

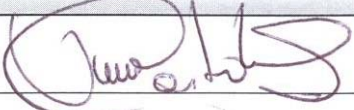



| | | | |
|--|-----------------------|---|--|
|  | PROCEDIMIENTO | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | AUDITORIAS INTERNAS INTEGRALES DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 02GC02-V3 | |
| | | | 05GC01-V1 |

| 1. APROBACIÓN | | | |
|---------------|---|------------|---|
| | CARGO | FECHA | FIRMA |
| ELABORÓ | JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y GARANTIA DE LA CALIDAD | 07/02/2017 |  |
| APROBÓ | GERENTE | 13/02/2017 |  |

2. OBJETIVO

Establecer las directrices institucionales para realizar las Auditorías Internas Integrales que permitan verificar el grado de cumplimiento y la eficacia de los procesos administrativos y asistenciales del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, los Sistemas de Gestión de la Calidad (Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo).

3. ALCANCE

3.1. **DESDE:** Que se define el Programa Anual de Auditoria con su respectivo Cronograma y/o se solicita auditoria interna extraordinaria.

3.2. **HASTA:** Que se presenta el informe de la Auditoria al Proceso auditado, a la Gerencia y/o Comité Directivo.

3.3. **APLICACIÓN:** Aplica para todos los Procesos de la Institución.

4. DEFINICIONES

ACCIÓN CORRECTIVA: Acción tomada para eliminar la causa real de una no conformidad detectada u otra situación no deseable¹.

ACCIÓN PREVENTIVA: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente no deseable²

ALCANCE DE LA AUDITORIA: Extensión y límites de una auditoría. El alcance incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el período de tiempo cubierto³

AUDITORIA: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoria⁴

AUDITOR: Persona con los atributos personales demostrados y competencia para llevar a cabo una auditoria⁵

CLIENTE DE LA AUDITORIA: Organización o personal que solicita una auditoria. Nota: En caso de auditoria interna, el cliente de la auditoria es el gerente quien tiene potestad para

¹ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario. Primera actualización. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2005. p. 17. NTC-ISO 9000.



² Ibid., p. 17.

³ Ibid., p. 22.

⁴ Ibid., p. 20.

⁵ Ibid., p. 21.

| | | | | | |
|-------------------------------------|---|----------------|----|---------------------|---------------|
| Estado de documento: VIGENTE | Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración. | Tipo de copia: | Nº | Tabla de Retención: | Página 1 de 7 |
|-------------------------------------|---|----------------|----|---------------------|---------------|

| | | | |
|--|------------------------------|--|--|
|  | PROCEDIMIENTO | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | AUDITORIAS INTERNAS INTEGRALES DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 02GC02-V3 | |
| | | | 05GC01-V1 |

4. DEFINICIONES

solicitarla, también puede ser el auditado o la persona que gestiona el programa de auditoría⁶

CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA: Resultado de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría⁷

CONFORMIDAD: Cumplimiento de un requisito⁸

CRITERIOS DE AUDITORIA: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos. Los criterios de auditoría se utilizan como un referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría⁹.

EQUIPO AUDITOR: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos¹⁰

EVIDENCIA DE LA AUDITORIA: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables¹¹

HALLAZGOS DE LA AUDITORIA: Resultado de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de la auditoría¹².

MECI : Modelo Estándar de Control Interno

MÉTODOS DE MUESTREO ESTADÍSTICO: Se basa en la teoría de la distribución normal, requiere de fórmulas para su cálculo¹³.

MÉTODOS DE MUESTREO NO ESTADÍSTICO: Selección de la muestra sin emplear una técnica estructurada, pero evitando cualquier desvío consciente o predecible¹⁴

MUESTRA DE LA AUDITORIA: El muestreo de auditoría es la aplicación de un procedimiento de auditoría a menos del 100% de los elementos de una población con el objetivo de sacar conclusiones acerca de toda la población¹⁵

NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito¹⁶

NTCGP: Norma Técnica Colombiana de la Gestión Pública

NTC ISO 19011 – 2012: Norma Técnica Colombiana Directrices para la auditoría de los Sistemas de Gestión¹⁷

NTC ISO 9001-2008: Norma Técnica Colombiana de Sistema de Gestión de Calidad¹⁸.

NTC ISO 14001-2004: Norma Técnica Colombiana de Sistemas de Gestión Ambiental¹⁹

NTC OHSAS 18001-2007: Norma Técnica Colombiana de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo²⁰

PAMEC: Programa de Auditoría de Mejoramiento de la Calidad.

PLAN DE AUDITORIA: Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría²¹

PAPELES DE TRABAJO: Son los documentos elaborados por el Auditor u obtenidos por él durante el transcurso de cada una de las fases del proceso²²

SOGC: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

SIC: Sistema de Información para la Calidad

SUA: Sistema Único de Acreditación

SUH: Sistema Único de Habilitación

⁶ Ibid., p. 21.

⁷ Ibid., p. 21.

⁸ Ibid., p. 21.

⁹ Ibid., p. 21.

¹⁰ Ibid., p. 21.

¹¹ Ibid., p. 21.

¹² Ibid., p. 21.

¹³ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía de Auditoría para Entidades Públicas. Bogotá D.C.: p 69.

¹⁴ Ibid., p. 70.

¹⁵ Ibid., p. 70.

¹⁶ Op cit., INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario. p. 16.

¹⁷ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión. Primera actualización. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2012. 55 p.

¹⁸ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Sistemas de Gestión de la Calidad-Requisitos. Tercera actualización. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2008. 35 p.



¹⁹ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Sistemas de Gestión de Ambiental. Requisitos con orientación para su uso. Primera actualización. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2004. 28 p.

²⁰ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Sistemas de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional. Requisitos. Primera actualización. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2007. p. 24.

²¹ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario. Primera actualización. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2005. p. 22.

²² DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía de Auditoría para Entidades Públicas. Bogotá D.C.: p 71.



| | | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|----------------------|
| Estado de documento: VIGENTE | Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración. | Tipo de copia: | Nº | Tabla de Retención: | Página 2 de 7 |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|----------------------|

| | | | | |
|--|-----------------------|---|-----------|--|
|  | PROCEDIMIENTO | | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | | |
| | NOMBRE: | AUDITORIAS INTERNAS INTEGRALES DE CALIDAD | | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 02GC02-V3 | 05GC01-V1 | |

4. DEFINICIONES



| 5. DETALLE DE REGISTROS | | | | |
|---|--------|-----------------------------------|---|------------------------------------|
| IDENTIFICACIÓN | | RESPONSABLE | MEDIO DE ALMACENAMIENTO (CLASIFICACIÓN) | ÁREA DE ALMACENAMIENTO (UBICACIÓN) |
| NOMBRE | CÓDIGO | | | |
| Cronograma de Auditorías Internas Integrales de Calidad | 05GC32 | Equipo de Auditoría institucional | Medio Magnético | Planeación y Garantía de Calidad |
| Plan de Auditoría | 05GC33 | Equipo de Auditoría institucional | Carpeta | Planeación y Garantía de Calidad |
| Informe de Auditoría | 05GC27 | Equipo de Auditoría institucional | Carpeta | Planeación y Garantía de Calidad |
| Formato Acta Reunión | 05GC38 | Equipo de Auditoría institucional | Carpeta | Planeación y Garantía de Calidad |

| 6. SALIDAS | | |
|--|--|--|
| 6.1 USUARIO / CLIENTE | 6.2. PRODUCTO | 6.3. NECESIDADES DEL CLIENTE |
| Proceso auditado, Gerencia, Comité directivo Evaluadores externos. | Informe de Auditorías | Oportunos, Verídicos, Confiables, Concretos, Accesibles, Objetivo. |
| Paciente y su familia Cliente interno Partes interesadas (Entes de Control, Entidades responsables de pago, proveedores, red hospitalaria y comunidad) | Mejoramiento hacia el logro de la visión y objetivos institucionales | Cumplimiento de las políticas, objetivos y metas institucionales Modelo de atención Principios y Valores |
| Todos los procesos, Evaluadores externos, Entes de Vigilancia y Control | Evaluación y seguimiento Sistema de Gestión de la Calidad | Oportuno, objetivo Cumplimiento de estándares, normas y/o requisitos mínimos de los sistemas de gestión de la calidad Mantenido y mejorado |

| | | | |
|---|------------------------------|--|--|
|  <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p> | PROCEDIMIENTO | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | AUDITORIAS INTERNAS INTEGRALES DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 02GC02-V3 | |
| | | | 05GC01-V1 |



7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

| ID | RESPONSABLE | ACTIVIDADES |
|----|--|--|
| 1. | Equipo de Auditoria oficina Planeación y Garantía de Calidad | <p>Programar Auditorias Internas</p> <p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definir el Cronograma de Auditorías Internas para la vigencia (definidas en el formato 05GC32) dentro de las que se contemplan: ISO 90001 versión 2008 ó 2015, ISO 14001 versión 2004 ó 2015, OHSAS 18001-2007, SOGC: Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Acreditación, Auditoria de Mejoramiento Continuo, MECI, Auditorias especiales requeridas por la Gerencia. El Proceso a auditar se define teniendo en cuenta los siguientes Criterios: <ul style="list-style-type: none"> Los requeridos por la normatividad vigente Los priorizados por Mapa de Riesgos institucional Según proyectos que desarrolle la Institución Solicitud de la Alta Dirección (Gerencia y/o Comités institucionales) |
| 2. | Equipo de Auditoria oficina Planeación y Garantía de Calidad | <p>Planear la Auditoria Interna</p> <p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definir el Plan de Auditoria en el formato 05GC33 que incluya tipo de auditoria, Proceso a Auditar, Unidad Funcional, Objetivo, Alcance, Métodos de Auditoria, Criterios de Auditoria, Miembros del Equipo Auditor, Actividades y su tiempo de duración; lista de verificación adicionando el requerimiento <p>Normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Puede realizarse auditoria interna a un proceso específico, o al Sistema de Gestión en general. Requisitos del Auditor Líder: Para las Auditorías Internas de Calidad cuenta con Certificaciones de Auditor Interno expedidas por Empresas Certificadoras de la norma a auditar, o Diploma de Instituciones Universitarias referentes a Estudios Superiores en Auditoria o Gestión de la Calidad o experiencia en Auditoria Interna mínima de dos (2) años. |
| 3. | Equipo de Auditoria oficina Planeación y Garantía de Calidad | <p>Preparación de las Actividades de Auditoria Interna</p> <p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar la revisión de la documentación en la preparación de la auditoria, la cual permite reunir información para preparar las actividades de auditoria y los papeles de trabajo aplicables. Dar a conocer las tareas al Equipo Auditor para auditar Procesos, Procedimientos, Actividades, Funciones específicas, entre otros, según las competencias de los Auditores y el uso eficaz de los recursos. Anexar a la documentación los formatos que apliquen de acuerdo al alcance de la auditoria a realizar. Definir la Muestra de la Auditoria cuando no sea posible realizar una verificación total de los hechos y/o actividades de un proceso, siendo ésta representativa de acuerdo con la complejidad del proceso. |

| | | | |
|--|-----------------------|---|--|
|  <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p> | PROCEDIMIENTO | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | AUDITORIAS INTERNAS INTEGRALES DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 02GC02-V3 | |
| | | | 05GC01-V1 |

7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES



| ID | RESPONSABLE | ACTIVIDADES |
|----|---|--|
| 4. | Equipo de Auditoría oficina Planeación y Garantía de Calidad | <p>Informar la Auditoría Interna</p> <p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar el contacto inicial con el auditado (Líder del Proceso) para la realización de la auditoría, por medio de correo institucional o mediante oficio. Entregar al responsable y/o Líder del Proceso el Plan de Auditoría, con el fin de que disponga del tiempo y elementos necesarios para preparar y atender la misma. <p>Normas</p> <ul style="list-style-type: none"> Se puede dar a conocer la programación de Auditorías Internas integrales de Calidad al responsable y/o Líder del proceso con uno o dos días hábiles de antelación. Y para las auditorías extraordinarias solicitadas por la Gerencia se notifica entre 1 ó 2 días de antelación o de manera inmediata. El Plan de Auditoría puede ser revisado y aceptado por el líder del proceso auditado. Si el líder de proceso Auditado presenta objeción al Plan de auditoría debe resolverse entre el Líder del Equipo Auditor y el auditado antes de dar inicio a la auditoría. |
| 5. | Equipo de Auditoría institucional | <p>Realizar la auditoría interna</p> <p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar reunión de apertura para presentar el Equipo Auditor y leer el plan de auditoría definido. Realizar la revisión de la documentación durante la auditoría, en la cual se debe considerar lo siguiente: Que sea completa, correcta, coherente, actual, cubren el alcance de la auditoría. Esta información puede dar indicación de la eficacia del control de los documentos dentro del sistema de gestión. Comunicación durante la auditoría sobre las evidencias recopiladas que sugieran riesgo inmediato y/o significativo para el auditado deben informarse de manera inmediata, lo cual puede incluir la reconfirmación o modificación del plan de auditoría, cambios en los objetivos y/o del alcance o la finalización de la auditoría. Recopilar y verificar la información pertinente a la auditoría. Generación de hallazgos de la auditoría son determinados con la evidencia de la auditoría frente a los criterios de la misma, registrar las no conformidades y la evidencia que las apoya. Preparación de las conclusiones de la auditoría debe ser realizado antes del cierre de la auditoría en la cual se revisan los hallazgos, se acuerdan las conclusiones. Realización de la reunión de cierre para presentar los hallazgos y las conclusiones de la auditoría. Se debe realizar acta de cierre. <p>Normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los métodos para recopilar la información pueden considerarse los siguientes: Entrevistas, Observaciones, Revisión de documentos, incluyendo registros, entre otros. Los hallazgos con sus respectivas evidencias deben revisarse con el auditado para reconocer que la evidencia de la auditoría es exacta y que |

| | | | |
|--|-----------------------|---|---|
|  <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p> | PROCEDIMIENTO | |  <p>Calidad soy yo!</p> |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | AUDITORIAS INTERNAS INTEGRALES DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 02GC02-V3 | |
| | | | 05GC01-V1 |

| 7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | |
|-------------------------------|---|--|
| ID | RESPONSABLE | ACTIVIDADES |
| | | <p>las no conformidades se han comprendido, lo anterior, con el fin de generar definiciones claras en el Cierre de la Auditoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> Las conclusiones de la auditoria pueden tratar aspectos como: Grado de conformidad y reconocimiento de la fortaleza del sistema de gestión y oportunidades de mejora. |
| 6. | Equipo Auditoria institucional | <p>Elaboración y Entrega del Informe de Auditoria interna</p> <p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaboración y entrega del informe de la auditoria en el formato 05GC27 incluye los siguientes criterios: Objetivos, Alcance, Proceso auditado, identificación del equipo auditor y el (los) auditado (s), fechas y ubicaciones donde se realizó la auditoria, objetivo, alcance, metodología, resultado, conclusiones y recomendaciones. El informe de auditoría debe emitirse en un tiempo no mayor a quince (15) días hábiles posteriores al cierre de la auditoria, el cual se entrega en el formato 05GC27 a los líderes de proceso, El informe consolidado de auditoria se presenta a Gerencia y/o Comité Directivo cuando aplique. Conservar los documentos pertenecientes a la auditoria en los archivos de las oficinas asesoras de Planeación y Garantía de la Calidad. <p>Opciones</p> <ul style="list-style-type: none"> Si existen no conformidades en el informe de auditoria. Pase a la actividad 7 Si no existen no conformidades en el informe de auditoria. <p>Fin de procedimiento.</p> |
| 7 | Lideres de proceso, Profesional de oficina asesora de Planeación y Garantía de la calidad | <p>Definir, Implementar y Verificar el cumplimiento las acciones de mejoramiento</p> <p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las acciones de mejora se deben definir, implementar, verificar su cumplimiento y determinar el cierre de ciclo de mejoramiento de acuerdo al Procedimiento 02GC03 Formulación, Seguimiento y Cierre de Plan Único de Mejora por Proceso. <p>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</p> |

| 8. MATERIALES NECESARIOS |
|--|
| Computador, registros soporte de los procesos, papelería y recurso humano. |

| | | | | | |
|-------------------------------------|---|----------------|----|---------------------|---------------|
| Estado de documento: VIGENTE | Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración. | Tipo de copia: | Nº | Tabla de Retención: | Página 6 de 7 |
|-------------------------------------|---|----------------|----|---------------------|---------------|

| | | | |
|---|-----------------------|---|--|
|  <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p> | <i>PROCEDIMIENTO</i> | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | AUDITORIAS INTERNAS INTEGRALES DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 02GC02-V3 | |
| | | | 05GC01-V1 |

| 9. CONTROL DE CAMBIOS | | | |
|-----------------------|------------|--|--|
| VERSION | FECHA | ITEM MODIFICADO | JUSTIFICACION |
| 1 | 13/02/2015 | Se hace integración de todas las auditorias en la institución. | Reingeniería del proceso de Gestión de la Calidad por cambio de Mapa de Procesos. |
| 2 | 13/02/2017 | Todos | Se retira lo concerniente a Control Interno pues este pasa a ser Proceso institucional (Proceso Auditoría y Control) |