



FORMATO PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO
PROCESO: EVALUACIÓN Y CONTROL
SUBPROCESO: CONTROL INTERNO

HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E

Código:

EC-F-1

Versión

V1: 2022

Objetivo del Programa: Relacionar de manera ordenada las actividades de Auditoria, asesoria, seguimiento y consulta que realizará la oficina de control interno durante la vigencia 2025, con el fin de identificar fortalezas y debilidades que bajo la aplicacion de controles, acciones preventivas y/o correctivas permitan la mejora continua en la gestión institucional, generando valor agregado en la Entidad, en mira del cumplimiento de sus objetivos y minimización de riesgos y/o en el impacto de los mismos.

Alicance del Programa: Se realizarán auditorias internas a los procesos y/o procedimientos; se realizara la consolidación de informes de acuerdo a la normativa aplicable a la Entidad; responder de requerimientos de Entes de Control; se realizara seguimiento al plan de desarrollo y plan de gestión y demás actividades en cumplimiento de roles de la oficina de control interno

Criterios: Se tendran en cuenta los establecidos en los manuales de procesos y procedimientos, en el modelo integrado de planeacion y gestion -MIPG, en el modelo estandar de control interno, en los planes institucionales y Normas de auditoria generalmente aceptadas y demás que apliquen de acuerdo a la naturaleza de la Institución.

Recursos: Se requeriran recursos humanos los cuales son lideres de proceso y diferentes funcionarios de la Entidad y recursos Tecnológicos consistentes en Equipo de computo, sistemas de información , TIC's, Internet y correo electrónico.

TITULO DE LA AUDITORIA	PROCESOS												Responsable: Lider de proceso auditado	Observaciones			
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Auditorias a Procesos																	
ALMACEN			X		X											Subgerencia Administrativa y Financiera y Subgerencia cientifica	Segun la matriz de riesgos de la ESE la descripcion del riesgo consiste en: * LA REALIZACION DE SOLICITUDES O PEDIDOS INCOMPLETOS Y EN HORARIOS INOPORTUNOS POR PARTE DE LAS DIFERENTES AREAS DEL HOSPITAL AL AREA DE ALMACEN PARA REALIZAR ENTREGAS PRECISAS Y EFICIENTES * LA FALTA DE PRECISIÓN EN LA DEMANDA, LA CANTIDAD Y TIPOS DE PRODUCTOS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS POR PARTE DE FARMACIA PARA LA SOLICITUD DE COMPRA A LOS PROVEEDORES, PROBLEMA QUE INCIDE EN EL CUEMPLIMIENTO DE ENTREGAS OPORTUNAS Y TOTALES

CONTRATACIÓN		X			X X											Subgerencia Administrativa y Financiera	Segun la matriz de riesgos de la ESE la descripcion del riesgo consiste en: *No publicar en el plazo obligatorio debido a Aporte de documentos incompletos, demora en la firma de los documentos a partir de la fecha de realización del mismo y demora en el cierre del area financiera *Interrupciones en la operatividad de la ESE. debido a Realizar solicitudes extemporaneas , Desconocimiento de los procesos contractuales por las diferentes áreas y Acumulacion de solicitudes de las diferentes áreas
CONSULTA EXTERNA		X			X X											Subgerencia científica	Segun la matriz de riesgos de la ESE la descripcion del riesgo consiste en: *NO ADHERENCIA A GPC debido a GUIAS EXTENSAS Y NO CONCRETAS, SOCIALIZACION DEFICIENTE y ACTUALIZACION DE GUIAS *GLOSAS POR MAL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA debido a NO ADHERENCIA AGUIAS, NO DILIGENCIAMIENTO DE CADA UNO DE LOS ITEMS DE LA HC y USO RUTINARIO DE PLANTILLAS *ESTUDIOS ORDENADOS NO PERTINENTES debido a NO REVISION DE HC, REPETICION DE ORDENES EN MENOS DE 3 MESES y ESTUDIOS NO CONCORDANTES CON LA HC
FACTURACION		X			X X											Subgerencia Administrativa y Financiera	Segun la matriz de riesgos de la ESE la descripcion del riesgo consiste en: *FALTA DE SOPORTES DE LA FACTURACION POR PARTE DEL AREA ASISTENCIAL debido a REQUERIMIENTO DE PERSONAL CON MAYOR EXPERIENCIA EN EL TEMA DE FACTURACION, DESCONOCEN EL PROCESO Y DESARROLLO DE FACTURACION DE LOS SERVICIOS JUNTO A LOS SOPORTES QUE SE DEBEN ADJUNTAR y DESCONOCIMIENTO DE PROTOCOLOS EN CADA UNA DE SUS AREAS *LA NO REFACUTACION OPORTUNA debido a NO SE REALIZA EL PROCESO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS , FALTA DE DOCUMENTACION PARA EL PROCESO DE REFACUTACION

Oficina de Control Interno:
Katherin Zamara Beltrán Barrera

Aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno
Mediante acta No. 002 de fecha primero de octubre de 2025