

# MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO



HOSPITAL MENTAL  
**Rudesindo Soto**



TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....Pag. 5

Objetivo.....Pag. 7

Alcance.....,Pag. 7

Generalidades.....Pag.8

Contenido..... Pag.12

4.1 Control interno en la ESE Hospital Mental Rudesindo Soto de Cúcuta.....Pag.12

4.1.1 Posición y responsabilidad del Jefe de Control Interno frente a la auditoría  
interna.....Pag. 12

4.1.2. Actividades administrativas del Jefe de Control Interno que impactan plan de  
Auditoría.....Pag. 14

4.1.3. Funciones y estructura de la Oficina de Control Interno.....Pag. 15

4.2. LA ACTIVIDAD DE AUDITORÍA INTERNA .....Pag.20

4.2.1. Definición de la auditoría interna.....Pag. 20

4.2.2. Servicios de aseguramiento.....Pag. 21

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

MANUAL DE AUDITORIA CON EL  
COMPONENTE RIESGOS DE LA  
ESE HOSPITAL MENTAL  
RUDESINDO SOTO RUDESINDO

GESTION DE CALIDAD

Código: ME-GC-SH-MA-05

Versión:

02

Página:

Pág. 3 de 66

4.2.3. Servicios de consultoría.....Pag .21

4.2.4. Alcance de la auditoría interna.....Pag. 22

4.2.5. Rol del auditor.....Pag, 24

4.2.6. Independencia del auditor y contenido del informe.....Pag. 26

5. Plan de auditoria.....Pag. 26

5.1. Plan de Auditorías internas.....,Pag. 27

5.2. Aprobación del Plan de Auditoría.....Pag. 29

5.3. Metodología para la formulación del plan de auditoría.....Pag. 30

5.3.1. Fasee 1. Planeación general de auditoria basada en riesgos.....Pag.30

5.3.2. Fase 2. Planeación de cada auditoría interna basada en riesgos.....Pag. 34

5.3.3. Fase 3. Ejecución (desempeño) del trabajo de auditoría.....Pag. 34


5.3.5. Fase 4. Informe de auditoría (comunicación de resultados).....Pag. 43

5.3.6. Fase 5. Seguimiento del progreso.....Pag. 46

6. Bibliografía.....Pag. 48

7. Anexos.....Pag. 49

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. 4 de 66

#### LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS

Figura No. 1 Dimensión 7.....Pag. 9

Tabla No 1 Descripción criterios de priorización universo de auditoría.....Pag.32

Tabla No. 2 Niveles de criticidad universo de auditoria.....Pag.34

#### LISTADO DE ANEXOS

Anexo No. 1 Formato Plan Anual de auditoria.....Pag.49


Anexo No.2 Procedimiento de evaluación del sistema de control interno HM.....Pag 51

Anexo No 3 Procedimiento relaciones con entes de control HMRS.....Pag 54

Anexo No 4 Procedimiento auditoría interna HMRS.....Pag. 57

Anexo No 5 Procedimiento seguimiento a mapa de riesgos.....Pag 61

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. 5 de 66


## 1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a las buenas prácticas de auditoría y a la Ley 87 de 1993 y demás normatividad vigente, así como los lineamientos de la Función Pública, se actualiza el Manual de Auditoría de la ESE Hospital Metal Rudesindo Soto, articulando los componentes del Sistema de Control de Control Interno, incluyendo la gestión de riesgos y tomando la estructura del sistema de control interno en desarrollo de las actividades de control, Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Información y comunicación, Monitoreo, seguimiento y evaluación de los componentes, el diseño y rediseño de autocontroles y controles para minimizar los riesgos.

El Manual de Auditoría, tiene como fundamento el diseño de herramientas al alcance de todos los colaboradores en el control, autocontrol, autogestión y autoevaluación de la entidad armonizada con el plan de gestión, para el cumplimiento de las metas esperadas, como responsables e integrantes fundamentales del Sistema de Control Interno de Gestión.

Las auditorías a ejecutar en cada vigencia y el seguimiento a controles se realizará mediante el diseño, rediseño, autocontroles y controles establecidos en las líneas de defensa, para

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>6</b> de <b>66</b>


minimizar los riesgos y evaluar los controles y procesos de acuerdo al universo de la auditorias y a la priorización de las auditorías que se ejecutarán, basado en la debilidad de controles, riesgos o a solicitud de la alta gerencia, junta directiva u organismo de control, o pueden ser auditorias de seguimiento. Fomentar con cada responsable de proceso o líder de líneas de defensa la entrega de reportes de acuerdo a si corresponde a la primera o segunda línea de defensa articulada con MIPG, dimensión 7. Decreto 1499 del 2017, compilado Decreto 1083 de 2015 y el Modelo Estándar de Control Interno MECI en el relacionado al monitoreo

Se diseñarán los procedimientos esenciales de la oficina de Control Interno, para que facilite el logro del objetivo de minimizar los riesgos, se genere valor y mejora a las operaciones instituciones, mediante la evaluación y el seguimiento.

Se incluirá la importancia de los planes de mejoramiento y seguimiento a los planes de mejora como armonización y mejora continua de los controles de gestión y se facilite el seguimiento de Control interno como tercera línea de defensa.

Se formalizarán los formatos necesarios en la auditoría, como son: el formato de notificación de la auditoría, formato de reunión de apertura de la auditoría, formato de cierre de la auditoría, modelo de informe.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. 7 de 66


## 1. OBJETIVO

Fortalecer, recomendar, asesorar, evaluar, promover el fomento del control y autocontrol, para mediante el monitoreo se facilite el seguimiento a los procesos, procedimientos de gestión de la administración para el logro de las metas institucionales, enfocadas en los controles de mayor atención para la mejora continua y minimización de riesgos.

## 2. ALCANCE

El alcance de la Auditoría de Control Interna, consiste en el nivel de satisfacción y efectividad del control interno y la gestión de riesgos para el logro las metas trazadas a corto, mediano y largo plazo sistemático y permanente de los controles día a día, en la asesoría y recomendaciones de acuerdo al los recursos y talento humano disponibles para mejora de controles en las líneas de defensa, en la participación en comités donde se solicite la presencia de control Interno, participación en equipos de trabajo, seguimiento, oportunidad, monitoreo,

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>8</b> de <b>66</b>

promover y fomentar el cumplimiento de los valores de acuerdo al código de integridad de la ESE Hospital Mental Rudesindo Soto.

### 3. GENERALIDADES:

Presentación del manual de auditoría de control interno de gestión en la ESE HMRS, enfocada en la gestión del riesgo, busca contribuir en la consolidación de la transparencia en la Administración Pública y teniendo en cuenta que el Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna (MIPP), establece en la Norma 2040. Se elabora el presente manual de auditoría que contiene un conjunto de acciones sistematizadas bajo un marco o estándar profesional, que orienten la función de la auditoría interna y la labor del auditor interno; así mismo es un instrumento metodológico, pedagógico y flexible, que pretende explicar de manera concreta el cómo se hace, considerando factores que convergen en el desarrollo de la actividad de auditoría interna y que será ejecutado por personas.

Para 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.

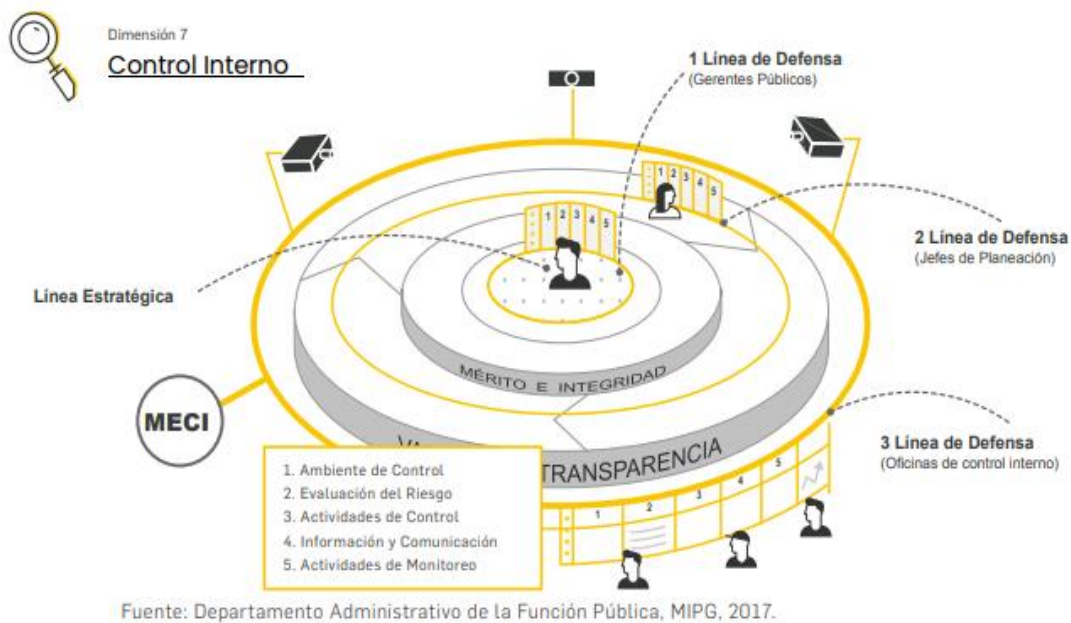
Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO		
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD	
		Código: ME-GC-SH-MA-05	
		Versión:	02
		Página:	Pág. 9 de 66


Por lo anterior, la nueva estructura del modelo estándar de control interno-MECI, elaborada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, como se ve en la Figura 1, 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, de igual forma, se adapta al documento del Instituto de Auditores denominado Modelo de las tres líneas de defensa, en el cual se define el esquema de líneas de defensa como elemento articulador con las demás dimensiones del MIPG.

### Modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) – Dimensión 7: Control Interno

Figura 1. Dimensión 7



Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>10</b> de <b>66</b>


A continuación, encontrará la distribución de las responsabilidades y roles de acuerdo con las líneas de defensa de acuerdo a la conformación que define la Función Pública.

□ Línea estratégica de defensa: está conformada por la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la Junta Directiva, estas instancias forman parte de la línea estratégica de defensa. La responsabilidad de esta línea de defensa se centra en la emisión, revisión, validación y supervisión del cumplimiento de políticas en materia de control interno, gestión del riesgo y auditoría interna en la ESE HMRS.

□ Primera línea de defensa: esta línea de defensa les corresponde a los servidores en sus diferentes niveles, quienes aplican las medidas de control interno en las operaciones del día a día de la entidad. Cuando la responsabilidad está a cargo de jefes, se denominan controles de gerencia operativa, ya que son aplicados por líderes o responsables de proceso. Esta línea se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, por consiguiente, diseña, rediseña e identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos.

Para la ESE Hospital Mental Rudesindo Soto, está conformada por el – el gerente -la Subgerencia Administrativa, - la Subgerencia asistencial, que cubre lo misional.


Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. 11 de 66

□ Segunda línea de defensa: esta línea de defensa está conformada por servidores que ocupan cargos del nivel directivo o asesor, líderes de procesos o quienes realizan labores de supervisión sobre temas transversales para la entidad y rinden cuentas ante la Alta Dirección. Aquí se incluyen a los jefes de planeación, o quienes hagan sus veces; coordinadores de equipos de trabajo, coordinadores de sistemas de gestión, comité de contratación, áreas financieras y de TIC, entre otros. Esto le permite a la entidad hacer un seguimiento o autoevaluación permanente de la gestión, de manera que pueda orientar y generar alertas a las personas que hacen parte de la 1ª línea de defensa. Esta línea se asegura de que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente, además, se encarga de supervisar la eficacia e implementación de las prácticas de gestión de riesgo.

Para el ESE Hospital Mental Rudesindo Soto, estará conformada por los líderes responsables que están al frente de los procesos de: - Jurídica -Presupuesto -pagaduría o tesorería - Contabilidad – Talento humano -Planeación -SIAU-PQRDF -Facturación, -Cartera - Auditoría de Cuentas -Contratación- Suministros o recursos físicos -Recaudos de particulares -Caja menor -Presupuesto – Archivo -Sistemas o T-Sarlaft - Salud ocupacional -Servicios generales.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página: Pág. 12 de 66	

□ Tercera línea de defensa: esta línea de defensa está conformada por la Oficina de Control Interno, quienes evalúan de manera independiente y objetiva los controles de 2ª línea de defensa para asegurar su efectividad y cobertura; así mismo, evalúa los controles de 1ª línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2ª línea de defensa.


Cabe aclarar que un actor puede hacer parte de varias líneas dependiendo del rol que asuma, ejemplo de ello es la Oficina Asesora de Planeación, que, por pertenecer al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, hace parte de la línea estratégica. Además, lidera el proceso de planeación, en tanto es primera línea de defensa, y también debe asesorar y cumplir labores de aseguramiento; razón por la cual, también es segunda línea de defensa.

De forma análoga se puede presentar este análisis para jefes o coordinadores de áreas como atención al usuario, Sistemas o TIC, contratación o financiera o procesos de áreas misionales o asistenciales. 1

#### 4. CONTENIDO

##### 4.1 CONTROL INTERNO EN LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página: Pág. 13 de 66	


#### **4.1.1 Posición y responsabilidad del jefe de Control Interno frente a la auditoría interna**

La Oficina de Control Interno en la ESE Hospital Mental Rudesindo Soto, está encaminada a buscar el sostenimiento a largo plazo de la institución, permitiendo dentro de ciertos márgenes de tolerancia garantizar el cumplimiento de los objetivos trazados por la ESE en todos los niveles organizacionales.

Es importante resaltar que el proceso de control incluye dentro sus etapas, la de medición, considerando que es necesaria la verificación, regulación y comparación, a fin de establecer los ajustes requeridos para el logro de las metas trazadas.

Los roles que deben desempeñar el jefe de la oficina de control interno, o quien haga sus veces, dentro de la ESE HMRS, se enmarca en los siguientes tópicos, a saber: Liderazgo estratégico, Enfoque hacia la prevención, Evaluación de la gestión del riesgo, Evaluación y seguimiento, y la Relación con entes externos de control.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión


	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>14</b> de <b>66</b>

Está orientado a la consecución de objetivos institucionales, ejecutando un proceso de tareas y actividades continuas, es decir, es un medio para llegar a un fin, y no un fin en sí mismo, captura conceptos importantes que son fundamentales para la ESE HMRS, respecto a cómo diseñar, implementar y desarrollar el control interno, así como para evaluar la eficacia del sistema de control interno, proporcionando asesoría razonable a la Alta Dirección para la toma de decisiones.

El proceso de auditoría interna adelantado por la oficina de control interno, está enfocado en el desempeño de una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consultoría, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad, ayuda a la institución a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos.

#### **4.1.2. Actividades administrativas del Jefe de Control Interno que impactan plan de auditoría**

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>15</b> de <b>66</b>


El jefe de Control Interno, tiene asignadas actividades de carácter administrativo entre las que tenemos, capacitaciones, asistencia a Comités, reuniones institucionales, entre otras, a las que ha sido convocado.

Obligaciones de carácter laboral si es convocado como reuniones de vacaciones, incapacidades, permisos, eventos de desarrollo institucional, eventos corporativos en calidad de asesoría. Estas actividades representan recursos, los cuales deberán considerarse para la formulación del plan anual de auditoría. Se deberá asignar el personal y el tiempo suficiente para cubrir todos los trabajos de auditoría o informes que ordena la Ley. Por ejemplo, seguimiento a planes de mejoramiento, evaluación del Sistema de Control Interno Contable, así como los trabajos de auditoría, asistencia a comités administrativos o misionales o asistenciales y trabajos de relacionamiento con entes externos de control.

#### **4.1.3. Funciones y estructura de la Oficina de Control Interno**

Funciones de la Oficina de Control interno:

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión


	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>16</b> de <b>66</b>

En concordancia con los roles contempladas en la Ley, las funciones se sintetizan en:

- Diseñar y ejecutar el Plan Anual de Auditorías.
- Realizar seguimiento a la efectividad de las políticas y acciones en materia de administración de riesgos institucionales.
- Realizar seguimiento a los controles priorizados en los procesos para que logren la efectividad requerida, conforme al modelo de operación por procesos, la estructura que los soporta y la competencia de cada uno de acuerdo al alcance y equipo de trabajo.
- Establecer y coordinar la relación con los entes externos de control cuando sea solicitado.
- Asesorar si se requiere en la implementación, el mantenimiento y la mejora del Sistema Integrado de Gestión.
- Evaluar el Sistema de Control Interno de gestión de la entidad, según las normas, fechas, directrices y formatos del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Estructura de la Oficina de Control Interno:

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>17</b> de <b>66</b>


Jefe de Control Interno

Posición e Independencia del Jefe de Control Interno

El Jefe de Control Interno, es el jefe de la auditoría interna y ejerce el cargo como servidor público de libre nombramiento y de periodo fijo, conforme a la normatividad vigente (Artículo 11 de la ley 87 de 1993. Modificado por el Artículo 8 de la ley 1474 de 2011). Es designado por el Gobernador; depende administrativamente del gerente de la ESE HMRS, pero su independencia profesional y funcional está garantizada por el estatuto anticorrupción (Ley 1474 de 2011), el cual establece que no podrá ser desvinculado del cargo hasta no cumplir su periodo institucional, excepto por las causales de retiro forzoso establecidas en la ley.

Comité de Coordinación de Control Interno

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>18</b> de <b>66</b>


La Ley 87 de 1993 establece la estructura básica y las funciones de las unidades de Control Interno y del Auditor de Control Interno. Dentro de esa estructura se define la obligatoriedad de tener un “Comité de Coordinación Institucional de Control Interno”: Artículo 13°. Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno.

La presente ley, se aplicará a todos los organismos y entidades de las Ramas del Poder Público, en sus diferentes órdenes y niveles, así como la organización electoral, en los organismos de control, en los establecimientos públicos, en las empresas industriales y comerciales del estado, en las sociedades de economía mixta en las cuales el estado posee el 90% o más del capital social, en el Banco de la República y en los fondos de origen presupuestal”) Deberán establecer en el más alto nivel jerárquico un Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, de acuerdo con la naturaleza de las funciones propias de la organización.

El Comité Coordinador de Control Interno, acorde al Decreto 648 de 2017 en la ESE está integrado por:

1) El Gerente como representante legal quien lo presidirá.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión


	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. 19 de 66

- 2) El jefe de planeación o quien haga sus veces.
- 3) El Subgerente Administrativo.
- 4) El Subgerente Asistencial
- 5) El jefe de Control Interno quien será el secretario técnico con voz sin voto.

Las funciones del Comité Coordinador de Sistema de Control Interno fueron ampliadas por Decreto 943 de 2014 y el Decreto 648 de 2017, las cuales estipulan:

- a. Evaluar el estado del Sistema de Control Interno, de acuerdo con las características propias de la entidad y aprobar las modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento del sistema de control interno a partir de la normatividad vigente, los informes presentados por el jefe de control interno, organismos de control y las recomendaciones del equipo MECI.
- b. Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la entidad presentado por el jefe de control interno, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del plan de acuerdo con lo dispuesto en el estatuto de auditoría, basado en la priorización de los temas críticos según la gestión de riesgos de la administración, de acuerdo al alcance y al apoyo en recurso y equipo humano.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>20</b> de <b>66</b>

c. Aprobar el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética del auditor, así como verificar su cumplimiento.

d. Revisar la información contenida en los estados financieros de la entidad y hacer las recomendaciones a que haya lugar.

e. Servir de instancia para resolver las diferencias que surjan en desarrollo del ejercicio de auditoría interna.


f. Conocer y resolver los conflictos de interés que afecten la independencia de la auditoría.

g. Someter a aprobación del representante legal la política de administración del riesgo elaborada por la administración y hacer seguimiento, en especial a la prevención y detección de fraude y mala conducta.

h. Las demás asignadas por el Representante Legal de la entidad.

**PARÁGRAFO 1º.** El Comité se reunirá como mínimo dos (2) veces en el año.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>21</b> de <b>66</b>

Este comité es el responsable de coordinar y asesorar el diseño de estrategias y políticas orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional.


## **4.2. LA ACTIVIDAD DE AUDITORÍA INTERNA**

### **4.2.1. Definición de la auditoría interna**

El proceso de auditoría interna, adelantado por la oficina de control interno, está enfocado en el desempeño de una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consultoría, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad, ayuda a la institución a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control, teniendo en cuenta que el gerente es el responsable del Control Interno en la ESE Hospital Mental Rudesindo Soto.

### **4.2.2. Servicios de aseguramiento:**

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>22</b> de <b>66</b>


La oficina de Control Interno, es quien determina el objetivo y alcance de la auditoría con base en el análisis preliminar de objetivos riesgos y controles, así como la disponibilidad de recursos financieros si es el caso y recursos de talento humano. El gerente como cliente de auditoría puede solicitar auditorías específicas.

#### **4.2.3. Asesoría de consultoría:**

La Oficina de Control Interno, brinda asesoramiento en diferentes temas por solicitud del Representante Legal, como principal destinatario de los informes de la Oficina de Control Interno. El objetivo y alcance de la asesoría se debe determinar en consenso entre el auditor interno y el cliente que en este caso es el gerente de la ESE HMRS.

Son actividades de recomendación y asesoramiento de servicios relacionados, proporcionados a las dependencias, cuya naturaleza y alcance deberán estar acordadas con las mismas. Su propósito es añadir valor y mejorar los procesos de gestión de riesgos y control de la entidad, sin que el auditor interno asuma responsabilidad de gestión que son propias de la administración, el auditor, asesora, verifica, realiza seguimiento, evalúa.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. 23 de 66


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, el marco internacional para la práctica profesional de auditoría interna (MIPP) y las normas colombianas vigentes.

La auditoría deberá tener un enfoque transversal, sistemático y disciplinado, que se logra a través de la implementación de las etapas del proceso auditor explicadas en el presente manual, se enmarcan en: Planificación, Ejecución, Informe de auditoría, y Seguimiento de las acciones correctivas, de mejora o rediseño que se requieran.

#### **4.2.4. Alcance de la auditoría interna**

La actividad de auditoría interna incluye la evaluación o verificación del Sistema de Control Interno: Estructura, procesos, gestión de riesgos y controles, sin restricción alguna.


Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>24</b> de <b>66</b>

Adicionalmente, las responsabilidades asignadas, de conformidad con los objetivos y metas de la entidad, comprende:


- De acuerdo al alcance, realizar seguimiento al cumplimiento de los sistemas establecidos en la ejecución de las políticas, planes, procedimientos.
- Asesorar en los controles de acuerdo al alcance y la priorización para que la gestión de la administración le sea facilitada la Identificación y evaluación a los procesos que protegen los activos de la entidad.
- Realizar seguimiento de acuerdo al alcance a la gestión de la administración en la evaluación de la eficiencia y eficacia con que se emplean los recursos conforme a lo regulado y a través de metodologías propias que garanticen razonabilidad en la efectividad de la gestión.
- Asesorar en los planes y programas para establecer si los resultados de la gestión administrativa son coherentes con los objetivos y con la misión establecida.
- Verificar de acuerdo al alcance y a la priorización la gestión de los procesos administrativos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y sistemas de información, normas, políticas, procedimientos, planes y programas de la entidad, y recomendar los correctivos que sean necesarios, aun cuando estos sean ejecutados por terceros.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>25</b> de <b>66</b>

- Realizar seguimiento a la gestión en la ejecución de la matriz de riesgos y riesgos de corrupción en la eficacia y la eficiencia en la administración de los riesgos en la entidad.
- Realizar consultoría relacionados con los procesos, la gestión de riesgos y control interno de la organización, y promover el mejoramiento del ambiente del control y autocontrol . Informar cuando así lo requieran la Junta Directiva, al Gerente y al Comité Coordinador de Control Interno, sobre el propósito de la actividad de auditoría interna, la autoridad, la responsabilidad, el desempeño y los resultados en la ejecución del plan de auditoría.
- Informar los resultados de las auditorías al Comité Institucional de Control Interno.
- Coordinar los requerimientos efectuados por los organismos externos de control cuando sean solicitados a Control Interno.
- Solicitar información sobre las auditorías externas que se realicen en la entidad, sean de carácter regulatorio, por órganos de control, de calidad u otras.
- Proyectar auditorías a las áreas del sistema de información y tecnología de acuerdo al alcance y a la priorización.
- Realizar seguimiento a los planes de mejora que sean conocidos por Control Interno, que implemente las medidas respectivas recomendadas en desarrollo de la auditoría interna y de otras entidades de control.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>26</b> de <b>66</b>


#### 4.2.5. Rol del auditor

El Estado colombiano ha determinado una serie de roles y responsabilidades para la Oficina de Control Interno, o quien haga sus veces, en cumplimiento del Capítulo 5. Elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado, artículo 17, del Decreto 648 de 2017 que modifica el artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015 así:

- Liderazgo estratégico
- Enfoque hacia la prevención
- Evaluación de la gestión del riesgo
- Evaluación y seguimiento
- Relación con entes externos de control

El desarrollo detallado de los anteriores roles podrá consultarlos en la guía Rol de las oficinas de control interno o quien haga sus veces - versión 2018


Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. 27 de 66

#### 4.2.6. Independencia del auditor y contenido del informe

Las actividades de los auditores de Control interno, serán independientes, sin interferencia y objetivas al ejecutar las actividades, funciones de la auditoría, así como la duración y el contenido de los informes de auditoría. Los auditores no tendrán ninguna responsabilidad operativa directa o autoridad sobre ninguna de las actividades auditadas. Los auditores internos no podrán diseñar, rediseñar o implementar controles internos, desarrollar procedimientos, sistemas, gestionar los riesgos o realizar actividades que alteren los dictámenes o informes informe de auditoría que son propias de la gestión administrativa. El auditor interno, debe ser objetivo, profesional, evaluar, comunicar los resultados producto de la auditoría en primera instancia al gerente y posteriormente al Comité de Coordinación institucional de Control Interno. Los informes del auditor, deben ser imparciales, integrales, alejado de intereses personales, claros, razonables de acuerdo al alcance y a los recursos y talento humano disponibles, los informes no deben contener opiniones personales o que hagan desviar la objetividad del contenido.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>28</b> de <b>66</b>


## 5. PLAN DE AUDITORÍAS

### 5.1. Plan de Auditorías internas

El Plan de Auditoría Anual de Control Interno de la empresa social del estado ESE Hospital Mental Rudesindo Soto, es un documento estratégico que prioriza y organiza las actividades de auditoría de acuerdo al alcance y talento humano con el propósito de evaluar la eficacia de los controles internos de la entidad. Este plan tiene como objetivo asegurar que los controles establecidos para la ejecución de los recursos se gestionen de manera eficiente y que las operaciones se desarrollen conforme a las normativas legales y éticas, así como los objetivos de la institución.

En nuestro caso como empresa social del estado, donde se gestionan fondos públicos y se brindan servicios de salud mental, la auditoría se convierte en una herramienta fundamental para garantizar la transparencia y la correcta utilización.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión


	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>29</b> de <b>66</b>

El cronograma y plan de auditoría, está articulado con los objetivos y metas de la ESE HMRS, teniendo en cuenta lo misional de acuerdo al alcance y la priorización en los riesgos y controles específicos que enfrenta el área de salud mental, como la gestión de recursos humanos (psicólogos, médicos, trabajadores sociales, psiquiatras, terapeutas entre otros), el manejo de tratamientos y la auditoría está enfocada en el seguimiento a auditorías internas y de entes externos o de control.

Además, el Cronograma y plan de auditorías, prioriza los proceso donde los controles internos sean de mayor atención o donde se detecten posibles deficiencias en las operaciones que puedan afectar la calidad del servicio brindado.

Al realizar el Cronograma y Plan de auditoría, se tiene en cuenta los resultados de la evaluación del sistema de control interno de la ESE HMRS y los resultados de la evaluación dela gestión del gerente, identificando las áreas más vulnerables o de alto riesgo incluyendo la gestión misional, administrativa, financiera y operativa, con el fin de verificar que existan controles adecuados para cada uno de los procesos claves y con ello se logre la minimización de riesgos y riesgos de corrupción para el logro de los objetivos institucionales.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>30</b> de <b>66</b>

La construcción del Cronograma y Plan Anual de Auditoría de Control Interno, implica considerar varios componentes y procesos claves que mediante el seguimiento, cultura de control y autocontrol se neutralicen los riesgos.


Para garantizar que el Cronograma y plan de auditoría sea integral, alineado con los objetivos de la entidad, y que se logre una mejora continua en la gestión de los controles internos. A continuación, se detallan los componentes más relevantes, pero que de acuerdo al alcance y talento humano se priorizan los que presenten mayor debilidad o mayor atención.

o Los procesos y subprocesos establecidos en el mapa de procesos de la entidad.

o Los resultados de las evaluaciones periódicas del programa gestión y de aseguramiento de la calidad que realiza el gerente.

o Los programas y proyectos que adelante la Entidad que por su impacto comprometan significativamente los objetivos de la Institución.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>31</b> de <b>66</b>

o Servicios de consultoría en las áreas de gestión de la ESE HMRS, riesgos y controles. La metodología de priorización de las unidades auditables.


O Los informes de Ley.

## 5.2. Aprobación del Plan de Auditoría

Para la aprobación del Cronograma y plan de auditoría, el Jefe de Control Interno lo presentará al Comité de coordinación Institucional de Control Interno. Donde se incluirán las auditoría de seguimientos a auditorías internas o externas ya realizadas así como los procesos a los que se va a realizar auditoría donde los controles son susceptibles a riesgo en la vigencia, teniendo en cuenta el alcance, la disponibilidad de recurso humano, tecnológico y financiero.

En caso de presentarse observaciones que requieran la modificación del Cronograma y plan anual de auditorías se presentarán al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para su aprobación.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. 32 de 66


### 5.3. Metodología para la formulación del plan de auditoría

La propuesta metodológica para ejecutar el proceso de auditoría interna basada en riesgos se establece partiendo de los resultados de la gestión de planeación general de la entidad, teniendo en cuenta la ejecución en la matriz de riesgos y matriz de riesgos de corrupción, la evaluación y ejecución a la gestión de controles. Con los resultados obtenidos que son reportados a control Interno, se realiza la planeación de cada auditoría sobre la base de análisis de riesgos relevantes y debilidad de controles, así como el seguimiento a las acciones de mejora en ejecución, lo que da origen a las fases de Planeación de la Auditoría.

#### 5.3.1. Fase 1. Planeación general de auditoria basada en riesgos

Esta fase incluye la identificación de los 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

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>33</b> de <b>66</b>

presentan un alto nivel de riesgo o criticidad. Este análisis requiere del conocimiento de la entidad en aspectos relevantes.

El conocimiento de la ESE HMRS se basa en tres aspectos claves:

a. Direccionamiento estratégico, comprende: Lineamientos éticos, Misión, Visión, Objetivos estratégicos, Plan estratégico, Estructura financiera y presupuestal, Grupos de valor.

b. Gestión institucional: Estructura organizacional, Modelo de procesos, Sistemas de gestión y control, Infraestructura tecnológica y Sistemas de información.

c. Administración de riesgos: Política de Administración del Riesgo, Mapas de riesgos y Esquema líneas de defensa

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 tecnológicos y de talento humano son limitados, por lo que será importante centrarse en las unidades auditables con mayor criticidad

tabla 1. Descripción de criterios de como debería ser la priorización universo de la auditoría, de acuerdo ejemplo de la función pública.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO

GESTION DE CALIDAD

Código: ME-GC-SH-MA-05

Versión:

02

Página:

Pág. 34 de 66

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)

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO

GESTION DE CALIDAD

Código: ME-GC-SH-MA-05

Versión:

02

Página:

Pág. 35 de 66

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

En la tabla se establece la descripción de los criterios de priorización universo de auditoría ver tabla 1. y niveles de criticidad. Tabla No. 2, tomados de la Función Pública.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión


	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. 36 de 66

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


### 5.3.2. Fase 2. 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, así como las auditorías de seguimiento.

### 5.3.3. Fase 3. Ejecución del trabajo de auditoría

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.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>37</b> de <b>66</b>


Esta fase contempla las siguientes actividades:

a. Notificación de la Auditoría y reunión de apertura de la Auditoría.

Se realiza de acuerdo al cronograma establecido en el plan de auditoría. Al inicio de la actividad el auditor interno o equipo de auditoría, debe reunirse con el responsable del proceso auditado, para tratar entre otros temas los siguientes:

- Presentar a los integrantes del equipo e informar quién es el profesional encargado de la auditoría
- Comunicar los principales objetivos de la auditoría.
- Comunicar el alcance del trabajo de auditoría, proceso que se auditará, duración proyectada.
- Dar a conocer el cronograma inicial del trabajo.
- Identificar quiénes serán las personas que entregaran la información que se requerirá en la auditoría y cuál será el procedimiento para solicitarla.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>38</b> de <b>66</b>

- Se coordina y fija la reunión de cierre del trabajo de auditoría, dejando la posibilidad de realizar reuniones previas de avance del trabajo antes del informe final.


En la reunión de cierre de la Auditoría, se informará cuando se entregará el informe final, informe de auditoría, que se socializará con el representante legal o el líder del proceso.

b. Solicitud de la información:

Solicitud al área o dependencia por auditar, información que se considere necesaria para el auditaje, la cual debe ser suficiente, confiable, relevante y útil de manera tal que les permita alcanzar los objetivos del trabajo.

Los mejores resultados se obtienen en la auditoría, cuando la información está actualizada, comprobada y se realiza directamente por el auditor interno, por ejemplo, observando un proceso o revisando documentación o cuando la información es suministrada por un externo independiente o por un tercero. La información también es más fiable cuando se recopila

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>39</b> de <b>66</b>


desde un sistema de información, aplicativo o software cuando los controles están funcionando de forma eficaz.

Es importante tener en cuenta que como los recursos del trabajo y el talento humano son generalmente son limitados, los auditores internos deben identificar y priorizar la información más relevante y útil, información que respalda o de credibilidad a las observaciones y recomendaciones del trabajo, también tener en cuenta la limitación del tiempo de los auditados.

Cabe resaltar que 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”

### c. Análisis y evaluación

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>40</b> de <b>66</b>


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.

Los procedimientos analíticos son empleados para comparar la información recolectada durante el proceso auditor, se basan en una fuente independiente (sin sesgos). Algunos ejemplos de procedimientos analíticos que se pueden tener en cuenta:

- Análisis de indicadores, tendencias y análisis de regresión.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. 41 de 66


- Pruebas de razonabilidad.
- Comparaciones entre periodos.
- Proyecciones.

Los auditores internos deben investigar más profundamente sobre cualquier desviación significativa que detecten para determinar si la causa de la variación es razonable, por ejemplo, errores humanos en registros, cambios en las condiciones del proceso o procedimiento. Si se dan resultados inexplicables, puede indicar la necesidad de llevar a cabo un seguimiento adicional y es necesario alertar sobre la presencia de un problema significativo que debería ser comunicado a la Alta Dirección y al Comité Institucional de Coordinación de Control interno

d. 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

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>42</b> de <b>66</b>


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, guías, protocolos y manuales, entre otros que permiten conocer en detalle el objeto de auditoría.

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, como líder de las auditorías en la entidad.

Talento humano asignado de apoyo a Control Interno. Con los colaboradores que cuente adscritos al equipo de la oficina de Control Interno y de acuerdo al perfil de los profesionales auditores, se asigna la responsabilidad de que se ejecuten determinadas auditorías y proyecten el informe definitivo, para que con ello se facilite el cumplimiento al cronograma de auditoría.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>43</b> de <b>66</b>

A lo largo del trabajo o cuando se requiera, el jefe de Control Interno se reunirá con los auditores internos que hayan sido asignados para tratar el proceso de ejecución.

e. Desarrollo de observaciones


También denominados “hallazgos o debilidades”, son el resultado de la comparación que se realiza entre un criterio establecido y la situación actual encontrada durante el examen a una función, actividad, procedimiento o proceso.

Una adecuada evaluación e interpretación de los resultados, debe permitir al auditor interno emitir una opinión sobre la efectividad de los controles en relación a la capacidad de mitigar el riesgo, así como el cumplimiento de las normas relacionadas y aplicables.

Un correcto reporte de hallazgos debe contener:

- Condición: La evidencia basada en hechos que encontró el auditor interno (realidad).

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión


	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>44</b> de <b>66</b>

- **Criterios:** Las normas, reglamentos o expectativas utilizadas al realizar la evaluación, (lo que debe ser).
- **Causa:** Las razones subyacentes de la brecha entre la condición esperada y la real, que generan condiciones adversas (qué originó la diferencia encontrada).
- **Consecuencias o efectos:** Los efectos adversos, reales o potenciales, de la brecha entre la condición existente y los criterios, (qué efectos puede ocasionar la diferencia encontrada).

Previo a cierre de la auditoría y al informe final de la auditoría, es importante realizar reuniones preliminares o previas con el grupo de trabajo auditado si se requiere.

- En esta etapa es posible contemplar, de acuerdo a la complejidad de los hallazgos, realizar durante el transcurso del trabajo de auditoría reuniones regulares con las personas clave del área auditada o el gerente.
- El propósito principal será recabar información suficiente para determinar las observaciones que irán en el informe definitivo y antes de la reunión de cierre al finalizar la auditoría y después de analizar los antecedentes y datos que respaldan los hallazgos, el equipo de

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>45</b> de <b>66</b>

profesionales de auditoría, debe reunirse con el responsable del proceso auditado o el gerente.


Se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- Presentar los resultados y observaciones del trabajo.
- Presentar hechos que constituyen fortalezas y oportunidades de mejora.
- Presentar hechos que constituyen exposiciones al riesgo relevantes
- Determinar plazos para el levantamiento de los planes de mejoramiento correspondientes.
- Formalizar la reunión mediante la elaboración de un acta.

#### **5.3.5. Fase 4. Informe de auditor con el resultado de la Auditoría**

En esta fase se presentan los resultados de la auditoría a través de un informe de auditoría y se suscriben los planes de mejoramiento. Antes del informe definitivo, se han desarrollado una serie de pasos previos con el gerente o auditado y que incluyeron reuniones previas a fin de dar a conocer el informe preliminar de auditoría y se ha abierto un espacio para considerar información adicional, aclaraciones u otras situaciones que requieran el análisis por parte de 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 la presentación del informe ante el gerente y posteriormente ante el Comité Institucional de Coordinación

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
		Página: Pág. <b>46</b> de <b>66</b>

de Control Interno, además, contará con elementos de juicio a la hora de presentar los resultados generales de las debilidades o los hallazgos más críticos para la toma de decisiones.

Se debe tener en cuenta para el informe de auditoría los siguientes aspectos:

\* Se deben incluir los objetivos y alcance en el informe final de auditoría, así como las conclusiones correspondientes, las recomendaciones y las fechas para el levantamiento de los planes de mejoramiento.

\* Cuando se emita una opinión o conclusión debe esta soportada por información suficiente, confiable, relevante y útil.


\* Es importante resaltar los resultados satisfactorios del trabajo los hallazgos positivos.

\* Las comunicaciones deben ser precisas, objetivas, claras, concisas, constructivas, completas y oportunas.

a. 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 o nombre de la auditoría o nombre del proceso auditado, el objetivo de auditoría, el alcance cumplido, el resumen con los aspectos más importantes respecto de las observaciones encontradas si se presentaron hallazgos, las

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>47</b> de <b>66</b>

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 si así lo dispone el gerente. El informe detallado desarrollará el contenido completo de las debilidades, los hallazgos u observaciones con destino al líder del proceso, quien debe establecer los planes de mejoramiento correspondientes.

b. Calidad del informe


En diferentes partes del presente manual se ha mencionado que las comunicaciones deben ser precisas, objetivas, claras, concisas, constructivas, completas y oportunas.

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.

c. Errores y omisiones o riesgo de auditoria

Si un informe de auditoría contiene un error u omisión significativo, el jefe de la Oficina de Control Interno, 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

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>48</b> de <b>66</b>

como riesgo de auditoría y está definido como la posibilidad de que la auditoría interna opine erradamente.

#### d. Difusión del informe de auditoría

La norma 2440 establece que el jefe de Control Interno, debe comunicar los resultados a las partes apropiadas

#### Planes de Mejoramiento

Como ya se ha mencionado producto del resultado de la auditoria y en respuesta a los hallazgos encontrados, se generará un plan de mejoramiento el cual debe contener como mínimo:


Incluirá las actividades que se implementarán con el fin de subsanar las causas de las debilidades u observaciones identificadas durante la auditoría.

Este plan deberá ser elaborado por los responsables del proceso y estará sujeto a seguimiento por parte del auditor interno.

#### **5.3.6. Fase 5. Seguimiento del progreso**

El auditor interno debe establecer un proceso de seguimiento para verificar que las acciones previstas en los planes de mejoramiento hayan sido implementadas y será el encargado de

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>49</b> de <b>66</b>

dar cierre cuando se hayan cumplido, para ello, debe analizar si las acciones fueron o no efectivas para superar los hallazgos.

Es importante que el jefe de Control Interno, desarrolle un proceso que recopile las observaciones relevantes, las acciones acordadas y la situación en la que se encuentran. La información que se tiene en cuenta y sobre la que se realiza el seguimiento normalmente incluye:

- Las observaciones comunicadas a representante legal, con su correspondiente nivel de riesgos.
- Las acciones correctivas acordadas.
- El plazo o periodo en el que tendrán que estar implantadas las acciones correctivas y los cambios acordados con las fechas fijas como objetivo.
- El responsable del proceso o de cada acción correctiva.
- La situación actual de las acciones correctivas y se precisa si la auditoría interna ha confirmado dicha situación. (Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p. 245, 246)

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página:	Pág. <b>50</b> de <b>66</b>

## 6. Bibliografía

1. Andrés Méndez Jiménez, Myrian Cubillos Benavides “Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas”, Versión No. 4, Departamento Administrativo de la función Pública Colombia, Julio de 2020
2. Alejandro Muñoz Arredondo, Manual de Auditoría Interna de Control Interno, Versión 1, Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia, Julio de 2019.
3. Comité de control Interno, “Procedimientos de auditorias Internas HUEM”, Versión 2, Hospital Universitario Erasmo Meoz Cúcuta, Junio 2017.
4. Instituto de Auditores Internos IIA GLOBAL. Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna. 2017, p. 245, 246)

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

MANUAL DE AUDITORIA CON EL  
COMPONENTE RIESGOS DE LA  
ESE HOSPITAL MENTAL  
RUDESINDO SOTO RUDESINDO

GESTION DE CALIDAD

Código: ME-GC-SH-MA-05

Versión:

02

Página:

Pág. **51** de **66**

## 7. Anexos

Anexo 1. Formato Plan Anual de auditoria

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión





	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
		Página: Pág. 54 de 66

Anexo 2.

### PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO HMRS

**Objetivo:** Establecer el estado en que se encuentra el Sistema de Control Interno de la entidad, mediante del seguimiento a la ejecución de los procesos, procedimientos, planes, programas, proyectos, resultados de la gestión, valoración de riesgos, reportes de indicadores de gestión, entre otros, con el fin de detectar desviaciones y promover acciones de mejoramiento para el Sistema de Control Interno de la E.S.E. HMRS

**Alcance:** Inicia con la programación de la evaluación de los procesos del Hospital y finaliza con el seguimiento y verificación del cumplimiento de los planes de mejoramiento.

No	Actividad Registro/Punto	Descripción	Proceso Responsable	Responsable	Punto de registro
1	Identificar las Competencias constitucionales y legales	Se consulta y analiza la normatividad expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y Contaduría General de la Nación (CGN) para evaluar el sistema y verificar los cambios normativos.	Evaluación de Control Interno de gestión	Asesor Control Interno de gestión Profesionales apoyo control interno de gestión	Formato DAFP formato CGN Normatividad aplicable
2	Cronograma	Elaboración del cronograma para llevar a cabo las reuniones correspondientes, actualización y/o aplicación de la metodología emitida por el DAFP-CGN.	Evaluación de Control Interno de gestión	Asesor Control Interno de gestión Profesionales apoyo control interno de gestión	Cronograma documentado
3	Solicitar información y diligenciar los instrumentos de la metodología	Solicitar, recopilar y diligenciar los diferentes documentos que sean necesarios para llevar a cabo la metodología señalada por el DAFP CGN.	Evaluación de Control Interno de gestión	Asesor Control Interno de gestión Profesionales apoyo control interno de gestión	Correos electrónicos. Formulario DAFP-CGN

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO

GESTION DE CALIDAD

Código: ME-GC-SH-MA-05

Versión:

02

Página:

Pág. 55 de 66

4	Ejecutar la metodología ( Aplicativo )	Se aplica la metodología establecida por el DAFP CGN y Se analiza la confiabilidad de los datos suministrados.	Evaluación de Control Interno de gestión	Asesor Control Interno de gestión Profesionales apoyo control interno de gestión	Aplicativo DAFP-CHIP
5	Envío de la información	Se envía el consolidado de la información a través del aplicativo DAFP-CHIP.	Evaluación de Control Interno de gestión	Asesor Control Interno de gestión Profesionales apoyo control interno de gestión	Certificación de envío- DAFP-CHIP
6	Socialización de los resultados	Se socializan los resultados en el Comité de Control Interno de gestión SIG	Evaluación de Control Interno de gestión	Asesor Control Interno de gestión Profesionales apoyo control interno de gestión	Resultado Evaluación DAFP-CGN
7	Plan de mejoramiento	Determinar si hay plan de mejoramiento, de ser así, continúe en la actividad No 8 y si no, en la actividad No 9.	Planeación estratégica y gerencial	Asesor de planeación y calidad Líder de proceso	
8	Plan de mejoramiento	Se determinan las acciones de mejoramiento con base en los resultados de la evaluación, se remite a la Oficina de Control Interno quien deberá realizar el respectivo seguimiento.	Planeación estratégica y gerencial	Asesor de planeación y calidad Líder de proceso	plan de mejoramiento

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

MANUAL DE AUDITORIA CON EL  
COMPONENTE RIESGOS DE LA  
ESE HOSPITAL MENTAL  
RUDESINDO SOTO RUDESINDO

GESTION DE CALIDAD


Código: ME-GC-SH-MA-05

Versión: 02

Página: Pág. **56** de **66**

9	Seguimiento	Se verifica el cumplimiento de los compromisos en las fechas establecidas	Evaluación de Control Interno	Asesor de Control Interno de gestión Profesionales apoyo control Interno de gestión	plan de mejoramiento
10	Archivar	Se archivan los documentos generados.	Evaluación de Control Interno	Asesor de Control Interno de gestión Profesionales apoyo control Interno de gestión	Expediente Evaluación Sistema de Control Interno
11	Fin del procedimiento				

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
		Página: Pág. 57 de 66

Anexo 3

### PROCEDIMIENTO RELACIONES CON ENTES EXTERNOS

**Objetivo:** Coordinar para que cada responsable de área, suministre la información solicitada por los entes de control, en los tiempos estipulados y veracidad con sus respectivos soportes confiables y verificables.

**Alcance:** Inicia con la solicitud de información requerida por el ente de control, hasta la respectiva entrega a ellos de manera.

No	Actividad Registro/Punto	Descripción	Proceso Responsable	Responsable	Punto de registro
1	Radicación de la solicitud de la información	Los entes externos, realizan entrega al Centro de Gestión Documental (CEGDOC), de la solicitud de información El software SIEP Documental les asigna un número consecutivo de radicación en estricto orden de llegada, fecha y hora por vigencia anual. El software genera un "Stiker" o etiqueta que se adhieren a los documentos físicos.	Gestión de información y comunicación	Auxiliar administrativo de gestión de información y comunicación	Documento con su Stiker o etiqueta
2	Digitalización y envío interno Documentos Externos	Digitaliza el documento junto con sus anexos, incorpora o adjunta la imagen al código o registro del radicado en el Sistema de Gestión Documental SIEP Documental (envío interno de documentos). Se envía a Gerencia con copia a Control intreno.	Gestión de información y comunicación	Auxiliar administrativo de gestión de información y comunicación	Documento Digitalizado
3	Solicitar información y diligenciar los instrumentos de la metodología	Solicitar, recopilar y diligenciar los diferentes documentos que sean necesarios para llevar a cabo la metodología señalada por el DAFP CGN.	Evaluación de Control Interno de gestión	Asesor Control Interno de gestión Profesionales apoyo control interno de gestión	Correos electrónicos. Formulario DAFP-CGN

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO

GESTION DE CALIDAD

Código: ME-GC-SH-MA-05

Versión:

02

Página:

Pág. 58 de 66

4	Ejecutar la metodología (Aplicativo)	Se aplica la metodología establecida por el DAFP CGN y Se analiza la confiabilidad de los datos suministrados.	Evaluación de Control Interno de gestión	Asesor Control Interno de gestión Profesionales apoyo control interno de gestión	Aplicativo DAFP-CHIP
5	Envío de la información	Se envía el consolidado de la información a través del aplicativo DAFP-CHIP.	Evaluación de Control Interno de gestión	Asesor Control Interno de gestión Profesionales apoyo control interno de gestión	Certificación de envío- DAFP-CHIP
6	Socialización de los resultados	Se socializan los resultados en el Comité de Control Interno de gestión SIG	Evaluación de Control Interno de gestión	Asesor Control Interno de gestión Profesionales apoyo control interno de gestión	Resultado Evaluación DAFP-CGN
7	Plan de mejoramiento	Determinar si hay plan de mejoramiento, de ser así, continúe en la actividad No 8 y si no, en la actividad No 9.	Planeación estratégica y gerencial	Asesor de planeación y calidad Líder de proceso	
8	Plan de mejoramiento	Se determinan las acciones de mejoramiento con base en los resultados de la evaluación, se remite a la Oficina de Control Interno quien deberá realizar el respectivo seguimiento.	Planeación estratégica y gerencial	Asesor de planeación y calidad Líder de proceso	plan de mejoramiento

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO

GESTION DE CALIDAD

Código: ME-GC-SH-MA-05

Versión:

02

Página:

Pág. **59** de **66**

9	Seguimiento	Se verifica el cumplimiento de los compromisos en las fechas establecidas	Evaluación de Control Interno	Asesor de Control Interno de gestión Profesionales apoyo control Interno de gestión	plan de mejoramiento
10	Archivar	Se archivan los documentos generados.	Evaluación de Control Interno	Asesor de Control Interno de gestión Profesionales apoyo control Interno de gestión	Expediente Evaluación Sistema de Control Interno
11	Fin del procedimiento				

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
	Página: Pág. 60 de 66	

Anexo 4

**PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA HMRS**

**Objetivo:** Establecer las actividades para la planificación, organización, ejecución y seguimiento de auditorías internas del sistema de gestión integral en cumplimiento de las disposiciones planificadas y normatividad aplicable a cada uno de los procesos para el Sistema de Control Interno de la E.S.E. HMRS

**Alcance:** Inicia con la programación de la evaluación de los procesos del Hospital y finaliza con el seguimiento y verificación del cumplimiento de los planes de mejoramiento.

No	Actividad Registro/Punto	Descripción	Proceso Responsable	Responsable	Punto de registro
1	Preparación del plan anual de auditorías	Se analiza la información histórica del proceso, tomando como insumos: los resultados del Plan de Acción y Plan de auditorías obtenidos en la vigencia anterior con el fin de determinar las áreas críticas.	Evaluación de Control Interno de gestión	Asesor Control Interno de gestión Profesionales apoyo control interno de gestión	Plan anual de auditorías
2	Elaboración, aprobación y socialización del Plan Anual de auditoría	Elaborar el Plan Anual de Auditoría por procesos. Este plan será socializado y aprobado en el primer comité de control interno de la vigencia y enviado a los correspondientes involucrados. El Plan Anual de Auditoría se podrá modificar en atención de los requerimientos o necesidades del servicio. Tipo de auditoría. Internas: realizada por auditores internos o contratados. Auditorías Express: cuando las condiciones lo requieran.	Evaluación de Control Interno de gestión	Asesor Control Interno de gestión Profesionales apoyo control interno de gestión	Plan Anual de auditorías Acta de comité de Control Interno

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO

GESTION DE CALIDAD

Código: ME-GC-SH-MA-05

Versión:

02

Página:

Pág. 61 de 66

3	Alistamiento de la auditoría	Se oficia al proceso que se va a auditar, como mínimo con cinco (5) días de anticipación.	Evaluación de Control Interno de gestión	Profesionales apoyo control interno de gestión	Correos electrónicos. Formulario DAFP-CGN
4	Comunicación fecha auditoría	Se aplica la metodología establecida por el DAFP CGN y Se analiza la confiabilidad de los datos suministrados.	Evaluación de Control Interno de gestión	Auxiliar administrativo control interno de gestión	Comunicación Interna
5	Realización de reunión de apertura	Se realiza la reunión de apertura con el líder del proceso y/o coordinador e integrantes del área.	Evaluación de Control Interno de gestión	Asesor Control Interno de gestión Profesionales apoyo control interno de gestión	Acta de apertura y cierre de auditoría
6	Ejecución de la auditoría	Se recopila la información pertinente para determinar el cumplimiento de los procesos, procedimientos, actividades, manual de funciones, normatividad, requisitos y demás registros pertinentes. Nota: Para la auditoría de Gestión contractual se programan dos (2) seguimientos por año	Evaluación de Control Interno de gestión	Profesionales apoyo control interno de gestión	Soporte de trabajo del auditor

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO

GESTION DE CALIDAD

Código: ME-GC-SH-MA-05

Versión:

02

Página:

Pág. 62 de 66

7	Reunión del cierre de la auditoría	Se socializa con los responsables del proceso los resultados preliminares de la auditoría y se firma la respectiva acta de cierre.	Evaluación de control interno	Profesional de apoyo control interno de gestión	
8	Elaborar informe preliminar	El auditor revisa y analiza los hallazgos encontrados, las no conformidades, las evidencias de la auditoría y elabora informe preliminar de la auditoría y presenta al jefe de Control Interno para su revisión..	Evaluación de control interno	Profesional de apoyo control interno de gestión	Informe de auditoría
9	Revisión del informe preliminar	Revisar el informe de auditoría, hacer las observaciones del caso y concertar con el equipo auditor. Si se presenta observaciones del informe continúe en la actividad 10 si no en la 11.	Evaluación de Control Interno	Asesor de Control Interno de gestión Profesionales de apoyo control Interno de gestión	Informe de auditoría
10	Elaborar informe final de auditoría	En caso que se reciban observaciones y/o aclaraciones, serán analizadas para ratificar el hallazgo, ajustarlo o eliminarlo y se elabora el informe final de auditoría	Evaluación de Control Interno	Profesional de apoyo control Interno de gestión	Informe de auditoría
11	Entrega final del informe	Se remite el informe final de auditoría al responsable del proceso y a la gerencia	Evaluación de Control Interno	Asesor de Control Interno de gestión Profesionales de apoyo control Interno de gestión	Comunicación Interna Informe de auditoría
12	Socialización del informe	Se socializa el informe de Auditoría en el Comité coordinador de Control Interno -SIG.	Evaluación de control interno	Asesor de Control Interno de gestión Profesionales de apoyo control Interno de gestión	Acta Comité de Control Interno Informe de auditoría
	Elaboró		Revisó	gestión	Aprobó
	Sonia Rocío Florez Gamboa		Equipo interdisciplinario		Comité coordinador de control interno de gestión



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO

GESTION DE CALIDAD


Código: ME-GC-SH-MA-05

Versión: 02

Página: Pág. 63 de 66

13	Existe plan de mejoramiento	auditoría se determina o no la realización del plan de mejoramiento. Si hay, continúe en la actividad No 14 y si no en la actividad No 15.	Proceso auditado	Líder, asesor y/o coordinador del proceso	
14	Plan de mejoramiento	de mejoramiento con base en los resultados de la auditoría, se remite a la Oficina de Control Interno dentro de los ocho (8) días siguientes a la entrega del informe.	Proceso auditado	Líderes del proceso y/o Coordinador es	Plan de mejoramiento
15	Seguimiento y evaluación	Realizar seguimiento a las acciones de mejoramiento establecidas en el respectivo Plan de Mejora	Evaluación de control interno	Profesionales de apoyo control Interno de gestión	Plan de mejoramiento
16	Archivar el informe	Se archiva el informe y demás documentos generados por la auditoría.	Evaluación de control interno	Auxiliar administrativo control Interno de gestión	Expediente de auditorias
17	Fin del procedimiento				

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión

	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO	GESTION DE CALIDAD
		Código: ME-GC-SH-MA-05
		Versión: 02
		Página: Pág. 64 de 66

Anexo 5

### PROCEDIMIENTO SEGUIMIENTO A MAPA DE RIESGOS

**Objetivo:** Revisar la aplicación de la metodología de la elaboración de los mapas de riesgos de cada área para valorar, detectar, analizar y mitigar las causas de los riesgos potenciales de los procesos con el objetivo de prevenir su ocurrencia, realizar el seguimiento, evaluación y generar las respectivas recomendaciones.

**Alcance:** Inicia desde la identificación de los posibles riesgos en cada uno de los procesos de cada área y termina con el seguimiento y valoración de la eficacia de las acciones tomadas.

No	Actividad Registro/Punto	Descripción	Proceso Responsable	Responsable	Punto de registro
1	Revisar y analizar la Matriz de Riesgos	Recopila y revisa y analiza la información necesaria para la evaluación de la gestión de los riesgos en los siguientes aspectos: Mapa de procesos Procedimientos Requisitos legales, del cliente, y otros que suscriba la entidad, entre otros. Factores internos y externos que puedan afectar los procesos.	Evaluación de Control Interno Proceso responsable	Profesionales apoyo control interno de gestión Líderes del proceso	Matriz identificación riesgos
2	Verificar el cumplimiento de las acciones establecidas	Se solicitan soportes del cumplimiento de las acciones establecidas en la matriz	Evaluación de Control Interno	Profesionales apoyo control interno de gestión	Matriz identificación riesgos
3	Análisis de los riesgos	Determinar la frecuencia en la actividad realizada generadora del posible riesgo. Determinar el impacto causado por la eventual ocurrencia de cada riesgo. Determinar el alcance de afectación con la posible materialización del riesgo. Evaluar el riesgo de acuerdo con la calificación de la metodología del DAFP.	Evaluación de Control Interno de gestión	Profesionales apoyo control interno de gestión	Matriz Administración del Riesgo

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

MANUAL DE AUDITORIA CON EL COMPONENTE RIESGOS DE LA ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO RUDESINDO

GESTION DE CALIDAD

Código: ME-GC-SH-MA-05

Versión:

02

Página:

Pág. 65 de 66

4	Evaluación de los riesgos	Una vez determinada la zona de riesgo se evalúa la conveniencia de implementar o aplicar alguna acción preventiva o control para reducir la probabilidad de materialización del riesgo. Identificar los controles existentes que mitiguen el riesgo. Establecer los responsables de las acciones de control.	Evaluación de Control Interno de gestión	Profesionales apoyo control interno de gestión	Matriz Administración del Riesgo
5	Consolidación de la información obtenida	Recopila la información producto de las actividades desarrolladas.	Evaluación de Control Interno de gestión	Profesionales apoyo control interno de gestión	Matriz Administración del Riesgo
6	Elaboración del informe	Se elabora el informe con el resultado del análisis de la información obtenida.	Evaluación de Control Interno de gestión	Profesionales apoyo control interno de gestión	Informe de resultados Recomendaciones
7	Actualización de modificaciones	Si se generan cambios o actualización de la matriz de riesgos se remite al comité de control interno de gestión -SIG, para su respectivo ajuste	Proceso responsable	Líderes de los procesos Comité de control interno de gestión	Matriz de riesgo ajustada
8	Seguimiento	Realiza seguimiento con el fin de verificar que el control (acción preventiva) propuesto haya sido implementado y si se logró el resultado deseado, es decir disminuyó el riesgo o probabilidad, o si por el contrario no le fue informada al líder del proceso correspondiente para que se tomen nuevas acciones	Evaluación de Control Interno Planeación estratégica y gerencial	Profesionales de apoyo control interno de gestión Asesor de planeación y calidad	Informe de seguimiento los riesgos
Elaboró		Revisó		Aprobó	
Sonia Rocio Florez Gamboa		Equipo interdisciplinario		Comité coordinador de control interno de gestión	



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

MANUAL DE AUDITORIA CON EL  
COMPONENTE RIESGOS DE LA  
ESE HOSPITAL MENTAL  
RUDESINDO SOTO RUDESINDO

GESTION DE CALIDAD

Código: ME-GC-SH-MA-05

Versión: 02

Página: Pág. **66** de **66**

9	Archivo	Archivar en sus respectivos legajos los soportes documentales generados	Evaluación de Control Interno	Auxiliar Administrativo de control interno de gestión	Expediente con soporte
10	Fin del procedimiento				

Elaboró	Revisó	Aprobó
Sonia Rocio Florez Gamboa	Equipo interdisciplinario	Comité coordinador de control interno de gestión