

MANUAL DE MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CONTROL INTERNO AÑO 2022



- ✓ Ley 1474 de 2011
- ✓ Decreto 2641 del 17 de diciembre de 2012.
- ✓ Decreto Ley 019 de 2019
- ✓ Ley 1757 de 2015

Fecha de corte: Octubre 31 de 2022



INTRODUCCIÓN:

El presente manual tiene como finalidad el diseñar el proceso de control interno en la institución, orientado al mejoramiento y la innovación mediante las buenas practicas a los procesos o áreas auditables.

El Manual de Procesos y Procedimientos del E.S.E Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe es un documento que contiene toda la información que se ejecuta para la realización y cumplimiento de las acciones asignadas en la Institución, (manuales, guías, protocolos, y formatos), mediante la adopción de los macro procesos: estratégicos, misionales, apoyo, control seguimiento y evaluación, cuyo objetivo es normalizar los procedimientos de actuación de cada área.

Este documento tiene una breve descripción de los procesos que realiza la oficina de control interno, precisa el rol a desempeñar por parte de la oficina de control interno encargado de medir la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles y además asesorando a la alta dirección en la continuidad del proceso administrativo, la evaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas y objetivos previstos y tiene como referente el estatuto de auditoria interna y el código de ética de auditoria interna.

SOPORTE LEGAL

- Ley 100 de 1993 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".
- Decreto 943 del 2014" por el cual se actualiza el modelo estándar de control interno MECI".

CONTENIDO:

Visión, misión, objetivo.....	4
Manual de procedimiento del ejercicio de control interno	5-7
Manual de evaluación y seguimiento.....	8-10
Manual de acompañamiento y asesoría a los procesos en la entidad....	11-12
Manual de acompañamiento y asesoría a la alta dirección.....	13-14
Manual de administración del riesgo.....	15-19
Manual de relación con entes externos.....	20-21

MISIÓN

Brindar atención integral apoyada en procesos de docencia, investigación e innovación, con criterios de excelencia, humanización y gestión del riesgo, impactando positivamente el Ambiente.

VISIÓN

La E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, en el año 2024 será uno de los 10 mejores hospitales universitarios del País, integrado al modelo de red de servicios de salud del Valle del Cauca, con talento humano comprometido con la excelencia técnica, humanización y responsable con el ambiente y la gestión del riesgo.

OBJETIVO

Asesorar, acompañar y evaluar los diferentes procesos que se ejecutan en el Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe E.S.E, verificando el cumplimiento de los manuales y la norma vigente aplicada.

MANUAL DE PROCEDIMIENTO DEL EJERCICIO DE CONTROL INTERNO

1. OBJETIVO Propiciar mediante ejercicios de autocontrol el cumplimiento de funciones y actividades y la administración de los recursos mediante la aplicación de métodos y procesos.

2. ALCANCE Este procedimiento inicia con el ejercicio de autocontrol y termina con la asesoría y acompañamiento de mecanismos de control.

3. CONCEPTOS:

3.1. Autocontrol. Es la capacidad consistente en regular o controlar las acciones realizadas, con el objetivo de alcanzar un mayor y mejor rendimiento en el desarrollo de las actividades.

3.2. Autoevaluación. Es el proceso de reflexión sobre lo que somos y lo que hacemos y busca el mejoramiento de la calidad en el desempeño de las actividades.

4. RESPONSABLES. Los integrantes de todos los equipos de trabajo de la Institución.

5. GENERALIDADES

El ejercicio de control interno lo debe realizar cada persona que forma parte del equipo de trabajo en la Institución, con el fin de detectar desviaciones y efectuar correctivos para el cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de las actividades, de tal manera que la ejecución de los procesos y tareas bajo su responsabilidad se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la normatividad vigente, dentro de los lineamientos trazados por la dirección para el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos.

6. ACCIONES

6.1 Propiciar el Ejercicio del Autocontrol:

Propiciar el ejercicio de autocontrol que permita:

- El cumplimiento de las actividades en concordancia con las normas vigentes aplicables a la gestión.
- La administración adecuada de los recursos humanos, físicos, financieros, tecnológicos, y su utilización de manera efectiva y oportuna.
- La documentación y aplicación de métodos, metodologías, procesos, procedimientos
- La validación constantemente de los métodos, metodologías, procesos y procedimientos con el propósito de realizar los ajustes y actualizaciones necesarios de tal manera que sean el soporte orientador fundamental, no solo para el cumplimiento de las funciones y actividades asignadas, sino para el cumplimiento de las metas y objetivos establecidos.

Responsables: Todas las personas que hacen parte de la Institución.

6.2 Ejecutar las Actividades de los Procesos:

- Desarrollar las actividades del proceso bajo su responsabilidad, contribuyendo al logro de los objetivos establecidos, mediante la aplicación y/o combinación adecuada de los procedimientos, métodos, normas, recursos, sistemas de comunicación, información y seguimiento.

Responsables: Todas las personas que hacen parte de la Institución.

6.3 Evaluar las Actividades de los Procesos:

- Evaluar los procesos misionales, de apoyo y estratégicos adoptados y utilizados por la Institución, con el fin de determinar su coherencia con los objetivos y resultados comunes e inherentes a la misión institucional.

Responsables: Todas las personas que hacen parte de la Institución.

6.4 Asesorar y acompañar en el establecimiento de Mecanismos de Control:

- Asesorar y acompañar en la definición y establecimiento de mecanismos de control en los procesos y procedimientos, para garantizar la adecuada protección de los recursos, la eficacia y eficiencia en las actividades, la oportunidad y confiabilidad de la información y los registros y el cumplimiento de los objetivos.

Responsables: Todas las personas que hacen parte de la Institución.

MANUAL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. OBJETIVO

Proveer los elementos necesarios para llevar a cabo la verificación y evaluación haciendo seguimiento a los procesos de la Institución de tal manera que se implementen los correctivos que sean necesarios para lograr el cumplimiento de los objetivos y metas previstos por la Institución.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a todos los procesos que se generen al interior de la Institución de acuerdo a Sistema de Gestión de Calidad.

3. CONCEPTOS

3.1. Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias objetivas y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría

3.2. Programa de auditoría: Acuerdos para un conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

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

3.4. Auditoría de Calidad: es un proceso sistemático, documentado y de verificación objetiva para obtener y evaluar la evidencia de la auditoría y determinar cuáles actividades específicas, eventos, condiciones, sistemas

gerenciales, de calidad o información referente a estos aspectos, cumplen con los Criterios de auditoría interna.

3.5. Plan de Mejoramiento: Instrumentos que conforman un conjunto de acciones requeridas para corregir adversidades encontradas en el sistema de control interno.

3.6. Hallazgos: Acciones y/o situaciones encontradas que entorpecen el buen funcionamiento de los procesos.

4. RESPONSABLES

Jefe Oficina Control Interno

5. GENERALIDADES

Le corresponde a control interno, el cual debe estar sujeto al cumplimiento de toda la normatividad vigente.

6. ACCIONES

6.1 Elaborar el Programa Anual de Auditorias: Anualmente el jefe de control interno debe elaborar el programa anual de Auditorias y en el agrupar todo lo concerniente a auditorias, informes y demás inherentes. Este debe ser aprobado por el Comité Institucional de coordinación de Control Interno.

Responsable: Jefe oficina de control interno

6.2 Plan Anual de Auditorias: Anualmente el Jefe de Control Interno elabora dentro del programa anual de auditorías, el Plan anual de Auditorias y en el describe:

- Proceso/área a auditar
- Auditado
- Auditor Asignado
- Elementos a Auditar
- Fecha de la Auditoria
- Observaciones

Acción	Descripción	Responsable
Elaborar la programación de la auditoria	Por lo menos quince días antes a la fecha de auditoría, se envía oficio líder del proceso a auditar para informarle sobre la fecha, hora y el tema de la auditoria.	Jefe oficina control interno
Ejecutar la auditoria programada	Llegada la fecha y la hora estipulada para la auditoria del proceso, el auditor ya tiene claro en dónde y cómo va a iniciar con la auditoria; siguiendo el programa que se realizó previamente. Se realiza una entrevista si es necesario, para ampliar conocimientos y precisar el objetivo y el alcance de la auditoria a realizar.	Jefe oficina control interno
Entregar el informe final	El auditor entrega el informe final a la alta gerencia y al líder del proceso auditado, éste debe ser devuelto junto con el plan de mejoramiento en un plazo máximo de quince días (15).	Jefe oficina control interno
Plan de mejoramiento	El líder de proceso será el responsable de socializar los hallazgos y elaborar con su equipo de trabajo el plan de mejoramiento. Para ser enviado a la oficina de control interno,	Jefe oficina control interno
Seguir el plan de mejoramiento	Se debe hacer un seguimiento al plan de mejoramiento por el líder de proceso y por control interno con el objetivo de verificar que el plan de mejoramiento establecido, si está teniendo el resultado esperado; mediante indicadores se verifica y se evalúa que este cumpla con el objetivo establecido de no ser así implementar otras acciones.	Jefe oficina control interno

MANUAL DE ACOMPAÑAMIENTO Y ASESORÍA A LOS PROCESOS EN LA INSTITUCIÓN

1. OBJETIVO

Lograr que el acompañamiento y la asesoría a cada uno de los procesos de la Institución se realicen de manera óptima, realizando un trabajo conjunto que permita identificar controles eficaces para los procesos del hospital.

2. ALCANCE

Este procedimiento consiste principalmente en asesorar y dar recomendaciones por parte de Control Interno a los diferentes procesos del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe E.S.E. respecto a los controles realizados en las actividades desarrolladas en la Institución.

3. DEFINICIONES

3.1. Acompañamiento

Consiste en el seguimiento permanente al cumplimiento de las actividades en los tiempos acordados y tareas fijadas, determinando e identificando las dificultades en su ejecución, motivando de este modo, acciones que induzcan y aceleren el cambio para el mejoramiento continuo de los procesos.

3.2. Asesoría

Orientación técnica y profesional con el fin de generar valor organizacional de manera oportuna en la toma de decisiones, basada en las posibles alternativas de solución a una problemática.

4. RESPONSABLE

Jefe oficina control interno

5. GENERALIDADES

El manual de Asesoría y Acompañamiento a los Procesos está dirigido específicamente a los procesos que se realizan para apoyar a los equipos de trabajo en las diferentes situaciones que se presenten y lograr así el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

6. ACCIONES

6.1 Solicitud de Asesoría: Todas las personas que desarrollan actividades en la entidad, tienen la posibilidad de solicitar asesoría y acompañamiento para el desarrollo de sus actividades en la Institución.

Responsable: Jefe de control interno

6.3 Asesoría al solicitante: Se hace la orientación técnica y profesional en el tema requerido, basada en la evolución de alternativas de solución a la problemática, advirtiendo la posible ocurrencia de hechos o actos no deseados.

Responsable: Jefe de control interno

6.4 Archivo de Informe: El Jefe de la oficina de control interno es la persona responsable de registrar las asesorías y acompañamientos de todos los casos presentados y si es el caso de archivar los informes de asesoría, estas evidencias pueden ser físicas o las que quedan registradas en el correo electrónico institucional, lo anterior se debe tener en cuenta para el historial de las diferentes consultas y si se requiere un análisis estadístico de las mismas.

Responsable: Jefe de control interno.

MANUAL DE ACOMPAÑAMIENTO Y ASESORIA A LA ALTA DIRECCIÓN

1. OBJETIVO

Lograr que el acompañamiento y la asesoría a la Alta Dirección se realicen de manera óptima, realizando un trabajo conjunto que permita identificar controles eficaces para los procesos de la entidad.

2. ALCANCE

Este procedimiento consiste principalmente en asesorar y dar recomendaciones por parte de Control Interno a la alta dirección respecto a los controles realizados en los procesos de la entidad.

3. DEFINICIONES

3.3. Acompañamiento Consiste en el seguimiento permanente al cumplimiento de las actividades en los tiempos acordados y tareas fijadas, determinando e identificando las dificultades en su ejecución, motivando de este modo, acciones que induzcan y aceleren el cambio para el mejoramiento continuo de los procesos.

3.4. Asesoría Orientación técnica y profesional con el fin de generar valor organizacional de manera oportuna en la toma de decisiones, basada en las posibles alternativas de solución a una problemática.

4. RESPONSABLE Jefe Oficina Control Interno

5. GENERALIDADES Este rol de Control Interno sigue los lineamientos descritos en el artículo 9 de la Ley 87 de 1993 señala entre otras cosas, que le corresponde a Control Interno, asesorar a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la fijación de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las misión institucional, debe ser implementado por todas las entidades públicas y estar sujeto al cumplimiento de la NTCGP 1000: 2004 en los numerales 4, 5, 6, 7 y 8.

6. ACCIONES

6.1 Suministrar información de los procesos de la institución: Mediante informes enviados a la alta dirección, se indica la situación actual de cada área y las actividades a desarrollar para el mejoramiento continuo. Responsable: Jefe de control interno.

6.2 Suministrar información en General de la institución: El líder de control interno analiza la información general de la institución y entrega informes trimestrales, semestrales y anuales a la alta gerencia, haciendo las recomendaciones respectivas, para que posteriormente la alta gerencia defina las acciones a tomar con respecto a la información presentada.

Responsable: Jefe de control interno.

MANUAL DE ADMINISTRACION DEL RIESGO

1. OBJETIVO

Implementar las políticas de la administración del riesgo a través de un adecuado tratamiento que garantice el cumplimiento de la misión y los objetivos institucionales de la entidad.

2. ALCANCE

Este manual inicia con la participación y compromiso de todas las personas que hacen parte de la entidad y finaliza con la búsqueda de acciones encaminadas a prevenir y controlar los riesgos en la organización.

3. DEFINICIONES

3.1 Administración de Riesgo: Conjunto de elementos de control que al interrelacionarse permiten a la entidad evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función.

3.2 Calificación: Es el nivel de importancia que se le asigna al riesgo identificado.

3.3 Consecuencia: Es el resultado de un evento expresado cualitativa o cuantitativamente, sea esta una pérdida, perjuicio, desventaja o ganancia frente a la consecución de los objetivos de la entidad o el proceso.

3.4 Evaluación de Riesgo: Proceso utilizado para determinar las prioridades de la administración del riesgo comparando el nivel de un determinado riesgo con respecto a un estándar determinado.

3.5 Evento: Incidente o situación, que ocurre en un lugar determinado durante un periodo determinado. Este puede ser cierto o incierto y su ocurrencia puede ser única o ser parte de una serie.

3.6 Frecuencia: Medida del coeficiente de ocurrencia de un evento expresado como la cantidad de veces que ha ocurrido un evento en un tiempo dado.

3.7 Identificación del Riesgo: Elemento de control que posibilita conocer los eventos potenciales, estén o no bajo el control de la entidad que ponen en riesgo el logro de la misión, estableciendo los agentes generadores, las causas y efectos de su ocurrencia.

3.8 Mecanismos de Control: Son las diferentes actividades que se ejecutan con el fin de tener controlado o evitar el riesgo en la entidad.

3.9 Mitigar: Es un término utilizado para referirnos a una situación determinada que necesita ser moderada, suavizada o aplacada ya sea por una acción específica.

3.10 Monitorear: Comprobar, supervisar, observar o registrar la forma en que se lleva a cabo una actividad con el fin de identificar posibles cambios.

3.11 Probabilidad: Es el grado en el cual es probable que ocurra un evento, que se debe medir a través de la relación entre los hechos ocurridos realmente y la cantidad de eventos que pudieron ocurrir.

3.12 Riesgo: Es una posible eventualidad de truncar el correcto funcionamiento de los procesos de la entidad.

3.13 Riesgo Estratégico: Se asocia con la forma en que se administra la entidad. El manejo del riesgo estratégico se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas, diseño y conceptualización de la entidad por parte de la alta gerencia.

3.14 Riesgo Operativo: Comprende los riesgos relacionados tanto con la parte operativa como con la técnica de la entidad, incluye riesgos provenientes de deficiencias en los sistemas de información, en la definición de los procesos, en la estructura de la entidad, lo cual conduce a ineficiencias, oportunidades de corrupción e incumplimiento de los compromisos institucionales.

3.15 Riesgo Financiero: Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad, que incluye la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería.

3.16 Riesgo de Cumplimiento: Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.

3.17 Riesgo de Tecnología: Se asocian con la capacidad de la entidad para que la tecnología disponible satisfaga sus necesidades actuales y futuras y soporte el cumplimiento de la misión.

4. RESPONSABLE Líder de Proceso

5. GENERALIDADES Este rol de Control Interno sigue los lineamientos descritos en la Ley 87 de 1993 en su Artículo 2 literal a y f y el artículo 4 del Decreto 943 del 2014; para lograr de manera eficiente el cumplimiento de los objetivos y metas previstas con el fin de estar preparados para cualquier contingencia que se pueda presentar, teniendo en cuenta la NTCGP: 2004 en el numeral 4.1 en su literal g y el numeral 8.5.3.

6. ACCIONES

Identificación de factores internos y externos:

Los responsables de los procesos en la Institución y cada una de las personas que intervienen en estos identifican situaciones o factores de riesgos internos y externos que puedan impedir el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

FACTORES INTERNOS: Infraestructura, personal, procesos, tecnología.

FACTORES EXTERNOS: Económicos, medioambientales, políticos, sociales y tecnológicos.

Responsable: Líderes de procesos con su equipo de trabajo.

6.1. Identificación de los Riesgos:

Se debe identificar la posibilidad de ocurrencia de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las actividades de la Institución y que puedan afectar el logro de los objetivos, así mismo la identificación de los efectos o consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la institución tales como daños físicos, sanciones, servicios, pérdidas económicas, de información, de bienes, de imagen, de credibilidad.

Responsable: Líderes de procesos

6.2. Clasificación de los Riesgos:

En este punto cada líder debe determinar las causas como riesgos para la institución, describir los riesgos identificados con sus características y precisar los efectos que los riesgos puedan ocasionar a la institución.

Responsable: Líderes de procesos

6.3. Análisis de los Riesgos: Se debe buscar establecer la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos, con el fin de establecer información para definir el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar. Responsable: Líderes de procesos y jefe de control interno

6.4. Calificación del Riesgo:

Se debe calificar cada uno de los riesgos encontrados, de acuerdo con criterios de frecuencia, es decir si se han materializado o si son factibles. Responsable: Líderes de procesos

6.5. Evaluación del Riesgo:

Si el riesgo se ubica en la zona de riesgo baja, significa que su probabilidad es rara, improbable o moderada y su impacto es significativo o menor, lo cual permite a la entidad asumirlo. Es decir, el riesgo se encuentra en un nivel que puede ser aceptado sin necesidad de tomar otras medidas de control a las que poseen. Si el riesgo se ubica en la zona de riesgo extrema, su probabilidad es moderado, probable o casi certeza y su impacto moderado, mayor o catastrófico; por tanto, es aconsejable eliminar la actividad que genera el riesgo a medida que sea posible. De lo contrario se deben implementar controles de prevención para evitar la probabilidad del riesgo, de protección para disminuir el impacto o compartir o transferir el riesgo. Si el riesgo se sitúa en cualquiera de las otras zonas de riesgo (moderada o alta), se deben tomar medidas para llevar en lo posible los riesgos a la zona moderada o baja. Siempre que el riesgo sea calificado con impacto catastrófico, la entidad debe diseñar planes de contingencia, para protegerse en caso de ocurrencia.

Responsable: Líderes de procesos

6.6. Valoración del Riesgo:

De acuerdo con la información registrada para la evaluación de los riesgos, se debe diligenciar el mapa de riesgos, este consiste en confrontar los resultados de la evaluación del riesgo con los controles identificados, con el objetivo de establecer prioridades para su manejo y fijación de políticas; teniendo claridad sobre los controles existentes en los diferentes procesos para la toma de decisiones.

Responsable: Líderes de procesos

6.7. Controles:

Los controles se clasifican en:

- Preventivos: aquellos que actúan para eliminar las causas del riesgo, para prevenir su ocurrencia o materialización.
- Correctivos: aquellos que permiten el restablecimiento de la actividad después de ser detectado un evento no deseable, también permiten la modificación de acciones que propiciaron su ocurrencia.

El paso a seguir es ubicar en el mapa de riesgos el estado final de la valoración del riesgo de acuerdo con las respuestas obtenidas a las preguntas anteriores y la tabla de controles Ver anexo 18. Tabla de controles.

Responsable: Líderes de procesos

6.8. Formulación de políticas:

La política señala lo que debe hacerse para efectuar el control y la implementación de la misma, basándose en los planes. Partiendo de que el fin último de la administración del

riesgo es propender por el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales, los cuales están consignados en la planeación anual de la entidad, las políticas de administración del riesgo deben ir articuladas con la planeación de manera que no sean políticas aisladas sino complementarias.

Responsables: Alta dirección y jefe oficina control interno

6.9. Monitoreo y Revisión:

Una vez diseñado y validado el plan para administrar los riesgos, es necesario monitorearlos teniendo en cuenta que estos nunca dejan de representar amenazas para la institución. El monitoreo es esencial para asegurar que las acciones se están llevando a cabo y evaluar la eficiencia en su implementación adelantando revisiones sobre la marcha para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que puedan estar influyendo en la aplicación de acciones preventivas.

Responsable: Líderes de procesos

MANUAL DE RELACION CON ENTES EXTERNOS

1. OBJETIVO

Garantizar la entrega de información a todos los entes de control de una manera clara, eficiente y oportuna para facilitar al interior y al exterior el flujo de información de la entidad.

2. ALCANCE

Inicia con la solicitud de información de los entes de control hasta el momento que se da respuesta a estos.

3. DEFINICIONES

3.1 Entidades de control: De acuerdo con la Constitución Política de 1991(art. 117), se considera que los organismos de control son el Ministerio Público, cuyo nombre más familiar es Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República. Realizan en el ámbito reglamentario, en materia de seguridad industrial, actividades de certificación, ensayo, inspección o auditoría.

4. RESPONSABLE Jefe Oficina Control Interno

5. GENERALIDADES

Este rol de Control Interno es un dinamizador que facilita los requerimientos de los organismos de control y de coordinar la información fuera de la entidad teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- a) La necesidad de un acuerdo con respecto a la información difundida
- b) La identificación de los suministradores de información, fuentes firmantes, de informes, receptores de información y personas relacionadas con el informe o información difundida.

- c) La identificación de objetivos, alcance y procedimiento a desempeñar en la generación de información aplicable.
- d) La naturaleza del informe u otra comunicación, incluyendo opiniones, inclusión o exclusión de recomendaciones, descargos, limitaciones y tipo de evaluación (aseguramiento) o aseveración a ser proporcionada.
- e) Las cuestiones de derechos de autor y las limitaciones a la distribución o a compartir con posterioridad la información. Cumple un papel fundamental como puente entre los entes externos y la organización. Siguiendo los lineamientos descritos en la Ley 87 de 1993, el Decreto 1599 de 2005 de la DAFP y decreto 943 de 2014 y Decreto 648 de 2017, debe ser implementado por todas las entidades públicas y debe estar sujeto al cumplimiento de la NTCGP: 2004 en los numerales, 7.2.3 y 1.2 en su literal i.

6. ACCIONES

6.1 Atender los requerimientos de información:

Requerimiento por solicitud: son solicitudes de información por parte de los entes de control, se direcciona al responsable de dar respuesta o atender la visita en la fecha estipulada en la solicitud por parte de la persona que representa el organismo solicitante.

Requerimiento Regulado: estos son los que se deben cumplir como lo indica cada una de las entidades de control en su momento oportuno.

Responsable: Líder de Proceso y jefe oficina control interno

6.1 Atender los requerimientos de información: Según los requerimientos el responsable de atender la solicitud, recopila la información del proceso para dar respuesta a los entes de control o atender la visita.

Responsable: Líder que atiende el requerimiento

6.2 Recopilar información para dar respuestas: Según los requerimientos el responsable de atender la solicitud, recopila la información del proceso para dar respuesta a los entes de control o atender la visita

Responsable: Líder que atiende el requerimiento

6.3 Revisión y aprobación de la respuesta: El líder de proceso revisa y aprueba la respuesta a la solicitud recibida de la entidad para ser enviada.

Responsable: Líder de Proceso

6.4 Envío de Respuesta a las solicitudes y/o atención de visita programada: Una vez recopilada la información cumpliendo con todos los requerimientos solicitados por los entes de control se procede a enviarla dentro de las fechas establecidas y si es visita al puesto de trabajo se tiene todo en orden, esperando la persona del organismo de control.

Responsable: Líder de Proceso y jefe oficina control interno.