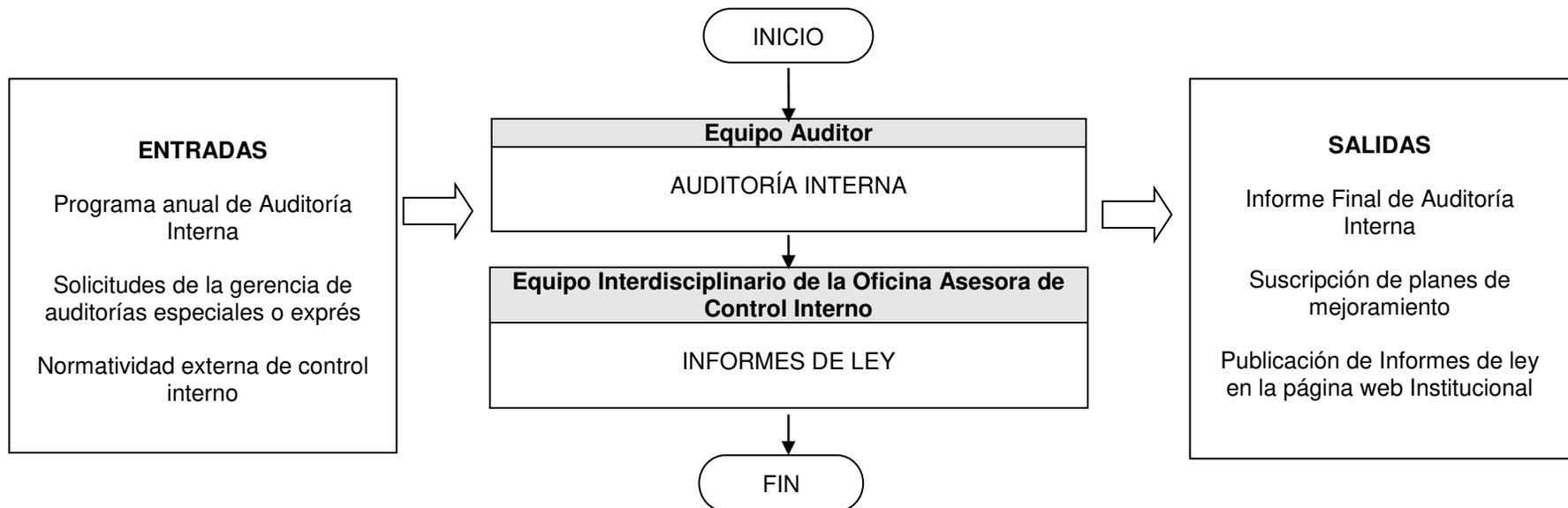


1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO:



	MACRO PROCESO: GESTIÓN DE CONTROL INTERNO	FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2022
	PROCESO: GESTIÓN DE CONTROL INTERNO	VERSIÓN: 01
		CÓDIGO: GCI-CI-C-001
		PAGINA: 2 de 14

2. OBJETIVO

Estandarizar los métodos y procedimientos necesarios para la realización de Informes, Asesorías, Seguimientos y control de Auditoría Interna, determinando el estado del Sistema de Control Interno en general y el nivel de gestión institucional, a través del cumplimiento de los procesos institucionales; generando oportunidades de mejora que se convierten en fuente de información para la toma de decisiones por parte de la Alta Gerencia y Junta Directiva.

3. ALCANCE

Este proceso y sus procedimientos aplica para todos los macroprocesos y derivados institucionales que se desarrollan al interior de la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Inicia con la elaboración del Programa Anual de Auditoría de la Oficina Asesora de Control Interno; continúa con la ejecución de las actividades relacionadas en el programa y concluye con los informes finales de auditoría, planes de mejoramiento e informes de ley.

4. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL

- Constitución Política de 1991, art 209.
- Ley 87 de 1993.
- Ley 872 de 2003.
- Ley 1474 de 2011.
- Ley 019 de 2012.
- Decreto 943 de 2014.
- Ley 1712 de 2014, reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 103 de 2015.
- Decreto 1083 de 2015.
- Decreto 648 de 2017, por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública.
- Decreto 1499 de 2017, por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.
- Circular DAFP 06 de 2005, Guía de Auditoría para Entidades Públicas, NTC 9001:2005, NTC 150 19011 y las normas que los modifiquen o adicionen.

	MACRO PROCESO: GESTIÓN DE CONTROL INTERNO	FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2022
	PROCESO: GESTIÓN DE CONTROL INTERNO	VERSIÓN: 01
		CÓDIGO: GCI-CI-C-001
		PAGINA: 3 de 14

- U Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.4.8, Instrumentos para la actividad de la Auditoría Interna, literal c.) Estatuto de auditoría, en el cual se establezcan y comuniquen las directrices fundamentales que definirán el marco dentro del cual se desarrollarán las actividades, según los lineamientos de las Normas Internacionales de Auditoría y el Código de Ética.
- U Lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, Consejo Asesor del Gobierno Nacional, Contaduría General de la Nación en materia de Control Interno.
- U Demás normas aplicables a los procesos de las Oficinas de Control Interno, así como las que modifiquen, adicionen o sustituyan las anteriormente mencionadas.

5. UBICACIÓN EN EL MAPA DE PROCESOS INSTITUCIONAL

- U De Evaluación

6. DEFINICIONES

U **Auditoría Interna:** Es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad. Adicionalmente, ayuda a la institución a cumplir sus objetivos, aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos, de la gestión de riesgos, controles y gobierno por medio de servicios de evaluación, seguimiento y asesoría. En el entendido que el objetivo central de la función de auditoría interna es ayudar a que la organización alcance sus objetivos, se puede establecer que ésta requiere independencia, entrenamiento técnico y capacitación profesional, cuidado y diligencia profesional, estudio y evaluación del Sistema de Control Interno, supervisión adecuada de las actividades por parte del auditor de mayor experiencia, información competente, suficiente en lo que respecta a la observación, investigación y confirmación.

U **Acción de Mejoramiento:** Toda actividad que incrementa los resultados de los procesos y fortalece el sistema de gestión de la organización.

U **Auditado:** Organización, dependencia o persona que es auditada.

U **Auditor:** Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría. Para ello, se requieren profesionales que no solamente conozcan las funciones de control interno, sino que dispongan de conocimientos en materia de herramientas de gestión, control estadístico de los procesos, trabajo en equipo, tormenta de ideas, planificación,

	MACRO PROCESO: GESTIÓN DE CONTROL INTERNO	FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2022
	PROCESO: GESTIÓN DE CONTROL INTERNO	VERSIÓN: 01
		CÓDIGO: GCI-CI-C-001
		PAGINA: 4 de 14

administración, normativas legales, financieras, contables, de los sistemas de información, así como de lineamientos sobre seguridad de la información y la política de gobierno digital y demás políticas del MIPG. Dichos conocimientos, no tendrán la profundidad de quienes ejercen tales funciones, pero con un conjunto de información suficiente relacionada con los procesos y temas en mención, serán esenciales frente al proceso auditor, ya que entrega elementos suficientes para la priorización y planeación de las auditorías. Lo anterior, bajo los principios de integridad, objetividad, confidencialidad, competencia y las reglas de conducta relacionadas.

Evidencia: Información generada por las áreas del Hospital la cual es obtenida en el trabajo de campo, y es utilizada por el auditor para alcanzar y soportar las conclusiones en las que basa su opinión. Tiene la mayor importancia dentro del proceso auditor, como quiera que proporcione los elementos necesarios para que el ejercicio de auditoría sea confiable, consistente, material, productivo y generador de valor agregado a la organización, traducido en hallazgos con acciones de mejoramiento y garantía para la entidad.

Fortalezas: Son los principales factores, aspectos, situaciones o actividades favorables que se desarrollan en la ejecución de un proceso, en procura de producir una información confiable, relevante y comprensible; los cuales fueron determinados a partir de la evaluación.

Indicador: Dato o información que se obtiene mediante una fórmula y que sirve para conocer o valorar las características y la intensidad de un hecho, para determinar su evolución a través del tiempo y para establecer el nivel de cumplimiento de los compromisos adquiridos.

Informe de Ley: Es la verificación y/o seguimiento a un determinado proceso, procedimiento, modelo, sistema, plan, manual etc., que ordena la normatividad legal vigente y tiene como fin hacer una evaluación y diagnóstico del estado actual para formular estrategias de mejoramiento y aseguramiento; además del nivel de adherencia y cumplimiento por parte de la institución. De acuerdo con los resultados del análisis se puede formular o no un plan de mejoramiento.

Hallazgo: Es el resultado de la comparación que se realiza entre un criterio de auditoría y la situación actual encontrada durante el examen a una actividad, procedimiento o proceso.

U Papeles de Trabajo: Son todos aquellos documentos elaborados por los evaluadores, que fundamentan y respaldan su juicio, pero no hacen parte integral del informe. En ellos se registran los datos de la información, así como los resultados de las pruebas realizadas durante la ejecución de la auditoría.

U Plan de Acción: Es el instrumento de programación, seguimiento y control de la ejecución anual de actividades.

U Plan de Auditoría: Actividades requeridas para cada auditoría, que incluye su alcance, objetivo, tiempo y asignación de recursos.

7. MECANISMOS DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

U Priorización realizada por el jefe de Control Interno de acuerdo con el Informe del mapa de riesgos institucional de la vigencia inmediatamente anterior, y las solicitudes de la Gerencia sobre asesorías, acompañamientos, auditorías especiales o exprés.

8. MECANISMOS DE RESPUESTA A LAS NECESIDADES

U Informes finales de auditoría interna, actas de la oficina asesora de Control Interno e informes de ley.

9. CADENA CLIENTE PROVEEDOR DEL PROCESO

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
Programa Anual de Auditoría Interna Solicitudes de la Gerencia de auditorías especiales o exprés.	Informe del Mapa de riesgos Institucional Gerencia	Programa Anual de Auditoría Interna aprobado en el Comité Institucional de Control Interno	AUDITORÍA INTERNA	Informe Final de Auditoría Interna Suscripción de planes de mejoramiento	Gerencia	Informe socializado con el área auditada Informe aprobado por el jefe de la Oficina Asesora de Control Interno Planes de mejoramiento suscritos

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
Normatividad externa de Control Interno	Entes externos de regulación y control	Normatividad legal vigente exigible para la institución	INFORMES DE LEY	Publicación de Informes de Ley en la página web institucional	Gerencia Entes externos de regulación y control Ciudadanía	Informe revisado y aprobado por el jefe de la Oficina Asesora de Control Interno

10. ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO CON METODOLOGÍA 5W1H

N°	WHAT QUÉ	WHO QUIÉN	WHEN CUÁNDO	HOW CÓMO	WHERE DÓNDE	WHY POR QUÉ
1	AUDITORIA INTERNA	Equipo auditor de la oficina asesora de Control Interno	De acuerdo con el cronograma establecido en el Programa Anual de Auditoría Interna	Procedimiento de auditoría interna	Todas las unidades funcionales de la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva	Exigencia de la normatividad vigente Cumplimiento de los objetivos de evaluación, seguimiento y control de la oficina asesora de Control Interno
2	INFORMES DE LEY	Equipo auditor de la oficina asesora de Control Interno	De acuerdo con la Matriz de Informes de Ley Institucional	Procedimiento de Informes de ley	ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva	Exigencia de la normatividad legal vigente

	MACRO PROCESO: GESTIÓN DE CONTROL INTERNO	FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2022
	PROCESO: GESTIÓN DE CONTROL INTERNO	VERSIÓN: 01
		CÓDIGO: GCI-CI-C-001
		PAGINA: 7 de 14

11. ADVERTENCIAS GENERALES

- U Preséntese al iniciar una auditoría con nombre, apellido y cargo.
- U Permanecer siempre con la identificación visible.
- U Tenga presente que una relación cordial, respetuosa y amable durante el desarrollo de la auditoría; como también una comunicación asertiva, son cruciales para garantizar un buen resultado, por eso asegúrese de manejar un lenguaje claro y sencillo.
- U Aplique en todo momento el Código de Ética de la Oficina Asesora de Control Interno y el Código de Integridad Institucional.
- U Cuando se presenten situaciones de inconformidad del auditado frente a las actividades desarrolladas, propenda por mantener un ambiente cordial y respetuoso, invitando a la conciliación y aclarando los malentendidos. Posteriormente comunique lo ocurrido al jefe de la OCI.
- U Toda solicitud de información y su respuesta, se debe realizar haciendo uso de los canales de comunicación institucionales, conservando la evidencia de lo actuado.
- U Las comunicaciones generadas y los informes deben ser precisos, objetivos, claros, concisos, constructivos, completos y oportunos.
- U Recuerde que el formato de Archivo Corriente es transversal a todo el proceso de auditoría, y deben ser entregados y conservados en la OCI, previa verificación conjunta con el Auxiliar Administrativo, quien procederá a su archivo físico y magnético (Escaneado) de conformidad con las tablas de retención documental.
- U Criterios de Auditoría: Son los puntos de referencia, parámetros, requisitos o condiciones que se utilizan para evaluar o medir el asunto o materia a auditar de manera consistente y razonable. Se identifican a partir de normas, manuales, guías, protocolos, reglamentos expedidos por autoridad competente, que le sean aplicables (Lo que debe ser).

12. PROCEDIMIENTOS

DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO	
CÓDIGO	GCI-CI-P-001-001
NOMBRE	Auditoría Interna
RESPONSABLE OPERACIONAL	Equipo Auditor
OBJETIVO	Evaluar, monitorear y realizar seguimiento independiente y objetivo a la gestión por procesos de la Entidad en términos de eficiencia, eficacia y economía, generando los hallazgos, recomendaciones y conclusiones; asesorando a la alta dirección para el cumplimiento de sus objetivos Institucionales y normas aplicables, tanto internas como externas
RECURSOS NECESARIOS	Recursos físicos: Equipo de cómputo, Internet, papel y demás necesarios. Recursos humanos: Equipo auditor multidisciplinar.
REGISTROS GENERADOS	Oficio de Comunicación de Apertura de Auditoría. Acta Oficina de Control Interno Oficio Remisión Informe Final de Auditoría. Oficio de Aprobación del Plan de Mejoramiento
ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS	<ul style="list-style-type: none"> ☺ Toda auditoría debe ser iniciada y cerrada con el líder del asunto a auditar. ☺ No olvide que las acciones de mejoramiento no deben superar el año desde su suscripción para su implementación, de acuerdo con su calificación y priorización del hallazgo. En caso de superar el año, sin que medie debida justificación como se menciona en el punto 3, se dará traslado a la Oficina Asesora de Control Interno Disciplinario para las actuaciones a que haya lugar. ☺ Tenga presente cuando realice el seguimiento al plan de mejoramiento interno que, si alguna de las acciones de mejora aprobadas no puede llevarse a cabo por motivos debidamente justificados por parte del responsable de la acción, se elaborará un acta donde se modifique la actividad, avalada por quienes hayan suscrito el respectivo plan. ☺ Recuerde que el jefe de la Oficina Asesora de Control Interno determina, de conformidad con su criterio, cuándo se ejecuta el procedimiento abreviado de auditoría. ☺ Tenga presente que, en el procedimiento abreviado de auditoría, los formatos asociados a la primera y segunda fase pueden ser elaborados a mano alzada.

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1	Elaborar el Plan de Trabajo de la Auditoría y demás actividades de este paso	<p>Equipo Auditor</p> <p>1. Realice un análisis completo del ambiente de control de la dependencia, proceso, procedimiento, plan, política, manual, instructivo, asunto auditable. Tenga en cuenta sus fuentes internas y externas, las cuales pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Normograma. ■ Estatutos vigentes en la entidad. ■ Organigrama ■ Plan de Desarrollo, Plan de Acción ■ Políticas de operación y procedimientos, guías, protocolos, instructivos. ■ Manuales de procesos y procedimientos, de funciones, de operación de software en uso, entre otros. ■ Códigos Institucionales. ■ Sistema de archivos, gestión, acceso y custodia de la información. ■ Actas (Junta Directiva, Comités Institucionales, etc.). ■ Contratos, Órdenes de Compra, Órdenes de Servicio. ■ Informes de auditorías internas y externas. ■ Planes de mejoramientos aprobados, Seguimiento a Planes de Mejoramiento internos y externos. ■ Mapa de riesgos institucional. ■ Indicadores. ■ Informes de las veedurías ciudadanas sobre la unidad o proceso auditable. ■ Página web de la institución • Informes de Ley (deben ser publicados en la página web institucional).
2	Oficio de apertura de la auditoría y elaboración de acta	<p>1. Mediante los canales de comunicación internos, determine con el líder el día y la hora de la reunión de apertura. Proceda a informar mediante oficio, al jefe de la dependencia auditada y a su superior inmediato, de la convocatoria a la reunión de apertura. Este paso se realiza mediante oficio modelo denominado "Comunicación De Apertura De Auditoria" diligenciado a través de Gestión Documental, excepto cuando apliquen los numerales 4 y 5 de las advertencias específicas del presente procedimiento.</p>
3	Solicitar y recolectar la información y demás actividades de este paso	<p>1. Aplicando las técnicas de auditoría universalmente aceptadas, se procede a solicitar y recolectar la información y evidencias suficientes y necesarias para la ejecución de la auditoria, conservando en medio físico o magnético, los correspondientes papeles de trabajo. Una vez se cuente con la información idónea, se examina y evalúa frente a los criterios de la auditoría (normas, procesos, procedimientos aprobados, manuales, instructivos de operación definidos en la unidad auditable, entre otros).</p>

4	Análisis de la información	<p>1. Se procede al análisis de la información, la cual debe contener las fortalezas y hallazgos, cada uno, con su respectiva recomendación. Es importante que el auditor tenga presente que el hallazgo debe tener como mínimo los siguientes atributos, en su orden:</p> <p>Condición fáctica: La realidad encontrada. Criterio: Cómo debe ser (la norma, la ley, el reglamento, las políticas, los procedimientos, entre otros). Causa: Qué originó la diferencia encontrada. Efecto: Qué consecuencias se pueden presentar con la diferencia encontrada - riesgos.</p>
5	Elaboración del informe final de auditoría y demás actividades correspondientes	<p>1. Elabore el Informe Final de Auditoría, en el formato institucional aprobado, teniendo en cuenta todos los pasos mencionados anteriormente y preséntelo al jefe de la Oficina Asesora de Control Interno para su conocimiento y aval.</p>
6	Reunión de cierre de auditoría	<p>1. Mediante los canales de comunicación internos, concerte con el líder de la dependencia auditada el día y la hora de la reunión de cierre, invitando al superior inmediato (si es posible) y a los líderes de las áreas relacionadas con los hallazgos y/o recomendaciones formuladas. En ésta, proceda a dar lectura del Informe Final de Auditoría, explicando claramente al auditado y a los asistentes, cada hallazgo con su recomendación.</p> <p>2. Diligencie el oficio modelo denominado “Remisión de Informe Final de Auditoría”, anexando el informe final en formato PDF y el formato de Suscripción de Plan de Mejoramiento Derivado de Auditoría Interna en Excel. Para su diligenciamiento las áreas tendrán cinco (5) días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a su recepción.</p>
7	Suscripción del plan de mejoramiento (5 días hábiles)	<p>1. Una vez recibida la Suscripción de Plan de Mejoramiento Derivado de Auditoría Interna debidamente diligenciada, analice y tenga en cuenta que las acciones de mejoramiento cumplan con los siguientes criterios:</p> <p>Minimizar o subsanar el hallazgo identificado. Describir con claridad cómo se ejecutará la acción de mejoramiento. Que la meta sea acorde con la acción o acciones propuestas. Que los indicadores le apunten a la medición de la meta y al cumplimiento de estándares de calidad.</p>
8	Aprobación del Plan de Mejoramiento y demás actividades correspondientes	<p>1. Imprima un ejemplar del Plan o Planes de Mejoramiento derivados de Auditoría Interna y proceda a recoger las firmas de los responsables del cumplimiento de las acciones de mejoramiento y el/la jefe de la Oficina Asesora de Control Interno.</p> <p>Los seguimientos a los planes de mejoramiento se realizarán semestralmente, con corte a 31 diciembre y 30 de junio.</p>

2. Una vez aprobado el Plan de Mejoramiento, inicia el proceso de control de calidad, por medio del seguimiento a los planes de mejoramiento.

DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO

CÓDIGO	GCI-CI-P-001-002	
NOMBRE	Informes de Ley	
RESPONSABLE OPERACIONAL	Equipo Interdisciplinario de la Oficina Asesora de Control Interno.	
OBJETIVO	Evaluar, verificar y realizar seguimiento a los trabajos de aseguramiento definidos por la normatividad legal vigente.	
RECURSOS NECESARIOS	Recursos físicos: Equipo de cómputo, Internet, papel y demás. Recursos Humanos: Equipo auditor multidisciplinar.	
REGISTROS GENERADOS	GCI-CI-F-001Q Formato Informe de Obligatorio Cumplimiento GCI-CI-F-001G Suscripción de Plan de Mejoramiento Derivado de Auditoría Interna (si aplica) Oficio de Aprobación del Plan de Mejoramiento GCI-CI-F-001K Ficha Técnica para Seguimiento de Plan de Mejoramiento derivado de auditoría interna.	
ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. No olvide que las acciones de mejoramiento, si se requieren, no deben superar el año para su implementación, de acuerdo con su calificación y priorización de la oportunidad de mejora. 2. Cuando realice el seguimiento al plan de mejoramiento interno, tenga presente que, si alguna de las acciones de mejora aprobadas no puede llevarse a cabo por motivos debidamente justificados por parte del responsable de la acción, se elaborará un acta donde se modifique la actividad, avalada por quienes hayan suscrito el respectivo plan. 3. La implementación del plan de mejoramiento no debe superar el año desde su suscripción. En caso de superar el año, sin que medie debida justificación, se dará traslado a la Oficina Asesora de Control Interno Disciplinario para las actuaciones a que haya lugar. 	
N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1	Oficio de Comunicación de Informe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mediante los canales de comunicación internos proceda a informar al jefe de la dependencia, el motivo y objetivo del informe de ley, de acuerdo con el criterio que determine la normatividad legal vigente.

2	Solicitar y recolectar la información y demás actividades de este paso	1. Aplicando las técnicas de auditoría universalmente aceptadas, se procede a solicitar y recolectar la información y evidencias suficientes y necesarias para la elaboración del informe, conservando en medio físico o magnético, los correspondientes papeles de trabajo. Una vez se cuenta con la información pertinente, se examina y evalúa de acuerdo con los criterios establecidos por la normatividad legal vigente.
3	Análisis de la información	1. Se procede al análisis de la información, el cual debe contener las fortalezas y recomendaciones. Si en el asunto auditado se identifican hallazgos, es importante que el auditor tenga presente que el hallazgo debe tener como mínimo los siguientes atributos, en su orden: Condición fáctica: La realidad encontrada. Criterio: Cómo debe ser (la norma, la ley, el reglamento, las políticas, los procedimientos). Causa: Qué originó la diferencia encontrada. Efecto: Qué consecuencias se pueden presentar con la diferencia encontrada – Riesgos.
4	Elaboración del Informe Final y demás actividades correspondientes	1. Elabore el Informe Final, en el formato institucional aprobado, teniendo en cuenta todos los pasos mencionados anteriormente y preséntelo al jefe de la Oficina Asesora de Control Interno para su conocimiento y aval. 2. Si hay lugar a ello, traslade los hallazgos al formato institucional aprobado “Suscripción de Plan de Mejoramiento Derivado de Auditoria Interna”; elaborando un plan individual para cada líder con hallazgos a cargo, para el cual tendrán cinco (5) días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a su recepción.
5	Cargue de información en Plataforma, si la ley lo requiere	1. Se procede al cargue de la información en las diferentes plataformas concertadas inicialmente bajo las fechas estipuladas.
6	Suscripción del Plan de Mejoramiento (5 días) (si lo requiere)	1. Verifique cada plan de mejoramiento suscrito, teniendo presente que las acciones de mejoramiento cumplan con los siguientes criterios: Minimizar o subsanar el hallazgo identificado. Describa con claridad cómo se ejecutará la acción de mejoramiento. Que la meta sea acorde con la acción o acciones propuestas. Que los indicadores le apunten a la medición de la meta y al cumplimiento de estándares de calidad. (Indicadores de Efectividad). Que el tiempo de programación se determine de acuerdo con la complejidad de la acción, sin que su implementación sea superior a un año. 2. Cuando las acciones de mejora propuestas por la dependencia no cumplan con los criterios mencionados anteriormente, proceda a socializarlo con el jefe de la Oficina Asesora de Control Interno y concerté una

	MACRO PROCESO: GESTIÓN DE CONTROL INTERNO	FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2022
	PROCESO: GESTIÓN DE CONTROL INTERNO	VERSIÓN: 01
		CÓDIGO: GCI-CI-C-001
		PAGINA: 13 de 14

		<p>reunión de asesoría con el líder del proceso en la cual se explicarán, una a una, las observaciones encontradas, suscribiendo el formato de Acta de Oficina de Control Interno, en la cual se deben registrar todas las conclusiones de la reunión.</p> <p>3. De no llegar a un consenso con la dependencia sobre las acciones de mejoramiento propuestas, programe una nueva reunión de asesoría con el líder y el superior inmediato, para analizar la propuesta; y en caso de no ser aceptadas las observaciones realizadas por la Oficina Asesora de Control Interno, regístrelo claramente en el acta de la reunión y advierta de esta situación a la Gerencia</p>
7.	Aprobación del Plan de Mejoramiento y demás actividades correspondientes	<p>1. Imprima un ejemplar del Plan o Planes de Mejoramiento derivados del informe de ley y proceda a recoger las firmas de los responsables del cumplimiento de las acciones de mejoramiento con el/la jefe de la Oficina Asesora de Control Interno.</p> <p>2. Proceda a remitir, por Gestión Documental, el o los Planes de Mejoramiento aprobados, a cada líder responsable del mismo y al respectivo superior inmediato; teniendo en cuenta el oficio modelo denominado "Aprobación Plan de Mejoramiento"; indicando en éste, las fechas en las cuales la Oficina Asesora de Control Interno realizará los seguimientos, los cuales se harán semestralmente.</p>

13.INDICADORES DE GESTIÓN

-  Porcentaje de cumplimiento al plan anticorrupción.
-  Porcentaje de informes presentados y publicados diferentes entes de control y del Ministerio de Salud y Protección Social.
-  Porcentaje de cumplimiento plan de mejora.
-  Porcentaje de cumplimiento del Plan Integrado MIPG

14.IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Ver GCI-CI-MR-001 MATRIZ DE RIESGOS DE GESTIÓN POR PROCESOS CONTROL INTERNO.

15. ELABORO, REVISO Y APROBÓ

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE: Jairo Andres Ibagón Morera Yuly Carolina Parra Vargas	NOMBRE: Marisol Gutiérrez Trujillo Marleny Quesada Losada	NOMBRE: Emma Constanza Sastoque Meñaca
CARGO: Profesional Universitario Agremiado Profesional Universitario Agremiada	CARGO: Asesora de la Oficina de Control Interno Jefe oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional	CARGO: Gerente
FECHA: Abril 2022	FECHA: Junio 2022	FECHA: Junio 2022

16. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Junio 2022	Emisión del Documento