

		Nombre de la Entidad:	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA			
		Periodo Evaluado:	01 de Enero de 2023 al 30 de Junio de 2023			
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad		81%		
¿Están todos los componentes operando dentro y de manera integrada? (SI en proceso / No) (Justifique su respuesta):	En proceso	La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta con un conjunto de metodologías, técnicas y mecanismos de carácter administrativo y organizacional para el manejo de los recursos, los cuales se encuentran implementados en el Sistema de Control Interno a través de la resolución 123 de 2019, en la cual se establece la estructura de trabajo y articulación MECI por medio de los componentes, ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicaciones y actividades de monitoreo, razón por la cual los procesos de la E.S.E, trabajan articuladamente con el fin de tener una mejora continua y un alcance eficaz de los objetivos y metas institucionales.				
¿Se efectúa el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (SI/No) (Justifique su respuesta):	Si	El Sistema define medidas necesarias para que las Entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, riesgos, mecanismos de control que permiten alcanzar las metas propuestas, sin embargo es necesario continuar con el seguimiento y control de los diferentes procesos institucionales y dar continuidad a la implementación del Sistema de Control Interno, y fortalecerlo en busca de su mejoramiento continuo.				
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (SI/No) (Justifique su respuesta):	Si	La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja tiene implementado el esquema de líneas de defensa dentro del sistema de Control Interno, a través de la Resolución 123 de 2019 Manual MECI y Política de administración del riesgo, asignando los roles y responsabilidades para los sistemas Estratégica (Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno); Primera Línea (Líderes de proceso); Segunda línea (Oficina Asesora desarrollo de servicios en acompañamiento con la oficina de planeación, líderes de la línea de gestión ambiental, Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo, líder de seguridad digital y líder de seguridad del paciente) y Tercera línea (Oficina de control interno). Sin embargo es necesario continuar articulando las líneas de defensa y dar cumplimiento a los objetivos institucionales.				
Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	No	81%	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe constante revisión por parte de la líder de riesgo y de los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, frente a la Política de Administración de Riesgos en relación a los objetivos, alcance, responsables, seguimiento y monitoreo de gestión de riesgo, Lineamientos para el Manejo de Riesgos Materializados, Comunicación y consulta, Niveles para calificar el impacto y la probabilidad, Nivel de Aceptación de Riesgos, Tratamiento y su socialización con los integrantes del comité de Gestión y desempeño. Se socializan los Planes de Gestión de Planeación y Gestión 2023, a través del Comité de Gestión y Desempeño, adicionalmente la oficina de Planeación realiza seguimiento de las actividades programadas para el primer trimestre del 2023, donde los procesos dieron cumplimiento. Para el primer semestre de 2023, Se emprendieron acciones de mejora del clima, la convivencia y las relaciones laborales, dentro de las recomendaciones realizadas por Talento Humano se encuentran: 1. Implementar acciones que deriven del bienestar e incentivos laborales, entre los cuales realicen el programa de apoyo emocional físico, el programa de desvinculación laboral y resto asociados, dar a conocer el código de integridad y buen gobierno. INFORME EJECUTIVO POR TALENTO HUMANO PRIMER SEMESTRE DE 2023: El plan Estratégico de Talento Humano tiene como objetivo fortalecer la Gestión del Talento Humano, teniendo como eje principal al ser humano, a través del mejoramiento y desarrollo de sus competencias para satisfacer necesidades de bienestar y formación, en el marco de los lineamientos de MIPD en la dimensión del Talento Humano. De tal manera que esto contribuya en el ámbito profesional de satisfacción en la prestación de los servicios de salud, impactando en la calidad de la atención del usuario y su familia generando valor público. <p>DEBILIDADES DE MEJORA</p> <ul style="list-style-type: none"> Para evaluar el cumplimiento de la Política de Integridad, se debe llevar Comité Institucional de Coordinación de Control Interno la siguiente información: Quejas o denuncias de los grupos de valor de la entidad, Informes internos (Informes del comité de convivencia, Informes de la comisión de personal, Informes de la oficina de control disciplinario). Es importante tener en cuenta que en caso de existir conflicto de interés se debe informar autoridades competentes. En la alta dirección y/o Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se debe verificar los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> 1) Identificar y/o mitigar los riesgos asociados a injerencias en los procesos de selección de los servidores (politicización, clientelismo, arbitrariedad, entre otros). 2) Se proyecten la totalidad de los empleos bajo el principio de mérito, independientemente de su naturaleza (criterios de idoneidad técnicamente relacionados). 3) Se asignen los recursos presupuestales para atender el 100% de las necesidades de capacitación, bienestar y calidad de vida laboral. 4) Se atiendan las causas de retiro estrictamente señaladas por la ley. 5) Se evalúe el desempeño del 100% de los servidores de la entidad (de acuerdo con el sistema y formatos previstos para tal fin). 6) Se analice el aporte de la gestión del talento humano al de las metas y objetivos de la entidad y se emprendieron acciones para mejorar el desempeño de las personas. 7) Se atiendan el 100% de situaciones escaladas al comité de convivencia laboral. 8) Se evalúe el aporte de los procesos de capacitación, el mejoramiento de las competencias, habilidades o conocimientos de los servidores. 9) Se emprendieron acciones de mejora del clima, la convivencia y las relaciones laborales. Realizar Seguimiento a los Mecanismos frente a la detección y prevención de información privilegiada u otros situaciones que puedan implicar riesgo para la entidad. Realizar análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad, y dar cumplimiento lo descrito en el Anexo Técnico. Frente a los planes del personal de planta, se puede observar que frente a la asistencia de las actividades de bienestar, se obtiene un 91% de cumplimiento; sin embargo, hay una baja participación de las actividades del personal administrativo, directivo y de los médicos especialistas. 	81%	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> El proceso de Talento Humano realizó informe de consolidación de las actividades del Código de Integridad socializando esto a los correos electrónicos institucionales se recomienda medir el impacto de esta actividad. Se actualizó la Política de Administración de Riesgos por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y Gestión de Calidad y se compone por: Objetivos, Alcance, Responsables, Seguimiento y Monitoreo de Gestión de Riesgo, Lineamientos para el Manejo de Riesgos Materializados, Comunicación y Consulta, Niveles para calificar el impacto y la probabilidad, Nivel de aceptación de riesgos, tratamiento. La entidad realiza seguimiento cuatrimestral de los mapas de riesgos de corrupción y se publica en la página de la entidad. El proceso de Gestión del Talento Humano de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta con un grupo multidisciplinario de trabajadores comprometidos, capacitados, para el desarrollo de las actividades del proceso. Se realizó el compromiso por parte del área, en cuanto a la puesta en marcha de planes, para hacer más efectivos y eficaces las capacitaciones de Talento Humano de la institución. El Comité de Control Interno y Calidad, en el segundo semestre de 2022 se reunió, allí se trataron temas como: Seguimiento a la Evaluación de los Planes de Mejora, Seguimiento Plan Anual de Auditorías, Seguirse Planes de Mejoramiento, Seguimiento Planes de Mejoramiento Entes Externos, Seguimiento Mapas de Riesgos, Seguimiento Mapas de Corrupción, Evaluación del Estado del Sistema de Control Interno, Modificación de la Política de Administración de Riesgos Plan Anual de Auditorías 2022, socialización de hallazgos de Auditoría, otros informes generando alertas y revisión de tareas generadas por parte del Comité de Control Interno. Se actualizó en la plataforma de formación virtual el Código de Integridad dentro el proceso de inducción y rendición. Se realizó socialización a través del Boletín Institucional, Página Web, y correo. Articulación del Código de Integridad con los Comités de Convivencia Laboral. <p>ASPECTOS A MEJORAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer mecanismos para el manejo de conflictos de interés. Fortalecer el seguimiento a los controles y acciones de la Matriz de los Riesgos de Corrupción, con el propósito de afianzar la cultura del autocontrol en el interior de los procesos y asegurar que los responsables de estos junto con sus equipos de trabajo, que se realice el monitoreo y evaluación permanente a la gestión de este riesgo. Continuar con la articulación del Comité de Coordinación de Control Interno con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y Comité de Sostenibilidad Financiera Realizar seguimiento a los mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada u otras situaciones que puedan implicar riesgo para la entidad. Fortalecer desde la Alta Dirección espacios de participación para todo el personal, para armonizar los valores del servicio público con los códigos de integridad y realizar verificación. Se ha venido implementando el Plan Institucional de Capacitaciones - PIC conforme a lo planificado, no obstante, en la presente evaluación no fue posible identificar los resultados del impacto ocasionado por dichas capacitaciones, a fin de establecer acciones de mejora de este. Realizar análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al Código de Integridad. 	0%
Evaluación de riesgos	No	88%	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Se realiza jornada de planeación con líderes de proceso con el fin de establecer los Planes Operativos Anuales para la vigencia 2023, la Oficina de Control Interno realiza seguimiento trimestral. Se cuenta con Política de Gestión de Riesgos Integral, adoptada mediante Acuerdo No. 015 de 2023, que establece su alcance define lineamientos para toda la entidad, incluyendo regionales, áreas tercerizadas u otras instancias que afectan la prestación del servicio. Desde la segunda línea Se revisa y actualiza documentación asociada a la gestión de riesgos integral (Política, manual, formatos). Se lleva a cabo actualización de los formatos de mapas de riesgos para la consolidación de estos asociados a riesgos de gestión, riesgos de corrupción, capacidad y fraude, y riesgos institucionales. Se realizan mesas de trabajo con los responsables de la primera línea en donde se lleva a cabo actualización de mapas de riesgos de gestión y riesgos de corrupción, capacidad y fraude. Se realiza informe de seguimiento a la gestión de riesgos de gestión y riesgos de corrupción, capacidad y fraude. Informe de Seguimiento de Riesgos de Gestión, semestral, a presentar a finales de julio, posterior a seguimiento por primera línea de defensa. La Alta Dirección monitorea los riesgos de corrupción con la periodicidad establecida en la Política de Administración del Riesgo. Comunicar regularmente al Comité de Coordinación de Control Interno los cambios e impactos en la evaluación del riesgo que resulten de la evolución independiente. <p>ASPECTOS A MEJORAR</p> <ul style="list-style-type: none"> No hay claridad sobre las situaciones específicas en donde no es posible segregarse adecuadamente las funciones. Se debe realizar el monitoreo de riesgos en relación con los mapas de riesgos en seguridad del paciente, riesgos identificados en seguridad de la información, mapas de Corrupción para dar cumplimiento a la Política de Administración del Riesgo de la Entidad. Es importante que se defina en la Política de Administración de Riesgos, el Esquema de Líneas de Defensa, identificando instancias responsables del seguimiento y monitoreo a la Gestión del Riesgo Institucional que incluye: Los líderes de los planes, programas o proyectos, oficina de seguridad de la información, líder de contratación talento humano, líder de tecnologías, como Instancia de 2a línea de defensa. Se enfatiza a los líderes de proceso realizar de manera periódica el análisis de la valoración de sus riesgos con el fin de comprobar que efectivamente los controles establecidos están cumpliendo con el objetivo de reducir el riesgo y evitar su materialización, actividad que se realiza con el apoyo del líder de planeación. Se recomienda a los líderes de proceso, verificar las evidencias presentadas para demostrar el cumplimiento de cada uno de los controles, cumpliendo con los tiempos establecidos, teniendo en cuenta que se evidenciaron formatos desactualizados, lo que permite observar que se debe realizar monitoreo por parte de los líderes de proceso. 	82%	<p>FORTALEZA</p> <ul style="list-style-type: none"> En el Comité de Coordinación de Control Interno se aprobó el Plan Anual de Auditoría vigencia 2022 donde se dejó proyectada realizar auditorías para ISO 9001:2015 Gestión de calidad, seguridad y salud en el trabajo ISO45001:2018, Gestión ambiental ISO14001:2015, en el segundo semestre del 2022 se realizó auditoría por entes externos y por el correo de las normas anteriormente mencionadas y como resultado final se mantiene la certificación cumpliendo con la meta establecida del plan de desarrollo. Se cuenta con un riesgo posibilidad de interrupción de servicios que afectan la infraestructura de la tecnología de la entidad, dentro de sus controles definidos se encuentra que el asesor de desarrollo de servicios y el profesional de las TICs realizan la supervisión de los contratos firmados que tiene la institución con proveedores de servicios de canal dedicado de internet al fin de que se garanticen la conectividad. Se realiza informe sobre la Oportunidad y realización de documentos en Software DARILMA y estado de los documentos En las auditorías independientes realizadas por la tercera línea de defensa se evalúan los procedimientos, instructivos y manuales, de los procesos del sistema de información Daruma para lo cual la entidad cuenta con el manual de auditorías código OADM-01. <p>ASPECTOS A MEJORAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Las funciones y responsabilidades se encuentran segregadas en la documentación de los procesos, tales como, procedimientos, manuales, instructivos, guías, sin embargo, la institución continúa sin lineamientos claros donde se identifiquen y documenten funciones específicas que requieran segregación de funciones, sumando la posibilidad de que un evento ocurra y afecte de manera adversa el logro de los objetivos. No hay claridad sobre las situaciones específicas en donde no es posible segregarse adecuadamente las funciones. Se debe realizar el Monitoreo de Riesgos en relación con los Mapas de Riesgos en seguridad del paciente, riesgos identificados en seguridad de la información, mapas de corrupción para dar cumplimiento a la Política de Administración del Riesgo de la entidad. Es importante generar alertas a los procesos sobre entorno entidad: Oportunidad realización de documentos en Software DARILMA, y estado de los documentos y socializarlos en el Comité de Gestión y desempeño. La institución no cuenta con un Grupo de trabajo de Arquitectura empresarial, que funcione independiente a la oficina de TICs. 	8%

<p>Actividades de control</p>		<p>79%</p>	<p>FORTALEZA:</p> <p>El Comité Institucional Coordinación de control interno se aprobó el plan anual de auditoría vigencia 2023 donde se dejó proyectado realizar auditorías internas y de certificación para ISO 9001:2015 Gestión de calidad, seguridad y salud en el trabajo ISO45001:2018, Gestión ambiental ISO14001:2015</p> <p>*Se cuenta con un riesgo de posibilidad de interrupción de servicios que afectan la infraestructura de la tecnología de la entidad, dentro de sus controles definidos se encuentra que el asesor de desarrollo de servicios y profesional de TIC, que realizan la supervisión de los contratos firmados que tiene la institución con proveedores de servicios de canal dedicado de internet, al fin de que se garantice la conectividad.</p> <p>*Se realiza informe sobre la operatividad y realización de documentos en Software DARUMA y Estado de los Documentos.</p> <p>En las auditorías independientes realizadas por la tercera línea de defensa se evalúan los procedimientos, instructivos y manuales, de los procesos del sistema de información Daruma para lo cual la entidad cuenta con el manual de auditoría código OACI-M01.</p> <p>El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo, se realiza reuniones a los riesgos acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad, se verifica que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados.</p> <p>ASPECTOS A MEJORAR</p> <p>*No hay claridad sobre las situaciones específicas en donde no es posible segregarse adecuadamente las funciones.</p> <p>*Se debe realizar el monitoreo de riesgos en relación con los mapas de riesgos en seguridad del paciente, riesgos identificados en seguridad de la información, para dar cumplimiento a la política de Administración del Riesgo de la entidad.</p> <p>*Es importante generar alertas a la Alta Dirección sobre informe emitido «Operatividad realización de documentos en Software DARUMA y estado de los documentos y socializarlos en el Comité de Gestión y Desempeño.»</p> <p>*Es importante que se defina en la Política de Administración de Riesgos, el esquema de líneas de defensa, identificando instancias responsables del seguimiento y monitoreo a la gestión del riesgo institucional que incluye: Los flujos de los planes, programas o proyectos, oficial de seguridad de la información, líder de contratación, líder de talento humano, líder de tecnologías, como instancia de 2da línea de defensa.</p>	<p>79%</p>	<p>FORTALEZA:</p> <p>En el comité de coordinación de control interno se aprobó el Plan Anual de Auditoría Vigencia 2022 donde se dejó proyectado realizar auditorías para ISO 9001:2015 Gestión de Calidad, Seguridad y Salud en el Trabajo ISO45001:2018, Gestión ambiental ISO14001:2015, en el segundo semestre del 2022 se realizó Auditoría por Entes Externos y por el incumplimiento de las normas anteriormente mencionadas, como resultado final se mantiene la certificación cumpliendo con la meta establecida del Plan de Desarrollo.</p> <p>*Se cuenta con un riesgo posibilidad de interrupción de servicios que afectan la infraestructura de la tecnología de la entidad, dentro de sus controles definidos se encuentra que el asesor de desarrollo de servicios y el profesional de TIC3 que realizan el seguimiento de los contratos firmados por la institución, con proveedores de servicios del canal de internet al fin de que se garantice la conectividad.</p> <p>*Se realiza informe sobre la operatividad y realización de documentos en Software DARUMA y Estado de los Documentos.</p> <p>En las auditorías independientes realizadas por la tercera línea de defensa se evalúan los procedimientos, instructivos y manuales, de los procesos del sistema de información Daruma para lo cual la entidad cuenta con el Manual de Auditorías código OACI-M01.</p> <p>ASPECTOS A MEJORAR</p> <p>*Las funciones y responsabilidades se encuentran segregadas en la documentación de los procesos, tales como, procedimientos, manuales, instructivos, guías, sin embargo, la institución debe encaminar lineamientos claros donde se identifiquen y documenten situaciones específicas, que requieran segregación de funciones, aumentando la posibilidad de que un evento ocurra y afecte de manera adversa el logro de los objetivos.</p> <p>*No hay claridad sobre las situaciones específicas en donde no es posible segregarse adecuadamente las funciones.</p> <p>*Se debe realizar el monitoreo de riesgos en relación con los mapas de riesgos en seguridad del paciente, riesgos identificados en seguridad de la información, mapas de corrupción, con el fin de dar cumplimiento a la Política de Administración del Riesgo de la entidad.</p> <p>*Es importante generar alertas a los procesos sobre informe emitido «Operatividad realización de documentos en Software DARUMA y Estado de los Documentos y socializarlos en el Comité de Gestión y Desempeño.»</p> <p>*La institución no cuenta con un Grupo de trabajo de Arquitectura empresarial, que funcione independiente a la oficina de TIC3.</p>	<p>0%</p>
<p>Información y comunicación</p>	<p>No</p>	<p>63%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <p>La entidad actualizó el Inventario de Activos de Información y estableció la Resolución 239 del 2022 por la cual se adopta el Inventario de Activos de Información.</p> <p>La entidad cuenta con Manual de Comunicaciones donde incluye procesos y procedimiento para el manejo de la información es importante que esta se socialice en la entidad.</p> <p>La oficina de Control Interno dentro del Plan de Mejoramiento de la auditoría a comunicaciones verifico la implementación de procedimientos formatos y manual de comunicación.</p> <p>ASPECTOS POR MEJORAR</p> <p>*Es necesario fortalecer los canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares para que cuenten con mecanismos específicos para su manejo, de manera tal que generen la confianza para utilizarlos.</p> <p>*Para la comunicación interna cuenta con un manual de comunicaciones que tiene como objetivo: Emitir mensajes institucionales para educar e informar al paciente, visitantes y colaboradores sobre el autocuidado, medidas administrativas y ramas de la E.S.E, además de brindar información sobre los eventos que se programen y del acontecer diario del Hospital sin embargo es necesario que se evalúe la efectividad permanente en la comunicación interna.</p> <p>*Se deben fortalecer los canales externos definidos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar, y éstos se deben socializar a todo nivel de la organización.</p> <p>La entidad debe evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de tal forma que se puedan mejorar.</p> <p>*No se evidencia que la entidad analice periódicamente los resultados frente a la evaluación.</p> <p>*Se sugiere realizar análisis y presentación en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en cuanto a que la Comunicación Interna de la Alta Dirección, debe tener un mecanismo que permita dar a conocer objetivos y metas estratégicas, de tal manera que los funcionarios entiendan su papel en su consecución. (Se cuenta con los canales más apropiados y se cuenta con su efectividad).</p> <p>Teniendo en cuenta la importancia de la comunicación en la entidad es prioritario que el líder del subproceso de comunicaciones rinda informe semestral al Comité de Control Interno y al Comité de Gestión y Desempeño sobre la Comunicación Interna de la Alta Dirección y evidenciar los mecanismos utilizados en la misma.</p> <p>*Es importante que se identifique y se mantenga las condiciones para garantizar la seguridad de la información</p> <p>Identificar los flujos de la información (vertical, horizontal, hacia afuera de la entidad, entre otros)</p>	<p>61%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <p>La entidad actualizó el Inventario de Activos de Información y estableció la Resolución 239 del 2022 por la cual se adopta el Inventario de Activos de Información.</p> <p>La entidad cuenta con un Manual de Comunicaciones donde incluye procesos y procedimiento para el manejo de la información entrante, es importante que esta se socialice en la entidad.</p> <p>La oficina de Control Interno dentro del desarrollo de la auditoría verifico la implementación de procedimientos formatos y Manual de Comunicación.</p> <p>ASPECTOS POR MEJORAR</p> <p>*Es necesario fortalecer los canales de información internos, para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares, para que cuenten con mecanismos específicos para su manejo, de manera tal que generen la confianza para utilizarlos.</p> <p>*Para la comunicación interna se cuenta con un Manual de Comunicaciones que tiene como objetivo: Emitir mensajes institucionales para educar e informar al paciente, visitantes y colaboradores sobre el autocuidado, medidas administrativas y ramas de la E.S.E., Además de brindar información sobre los eventos que se programen y del acontecer diario del Hospital, sin embargo es necesario que se evalúe la efectividad permanente en la comunicación interna.</p> <p>*Se deben fortalecer los canales externos definidos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar, y estos se deben socializar a todo nivel de la organización.</p> <p>La entidad debe evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de tal forma que se puedan mejorar.</p> <p>*No se evidencia que la entidad analice periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios y grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes.</p> <p>*Falta actualizar procedimientos y formatos necesarios para una comunicación interna y externas efectivo.</p>	<p>2%</p>
<p>Monitoreo</p>	<p>No</p>	<p>93%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <p>El Comité Institucional de Control Interno se reúne periódicamente para la revisión y seguimiento de los informes emitidos por la Oficina de Control Interno, así del Plan Anual de Auditorías, buscando la mejora del Sistema de Control Interno.</p> <p>El comité Institucional de Control Interno de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se socializa las evaluaciones independientes e informe semestral de Control Interno con el fin de establecer compromisos y contribuir a la mejora continua.</p> <p>La Oficina de Control Interno realiza auditorías y seguimientos periódicos donde se analiza la ejecución del riesgo y la operación controles establecidos para evitar su materialización.</p> <p>Se continúa con la ejecución de Auditorías Internas de Gestión con enfoque basado en riesgos, alineados con los objetivos y prioridades de la institución.</p> <p>La Oficina de Control Interno realiza asesoría para la Formación de planes de mejora eficaces que contribuyan a satisfacer las necesidades de los grupos de valor.</p> <p>Falta implementar en debida forma los mecanismos creados para llevar a cabo la trazabilidad de PQRSD y evitar respuestas fuera de término.</p> <p>Se actualizan procedimientos de Planes de Mejoramiento con el fin de articular todos los planes de la entidad.</p> <p>ASPECTOS POR MEJORAR:</p> <p>El jefe de Control Interno debe verificar durante la vigencia evaluada, el cumplimiento de las políticas, lineamientos y estrategias en materia de Talento Humano aplicadas por la entidad en lo relacionado a:</p> <p>A) Se asignaron los recursos presupuestales para atender el 100% de las necesidades de capacitación, bienestar y calidad de vida laboral.</p> <p>B) Se atendieron las causales de retiro estrictamente señaladas por la ley.</p> <p>C) Se evaluó el desempeño del 100% de los servidores de la entidad (de acuerdo con el sistema y formatos previstos para tal fin).</p> <p>D) Se analizó el aporte de la gestión del Talento Humano al cumplimiento de las metas y objetivos de la entidad y se emprendieron acciones para mejorar el desempeño de las personas.</p> <p>E) Se atendieron el 100% de situaciones escaladas al comité de convivencia laboral.</p> <p>F) Se evaluó el aporte de los procesos de capacitación, al mejoramiento de las competencias, habilidades o conocimientos de los servidores.</p> <p>G) Se emprendieron acciones de mejora del clima, la convivencia y las relaciones laborales.</p>	<p>89%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <p>El Comité de Control Interno se reúne periódicamente para la revisión y seguimiento de los informes emitidos por la Oficina de Control Interno, y las surgidas del Plan Anual de Auditorías, buscando la mejora del Sistema de Control Interno.</p> <p>En el Comité de Coordinación de Control Interno y de Gestión de la Calidad de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se socializan las evaluaciones independientes e informe semestral de Control Interno con el fin de establecer compromisos y contribuir a la mejora continua.</p> <p>La oficina de Control Interno realiza auditorías y seguimientos periódicos donde se analiza la ejecución de los riesgos y la operación de controles establecidos para evitar su materialización.</p> <p>Se continúa con la ejecución de Auditorías Internas de Gestión con enfoque basado en riesgos, alineados con los objetivos y prioridades de la institución.</p> <p>La oficina de Control Interno realiza asesoría para la Formación de planes de mejora eficaces que contribuyan a satisfacer las necesidades de los grupos de valor.</p> <p>La Alta Dirección periódicamente analiza la evaluación de resultados obtenidos en los seguimientos, informes y auditorías realizadas con el fin de tomar decisiones.</p> <p>ASPECTOS POR MEJORAR:</p> <p>*Es importante tener en cuenta que los líderes de los Sistemas de Gestión Ambiental, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Líder de Seguridad Digital, Líder de Seguridad del Paciente y Líder de procesos deben fortalecer el monitoreo de los riesgos para evitar su materialización.</p> <p>*Se debe reportar y socializar a la Alta Dirección las deficiencias de Control Interno como resultado del monitoreo continuo.</p> <p>*Fortalecer los controles establecidos en los mapas de riesgos proceso como de corrupción para los servicios tercerizados.</p> <p>*Es importante que se verifique y se fortalezca el avance y cumplimiento de las acciones incluídas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones (2ª Línea).</p> <p>*Falta implementar en debida forma los mecanismos creados para llevar a cabo la trazabilidad de PQRSD y evitar respuestas fuera de término.</p>	<p>4%</p>


 DIANA LOMETH VIRGOZ DONCALEZ
 ASesor CONTROL INTERNO
 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA
 26 de JUNIO de 2023