

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS		
	NIT 890.981.726-6		
	PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍAS INTERNAS	PROCESO SISTEMAS INETGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO: PR-02-001
			VERSIÓN: 03
		FECHA: 14/10/2023	

1. OBJETIVO

Definir la metodología que permita medir oportuna y sistemáticamente la planeación, ejecución, elaboración y distribución de informes, seguimiento a planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas del sistema integrado de calidad y control interno, de tal forma que se realice una evaluación objetiva, independiente a los procesos, áreas o proyectos institucionales de acuerdo con la normatividad vigente.

2. RESPONSABLES: Gestión de la calidad y control interno

3. ALCANCE

Inicia con la elaboración del cronograma de la auditoría interna de sistemas integrados de calidad y control interno y termina con el seguimiento a los planes de mejoramiento de los procesos auditados.

TERMINOS Y DEFINICIONES
AUDITORÍA: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.
CALIDAD: Calidad es el conjunto de propiedades y características de un servicio que le confieren capacidad de satisfacer necesidades, gustos y preferencias y de cumplir con expectativas en el consumidor.
CRITERIOS DE AUDITORÍA: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos
EQUIPO AUDITOR: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.
EVIDENCIA DE LA AUDITORÍA: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.
HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

4. CONDICIONES GENERALES

4.1 PROPÓSITO DE LA AUDITORIA INTERNA:

Ayudar a entender a los responsables de los procesos auditados, dónde funcionan efectivamente y dónde no frente a criterios y estándares establecidos, así como los

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS		
	NIT 890.981.726-6		
	PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍAS INTERNAS	PROCESO SISTEMAS INETGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO: PR-02-001
			VERSIÓN: 03
			FECHA: 14/10/2023

riesgos asociados, además de que es una fuente para identificar *“oportunidades de mejora”*.

4.2 ORIGEN DE LAS AUDITORIAS:

Las auditorías internas al SIGC se pueden generar por una de las siguientes situaciones:

4.2.1 Programación de auditorías: De acuerdo a la programación de auditorías internas de calidad que establezca la organización a través del *“Comité de Calidad”*.

4.2.2. Exigencia actual o contractual: Ya sea vía ley con Estado o vía contractual con las Aseguradoras, se puede establecer la obligatoriedad de realizar una auditoría de la calidad a los productos o servicios.

4.2.3. Deseo de la gerencia: La gerencia de la institución solicita información sobre cómo se cumplen los requisitos de calidad en el SIGC.

4.2.4. Problemas relacionados con la calidad: Los problemas más serios relacionados con la calidad suelen da lugar a un examen de revisión de las actividades que tienen que ver con este aspecto.

4.3. CARACTERISTICAS DEL AUDITOR:

Las auditorías al SIGC deben ser desarrolladas por personal capacitado y con un perfil específico cumpliendo las disposiciones legales que en la materia sean aplicables, para garantizar una adecuada gestión de auditorías y una retroalimentación acertada al sistema. En general, los requisitos que deben cumplir los auditores internos son:

4.3.1 EXPERIENCIA: Cuando se trate de personal vinculado directamente, tener como mínimo (6) meses de experiencia en la institución y haber participado como auditor acompañante al menos en un (1) ciclo de auditorías internas. Para el caso de Auditores contratados externamente, demostrar experiencia certificada.

4.3.2 CONOCIMIENTOS ESPEIFICOS (evaluados)

- Conocimiento NTC GP 1000 y sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad –SOGC-
- Conocimiento de la institución
- Educación
- Objetividad

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍAS INTERNAS	PROCESO SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO: PR-02-001
			VERSIÓN: 03
			FECHA: 14/10/2023

- Manejo adecuado del tiempo
- Capacidad de comunicación
- Diplomacia
- Calidad de los informes.

Para el caso del PAMEC se requiere además cumplir con los requisitos exigidos por la normatividad aplicable.

4.3.3 HABILIDADES REQUERIDAS:

- Capacidad de análisis
- Atención en el desarrollo de actividades
- Expresar ideas y conceptos de actividades

Se recomienda que el auditor sea capaz de aplicar estas habilidades con el fin de:

- Obtener y evaluar la evidencia objetiva en forma imparcial
- Permanecer fiel al propósito de la auditoria
- Tratar al personal implicado en una forma que contribuya mejor a alcanzar el propósito de la auditoria
- Desarrollar el proceso de auditoria sin desviaciones causadas por distracciones
- Llegar a conclusiones aceptables, basadas en las observaciones de la auditoria.

4.3.4 PROPÓSITO DE LAS AUDITORIAS INTERNAS AL SIGC:

- Determinar si las actividades y resultados relativos a las calidad cumplen las disposiciones establecidas
- Determinar si las disposiciones establecidas se aplican en forma eficaz
- Determinar si las disposiciones establecidas son aptas para alcanzar los objetivos
- Proporcionar oportunidades de mejoramiento a los procesos auditados, especialmente para el caso de los “procesos prioritarios”, a través de la adopción del PAMEC nivel institucional.
- Verificar la implementación de las acciones correctivas o preventivas definidas
- Dar retro-alimentación a la gerencia sobre el estado de SIGC.

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS		
	NIT 890.981.726-6		
	PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍAS INTERNAS	PROCESO SISTEMAS INETGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO: PR-02-001
			VERSIÓN: 03
			FECHA: 14/10/2023

4.4 FRECUENCIA DE LAS AUDITORIAS:

En la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE YARUMAL se deben realizar anualmente mínimo una (1) auditoría interna de calidad a los “procesos prioritarios” objeto del PAMEC y una (1) auditoria interna de calidad al resto de procesos de la institución.

No obstante, cada vez que se requiera una auditoria “*extra*” a algún proceso de institución, se debe programar siguiendo los requisitos establecidos en este documento.

4.5 EL PROGRAMA DE AUDITORÍA

4.5.1. El “Programa de Auditoria” debe ser aprobado por el “Gerente y control interno”

4.5.2 Para la programación se debe tener en cuenta la importancia y prioridad de los procesos y resultados de auditorías previas

4.5.3 Los documentos de la “lista de Verificación”, se deben solicitar con anticipación al “líder de mejora” a manera de préstamo. Los documentos básicos son los siguientes:

- Criterios de la Norma NTC GP1000. MECI y otras aplicables a las institución
- Criterios del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad aplicables a la institución
- Mapa de proceso de la institución
- Documentos correspondientes al proceso a auditar
- Programación de Auditorias del SIGC
- PAMEC institucional
- Plan de Auditoria
- Listado Maestro de documentos y registros
- Informes de auditorías pasadas

4.5.4 El “*Plan de Auditoría*” se debe enviar por lo menos con ocho (8) días de anticipación a los líderes de los procesos que han de ser objeto de auditoria.

4.5.5 Durante la recopilación de las “*Evidencias*”, se debe obtener pruebas tangibles de que el proceso funciona correcta y eficazmente.

4.5.6 Se realiza el levantamiento de las “*no conformidades*” y “*oportunidades de mejora u observaciones*” en el formato correspondiente (Clasificación de hallazgos en auditorías internas). Las no conformidades encontradas deben ser registradas

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS		
	NIT 890.981.726-6		
	PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍAS INTERNAS	PROCESO SISTEMAS INETGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO: PR-02-001
			VERSIÓN: 03
			FECHA: 14/10/2023

en el “Reporte de acciones correctivas y/o preventivas” de acuerdo a lo implementado.

4.5.7 Durante la “*Reunión de Cierre*” de la Auditoría, se debe hacer un balance de la actividad, resaltar los aspectos más relevantes observados en la auditoría, describir las no conformidades encontradas, aclarar las dudas y presentar las conclusiones.

4.5.8 El “*Informe de Auditoria*” es el consolidado final de las actividades desarrolladas y de los hechos encontrados en la auditoria. Las notas de los sucesos deben ser precisas, reales, entendibles, debiendo informar solamente los detalles soportados por evidencia objetiva, teniendo en cuenta los puntos tratados en la reunión de cierre. Es responsabilidad del auditor asignado, elaborar el “*Informe de la auditoria interna de calidad*” y entregarlo al dueño del proceso auditado.

4.5.9 Es responsabilidad del “*líder del proceso auditado*”, definir e implementar las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las causas de las no conformidades encontradas en su proceso y entregar los reportes de acciones correctivas y/o preventivas al “líder de mejora”.

4.5.10 Es responsabilidad del “*Asesor de Calidad*” preparar y entregar a la gerencia, un informe anual consolidado de las auditorías internas de calidad realizadas, donde se registre la relación de no conformidades por auditorías y por procesos donde se registre la relación de no conformidades por auditorías y por procesos auditados y las solicitudes de acciones de mejoramiento cerradas y pendientes de aplicación, este informe debe evaluar la eficacia del sistema y la mejora continua.

5. DESARROLLO DEL DOCUMENTO:

El Líder de sistemas integrados de gestión y control interno realiza anualmente la programación de cada ciclo de auditorías internas al SIGC, utilizando el Formato FO-02-001 diseñado para ello.

El Líder de sistemas integrados de gestión y control interno divulga la Comunicación interna al grupo de auditores internos de calidad y a los líderes de cada proceso

El Auditor líder realiza el plan de auditoria utilizando el **Formato FO-02-002**, envía copia al líder del proceso a auditar, como mínimo 8 días antes de la realización de la auditoria.

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS		
	NIT 890.981.726-6		
	PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍAS INTERNAS	PROCESO SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO: PR-02-001
			VERSIÓN: 03
			FECHA: 14/10/2023

El Equipo auditores realiza la lista de verificación según los documentos básicos que sean necesarios para la auditoria se realiza la lista de chequeo **LC-02-001**.

El auditor líder ratifica el objetivo y alcance de la auditoria, confirmar la agenda.

Definir la fecha de reunión de cierre. Utilizar **Formato FO-02-003** (acta reunión apertura) y (control de asistencia)

El equipo de auditores recolecta la información, examina documentos y registros entrevistar al personal y observa la ejecución del proceso y recolecta las evidencias de acuerdo al alcance de la auditoría

El equipo de auditores analiza los hallazgos observados durante la auditoria

El equipo de auditores genera reportes de no conformidades y diligencia **Formato FO-02-003** de Informe de auditorías

El auditor líder realiza reunión de cierre según la programación establecida, con los dueños de procesos y equipo de auditores. Utiliza **Formato FO-02-004** (Acta Reunión de cierre) y (control asistencia Reunión de cierre)

El auditor líder elabora y entrega el informe de auditoría en el **Formato FO-02-005**, entrega la clasificación de hallazgos)

El dueño de proceso Auditado implementa acciones correctivas y/o preventivas a través del **Formato FO-02-006** de elaboración del plan de mejoramiento

El Líder de mejora reporta el cierre de no conformidades con el diligenciamiento del **Formato FO-02-006** de reporte de No conformidad que le dio origen, o la evidencia de la mejora propuesta

El Asesor de calidad realiza anualmente el informe general de auditorías, es decir que realiza un consolidado de las auditorías internas realizadas para presentar a gerencia

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Yenny Herrera Profesional de calidad	Jhoann Mauricio Marín Sierra Coordinador de calidad	Jean Carlo Vanegas Rodríguez Gerente

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS		
	NIT 890.981.726-6		
	PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍAS INTERNAS	PROCESO SISTEMAS INETGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO: PR-02-001
			VERSIÓN: 03
		FECHA: 14/10/2023	

6. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Paginas Afectadas	Descripción del cambio
1	30/4/2015		Documento original
3	14/10/2023	Todo el documento	Actualización de contenido, inclusión de definiciones y términos relacionados, responsables y alcance del proceso

7. Anexos

7.1 Programa de auditorías Formato FO-02-001.

		E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6.				
		PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD				
		CÓDIGO: FO-02-001	VERSIÓN : 01		FECHA: 30/04/2015	
AÑO	CICLO DE AUDITORIAS N°	Objetivo:				
AUDITORIA N°	PROCESO	AUDITOR LIDER	GRUPO AUDITOR	AUDITADO	FECHA DE LA AUDITORIA	
					DÍA	HORA

Aprobado por comité de sistemas integrados de gestión: _____ FIRMA DEL GERENTE GENERAL: _____

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍAS INTERNAS	PROCESO SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO: PR-02-001
			VERSIÓN: 03 FECHA: 14/10/2023

7.2 Plan de auditorías Formato FO-12-002.

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6.		
	PLAN DE AUDITORIAS DE CALIDAD		
	Código: FO-02-002	Versión: 1	Fecha: 06/10/2014

PROCESO, DEPENDENCIA O SISTEMA AUDITADO	
RESPONSABLE	
AUDITOR PRINCIPAL	
FECHAS DE REALIZACIÓN DE LA AUDITORIA	
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	
OBJETIVO DE LA AUDITORIA	
ALCANCE DE LA AUDITORIA	
DOCUMENTOS DE REFERENCIA	
LOGÍSTICA DE LA AUDITORIA	
GRUPO AUDITOR	

PLAN DE ACTIVIDADES				
ACTIVIDAD	FECHA	HORA	AUDITOR	AUDITADO

APROBACIÓN	
AUDITOR LIDER _____	LIDER DEL PROCESO _____

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS		
	NIT 890.981.726-6		
	PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍAS INTERNAS	PROCESO SISTEMAS INETGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO: PR-02-001
			VERSIÓN: 03
		FECHA: 14/10/2023	

7.3 Informe de auditoría formato FO-02-003

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6.		
	INFORME DE AUDITORIA		
	Código: FO-02-005	Versión: 1	Fecha: 30/04/2014
PROCESO, DEPENDENCIA O SISTEMA AUDITADO			
RESPONSABILIDAD DEL PROCESO			
AUDITOR PRINCIPAL			
FECHAS DE REALIZACIÓN DE LA AUDITORIA			
FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME			
OBJETO DE LA AUDITORIA			
ALCANCE DE LA AUDITORIA			
DOCUMENTOS REVISADOS			
VERIFICACION DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS DE LA AUDITORIA ANTERIOR			
FUNCIONARIOS ENTREVISTADOS			
EQUIPO DE AUDITORIA			
HALLAZGOS ENCONTRADOS			
CONCLUSIONES			
APROBACION DEL INFORME			
AUDITOR LIDER _____		LIDER DEL PROCESO _____	

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍAS INTERNAS	PROCESO SISTEMAS INETGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO: PR-02-001
			VERSIÓN: 03
			FECHA: 14/10/2023

7.5 Acta de reunión de apertura formato FO-02-005.

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6.		
	REUNION DE APERTURA		
	Código: FO-02-003	Versión: 1	Fecha: 30/04/2015

PROCESO, DEPENDENCIA O SISTEMA AUDITADO	
RESPONSABLE DEL PROCESO	
AUDITOR PRINCIPAL	
FECHAS DE REALIZACIÓN DE LA AUDITORIA	
HORA DE INICIO	
LUGAR	

- Asistencia.**
 La constancia de la asistencia a esta reunión de apertura ésta consignada en el registro de asistencia de esta acta.
- Presentación.**
 Con la vocería del auditor principal se realizó la presentación del plan de auditoría, en el que se precisa el objetivo y el alcance del trabajo a realizar. Se hace la presentación de cada uno de los integrantes del equipo auditor.
 El responsable del proceso lleva a cabo la presentación de los funcionarios que participan en la auditoría.
 Se precisan los recursos requeridos para la auditoría.
- Categoría de los hallazgos.**
 El auditor principal define los criterios para clasificar los hallazgos de auditoría con base en NO CONFORMIDADES y OPORTUNIDADES DE MEJORA.
- Reunión de cierre e informe de auditoría.**
 Se acuerdan las fechas en las que se realizará la reunión de cierre para presentar los hallazgos y el informe definitivo.

NOMBRE	CARGO	FIRMA



AUDITOR LIDER _____	LIDER DEL PROCESO _____
---------------------	-------------------------

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍAS INTERNAS	PROCESO SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO: PR-02-001
			VERSIÓN: 03
			FECHA: 14/10/2023

7.6 Acta de reunión de cierre formato FO-02-006.

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6.		
	REUNION DE CIERRE		
	Código: FO-02-004	Versión: 1	Fecha: 30/04/2015

PROCESO, DEPENDENCIA O SISTEMA AUDITADO	
RESPONSABLE DEL PROCESO	
AUDITOR PRINCIPAL	
FECHAS DE REALIZACIÓN DE LA AUDITORIA	
HORA DE LA REUNION DE CIERRE	
LUGAR	

- Agradecimientos.**
El auditor principal agradece al dueño del proceso y a los funcionarios de la dependencia auditada por la disponibilidad de los recursos físicos y logísticos que fueron solicitados para realizar el trabajo y por la puntualidad y disposición del personal que fue requerido en las evaluaciones que fueron realizadas.
- Asistencia.**
La reunión de cierre cuenta con la asistencia del personal auditado y de los auditores.
- Hallazgos significativos.**
El auditor principal presenta los hallazgos más representativos y se pone a disposición de los asistentes el informe final en la fecha acordada.
- Acciones correctivas y preventivas.**
El responsable del proceso debe diligenciar el plan de acciones correctivas y preventivas y notifica al líder de gestión de calidad.
- Informe de auditoria.**
Finalmente se informa que se procederá a la entrega del informe final de la auditoria en la fecha informada.

NOMBRE	CARGO	FIRMA

AUDITOR LIDER _____	LIDER DEL PROCESO _____
----------------------------	--------------------------------

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS		
	NIT 890.981.726-6		
	PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍAS INTERNAS	PROCESO SISTEMAS INETGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO: PR-02-001
			VERSIÓN: 03
		FECHA: 14/10/2023	

7.7 Plan de mejoramiento formato FO-02-007.

E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS YARUMAL NIT 890.981.726-6																		
PLAN DE MEJORA (ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS)																		
CODIGO: FO-02-006																		
VERSIÓN: 01																		
APERTURA DE LA ACCIÓN				ANÁLISIS DE LA SOLICITUD				PLAN DE ACCIÓN		VERIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PLAN								
N°	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA - OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE LA ACCIÓN	DETECTADA POR	FECHA DE LA DETECCIÓN	PROCESO LÍDER DE LA ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	OBJETIVO DE LA ACCIÓN	INDICADOR DE EFICACIA	CAUSA RAÍZ / ASPECTOS QUE MOTIVARON LA MEJORA	MÉTODO UTILIZADO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE DE APLICACIÓN	FECHA PROPUUESTA DE CIERRE	SE REALIZÓ LA ACTIVIDAD		FECHA REAL DE CIERRE	RETRASO EN DÍAS	EVIDENCIA
														SI	NO			
1																		
2																		
3																		