar la efectividad de la estructura de control interno.

La nueva estructura del modelo estándar de control interno (MECI), busca una alineación con las buenas prácticas de Control Interno a través del desarrollo de cinco componentes así: ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación y actividades de monitoreo, que coinciden con los definidos desde el modelo COSO The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (Comité de las Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión de Treadway), de igual forma, adapta el documento del Instituto de Auditores denominado Modelo de las tres líneas de defensa, basado en el cual se define el esquema de líneas de defensa como elemento articulador con las demás dimensiones del MIPG”.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación:09/12/2021

Figura 10. COMPONENTES DESDE LA PERSPECTIVA DEL MODELO COSO



Fuente: adaptada de Auditool (2017)

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 30 de 65

2.4 El sistema de Control Interno y su relación con otras políticas o sistemas de gestión aplicables al Sector Público.

El propósito es valorar lo siguiente:

- La efectividad del control interno de la entidad pública.
- La eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos.
- El nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos.
- Los resultados de la gestión.

El alcance de las competencias de la Oficina de Control Interno frente a la segunda línea de defensa es la encargada de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles (artículo 9º de la Ley 87 de 1993):

1. Atendiendo a las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna, la Oficina de Control Interno debe coordinar la programación general de las auditorías, a fin de contar con un panorama completo de los procesos auditores que se llevarán a cabo durante la vigencia, lo que implica una coordinación de las fechas y tiempos en los que estos se ejecutarán; de tal forma que no se presenten auditorías simultáneas a un mismo proceso o dependencia por parte tanto de los líderes de los sistemas de gestión bajo normas internacionales como de la Oficina de Control Interno.

Como complemento, será relevante que para los cierres de informe definitivo se reúnan y analicen los hallazgos comunes encontrados en las auditorías a normas o estándares internacionales versus los hallazgos de auditorías de la Oficina de Control Interno en el marco del MIPG, esto le permitirá racionalizar los planes de mejoramiento requeridos y evitará una carga excesiva para los procesos o áreas auditadas.

Debe establecer conclusiones integrales de los temas auditados y suministrar al representante legal y sus líderes un panorama claro en temas e información clave para la toma de decisiones.

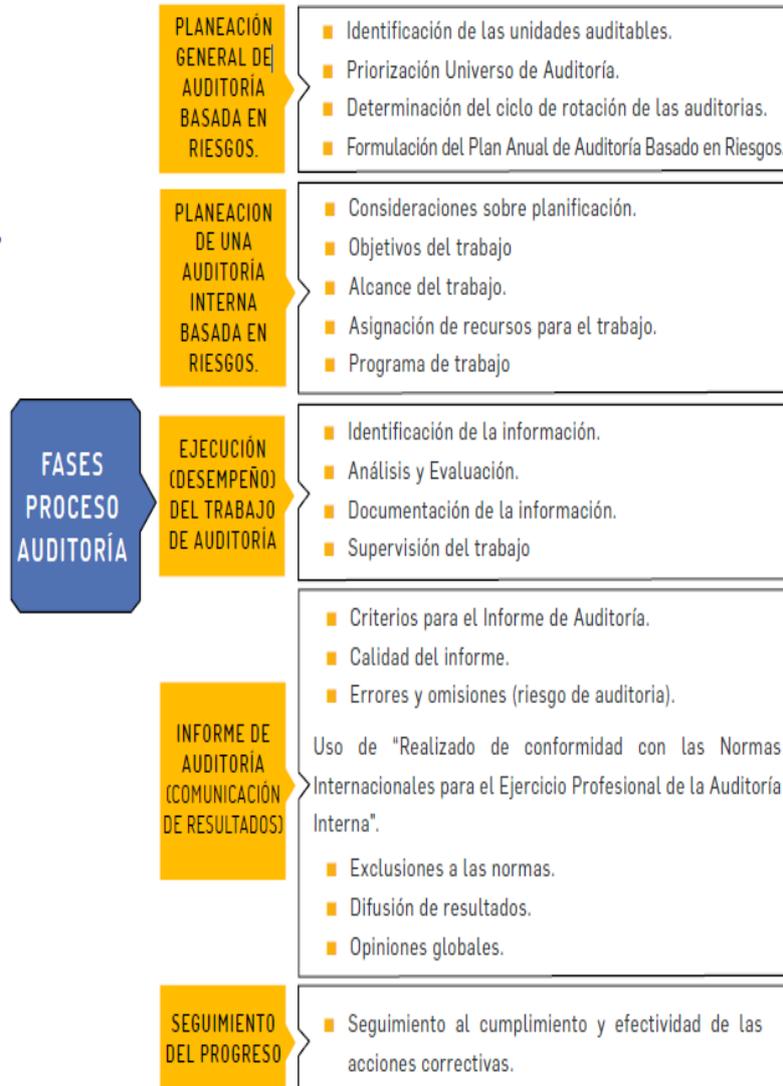
2. La Oficina de Control Interno es control de controles (tercera línea de defensa), por lo tanto, deberá evaluar el ejercicio efectuado por la segunda línea de defensa, dichas evaluaciones podrán variar en alcance y frecuencia, dependiendo de la importancia del riesgo, de su respuesta y de los resultados de las continuas evaluaciones o autoevaluaciones en las materias que correspondan (calidad, seguridad y salud en el trabajo, seguridad de la información, ambiental).

3. Metodología para la realización de la auditoría interna basada en riesgos

La propuesta metodológica para ejecutar el proceso de auditoría interna basada en riesgos se establece partiendo de la planeación general de la entidad para, posteriormente, realizar la planeación de cada auditoría sobre la base de análisis de riesgos relevantes, la ejecución, la comunicación de resultados (informe de auditoría) y el seguimiento a las acciones de mejora. El esquema general se muestra a continuación:

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

Figura 11. FASES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS AUDITORÍAS



Fuente: Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2019.

2.4.1 Fase 1. Planeación general de auditoría basada en riesgos

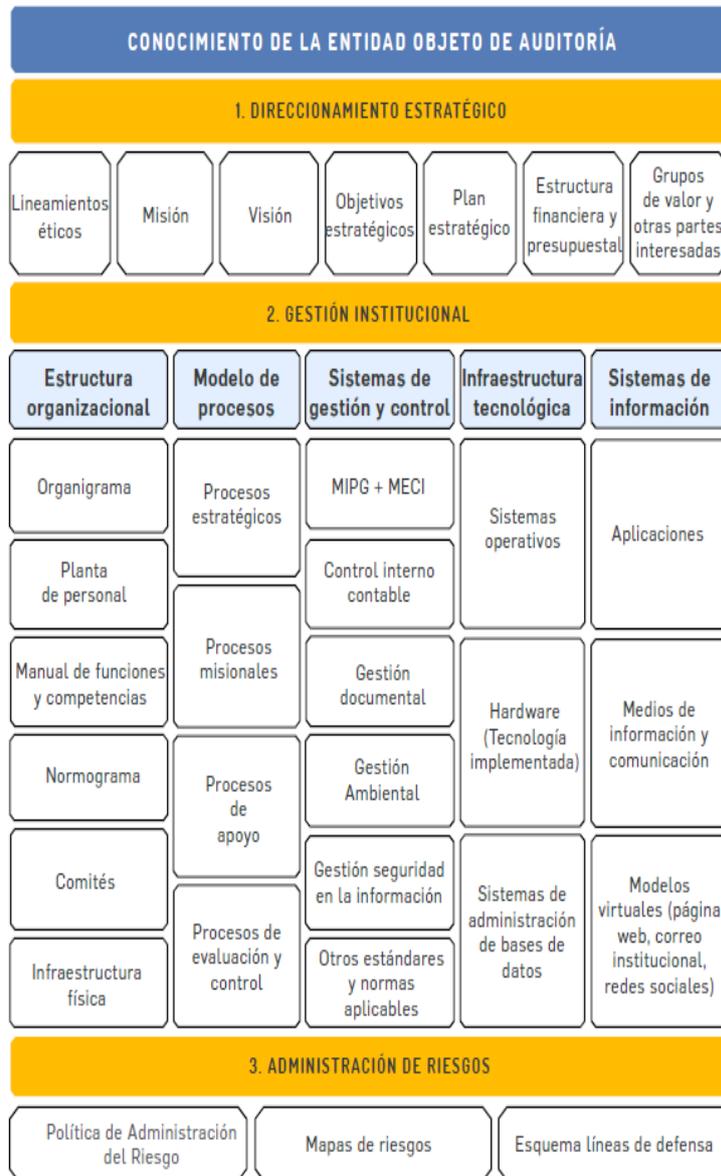
En esta fase se incluye la identificación de aspectos evaluables para conformar el universo de auditoría que será priorizado, determinar aquellos temas de mayor relevancia asociados al cumplimiento de la misión y objetivos estratégicos e identificar aquellos aspectos que presentan un alto nivel de riesgo o criticidad. Este análisis requiere del conocimiento y comprensión de la entidad.

2.4.1.1 Conocimiento de la entidad objeto de auditoría:

El Hace referencia a comprender las características de la entidad, considerando los aspectos que se muestran en el siguiente gráfico:

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

Figura 12. ASPECTOS PARA ANALIZAR PARA CONOCER LA ENTIDAD OBJETO DE AUDITORÍA



Fuente Función Pública

2.4.1.2 Identificación de los aspectos evaluables:

Se refiere a la forma en que se descompone, fragmenta o divide la entidad desde el punto de vista del evaluador independiente (Oficina de Control Interno o quien haga sus veces), de tal forma que se identifiquen todos aquellos aspectos que son susceptibles de ser evaluados y que se convertirán en un informe de auditoría o en un informe de evaluación o autoevaluación por parte de otros proveedores internos de aseguramiento que conformen la segunda línea de defensa.

Tales aspectos evaluables pueden ser macroprocesos, procesos, procedimientos, sistemas de gestión bajo estándares internacionales (a ser evaluados como 3ª línea de defensa), sistemas de información, activos de

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 33 de 65

seguridad de la información, unidades desconcentradas o descentralizadas (sucursales, regionales o zonales), áreas funcionales, proyectos, planes, programas y aspectos de la planeación estratégica y la gestión de riesgos, entre otros

2.4.1.3 Conformación y priorización del universo de auditoría basado en riesgos:

Se hace necesario registrar en una matriz de doble entrada, de tal forma que en las filas aparezcan las áreas auditables y en las columnas se incorporen los criterios de priorización que defina la Oficina de Control Interno, esto con el fin de determinar las áreas auditables más importantes, es decir, con mayor nivel de criticidad.

Al abordar el proceso de planificación general de auditoría las oficinas de control interno se enfrentan a un problema relacionado con su capacidad de respuesta, ya que, generalmente, el universo de auditoría ofrece posibilidades casi ilimitadas para auditar, pero los recursos son limitados, por lo que será importante centrarse en las áreas auditables con mayor criticidad.

Se hace la priorización a los que se les debe asignar un peso porcentual hasta que la suma de todos los porcentaje sea del 100%, al mismo tiempo, se define la escala de calificación a emplear la cuales: de 1 a 5, donde 1 es el de menor criticidad y 5 el máximo nivel de criticidad, esto le permitirá mapear el universo de auditoría, es decir, identificar los aspectos evaluables y asignar una calificación, luego, se multiplica por el porcentaje establecido en cada variable de priorización, hasta obtener el nivel de criticidad de todas las áreas auditables, para ello, se establecen los niveles o rangos de criticidad.

De este modo, para centrarse en los proyectos más críticos es necesario utilizar el siguiente modelo de priorización que puede incluir, entre otros, los siguientes aspectos (ver siguiente página):

Tabla 1. Descripción criterios de priorización universo de auditoría

Puntaje	Nivel riesgo inherente	Ultima Auditoría	Resultados Indicadores	Resultado cumplimiento plan de mejoramiento Contraloría o de la Of. Control Interno	Recurrencia de Hallazgos Auditorías Internas y Externas	Impacto en el Presupuesto	Impacto en objetivos estratégicos	Intereses del nivel directivo y la alta dirección
1	No tiene Riesgos Asociados	1 año o menos	No se requiere medir	No tiene plan de mejoramiento asociado o todos los tiene cerrados	No tiene hallazgos recurrentes	El presupuesto asignado representa menos del 1% del presupuesto general de la entidad	No tiene objetivo asociado	No solicitado o solicitado por 1 Gerente o Directivo. En su defecto, temas de seguimiento por la alta dirección tratados en Comité Directivo con menor repetición en un periodo de seis meses a 1 año (de 0 a 3 repeticiones en diferentes comités)
2	Los riesgos están en zona baja (zona de aceptación)	>1 año y <=2 años	Los resultados de todos los indicadores se encuentran en estado deseable (>=90%)	Tiene planes de mejoramiento abiertos con avance igual o mayor al 90%	Tiene 1 hallazgo recurrente	El presupuesto asignado representa un valor >= al 1% < al 5% del presupuesto general de la entidad	Impacta 1 objetivo	Solicitado por 2 Gerentes o Directivos. En su defecto, temas de seguimiento alta dirección tratados en Comité Directivo con penúltimo valor de repetición en un periodo de seis meses a 1 año (de 4 a 7 repeticiones en diferentes comités)
3	Tiene un riesgo o más en Calificación Moderada	3 años	Tiene indicadores en estado deseable y al menos uno en estado aceptable (>= 70% y < 90%)	Tiene planes de mejoramiento abiertos con avance entre el 75% y el 89%	Tiene 2 hallazgos recurrentes	El presupuesto asignado representa un valor >= al 5% < al 10 % del presupuesto general de la entidad	Impacta 2 objetivos	Solicitado por 3 Gerentes o Directivos. En su defecto, temas de seguimiento alta dirección tratados en Comité Directivo con ante penúltimo valor de repetición en un periodo de seis meses a 1 año (de 8 a 11 repeticiones en diferentes comités)

Fuente de Dirección y Desempeño Institucional de la Función Pública, 2019.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

Puntaje	Nivel riesgo inherente	Ultima Auditoría	Resultados Indicadores	Resultado cumplimiento plan de mejoramiento Contraloría o de la Of. Control Interno	Recurrencia de Hallazgos Auditorías Internas y Externas	Impacto en el Presupuesto	Impacto en objetivos estratégicos	Intereses del nivel directivo y la alta dirección
4	Tiene un riesgo o más en calificación Alta	4 años	Tiene un solo indicador en estado crítico (<70%)	Tiene planes de mejoramiento abiertos con avance entre el 50% y el 74%	Tiene 3 hallazgos recurrentes	El presupuesto asignado representa un valor \geq al 10% < al 20 % del presupuesto general de la entidad	Impacta 3 objetivos	Solicitado por 4 Gerentes o Directivos. En su defecto, temas de seguimiento alta dirección tratados en Comité Directivo con el segundo mayor valor de repetición en un periodo de seis meses a 1 año (de 12 a 15 repeticiones en diferentes comités)
5	Tiene un riesgo en calificación Extrema	5 años o más	Tiene dos o más indicadores en estado crítico. No tiene indicador asociado pero sí se requiere medir. Cuenta con indicador pero no se ha realizado la medición.	Tiene planes de mejoramiento abiertos con avance igual o inferior al 49%	Tiene 4 o más hallazgos recurrentes	El presupuesto asignado representa un valor \geq al 20% del presupuesto general de la entidad	Impacta 4 o más objetivos	Solicitado por 5 ó más Gerentes o Directivos. En su defecto, temas de seguimiento alta dirección tratados en Comité Directivo con el mayor valor de repetición en un periodo de seis meses a 1 año (16 o más repeticiones en diferentes comités)

Fuente de Dirección y Desempeño Institucional de la Función Pública, 2019.

2.4.1.4 Niveles de riesgo

- 1) **Nivel de riesgo inherente:** Corresponderá a los riesgos identificados sin controles asociados al aspecto evaluable, tal como se observa en la tabla propuesta, entre mayor sea el número de riesgos inherentes en niveles altos o extremos, sube su nivel de calificación.
- 2) **Tiempo desde la última auditoría:** Para este aspecto se tendrá en cuenta el tiempo transcurrido desde la última vez que fue auditado, entre mayor sea el número de años transcurridos, mayor será el puntaje obtenido para este ítem.
- 3) **Resultados indicadores de gestión:** para este criterio se requiere información del tablero de control de la entidad u otra herramienta mediante la cual se haga seguimiento a los indicadores de gestión institucional, a fin de determinar el nivel de cumplimiento.
- 4) **Resultado cumplimiento del Plan de Mejoramiento Contraloría o de la Oficina de Control Interno:** se tendrá en cuenta si el aspecto evaluable tiene planes de mejoramiento asociados y su estado de avance.
- 5) **Recurrencia de hallazgos sumando a auditorías internas y externas:** los hallazgos recurrentes son aquellos que el mismo ente de control interno o externo encuentra en diferentes auditorías y, en consecuencia, significa que las acciones no fueron efectivas.
- 6) **Impacto en el presupuesto y/o estados financieros:** para este análisis se tendrá en cuenta el presupuesto asignado al aspecto evaluable y su impacto frente al presupuesto general de la entidad.
- 7) **Impacto en los objetivos estratégicos:** En este criterio se debe considerar que existen algunos aspectos evaluables que impactan más que otros en los objetivos estratégicos, dada su relación

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 35 de 65

directa con la misión de la entidad o con los grandes proyectos que se desarrollan en el marco de su planeación estratégica.

- 8) **Intereses de la Alta Dirección (solicitudes del equipo directivo):** Para abordar este aspecto es importante analizar aquellas temáticas que suelen ser puestas a consideración por parte de la Alta Dirección en la mayoría de las reuniones de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o en las reuniones de Comité Directivo y que son temas de alto impacto para la entidad.

En estos casos, se recomienda que en una sesión del comité se indague sobre los aspectos que, en criterio de sus miembros, deberían ser auditados con mayor prioridad o, en su defecto, enviar por correo electrónico una encuesta con dicho interrogante, de tal manera que aquellos aspectos evaluables que sean solicitados por 5 o más miembros del nivel directivo obtengan 5 puntos, los que sean solicitados por 4 integrantes del nivel directivo obtengan 4 puntos y así hasta aquellos que solo hayan sido solicitados por un integrante del comité respectivo, en cuyo caso obtendrán la menor calificación, 1 punto. De no ser posible, se recomienda tomar como base los temas de mayor seguimiento por parte de la Alta Dirección, tratados en Comité Directivo y aquellos con el mayor valor de repetición en un periodo de seis meses a 1 año. Es importante precisar que, en todo caso, las solicitudes hechas por parte del representante legal deben calificarse con el más alto puntaje, a fin de incluirlas de manera prioritaria.

Una vez aplicados los criterios anteriormente explicados, se procede con la consolidación de calificaciones y pesos para llegar al nivel de criticidad final, para lo cual se propone la siguiente escala:

Tabla 2. Niveles de criticidad universo de auditoría

RANGO CALIFICACION	NIVEL DE CRITICIDAD	SEMÁFORO
>= 4 <= 5	EXTREMA	
>= 3 < 4	ALTA	
>= 2 < 3	MEDIA	
>= 1 < 2	BAJA	

Escala de calificación: 1 – 5

Fuente función pública

Los criterios de priorización, los pesos porcentuales y los rangos de calificación los determina el equipo de la Oficina de Control Interno de cada entidad en cabeza de la Asesora de Control Interno, o quien haga sus veces; no obstante, se incluye una matriz parametrizada con estos elementos para que sean adoptados o ajustados de acuerdo con las necesidades y complejidad de la entidad.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

Tabla 3. Matriz universal de Auditoria y priorización

Rango de calificación: 1-5

NIVELES DE CRITICIDAD		UNIDAD AUDITABLE	"RIESGO INHERENTE 15%"	"ÚLTIMA VEZ AUDITADO 10%"	"INTERESES DE LA ALTA DIRECCIÓN 20%"	"IMPACTO DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 25%"	"RESULTADOS AUDITORIAS ANTERIORES 10%"	"IMPACTO EN EL PRESUPUESTO 20%"	NIVEL DE CRITICIDAD
>4≤5: Extrema	Cada Año	Gestión de Recursos Físicos	4X0.15=0.6	4X0.10=0.4	4X0.20=0.8	5X0.25=1.3	5X0.10=0.5	5X0.20=1.0	4,6
>3≤4: Alta	Cada 2 Años	Asesoría Integral	3X0.15=0.5	4X0.10=0.4	4X0.20=0.8	3X0.25=0.8	5X0.10=0.5	4X0.20=0.8	3,8
>2≤3: Media	Cada 3 Años	Direccionamiento Estratégico	3X0.15=0.5	2X0.10=0.2	3X0.20=0.6	3X0.25=0.8	2X0.10=0.2	3X0.20=0.6	2,9
≤2: Baja	No Auditar	Gestión TIC's	3X0.15=0.5	1X0.10=0.1	2X0.20=0.4	2X0.25=0.5	2X0.10=0.2	1X0.20=0.2	1,8
		Gestión Documental	2X0.15=0.3	1X0.10=0.1	2X0.20=0.4	2X0.25=0.5	3X0.10=0.3	3X0.20=0.6	2,6
		Proyecto XXX	4X0.15=0.6	2X0.10=0.2	1X0.20=0.2	1X0.25=0.3	4X0.10=0.4	1X0.20=0.2	2,7
		Proyecto YYY	5X0.15=0.8	5X0.10=0.5	5X0.20=1.0	5X0.25=1.3	5X0.10=0.5	4X0.20=0.8	4,7
		Proyecto ZZZ	2X0.15=0.3	2X0.10=0.2	4X0.20=0.8	2X0.25=0.5	1X0.10=0.1	1X0.20=0.2	1,5
		Gobierno Corporativo	2X0.15=0.3	5X0.10=0.5	4X0.20=0.8	2X0.25=0.5	5X0.10=0.5	4X0.20=0.8	3,6
		Gestión del Riesgo	4X0.15=0.6	5X0.10=0.5	4X0.20=0.8	5X0.25=1.3	5X0.10=0.5	5X0.20=1.0	4,8
		Sistema de Control Interno	3X0.15=0.5	4X0.10=0.4	4X0.20=0.8	3X0.25=0.8	4X0.10=0.4	4X0.20=0.8	3,7
		Secretaría General	4X0.15=0.6	5X0.10=0.5	4X0.20=0.8	5X0.25=1.3	5X0.10=0.5	5X0.20=1.0	4,8
		Oficina de Planeación	3X0.15=0.5	4X0.10=0.4	4X0.20=0.8	3X0.25=0.8	4X0.10=0.4	4X0.20=0.8	3,7
		Oficina de Atención al Ciudadano	5X0.15=0.8	5X0.10=0.5	4X0.20=0.8	5X0.25=1.3	5X0.10=0.5	5X0.20=1.0	4,9
		Coordinación de Talento Humano	2X0.15=0.3	2X0.10=0.2	1X0.20=0.2	2X0.25=0.5	1X0.10=0.1	1X0.20=0.2	1,5

Fuente. Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de la función pública, 2019

2.4.1.5 Determinación del ciclo de rotación de las auditorías:

Tomando como base el nivel de criticidad y el tamaño del universo de auditoría de la entidad, se debe establecer un ciclo de rotación de las auditorías que indique la periodicidad con la que se van a auditar los aspectos evaluables de acuerdo con el nivel alcanzado y, en consecuencia, determinar la cantidad de años o vigencias que se tardaría en evaluar el universo de auditoría en su totalidad.

Para la definición del ciclo de rotación se propone el siguiente cuadro:

Tabla 4. Ciclo de rotación de las auditorías

NIVEL DE CRITICIDAD	SEMÁFORO	CICLO DE ROTACIÓN
EXTREMA		Cada año
ALTA		Cada 2 años
MEDIA		Cada 3 años
BAJA		No auditar

El ciclo de rotación de auditorías lo propone el equipo de la Oficina de Control Interno de cada entidad en cabeza del jefe de la Oficina de Control Interno y lo valida el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

2.5 Formulación del Plan Anual de Auditorías basado en riesgos:

El Plan Anual de Auditorías es el documento formulado por el equipo de trabajo de la Oficina de Control Interno, o quien haga sus veces en la entidad, cuya finalidad es planificar y establecer los trabajos a cumplir anualmente para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos y control.

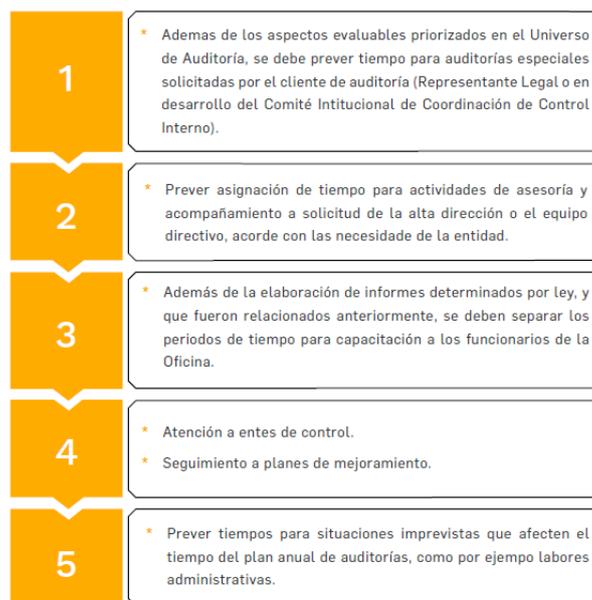
Dicho Plan Anual se formula de acuerdo con la priorización del universo de auditoría basado en riesgos y en el ciclo de rotación de auditorías, cabe señalar que este plan debe ser presentado ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y, además, debe incluir otros temas y obligaciones que le competen a la Oficina de Control Interno.

Esta planeación general puede extenderse al cuatrienio elaborando un Plan Cuatrienal de Auditoría basado en riesgos que muestre el universo de auditoría priorizado para cada año en los que serán valorados los aspectos evaluables.

Ahora bien, dado que este aparte hace referencia a la planeación general para la Oficina de Control de Interno, es importante que se incluyan, como parte de una programación general, aquellos componentes o capítulos que den cuenta de cada uno de los roles definidos en el Decreto 648 de 2017, así como aquellos trabajos establecidos por regulación externa, por ejemplo, los informes de ley que se encuentran bajo la responsabilidad de la Oficina de Control Interno

La inclusión de estos temas en el Plan Anual de Auditoría le permitirá a la Oficina de Control Interno establecer compromisos con los líderes de los procesos y otros asistentes al comité para que la entrega de información se haga en los tiempos requeridos y con la calidad y pertinencia que exige un informe externo que puede afectar la imagen y reputación de la entidad, así mismo, facilita su labor a la hora de su rendición de cuentas.

Figura 13. TEMAS PARA INCLUIR EN EL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA BASADO EN RIESGOS Y LA PLANEACIÓN GENERAL PARA LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.



Fuente. Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de la función pública, 2019

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

En cuanto al rol de enfoque hacia la prevención, que incluye la asesoría y el acompañamiento, es importante tener en cuenta la programación de actividades que permitan la implementación del esquema de líneas de defensa, de manera que la Oficinas de Control Interno puedan dedicar mayor tiempo a temas estratégicos para la entidad, en tanto las áreas auditables o evaluables serán cubiertas por la segunda línea de defensa (otros proveedores de servicios de aseguramiento) y, cuando aplique, por la Revisoría Fiscal (auditoría externa), esto permitirá contar con procesos de evaluación más integrales que aportan información clave para la toma de decisiones y para la mejora de la organización.

Fase 7. Planeación de cada auditoría interna basada en riesgos

A partir de este punto se determinan los lineamientos técnicos necesarios para la planeación de cada una de las auditorías programadas. Al respecto, las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna establecen que:

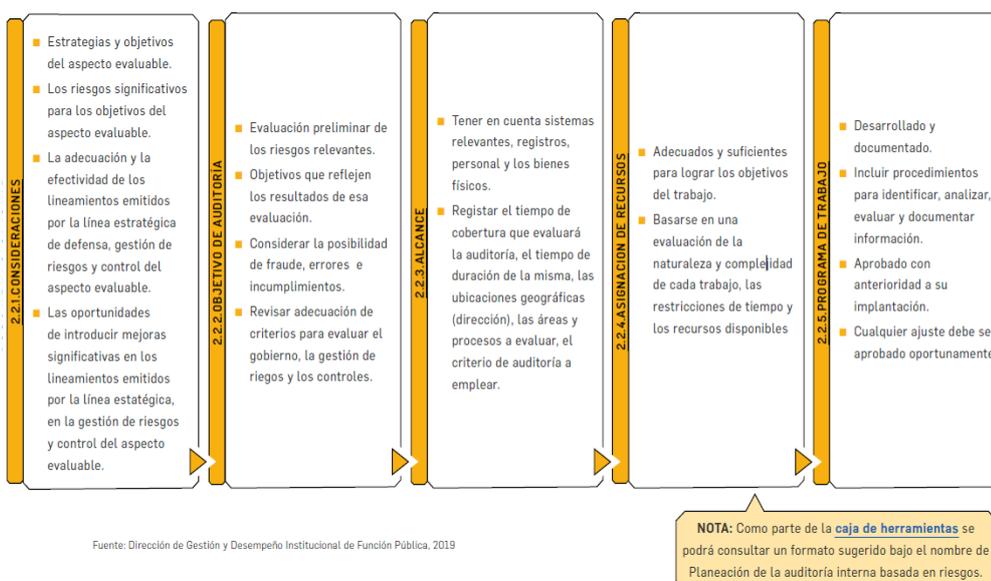
2.5.1 Planificación del Trabajo

Los auditores internos deben desarrollar y documentar un plan para cada trabajo que incluya los objetivos, el alcance, el tiempo y asignación de recursos. El plan debe considerar las estrategias y los objetivos de la organización y los riesgos relevantes para el trabajo. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p.56).

Es así como la planeación de cada auditoría interna deberá basarse en las estrategias, los objetivos y los riesgos relevantes de la entidad, por tanto, los auditores deben tener un profundo conocimiento de la planificación estratégica de la entidad, de los objetivos estratégicos, objetivos de proceso, así como de los riesgos que puedan obstaculizar su cumplimiento. Para efectos de asegurar la actividad de auditoría interna, focalice los esfuerzos en los factores críticos de éxito de cada unidad auditable.

Con esto se promueve la eficiencia en el manejo de los recursos de auditoría y se minimiza la posibilidad de invertir recursos en aspectos de menor relevancia para afianzar la certeza de agregar valor por medio de los trabajos de aseguramiento.

Figura 14. SE DESARROLLA UN RESUMEN DE LOS ASPECTOS A DESARROLLAR EN LA PLANEACIÓN DE LA AUDITORÍA



Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 39 de 65

Se pueden presentar seis (6) tipos de trabajos de auditorías de acuerdo con la temática o el tipo de trabajo como: Aseguramiento financiero, aseguramiento de controles, tecnología de la información, cumplimiento, operaciones e integrado (Función Pública,2018).

Figura 15. TIPOS DE TRABAJOS DE AUDITORÍA.

Tipo	Descripción
Aseguramiento financiero	Proporciona aseguramiento en relación con el logro de uno o más objetivos financieros (existencia u ocurrencia, integridad, valuación y asignación, derechos y obligaciones, presentación y revelación).
Aseguramiento de controles	Proporcionar aseguramiento en relación con el diseño y la operación de las actividades de control clave. Los controles pueden ser operativos, financieros o relacionados con el cumplimiento.
Tecnología de la Información (TI)	Proporcionar aseguramiento en relación con el diseño y la operación de las actividades de control general de Gobierno Digital.
Cumplimiento	Proporcionar aseguramiento en relación con el diseño y la operación de las actividades de control y los procedimientos existentes para asegurar el cumplimiento de las leyes, regulaciones, políticas, etc.
Operaciones	Proporcionar aseguramiento en relación con la eficacia y eficiencia de las operaciones de una organización, incluidos los objetivos de desempeño y rentabilidad y la protección de recursos contra pérdidas.
Integrado	Proporcionar aseguramiento en relación con cualquier combinación de los objetivos anteriores, por ejemplo, una auditoría de alcance completo puede incluir aseguramiento respecto de todos los tipos de trabajo antes mencionados.

Fuente: Fundación de Investigaciones del IIA. Auditoría Interna. Servicios de Aseguramiento y Consultoría. P 10 - 13. Función Pública, (2018).

ACTIVIDADES DE AUDITORIA INTERNA

Las actividades de auditoría se secuencian de tal forma que puedan adaptarse a las circunstancias de auditorías específicas. Sin embargo, como se observa en la Figura 16, deberían tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- 1) Asignación de roles y responsabilidades de los guías y los observadores
- 2) Realización de la reunión de apertura
- 3) Comunicación durante la auditoría
- 4) Disponibilidad y acceso a la información de la auditoría
- 5) Revisión de la información documentada durante la auditoría

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación:09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 40 de 65

- 6) Recopilación y verificación de la información
- 7) Generación de hallazgos de la auditoría
- 8) Determinación de conclusiones de la auditoría
- 9) Realización de la reunión de cierre

Figura 16. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE AUDITORÍA.



Fuente: ESAP

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 41 de 65

2.5.1.2 Consideraciones sobre planificación:

De acuerdo con las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna 2201 Consideraciones sobre planificación y con la Guía de implementación 2201 del MIPP, es importante que los auditores internos identifiquen, comprendan y documenten los objetivos estratégicos o institucionales a los que le aporta el aspecto evaluable, el objetivo del proceso relacionado con la unidad auditable, los riesgos inherentes altos y extremos que afectan el objetivo del proceso y el objetivo estratégico relacionado.

2.5.2 Objetivo del trabajo de auditoría:

Son los propósitos establecidos, lo que se busca lograr con la auditoría, será relevante tener en cuenta las diferentes categorías de objetivos de la entidad (estratégicos, de cumplimiento, operativos) y que serán de interés para la auditoría, en última instancia, el éxito del proceso dependerá de la claridad con que se establezcan los objetivos y que el equipo auditor conozca y entienda los objetivos de la entidad, ya que su óptima alineación se verá reflejada en los resultados finales y el aporte de dicho proceso a la mejora de la entidad.

Por tanto, es importante para los auditores internos establecer objetivos que tengan un propósito claro, que sean concisos y que estén vinculados a la evaluación de riesgos.

2.5.3 Alcance del trabajo:

El alcance se define en función del objetivo de auditoría, del riesgo de auditoría, de la naturaleza y características del proceso. Se incluyen aspectos como: límites del área o proceso, el periodo de tiempo en el que se debe realizar la auditoría, el periodo de tiempo que se va a evaluar o cubrir, los lugares de trabajo y componentes del área o proceso que se incluyen dentro del alcance.

2.5.4 Asignación de recursos para el trabajo.

Con base en el alcance descrito anteriormente se deben determinar el(los) auditor(es) interno(s) que realizará(n) la auditoría.

Es fundamental que los auditores internos asignados tengan el conocimiento, capacidades y experiencia necesaria, así como las competencias adicionales necesarias para desarrollar un trabajo competente y cuidadoso. Para ello, debe comprender los objetivos y el alcance, revisar los documentos de la planificación, así como la tecnología disponible que le pueda ser útil o necesaria para desarrollar un trabajo de calidad.

Por tanto, es importante que se asigne el personal apropiado para el trabajo, teniendo en cuenta su disponibilidad, conocimientos, capacidades y experiencia, en especial cuando se trata de capacidades especializadas en distintos ámbitos como información financiera, TIC, análisis de costos, capacidades específicas del sector u otras.

2.5.5 Programa de Auditoría:

Según la GTC ISO19011 (2018), los líderes del programa de auditoría deberían:

- a. Establecer el alcance del programa de auditoría de acuerdo con los objetivos pertinentes y cualquier restricción conocida.
- b. Determinar las cuestiones externas e internas; los riesgos y oportunidades que pueden afectar al programa de auditoría.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 42 de 65

- c. Implementar acciones correctivas para solucionarlos, integrándolas en todas las actividades de auditoría pertinentes.
- d. Asegurar la selección de los auditores sobre la base de sus competencias, de manera que, entre todas las competencias juntas, el equipo logre el nivel de competencia general necesario para realizar las actividades de las auditorías programadas, asignando responsabilidades, roles y delegando compromisos de liderazgo, según convenga para los objetivos de auditorías.
- e. Establecer todos los procedimientos necesarios para:
- La coordinación y el calendario de todas las auditorías dentro del programa.
 - El establecimiento de los objetivos, los alcances y los criterios de auditoría, determinando los métodos de estudio y la selección del equipo de trabajo.
 - La evaluación de los auditores.
 - El establecimiento de procesos de comunicación externos e internos, según sea apropiado.
 - La resolución de disputas y la gestión de las quejas.
 - El seguimiento de la auditoría, si es aplicable.
 - La presentación de informes al cliente de la auditoría y a las partes interesadas pertinentes según sea apropiado.
- e. Determinar y asegurar todos los recursos necesarios.
- f. Solicitar la aprobación del programa al cliente de la auditoría.
- g. Comunicar el programa de auditoría a todas las partes interesadas.
- h. Asegurarse del mantenimiento y preparación de la documentación necesaria, tal como los registros del programa de auditoría.
- i. Hacer seguimiento, revisar y mejorar el programa de auditoría.

El alcance es la extensión y los límites que enmarcan el programa de auditorías y puede variar dependiendo de la complejidad del sistema de gestión a auditar y de la información proporcionada por el auditado sobre su contexto.

El líder del programa es el responsable de determinar el alcance, que puede incluir los procesos que serán auditados, los lugares, e incluso la temporalidad que será objeto de verificación.

En la norma GTC ISO19011 (2018) se enuncia que algunos factores que tienen impacto en la extensión del alcance de un programa de auditoría son:

- a. El objetivo, alcance, duración, la cantidad de auditorías, el método de presentar informes y el monitoreo.
- b. Las normas de los sistemas de gestión a auditar o cualquier otro criterio aplicable.
- c. El número, importancia, complejidad, similitud y ubicación de las actividades a auditar.
- d. Los factores que inciden en la eficacia del sistema de gestión a auditar.
- e. Los criterios de auditoría aplicables, tales como los acuerdos planificados para las normas de sistemas de gestión pertinentes, los requisitos legales y reglamentarios además de otros requerimientos con los que la organización está comprometida.
- f. Los resultados de auditorías internas o externas y revisiones previas por parte de la dirección, si es apropiado.
- g. Los resultados de una revisión previa del programa de auditoría.
- h. El idioma, las cuestiones culturales y sociales.
- i. Las preocupaciones de las partes interesadas, tales como quejas de clientes, incumplimiento de las exigencias legales y reglamentarios además de otros requisitos con los que la organización está comprometida o cuestiones de la cadena de suministro.
- j. Los cambios significativos en el contexto del auditado o sus operaciones y los riesgos y oportunidades asociadas.
- k. La disponibilidad de las tecnologías de la información y comunicación para apoyar las actividades de auditoría, en particular el uso de métodos de auditoría remota.
- l. La ocurrencia de sucesos internos y externos, tales como no conformidades de los productos o servicios, filtraciones en la seguridad de la información, incidentes en

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 43 de 65

materia de seguridad y salud, actos delictivos o incidentes ambientales.
m. Los riesgos y oportunidades de negocio, incluyendo las acciones para tratarlos.

Implementación del programa de auditoría

En los primeros pasos para establecer el programa de auditoría, es decir, al determinar los recursos implicados, se debe llevar a cabo la planificación operacional y articular de forma coordinada todas las actividades de auditoría.

Según la GTC ISO19011 (2018), los líderes del programa deberían:

- a. Comunicar los componentes pertinentes del programa de auditoría, incluyendo los riesgos y oportunidades implicados, a las partes interesadas e informarles periódicamente de su progreso, usando los canales de comunicación externos e internos establecidos.
- b. Definir los objetivos, el alcance y los criterios para cada auditoría individual.
- c. Seleccionar los métodos.
- d. Coordinar y programar las auditorías y otras actividades pertinentes al programa.
- e. Asegurarse que los equipos auditores tengan la competencia necesaria.
- f. Proporcionar los recursos necesarios individuales y globales para los equipos auditores
- g. Asegurar la realización de las auditorías de acuerdo con el con el programa gestionando todos los riesgos operacionales, oportunidades y cuestiones (es decir, eventos inesperados), según surjan durante el despliegue del programa.
- h. Asegurarse que la información documentada pertinente, relativa a las actividades de auditoría, se gestiona y mantiene adecuadamente.
- i. Definir e implementar los controles operacionales necesarios para el seguimiento del programa.
- j. Revisar el programa con el fin de identificar oportunidades para mejorarlo.

En la Guía de Auditoría para Entidades Públicas Versión 3 (2018) se incluye la quinta fase denominada inclusión del total de auditorías por desarrollar en la vigencia, donde se enuncia:

“La entidad debe comunicar al interior de esta todas las fechas en las que llevarán a cabo las auditorías establecidas en el plan para la vigencia anual, tal como se especifica en la dimensión de gestión de la información y comunicación de control interno”

El Seguimiento del programa de auditoría: El líder del programa de auditoría debe asegurar el monitoreo y evaluación de los siguientes aspectos:

- Del cumplimiento de los cronogramas y del logro de los objetivos del programa.
- Del desempeño de los miembros del equipo auditor, incluyendo al líder del equipo y a los expertos técnicos.
- De la capacidad del equipo para ejecutar con eficacia los planes de las auditorías en sitio.
- La retroalimentación de los clientes de la auditoría, de los auditados, de los auditores, de los expertos técnicos y de otras partes pertinentes.
- La suficiencia y adecuación de la información de todo el proceso de auditoría.

Como resultado del ejercicio de seguimiento se puede presentar la necesidad de hacer ajustes en el programa de auditoría.

Revisión y mejora del programa de auditoría: El cliente de la auditoría y el líder del programa deben revisar el programa para evaluar si se han alcanzado sus objetivos. Toda la información resultante de la revisión y las lecciones aprendidas deberían usarse como insumo para gestionar riesgos y mejorar el próximo programa.

Según la GTC ISO19011 (2018) la revisión del programa de auditoría debería incluir:

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación:09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 44 de 65

- a. Los resultados y tendencias del seguimiento del programa de auditoría.
- b. La conformidad con los procesos del programa de auditoría y con la información documentada pertinente.
- c. La evolución de las necesidades y expectativas pertinentes de las partes interesadas.
- d. Los registros del programa de auditoría con la información documentada que sean pertinentes.
- e. Los métodos de auditoría alternativos o nuevos
- f. Los métodos alternativos o nuevos para evaluar a los auditores.
- g. La eficacia de las acciones para tratar los riesgos y oportunidades, y cuestiones internas y externas asociadas con el programa de auditoría.
- h. Los temas de confidencialidad y seguridad de la información relacionados con el programa.

Tabla 5. Ejemplo programa de trabajo

ALCALDÍA XYZ OFICINA DE CONTROL INTERNO PROGRAMA DE TRABAJO									
TÍTULO AUDITORÍA: Auditoría al Proceso Gestión del Talento Humano									
OBJETIVO DE LA AUDITORÍA: evaluar el diseño y efectividad de los controles internos en las etapas de vinculación, inducción, reinducción y evaluación del desempeño, del proceso Gestión del Talento Humano, así como de los controles al objetivo estratégico de la Alcaldía XYZ al que le aporta.									
ALCANCE DE LA AUDITORÍA: la auditoría se realizará entre el 10 de febrero y el 20 de marzo de 2020 en las instalaciones de la Alcaldía del Municipio XYZ, ubicada en la carrera 3ra con calle 10, en el área de Talento Humano y se enfocarán en las operaciones realizadas entre el 1º de enero y el 31 de julio de 2018 del Proceso de Gestión del Talento Humano, incluyendo los procedimientos "vinculación", "Inducción y reinducción" y "evaluación del desempeño", tomando como base (criterio de auditoría) la regulación externa e interna sobre el particular que delimitan su funcionamiento y ejecución, tales como la Ley 1952 de 2019, Ley 909 de 2004, así como la Resolución xxxx de 2018, la Resolución xxxx de 2016, la caracterización del Proceso Gestión del Talento Humano versión 5 de julio de 2019 y los procedimientos e instructivos de "vinculación", "Inducción y reinducción" y "evaluación del desempeño".									
RECURSOS: dos auditores(as) internos, uno(a) de ellos(as) que cuente con estudios en Ingeniería Industrial y experiencia en el Proceso de Talento Humano y el(la) otro(a) con estudios en Ingeniería de Sistemas y experiencia en Talento Humano.									
OBJETIVO	RIESGOS	CAUSA	NIVEL DE RIESGO	CONTROL	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA	AUDITOR	FECHA / HORAS O DÍAS	REF. PAPEL TRABAJO	OBSERVACIÓN O HALLAZGO
Estratégico: A 2023 la Alcaldía XYZ será vista como uno de los mejores referente del Departamento xxxx en la gestión de su talento humano, por medio de planes programas y proyectos que maximicen hasta en un 90% su potencial y compromiso institucional.	Disminución de posiciones en el ranking departamental de alcaldías en el Manejo de su talento humano.	Falta de seguimiento a los planes y programas	ALTO	1. Tablero de control.	1. Entrevistas	Carlos Camilo Cuero Cruz (Ing. Industrial)	1. 02/03/2020 – 3 días		
				2. Indicador: Ranking departamental de alcaldías en el Manejo de su talento humano.	2. Observación		2. 05/03/2020 – 2 días		
				3. Indicador: Eficacia en planes y programas de talento humano = (número de planes y programas desarrollados para potenciar el talento humano / número de planes y programas proyectados) x 100	3. Recálculos		3 y 4. 09/03/2020 – 5 días		
					4. Procedimientos analíticos				

Fuente función pública

2.5.5.1 Tipos de trabajos de auditoría

Entre los tipos de auditorías a desarrollar se pueden mencionar:

- Auditorías internas basadas en riesgos: que desarrollan todo el protocolo enunciado en la presente guía.
- Auditorías internas de cumplimiento: dispuestas por una regulación externa a la entidad, se focalizan en factores críticos de éxito identificados desde el Gobierno nacional y el legislador e, igualmente, son basadas en riesgos.
- Auditorías específicas: que surgen a petición de la Alta Dirección, o del equipo directivo de la entidad, ante una eventualidad o coyuntura, igualmente son basadas en riesgos.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

- Auditorías de seguimiento: realizadas al cumplimiento y efectividad de las acciones correctivas producto de auditorías anteriores.
- Auditorías de sistemas o de TIC: auditorías especializadas que evalúan la infraestructura tecnológica, el software, hardware, redes y demás aspectos relacionados que soportan la información y las comunicaciones de la entidad y que, igualmente, deben estar basadas en riesgos.

2.5.6 Procedimientos de auditoría: A continuación, se muestran algunos de los procedimientos de auditoría aplicables. La decisión sobre cuáles utilizar dependerá del objetivo y alcance del trabajo a realizar.

Tabla 6. Procedimientos de Auditoría

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN
CONSULTA	<ul style="list-style-type: none"> Se realizan preguntas al personal del proceso auditado o a terceros y obtener sus respuestas bien sean orales o escritas. Los tipos de consulta más formales incluyen entrevistas, encuestas y cuestionarios.
OBSERVACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Se observan a las personas, los procedimientos o los procesos. Una limitación importante de la observación es que proporciona información en un momento determinado, por lo que el auditor no puede concluir que lo observado es representativo de lo que sucede de forma general.
INSPECCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Se estudian documentos y registros, y en examinar físicamente los recursos tangibles. Los auditores internos deben reconocer y considerar su nivel de competencia (en otras palabras, su capacidad para comprender lo que leen y lo que ven).
REVISIÓN DE COMPROBANTES	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza específicamente para probar la validez de la información documentada o registrada.
RASTREO	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza específicamente para probar la integridad de la información documentada o registrada.
PROCEDIMIENTOS ANALÍTICOS	<ul style="list-style-type: none"> Se utilizan para identificar anomalías en la información tales como fluctuaciones, diferencias o correlaciones inesperadas. Dichas anomalías pueden ser indicadoras de transacciones o eventos inusuales, de errores o de actividades fraudulentas que requieren una mayor atención o profundidad en el análisis.
CONFIRMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Consiste en la obtención de verificación directa por escrito de la exactitud de la información proveniente de terceros independientes

Fuente: Fundación de Investigaciones Instituto de Auditores IIA Global. Auditoría Interna: servicios de aseguramiento y consultoría, p 9-18.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p>	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 46 de 65

Fase 3. Ejecución (desempeño) del trabajo de auditoría

Antes de desarrollar el trabajo, es bueno que los auditores internos revisen la información derivada del proceso de planificación, que puede incluir:

Objetivos de trabajo que reflejan los resultados de la evaluación de riesgos preliminar realizada por la actividad de auditoría interna.

Los criterios que se utilizarán para evaluar las políticas y lineamientos emitidos por la línea estratégica de defensa, la gestión de riesgos y los controles del área o proceso bajo revisión.

El programa de trabajo que contenga la relación objetivo – riesgo – causa – control – procedimiento de auditoría registrada en la fase de planificación que se empleará para identificar, analizar y documentar la información (evidencia de auditoría).

El trabajo desarrollado durante la fase de planificación normalmente se documenta en los papeles de trabajo y se referencia en el programa. El trabajo puede incluir:

Una matriz de riesgos y controles que vincule riesgos y controles con el enfoque de la auditoría, los resultados, las observaciones y las conclusiones de las pruebas que se realicen.

Mapas de procesos, flujogramas y/o descripciones de los procesos de control.

Los resultados de las evaluaciones de la idoneidad del diseño de los controles.

El plan y el enfoque para probar la efectividad de los controles clave.

La evaluación de la idoneidad del diseño de los controles es una tarea que debe ser realizada como parte de la planificación del trabajo, porque ayuda a los auditores internos a identificar claramente los controles clave sobre los que se realizarán posteriormente pruebas de eficacia.

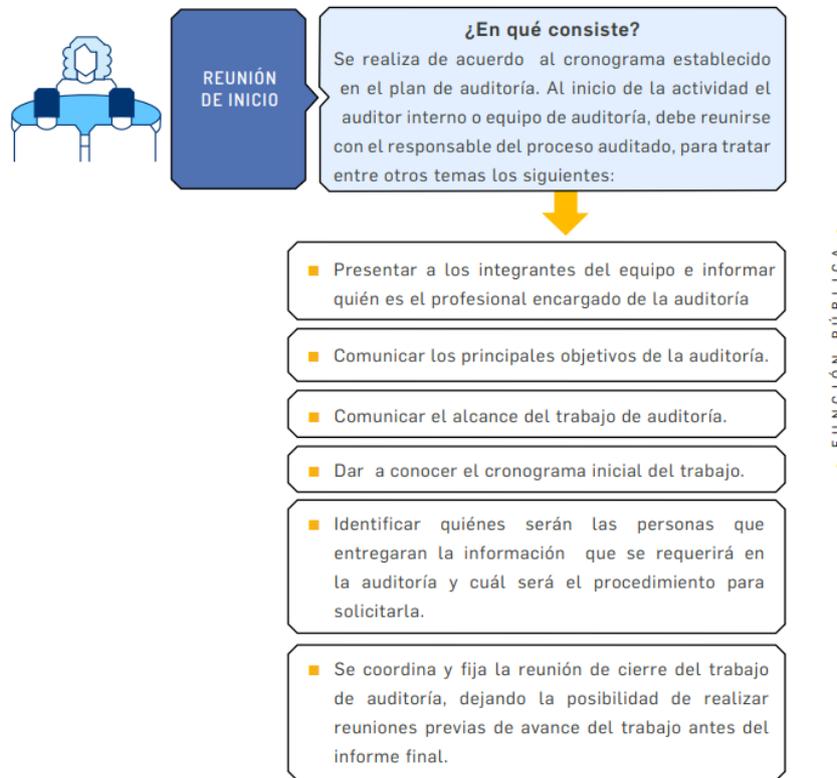
En esta fase se ejecutan las actividades definidas para obtener y analizar toda la información del proceso que se audita, lo cual permite contar con evidencia suficiente, confiable, relevante y útil para emitir conclusiones. Esta fase contempla las siguientes actividades:

2.5.6.1 Reunión de inicio

En esta etapa forma se lleva a cabo la reunión de apertura de la auditoría y se explica en el siguiente esquema:

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación:09/12/2021

Figura 17. REUNIÓN DE INICIO



Fuente: Elaboración Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2018.

En el marco de las buenas prácticas en materia de auditoría interna, es importante que se incorpore la carta de representación definida en el Decreto 648 de 2017, por tratarse de uno de los instrumentos para la actividad de la auditoría interna, en tanto permite garantizar que durante el proceso de auditoría, el auditado se comprometa a entregar la información requerida previamente en los plazos señalados, con la calidad, consistencia e integridad requeridas para que la Oficina de Control Interno pueda evaluar y tener un pronunciamiento objetivo sobre la unidad auditable.

Es importante que esta carta sea suscrita al momento de realizar la reunión de apertura de cada auditoría, así mismo, debe estar dirigida a la Asesora de Control Interno, o quien haga sus veces, y firmada por el líder del proceso auditado.

En la carta de compromiso se describe la naturaleza y alcance del trabajo, la responsabilidad del auditor y la fecha en que se entregará el informe final, información que se formaliza con el representante legal o el líder del proceso. Esta carta de compromiso ayuda a mejorar la comunicación entre el auditor y el auditado, en tanto le da a conocer de antemano los temas que serán objeto de auditoría y el tiempo de duración, entre otros aspectos que puede incluir para mejorar la ejecución posterior del proceso auditor.

2.5.6.2 Solicitud de la información:

Las normas para el ejercicio profesional de la auditoría interna establecen en este segmento lo siguiente:

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 48 de 65

2.5.6.3 Identificación de la Información.

Los auditores internos deben identificar información suficiente, confiable, relevante y útil de manera tal que les permita alcanzar los objetivos del trabajo.

2.5.6.4 Interpretación:

La información suficiente está basada en hechos, es adecuada y convincente, de modo que una persona prudente e informada sacaría las mismas conclusiones que el auditor. La información confiable es la mejor información que se puede obtener mediante el uso de técnicas de trabajo apropiadas. La información relevante apoya las observaciones y recomendaciones del trabajo y es compatible con sus objetivos. La información útil ayuda a la organización a cumplir con sus metas. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p 58).

La actividad de auditoría interna emplea un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de las políticas y directrices emitidas por la línea estratégica, los procesos de gestión de riesgos y control.

El enfoque sistemático y disciplinado requiere que los auditores internos identifiquen, analicen, evalúen y documenten la información en la que se apoyarán los resultados de la auditoría y sus conclusiones.

Por lo tanto, es importante que la Asesora de control interno establezca un sistema de documentación de la información, incluyendo notas de referenciación estandarizadas (por ejemplo, símbolos y marcas) y que los auditores internos utilicen este sistema en forma consistente. Esta estructura debe estar asociada a las tablas de retención documental de la entidad.

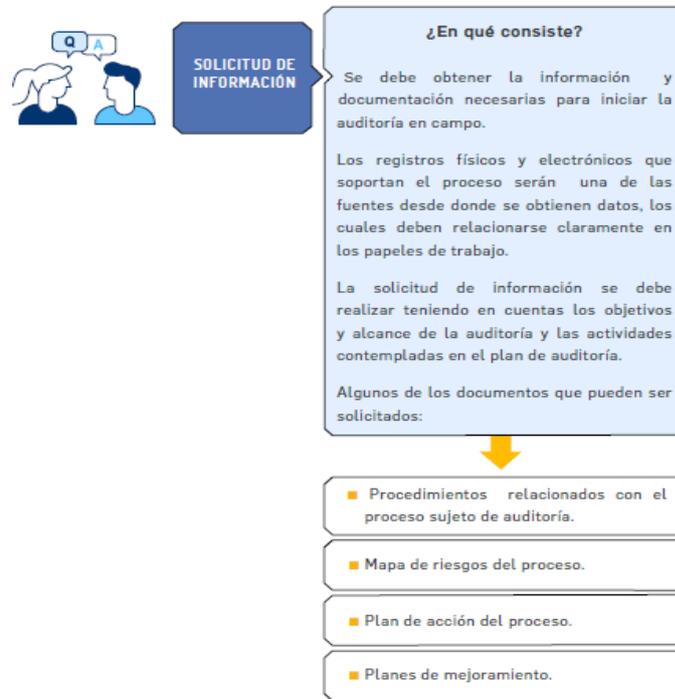
Por su parte, las marcas de auditoría son convenciones de símbolos que registran los auditores al aplicar las técnicas de auditoría en los papeles de trabajo y evidencian el resultado o conclusión a la que ha llegado el auditor sobre cada tema revisado, por ejemplo: * = todo en orden, - = error encontrado, + = hallazgo positivo, ? = profundizar en la revisión, (P) = pendiente de revisar. Las marcas o convenciones de auditoría son opcionales en cuanto a su uso, pero pueden ayudar a que las evidencias de auditoría sean mucho más comprensibles al momento de sustentar los hallazgos u observaciones.

Es importante tener en cuenta que como los recursos del trabajo son limitados, los auditores internos deben identificar y priorizar la información más relevante y útil (información que respalda o da credibilidad a las observaciones y recomendaciones del trabajo). “También, es clave para los auditores internos evaluar de forma crítica toda la información del trabajo en su conjunto, en lugar de confiar en desviaciones aisladas.” (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco internacional para la práctica profesional de auditoría interna. 2017, p 211), esto indica que los auditores no deben llegar a conclusiones sobre el proceso por errores o fallas puntuales que no pueden asociarse a la totalidad de actividades del este, lo que exigirá ampliar la muestra de auditoría o bien aplicar pruebas adicionales para poder soportar sus hallazgos y recomendaciones.

Finalmente, teniendo en cuenta que el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 dice que “(...) los informes de los funcionarios del control interno tendrán valor probatorio en los procesos disciplinarios, administrativos, judiciales y fiscales cuando las autoridades pertinentes así lo soliciten”, es necesario que los anteriores aspectos se analicen a la luz de las tablas de retención documental (TRD) de la entidad, a fin de establecer los registros y evidencias que deberán ser retenidos y conservados de los procesos auditores que se adelanten, ya que se trata de información que soporta todo el proceso auditor y el informe final con destino a la administración.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

Figura 18. SOLICITUD DE INFORMACIÓN



Fuente: Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2018.

2.5.6.5 Análisis y evaluación

La norma 2320 denominada Análisis y Evaluación requiere que los auditores internos analicen profundamente la información obtenida durante el proceso de auditoría antes de extraer las conclusiones.

El programa se vincula con los papeles de trabajo que documentan la información producida y las conclusiones resultantes. Entre los ejemplos de papeles de trabajo habituales están los siguientes: un memorando de planificación o una lista de comprobación, flujogramas o descripciones narrativas de los procesos clave, un mapa de riesgos a nivel de procesos y una matriz de riesgos y controles que documenten los vínculos entre los riesgos, los controles, el enfoque de las pruebas, los resúmenes de las entrevistas, los resultados, las evidencias y las conclusiones.

Ejecutar el trabajo de auditoría implica realizar las pruebas indicadas en el programa de trabajo para recopilar las evidencias sobre la eficacia operativa de los controles clave. Al basarse en la matriz de riesgos y controles y en el programa de trabajo, es común que los auditores internos cuenten con una lista de procedimientos y pruebas específicas para realizar.

Otros factores que son generalmente establecidos en el programa de trabajo incluyen objetivos de las pruebas, criterios, enfoque, procedimientos y la población, además de la metodología para obtener la muestra y el tamaño de esta. No obstante, es viable que sea necesario determinar algunos detalles en las etapas iniciales de la ejecución del trabajo.

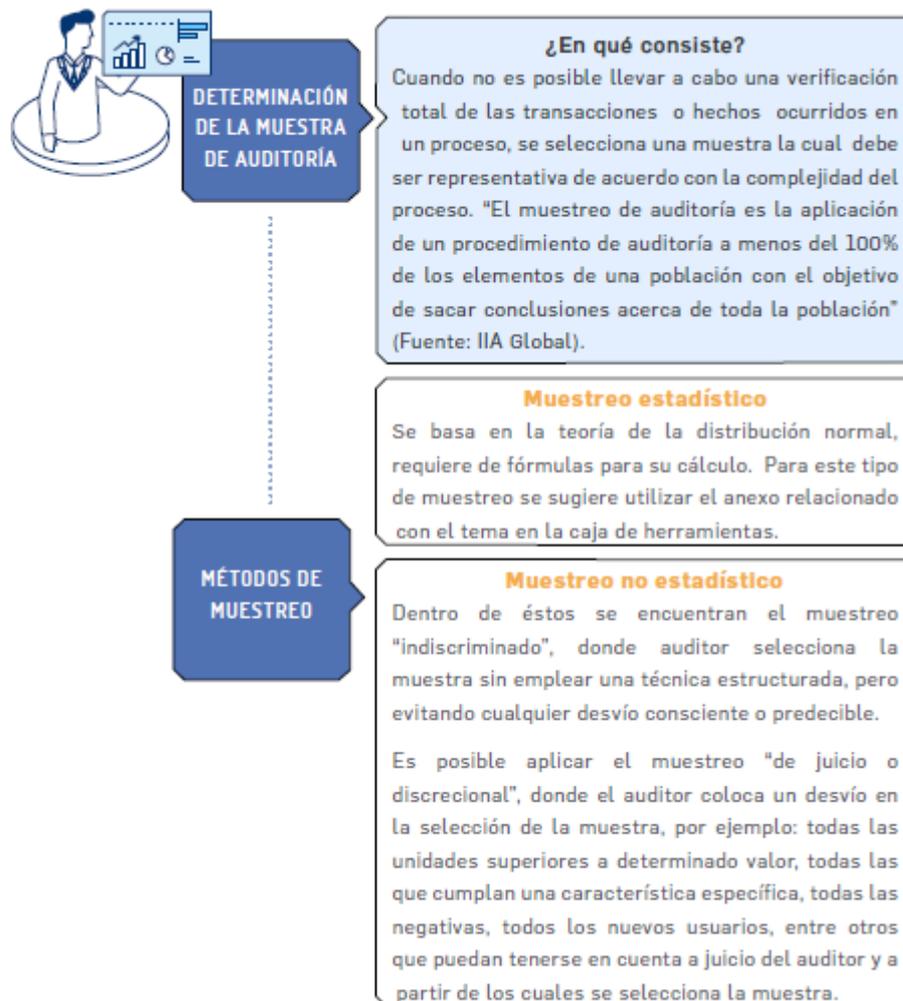
Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

Los enfoques de las pruebas a menudo incluyen una combinación de procedimientos manuales de auditoría interna y las TAAC (técnicas de auditoría asistidas por computador), estas últimas incluyen software general de auditoría y programas especializados en probar la lógica de procesamiento y los controles de otros software y sistemas.

Los auditores internos pueden realizar pruebas a una población completa o utilizando una muestra representativa de información. Si eligen seleccionar una muestra, deben aplicar métodos que aseguren que la muestra seleccionada representa las características de los elementos que conforman toda la población. En este caso, el empleo de las TAAC puede permitir el análisis de una población completa de información, en lugar de analizar solo una muestra.

Ahora bien, los procedimientos manuales de auditoría buscan información a través de entrevistas o encuestas, observaciones e inspecciones. También hay otros procedimientos manuales de auditoría cuya realización puede llevar más tiempo, pero generalmente proporcionan un mayor nivel de aseguramiento.

Figura 19. DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA DE AUDITORÍA.



Fuente: Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2018

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 51 de 65

2.5.6.6 Documentación de la información

Los papeles de trabajo son considerados como la herramienta que le permite al auditor contar con el soporte documental para cada proceso auditor, incluye planillas, listas de chequeo en las cuales se registran los datos y la información obtenida durante el proceso de auditoría, así como los resultados y las pruebas realizadas.

Los papeles de trabajo también se refieren a la información consultada en documentos internos de la entidad, como las caracterizaciones de procesos, procedimientos y manuales, entre otros que permiten conocer en detalle el objeto de auditoría.

Antes de documentar la información del trabajo de auditoría, los auditores internos deberán revisar y comprender los procedimientos específicos para desarrollar los papeles de trabajo, anotaciones o símbolos estandarizados y cualquier plantilla disponible o software que utilice la actividad de auditoría interna de la entidad.

Los papeles de trabajo son una parte importante de un proceso sistemático y disciplinado, ya que allí se organiza la evidencia de la auditoría, con esta documentación será posible corroborar el trabajo y respaldar las conclusiones y resultados de la auditoría.

Los papeles de trabajo pueden incluir los siguientes elementos:

Índice por número de referencia.

Título o encabezamiento que identifique el área o el aspecto evaluable que es objeto de la revisión.

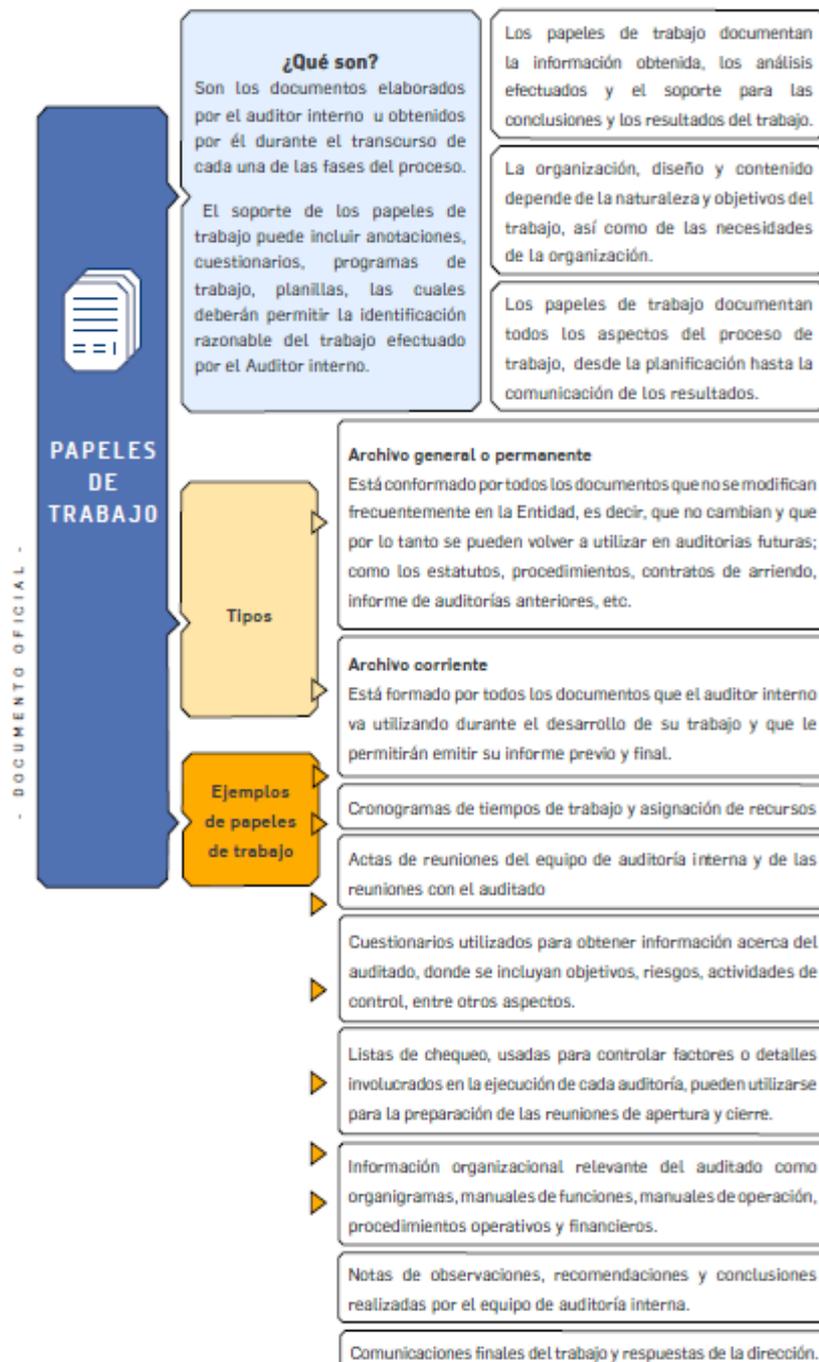
Duración o periodo de tiempo de trabajo de la auditoría.

- Alcance del trabajo desarrollado por el auditor.
- Fuentes de datos revisadas en los papeles de trabajo.
- Extensión de la población evaluada, incluyendo tamaño de la muestra y el método de selección.
- Metodología empleada para analizar los datos.
- Detalles de las pruebas realizadas y los análisis desarrollados.
- Conclusiones que incluyen referencias cruzadas.
- Trabajo de seguimiento que se propone realizar.
- Nombre del auditor o auditores internos que realizaron el trabajo.

Generalmente, los papeles de trabajo se organizan siguiendo la estructura desarrollada en el programa de trabajo e incluyen referencias a información relevante. El resultado final es una colección completa de documentación electrónica, física (papel) o las dos de los procedimientos completados, la información obtenida, las conclusiones a las que se han llegado, las recomendaciones y los fundamentos lógicos de cada una de estas fases.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

Figura 20. PAPELES DE TRABAJO



Fuente: Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2018

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 53 de 65

2.5.6.7 Supervisión del trabajo

La supervisión del trabajo es un proceso que comienza con la planificación de este y continúa a lo largo de toda su ejecución. Dicha supervisión se encuentra en cabeza del jefe de Control Interno, o quien haga sus veces, como líder de las auditorías en la entidad. Cabe aclarar que, dependiendo del equipo con el que cuente la Oficina de Control Interno, es posible que se definan cabezas o líderes por auditoría, quienes entran a ejercer la supervisión, sin embargo, la responsabilidad sigue siendo del Asesora de Control Interno.

El supervisor del trabajo es responsable de aprobar el programa de trabajo y puede asumir la responsabilidad sobre otros aspectos del proceso de planificación. El criterio principal para aprobar el programa de trabajo es que esté diseñado para lograr los objetivos de forma eficiente, además, el programa de trabajo puede incluir procedimientos para identificar, analizar, evaluar y documentar la información.

Dicho supervisor mantiene comunicación continua con los auditores internos asignados en la ejecución del trabajo y con la dirección del área o proceso auditado. El supervisor del trabajo revisa los papeles de trabajo que describen los procedimientos de auditoría aplicados, la información identificada, las observaciones y las conclusiones preliminares realizadas. Así mismo, evalúa si la información, las pruebas y los resultados son suficientes, confiables, relevantes y útiles para alcanzar los objetivos y respaldar los resultados y las conclusiones del trabajo.

La norma 2420 Calidad de la comunicación requiere que las comunicaciones de un trabajo sean precisas, objetivas, claras, concisas, constructivas, completas y oportunas. Los supervisores del trabajo deben revisar que sigan estas características en las comunicaciones y en los papeles de trabajo, por cuanto los papeles de trabajo brindan el apoyo principal de las comunicaciones.

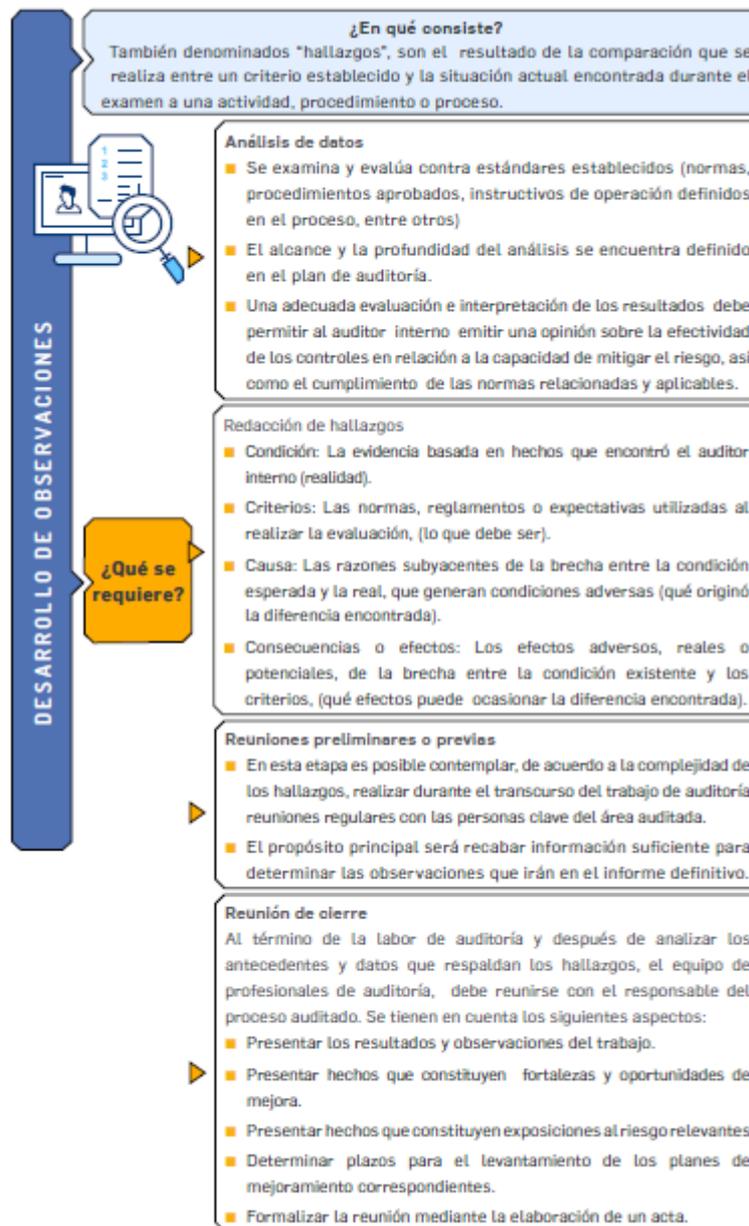
A lo largo del trabajo, el jefe de Control Interno se reunirá con los auditores internos que hayan sido asignados para tratar el proceso de ejecución. Frente a lo anterior, dice el IIA GLOBAL:

Esta reunión supone una oportunidad para formar, desarrollar y evaluar a los auditores internos. Al revisar las comunicaciones y los papeles de trabajo que deben documentar todos los aspectos del proceso, los supervisores pueden solicitar aclaraciones o evidencias adicionales. Los auditores internos pueden tener la oportunidad de mejorar su trabajo respondiendo a las cuestiones planteadas por el supervisor. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

Desarrollo de Observaciones

Figura 21. DESARROLLO DE OBSERVACIONES



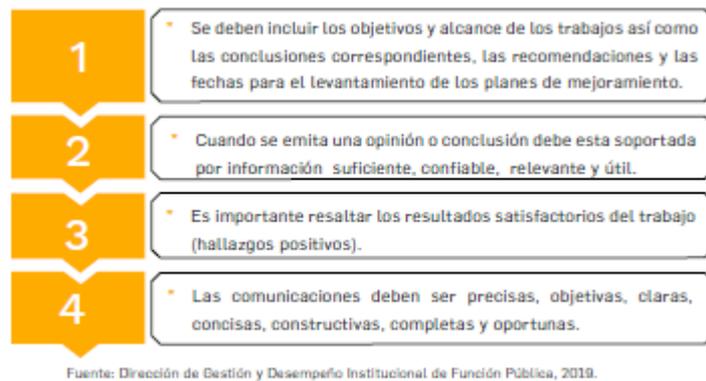
Fuente: Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2018.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

En esta fase se presentan los resultados de la auditoría a través de un informe de auditoría y se suscriben los planes de mejoramiento.

La Oficina de Control Interno con el objetivo de cerrar brechas entre el auditor y el auditado por discrepancias que se hayan dado durante el proceso auditor, esto facilitará su presentación ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, además, contará con elementos de juicio a la hora de presentar los resultados generales y los hallazgos más críticos para la toma de decisiones. Por su parte, “Las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna establecen que los auditores internos al comunicar los resultados del trabajo deben tener en cuenta los aspectos que a continuación se relacionan en el gráfico nueve.” (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p 60)

Figura 22. ASPECTOS PARA TENER EN CUENTA PARA EL INFORME DE AUDITORÍA



2.5.6.8 Criterios para el informe de auditoría.

Los informes de auditoría interna para las entidades públicas en Colombia deben incluir un informe ejecutivo que contenga, además del título de la auditoría (que corresponderá al nombre del aspecto evaluable), el objetivo de auditoría, el alcance cumplido, el resumen con los aspectos más importantes respecto de las observaciones encontradas (títulos de los hallazgos), las recomendaciones y las conclusiones que deben responder a los objetivos de la auditoría, cuyo destinatario es el Representante Legal de la entidad y su equipo directivo.

El informe detallado desarrollará el contenido completo de los hallazgos u observaciones con destino al líder del proceso, quien debe establecer los planes de mejoramiento correspondientes.

2.5.6.9 Calidad del informe

En diferentes partes de la presente guía se ha mencionado que las comunicaciones deben ser precisas, objetivas, claras, concisas, constructivas, completas y oportunas. La norma 2420 Calidad de la comunicación establece en su interpretación lo siguiente:

Las comunicaciones precisas están libres de errores y distorsiones y son fieles a los hechos que describen. Las comunicaciones objetivas son justas, imparciales y sin desvíos y son el resultado de una evaluación justa y equilibrada de todos los hechos y circunstancias relevantes. Las comunicaciones claras son fácilmente comprensibles y lógicas, evitando el lenguaje técnico innecesario y proporcionando toda la información significativa y relevante. Las comunicaciones concisas van a los hechos y evitan elaboraciones innecesarias, detalles superfluos, redundancia y uso excesivo en palabras.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 56 de 65

Las comunicaciones constructivas son útiles para el cliente del trabajo y la organización, y conducen a mejoras que son necesarias. A las comunicaciones completas no les falta nada que sea esencial para los receptores principales e incluyen toda la información y observaciones significativas y relevantes para apoyar a las recomendaciones y de conclusiones. Las comunicaciones oportunas son realizadas en el tiempo debido y son pertinentes, dependiendo de la significatividad del tema, permitiendo a la dirección tomar la acción correctiva apropiada. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, pp. 60-61)

En ese orden de ideas, además de los aspectos mencionados hasta el momento, los informes de auditoría deben ser escritos de tal manera que la información contenida sea comprendida por cualquier usuario, además, las conclusiones deben dar respuesta a los objetivos de la auditoría definidos desde la etapa de planeación y las recomendaciones deben ir encaminadas a subsanar las causas identificadas por el auditor interno en las observaciones o hallazgos

2.5.6.9.1 Errores y omisiones (riesgo de auditoría)

Si un informe de auditoría contiene un error u omisión significativo, la Asesora de Control Interno, o quien haga sus veces, debe corregir el informe y comunicar la información corregida a todas las partes que recibieron la comunicación original. Este tipo de casos se conoce técnicamente como riesgo de auditoría y está definido como la posibilidad de que la auditoría interna opine erradamente.

2.5.6.9.2 Declarar que los trabajos son realizados de conformidad con las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna

La norma 2430 del Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna (2017) establece que declarar que los trabajos son “realizados de conformidad con las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna” (p. 61) es apropiado solo si los resultados del programa de aseguramiento y mejora de la calidad soportan dicha información, esto implica que la entidad debe haber realizado el seguimiento continuo del desempeño de la actividad de auditoría interna, autoevaluaciones periódicas y evaluaciones externas.

Se debe aclarar, en este caso, que las evaluaciones externas para las entidades públicas de la presente guía no son obligatorias.

En el capítulo 3 se definen una serie de aspectos mínimos que le permitirán a las entidades públicas avanzar en la incorporación de los requerimientos de la norma antes citada y que apuntan a mejorar el ejercicio de auditoría, no se hace referencia a las evaluaciones externas por tratarse de un ejercicio para oficinas de control interno de nivel avanzado y que requieren de una disposición de recursos importante, por lo que se alienta a la mejora del proceso auditor de manera general.

Difusión del informe de auditoría

La norma 2440 establece que la asesora de auditoría Interna debe comunicar los resultados a las partes apropiadas y agrega en la interpretación lo siguiente:

Interpretación:

El Auditor Líder es responsable de revisar y aprobar la comunicación final del trabajo antes de su emisión y decidir a quiénes y cómo será distribuida dicha comunicación. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, pp. 61-62).

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 57 de 65

Por tanto, el jefe de la oficina de Control Interno debe asegurarse de que los informes de auditoría interna lleguen a los usuarios y partes interesadas dentro de la entidad, así mismo, de que tomen las medidas correspondientes para subsanar las causas de las observaciones encontradas a través de un Plan de Mejoramiento.

2.6 MODULO DE CONTROL DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO.

Objetivo: Valorar en forma permanente la efectividad del Control Interno, la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, el nivel de ejecución de los planes y programas y el resultado de la gestión en el Hospital San Juan Bautista E.S.E. de Chaparral Tolima.

La entidad debe desarrollar mecanismos de medición, evaluación y verificación, al conjunto de planes, programas, proyectos, objetivos y metas previstas por la entidad, se deben incorporar, acciones de mejoramiento continuo a la organización, así como las recomendaciones producto de la vigilancia que realiza el órgano de control fiscal.

Las deficiencias encontradas producto de esa evaluación y seguimiento y a las recomendaciones sugeridas en las diferentes instancias de evaluación, incluyendo las emitidas por los órganos de control del Estado, deben ser acogidas por el servidor responsable y/o por el nivel de administración o dirección correspondiente.

Este Módulo se estructura bajo tres Componentes:

- Autoevaluación Institucional.
- Auditoría Interna.
- Planes de Mejoramiento.

2.6.1 Componente Autoevaluación Institucional

Objetivo: Medir la efectividad de los controles y los resultados de la gestión en el cumplimiento de metas y objetivos de la entidad.

Es un proceso periódico, en el cual participarán los servidores que dirigen y ejecutan los procesos, según el grado de responsabilidad y autoridad para su operación y toma como base los criterios de evaluación incluidos en la definición de cada uno de los elementos del control interno, así como la existencia de controles que se dan en forma espontánea en la ejecución de las operaciones y en la toma de decisiones.

Una vez efectuado el diseño e implementación de los elementos de control, se dispondrá de mecanismos de verificación que permitan determinar la eficiencia y eficacia de los controles, el logro de los resultados de cada proceso y el buen desempeño de los servidores que llevan a cabo la ejecución de las operaciones.

2.6.2 Autoevaluación del Control y gestión

Objetivo: Monitorear la operatizacion de la entidad para verificar el desarrollo y cumplimiento de sus acciones en un periodo de tiempo determinado.

La Autoevaluación, comprende el monitoreo que se le debe realizar a la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros. De esta manera, se evalúa su diseño y operación en un período de tiempo determinado, por medio de la medición y el análisis de los indicadores, cuyo propósito fundamental será la de tomar las decisiones relacionadas con la corrección o el mejoramiento del desempeño.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación:09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 58 de 65

En ese orden de ideas lo que se busca es que cada líder de proceso con su equipo de trabajo verifique el desarrollo y cumplimiento de sus acciones, que contribuirán al cumplimiento de los objetivos institucionales.

Se convierte entonces la autoevaluación en los mecanismos de verificación y evaluación, que le permiten a la entidad medirse a sí misma, al proveer la información necesaria para establecer si ésta funciona efectivamente o si existen desviaciones en su operación, que afecten el objetivo para el cual fue creada. Por otra parte, busca determinar la eficacia de los controles internos permitiendo emprender las acciones de mejoramiento requeridas.

En términos generales la Autoevaluación es considerada como:

Una metodología específica que requiere reuniones de trabajo conducidos por un facilitador en las que se plantea una discusión abierta, durante la cual los participantes evalúan sus propios procesos (se refiere específicamente a reuniones grupales manejadas que fomentan el intercambio de información, los facilitadores guían a los participantes en sus discusiones, pero las recomendaciones son desarrolladas directamente por el grupo durante la reunión.

Su estructuración y desarrollo permite a los funcionarios en todos los niveles:

- Participar en la evaluación del control interno.
- Evaluar los riesgos.
- Desarrollar planes de acción para abordar debilidades identificadas.
- Evaluar la probabilidad de lograr los objetivos de la entidad

De manera más específica trae una serie de beneficios para la organización como:

1. Mejora y estimula el trabajo en equipo y la confianza entre los miembros del equipo.
2. Promueve y ayuda a compartir el conocimiento y logra un compromiso frente mejoramiento continuo. Una característica clave de este enfoque es la habilidad para comprender los riesgos y sus controles asociados.
3. Mejora la calidad en la información sobre el estado del control y los riesgos existentes.
4. Minimiza la desconfianza y prevención sobre las auditorías internas requeridas por el Sistema de Control Interno.
5. Mejora la capacidad de la Alta Dirección para evaluar el grado en que identifica, mide, supervisa y controla los riesgos claves.

La autoevaluación requiere:

ELEMENTO	PRODUCTOS MINIMOS
Autoevaluación	Actividades de sensibilización a los servidores sobre la cultura de la autoevaluación
	Herramientas de autoevaluación

3. TRANSVERSAL DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Objetivo: Diseñar políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos al interior y en el entorno de la entidad.

La Información y Comunicación tiene una dimensión estratégica fundamental por cuanto vincula a la entidad con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas, dándole al usuario una participación directa en el logro de los objetivos. Es un factor determinante, siempre y cuando se involucre a todos los niveles y procesos de la organización, las partes interesadas, se identifique las fuentes y se defina la estructura para su procesamiento y socialización.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 59 de 65

A través de este eje se espera dar cumplimiento al principio constitucional de publicidad y transparencia, a la ciudadanía por medio de la rendición de cuentas y a los usuarios frente al conocimiento de sus necesidades.

La información y Comunicación se clasifica en:

a) Información y Comunicación Externa

Es toda información y comunicación que provienen o son generados por el cliente y/o usuario externo. Es a través de la cual la organización está en contacto directo con la ciudadanía, los proveedores, los contratistas, las entidades reguladoras, las fuentes de financiación y otros organismos; o en contacto indirecto pero que afecta su desempeño, como el ambiente político, las tendencias sociales, las variables económicas, el avance tecnológico, entre otros.

Es a través de este mecanismo que se garantiza la difusión de información de la entidad pública sobre su funcionamiento, gestión y resultados en forma amplia y transparente hacia los diferentes grupos de interés.

Este elemento garantiza que efectivamente la interacción de la entidad con las partes interesadas y la ciudadanía estén enfocadas a la construcción de lo público y a la generación de confianza, mediante la definición de políticas de comunicación, participación ciudadana, de comunicación de gestión y resultados y la formulación de parámetros que orientan al manejo de la información.

La principal fuente de Información Externa es la ciudadanía y las partes interesadas, por consiguiente, es observada de manera permanente con el fin de reducir los riesgos y optimizar la efectividad de las operaciones.

Frente a este último aspecto es necesario resaltar que la administración de las quejas y reclamos constituye un medio de información directo de la entidad con la ciudadanía y las partes interesadas, permitiendo registrar, clasificar y realizar seguimiento al grado de cumplimiento de los intereses de los beneficiarios; estas son fuente de información sobre los incumplimientos institucionales y a través de éstos se puede conocer su origen, alcance, gravedad, impacto y frecuencia. Otras fuentes de Información externa la constituyen los estudios sociológicos y socioeconómicos realizados por instituciones diferentes a la entidad, las bases de datos de otros organismos, los sistemas de información nacionales, entre otros.

b) información y Comunicación Interna

Es toda información y comunicación generada y difundida al interior de la institución, en el cumplimiento de sus objetivos, estrategias, planes, programas, proyectos.

Se busca fomentar en los servidores un sentido de pertenencia, una cultura organizacional en torno a una gestión ética, eficiente y eficaz que proyecte compromiso con rectitud y transparencia, como gestores y ejecutores de lo público.

c). Sistemas de información y Comunicación

Conjunto de procedimientos, métodos, recursos (humanos y tecnológicos) e instrumentos utilizados en la generación y recopilación de información, la divulgación y circulación de la misma.

Para que la ejecución de estos Sistemas se desarrolle de manera eficaz, eficiente y efectiva, deben nutrirse de un componente físico (hardware), de programas, información y conocimiento (software), de recurso humano, y de datos a procesar o difundir.

El componente Físico (hardware) es el medio utilizado para realizar la captura, procesamiento, almacenamiento, difusión y divulgación de la información.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 60 de 65

Los Programas, información y conocimiento (software) son el conjunto ordenado de instrucciones, información y base de conocimientos dadas al computador y que son requeridas para el trabajo de estos sistemas.

El Recurso Humano administra, opera, alimenta y utiliza los Sistemas de Información. Los Datos se constituyen como insumos primarios de los Sistemas de Información; para ello se deben identificar las fuentes para su obtención, los objetivos de difusión, los medios de captura y resulta de gran importancia su validación antes, durante y después de la captura y/o divulgación, para cumplir con los requisitos mínimos de calidad, cantidad, oportunidad y forma de presentación.

La entidad cuenta con un Plan de Comunicaciones, dicho plan define los medios de comunicación de carácter permanente para que la ciudadanía y partes interesadas conozcan lo que se planea y se ejecuta, y puedan realizar el seguimiento correspondiente. Además, en este plan se establecen los responsables, tiempos, manejo de los sistemas y los medios que se utilizarán para comunicar tanto a los usuarios internos como a los externos, la información que la entidad desee publicar.

Para una información y comunicación interna y externa se requiere:

ELEMENTO	PRODUCTOS MINIMOS
Información y Comunicación Interna y Externa	Identificación de las fuentes de información externa
	Fuentes internas de información (manuales, informes, actas, actos administrativos) sistematizada y de fácil acceso.
	Rendición anual de cuentas con la intervención de los distintos grupos de interés, veedurías y ciudadanía.
	Tablas de retención documental de acuerdo con lo previsto en la normatividad
	Política de Comunicaciones

El sistema de información y Comunicación requiere:

ELEMENTO	PRODUCTOS MINIMOS
Sistema de Información y Comunicación	Manejo organizado o sistematizado de la correspondencia
	Manejo organizado o sistematizado de los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos.
	Mecanismos de consulta con distintos grupos de interés para obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio.
	Medios de acceso a la información con que cuenta la entidad

3.1 TERMINOS Y DEFINICIONES

Alta dirección: Persona o grupo de personas del máximo nivel jerárquico que dirigen y controlan una entidad.

Alcance de auditoría: extensión y límites de las auditorías.

Ambiente de control: El entorno de control comprende la actitud, la conciencia y acciones de los directores y administración respecto del Sistema de Control Interno y su importancia en la entidad.

Añadir / Agregar Valor. El valor se genera mediante la mejora de oportunidades para alcanzar los objetivos de la organización, la identificación de mejoras operativas, y/o la reducción de la exposición al riesgo, tanto con servicios de aseguramiento como de consultoría.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p>	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 61 de 65

Auditor: persona que lleva a cabo una auditoría.

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.

Auditoría interna. Es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una entidad. Ayuda a una entidad a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.

Auditoría combinada: proceso llevado a cabo a un único auditado en dos o más sistemas de gestión.

Auditoría conjunta: revisión llevada a cabo a un único auditado por dos o más organizaciones

Calidad. El grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Cliente de la auditoría: organizaciones o persona que solicita una auditoría.

Competencia: capacidad para aplicar conocimientos y habilidades con el fin de lograr los resultados previstos.

Conclusiones de la auditoría: resultados de un proceso, tras considerar sus objetivos y todos los hallazgos de este.

Conformidad: cumplimiento de un requisito.

Control: Cualquier medida que tome la dirección y otras partes para gestionar los riesgos y aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos y metas establecidos. La dirección planifica, organiza y dirige la realización de las acciones suficientes para proporcionar una seguridad razonable de que se alcanzarán los objetivos y metas.

Control Adecuado: Es el que está presente si la dirección ha planificado y organizado (diseñado) las operaciones de manera tal que proporcionen un aseguramiento razonable de que los objetivos y metas de la organización serán alcanzados de forma eficiente y económica.

Control interno: Un proceso efectuado por la dirección y el resto del personal de una entidad, diseñado con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de objetivos dentro de las siguientes categorías:

- Eficacia y eficiencia de las operaciones.
- Confiabilidad de la información.
- Cumplimiento de las leyes, reglamentos y normas que sean aplicables.

Control interno eficaz: El control interno puede considerarse eficaz en cada una de las tres categorías, respectivamente, si la dirección tiene seguridad razonable de que:

- Conocen en qué medida se están alcanzando los objetivos operacionales de la entidad.
- Los estados financieros públicos se han preparado en forma fiable y se está siendo transparente a la hora de rendir cuentas.
- Se están cumpliendo las leyes y normas que le son aplicables a la unidad.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 62 de 65

Criterios de auditoría: Conjunto de requisitos usados como referencia frente al cual se compara la evidencia objetiva.

Desempeño: Resultado medible.

Efectividad: Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

Eficacia: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se logran los resultados planteados.

Eficiencia: Capacidad de producir el máximo de resultado con el mínimo de recursos, energía y tiempo.

Equipo de auditoría: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias objetivas y evaluarlas de manera puntual, de forma que se cumplan los criterios de auditoría.

Estructura de la entidad: Distribución de las diferentes unidades o dependencias con sus correspondientes funciones generales, requeridas para cumplir la función de la entidad dentro del marco de la Constitución y la Ley.

Evidencia de la auditoría: datos que respaldan la resistencia o veracidad de algo.

Experto técnico: persona que aporta conocimientos y experiencia específica al equipo auditor

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.

Función de una entidad: Se entiende como el objeto social o la razón de ser de la entidad.

Gestión: Actividades coordinadas para planificar, controlar, asegurar y mejorar una entidad.

Gestión de Riesgos: Un proceso para identificar, evaluar, manejar y controlar acontecimientos o situaciones potenciales, con el fin de proporcionar un aseguramiento razonable respecto al alcance de los objetivos de la organización.

Hallazgos de la auditoría: resultados de la evaluación de la evidencia recopilada frente a los criterios del estudio.

Indicadores: Conjunto de mecanismos necesarios para la evaluación de la gestión de toda entidad pública. Se presentan como un conjunto de variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición, que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generadas en la entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.

Módulo de Control: Es la base para dimensionar el Sistema de Control Interno al interior de una entidad, a través del conjunto de controles que le permite generar acciones dirigidas a dar cumplimiento a su función, misión y objetivos en los términos establecidos en la Constitución y la ley.

No conformidad: incumplimiento de un requisito.

Observador: persona que acompaña al equipo auditor, pero no actúa como uno.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 63 de 65

Parte Interesada. Organización, persona o grupo que tiene un interés en el desempeño o éxito de una entidad.

Política. Directriz emitida por la dirección sobre lo que hay que hacer para efectuar el control. Constituye la base de los procedimientos que se requieren para la implantación del control.

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

Plan de Mejoramiento. Es aquel aspecto que permite el mejoramiento continuo y el cumplimiento de los objetivos institucionales de orden corporativo de la entidad pública. integra las acciones de mejoramiento que, a nivel de su misión, objetivos, procesos, etc., deben operar la entidad pública para fortalecer integralmente su desempeño institucional, cumplir con su función, en los términos establecidos en la Constitución, la ley, teniendo en cuenta los compromisos adquiridos con los organismos de control fiscal, de control político y con los diferentes grupos de interés.

Procedimiento. Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

NOTA: Es recomendable que los procedimientos definan, como mínimo: quién hace qué, dónde, cuándo, por qué y cómo.

Proceso: conjunto de actividades mutuamente relacionadas que las entidades utilizan para proporcionar un resultado previsto

NOTA 1: Los elementos de entrada para un proceso son, generalmente, salidas de otros procesos.

NOTA 2: Los procesos de una entidad son, generalmente, planificados y puestos en práctica bajo condiciones controladas, para generar valor.

NOTA 3: Un proceso en el cual la conformidad del producto o servicio resultante no pueda ser fácil o económicamente verificada, se denomina habitualmente "proceso especial".

NOTA 4: Cada entidad define los tipos de procesos con los que cuenta, típicamente pueden existir, según sea aplicable, los siguientes:

Procesos estratégicos. Incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la dirección.

Procesos misionales (o de realización del producto o de la prestación del servicio): incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.

Procesos de apoyo: incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de medición, análisis y mejora.

Procesos de evaluación: incluyen aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen procesos de medición, seguimiento y auditoría interna, acciones correctivas y preventivas, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales.

Producto: Resultado de un proceso.

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 64 de 65

Programa de auditoría: acuerdos en un conjunto de uno o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidos hacia un propósito específico.

Requisito: necesidad o expectativa establecida generalmente implícita u obligatoria.

Riesgo: efecto de incertidumbre.

Riesgos Residuales. El riesgo que permanece después de que la dirección haya realizado sus acciones para reducir el impacto y la probabilidad de un acontecimiento adverso, incluyendo las actividades de control en respuesta a un riesgo.

Sistema. Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan con el fin de lograr un propósito.

Sistema de Control Interno. Se entiende como el sistema integrado por el esquema de la organización, y es el conjunto de 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 la políticas trazadas por la Dirección y en atención a las metas y objetivos previstos.

Sistema de gestión: conjunto de elementos de una organización interrelacionadas o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr los objetivos.

Seguridad Razonable. Concepto según el cual el control interno, por muy bien diseñado y ejecutado que esté, no puede garantizar que los objetivos de una entidad se consigan, debido a las limitaciones inherentes de todo Sistema de Control Interno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Deconceptos.com. (s. f.). Recuperado el 8 de mayo de 2019, de: <http://tiny.cc/6axy7y>

Definición ABC (s. f.). Recuperado el 8 de mayo de 2019, de: <http://tiny.cc/8cxy7y>

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2018). Guía de Auditoría para entidades públicas, Versión 3. Recuperado de: <http://tiny.cc/y6wy7y>

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2018). Marco Internacional para la Práctica

Profesional de la Auditoría Interna. Instituto de Auditores Internos de Colombia. Actualizado a enero de 2013. Recuperado de: <https://bit.ly/2VCif4i>

Fernández V. 2019. Test de liderazgo. En: Webconsultas. Recuperado el 8 de mayo de 2019, de: <https://bit.ly/2wYgTVw>

Fernández V. 2019. Test ¿Eres asertivo?. En: Webconsultas. Recuperado el 8 de mayo de 2019, de: <https://bit.ly/2JuckY6>

Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). GTC-ISO 19011. (2018).

Directrices para la Auditoría de Sistemas de Gestión de la calidad y/o ambiental. Recuperado de: <https://bit.ly/2EN43v9>

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

 E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4	PEC-CI-M1	Versión: 4
	MANUAL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	Página 65 de 65

Instituto de Auditores Internos – IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna. Actualizado a Enero de 2013. p.154.

Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). GTC-ISO 19011. (2018).

Directrices para la Auditoría de Sistemas de Gestión de la calidad y/o ambiental. Recuperado de: <http://tiny.cc/0qsy7y>.

BITÁCORA DE ACTUALIZACIÓN

Versión	Fecha Aprobación	Ítem iterado	Motivo	Realizado por
01	30/08/2006	Manual Implementación del modelo estándar de Control Interno	Normatividad Vigente	Jefe de Control Interno
02	15/10/2014	Actualización de la Norma	Normatividad Vigente	Jefe de Control Interno
03	05/10/2018	Metodología nuevo modelo de MIPG	Modelo MIPG	Asesora de Control Interno
04	09/12/2021	Auditoría Internas	Normatividad Vigente	Asesora de Control Interno

Elaborado por: Oficina de Control Interno	Copia controlada	Aprobado por: Comité de gestión y desempeño
Revisado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Fecha de Aprobación: 09/12/2021