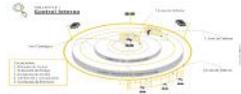


Nombre de la Periodo

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
1 DE JULIO DEL 2021 AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2021



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

72%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos 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 ESE, trabajan articuladamente con el fin de tener una mejora continua y un alcance eficaz de los objetivos y metas institucionales.
¿Es efectivo 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, documentarlo y fortalecerlo en busca de su mejoramiento continuo.
¿Se tiene en cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una Institucionalidad (Lineas de defensa) las siguientes:	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 la resolución 091 de 2021 Política de administración del riesgo, asignando los roles y responsabilidades para la línea 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 los sistemas 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 funciona?	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	SI	71%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Dando cumplimiento a la resolución 091 del 2021 que en su artículo 5 reglamenta el seguimiento de mapas de corrupción verificando la efectividad de los controles y estableciendo con este acciones preventivas para evitar con este la materialización de los riesgos, la oficina asesora de control interno realiza seguimiento cuatrimestral a los riesgos de corrupción, en el cual evidencia que no se ha materializado ninguno. * El comité de control interno y calidad, en el segundo semestre de 2021 se reunió, en el cual se trataron temas como seguimiento a la evaluación de los planes de mejora, seguimiento a los mapas de riesgos de corrupción y proceso, Seguimiento a las tareas generadas al comité, seguimiento a la ejecución del plan anual de auditoría, Seguimiento al POA, Seguimiento a la evaluación de control interno. * A través del Informe de seguimiento al cumplimiento de la ejecución de los Planes Institucionales y Estratégicos conforme a lo establecido en el Decreto 612 de 2018 de la vigencia 2021 realizado por la oficina Asesora de desarrollo de Servicios se evidenció el cumplimiento de los planes Institucionales de capacitación y bienestar. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Falta articulación del código de integridad con los comités de convivencia laboral, comité de ética, informes de PQRSD y buzón de cliente interno, así mismo es necesario desarrollar las actividades establecidas en la resolución 050 de 2019 con el fin de aumentar los mecanismos de frente a la detección y prevención del uso inadecuado de la información, además falta socialización e implementación del instructivo de declaración de conflictos a los funcionarios de la institución e incluir en el instructivo de conflicto de interés el registro de la declaración de bienes y rentas y conflictos de interés de acuerdo a la Ley 2013 de 2019. * Teniendo en cuenta la 2 y tercera línea de defensa, faltan acciones de control para la toma de decisiones a tiempo para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos. * Se continúa con la recomendación de dar cumplimiento a la resolución 091 de 2021, en el artículo séptimo en zona de riesgo extrema: "Evitar: Se deberá incluir en los mapas de riesgos institucional, se establecerán las acciones de control preventivas y correctivas, de manera adicional se deberá documentar al interior de los procesos los planes y/o estrategias de contingencia para tratar el riesgo materializado". * No se han documentado los mapas de riesgo de tecnologías de la información, se recomienda incluir en el seguimiento de las tres líneas de defensa los mapas de riesgos de los sistemas de gestión como ambiental y seguridad y salud en el trabajo. * La línea estratégica recibe los informes emitidos por la segunda y tercera línea de defensa con el fin de solicitar respuesta o creación de planes de mejora según corresponda a los involucrados en el proceso para que con ello contribuya a la mejora continua del funcionamiento del control interno, sin embargo no todos los informes presentados dan respuesta o presentan los planes de mejora en los términos establecidos. * No se encuentra actualizado en la plataforma de formación virtual el código de integridad dentro el proceso de Inducción y reinducción. <p>RECOMENDACIONES:</p> <p>La línea estratégica recibe los informes emitidos por la segunda y tercera línea de defensa con el fin de solicitar respuesta o creación de planes de mejora según corresponda a los involucrados en el proceso para que con ello contribuya a la mejora continua del funcionamiento del control interno, sin embargo no todos los informes presentados dan respuesta o presentan los planes de mejora en los términos establecidos.</p>	67%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Se tiene reglamentado para su buen funcionamiento el comité de control interno y calidad, en el primer semestre de 2021 se han desarrollado 3 sesiones del comité, en el cual se han tratado temas como la aprobación y seguimiento al plan de auditorías, seguimiento a la evaluación de los planes de mejora, seguimiento a los mapas de riesgos de corrupción y proceso. * La oficina asesora de control interno realiza seguimiento cuatrimestral a los riesgos de corrupción, en el cual evidencia que no se ha materializado ninguno. * Para la vigencia 2021 se crearon los mapas de riesgos de proceso con los cambios producidos al interior de la institución, sin embargo se encuentra pendiente los mapas de riesgos tecnológicos. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Falta articulación del código de integridad con los comités de convivencia laboral, comité de ética, informes de PQRSD y buzón de cliente interno, así mismo es necesario desarrollar las actividades establecidas en la resolución 050 de 2019 con el fin de aumentar los mecanismos de frente a la detección y prevención del uso inadecuado de la información, además falta socialización e implementación del instructivo de declaración de conflictos a los funcionarios de la institución e incluir en el instructivo de conflicto de interés el registro de la declaración de bienes y rentas y conflictos de interés de acuerdo a la Ley 2013 de 2019. * Falta actividades de evaluación para el retiro del personal * Teniendo en cuenta la 2 y tercera línea de defensa, faltan acciones de control para la toma de decisiones a tiempo para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos. * Se continúa con la recomendación de dar cumplimiento a la resolución 091 de 2021, en el artículo séptimo en zona de riesgo extrema: "Evitar: Se deberá incluir en los mapas de riesgos institucional, se establecerán las acciones de control preventivas y correctivas, de manera adicional se deberá documentar al interior de los procesos los planes y/o estrategias de contingencia para tratar el riesgo materializado". * No se han documentado los mapas de riesgo de tecnologías de la información, se recomienda incluir en el seguimiento de las tres líneas de defensa los mapas de riesgos de los sistemas de gestión como ambiental y seguridad y salud en el trabajo. * La línea estratégica recibe los informes emitidos por la segunda y tercera línea de defensa con el fin de solicitar respuesta o creación de planes de mejora según corresponda a los involucrados en el proceso para que con ello contribuya a la mejora continua del funcionamiento del control interno, sin embargo no todos los informes presentados dan respuesta o presentan los planes de mejora en los términos establecidos. 	4%

Componente	¿El componente está presente y funciona?	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
Evaluación de riesgos	SI	59%	<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> * Se evidencia articulación entre el plan de gestión y plan de desarrollo, aprobados mediante el acuerdo 07 de julio de 2020, para el segundo y tercer trimestre del 2021 se realizó informe de evaluación de gestión Plan operativo anual. Es importante tener en cuenta que para el cierre del tercer trimestre indica una gestión eficiente en los parámetros evaluados y con cumplimiento de metas propuestas. * Se tiene documentado mediante a la resolución 091 de 2021, la gestión de riesgos de la ESE Hospital Universitario San Rafael Tunja, se ha realizado seguimiento por la primera, segunda y tercer línea de defensa sin embargo es necesario continuar fortaleciendo los procesos en aras de una mejora continua. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Inoportunidad por parte de algunos procesos en el envío de la información requerida como insumo para la presentación de informes. * Inobservancia de metodología que permitan identificar la materialización de riesgos, con el fin de llevar trazabilidad de los mismos y generar plan de acción para mitigar o evitar la ocurrencia. * Se debe dar cumplimiento a la resolución 091 de 2021 y al manual de gestión de riesgo con el fin de hacer seguimiento por las tres líneas de defensa a los mapas de riesgos asistenciales y tener la trazabilidad de avance de cada uno de ellos, para el 2021 no se evidencia seguimiento en algunos programas de primera línea ni segunda línea de defensa, lo cual desfavorece la gestión de los riesgos al interior de la Institución. * Se recomienda armonizar los mapas de riesgos con el mapa de procesos de la institución y aplicar lo definido en el manual de gestión de riesgo OADS-M-02, además tener en cuenta los riesgos regionales y tercerizados que afecten la prestación del servicio. * Falta la actualización de los riesgos asistenciales y tecnológicos, así como la articulación de los riesgos de seguridad y salud en el trabajo y ambientales. 	57%	<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> * Se evidencia articulación entre el plan de gestión y plan de desarrollo, aprobados mediante el acuerdo 07 de julio de 2020, sin embargo no se ha realizado seguimiento en el primer semestre de 2021 evaluación de los planes operativos anuales. * Se tiene documentado mediante a la resolución 091 de 2021, la gestión de riesgos de la ESE Hospital Universitario San Rafael Tunja, se ha realizado seguimiento por la primera y segunda línea de defensa, sin embargo se tiene que fortalecer en algunos procesos. <p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Se recomienda armonizar los mapas de riesgos con el mapa de procesos de la institución y aplicar lo definido en el manual de gestión de riesgo OADS-M-02, además tener en cuenta los riesgos regionales y tercerizados que afecten la prestación del servicio. * Se recomienda realizar seguimiento a los controles que no están realizando y aplicar las medidas necesarias para evitar que se vuelva a presentar con el fin de mitigar los riesgos institucional * En el primer semestre de 2021 no se publicaron los mapas de riesgos de corrupción y de proceso, falta la actualización de los riesgos asistenciales y tecnológicos, así como la articulación de los riesgos de seguridad y salud en el trabajo y ambientales, y recomendaciones emitidas en los informes de la oficina asesora de control interno. * Se recomienda tener en cuenta las recomendaciones realizadas en los informes emitidos por la oficina de control interno relacionado con el diseño de controles de los mapas de riesgos de corrupción y de proceso. 	2%
Actividades de control	SI	73%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La oficina de control interno realiza auditorías independientes para verificar el grado de cumplimiento de los procedimientos internos según lo programado para el segundo semestre del 2021 en el plan anual de Auditoría. - Se realizó monitoreo a los riesgos por parte de la Oficina Asesora de Planeación, acorde con la Política de Administración del Riesgo - La ESE Hospital San Rafael Tunja, tiene certificado la norma ISO 14001:2015 y OHSAS 18001:2007, y éstas se articulan con la estructura de control de la entidad. -En las auditorías independientes realizadas por la tercera línea de defensa se evalúan los procedimientos, instructivos y manuales, de los procesos. Así mismo la oficina de calidad realiza monitoreo y control de la actualización del sistema documental para lo cual la entidad cuenta con el manual de auditorías código OACI-M-01. <p>Debilidades:</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 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>Se cuenta con el manual S-M-09, Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información, sin embargo no se ha podido evidenciar desarrollo la metodología para la creación de mapas de riesgos de proceso de tecnologías de la información y las comunicaciones, por tal motivo la tercera línea de defensa continúa sin el seguimiento a controles de los riesgos tecnológicos.</p>	75%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> * La oficina de control interno realiza auditorías independientes para verificar el grado de cumplimiento de la información interna y externa legal de cada uno de los procesos. * Se realizó monitoreo a los riesgos por parte de la Oficina Asesora de Planeación, acorde con la Política de Administración del Riesgo. <p>Debilidades:</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 situaciones específicas que requieran segregación de funciones. * Se cuenta con el manual S-M-09, Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información, sin embargo no se ha desarrollado la metodología para la creación de mapas de riesgos de proceso de tecnologías de la información y las comunicaciones, por tal motivo la tercera línea de defensa continúa sin el seguimiento a controles de los riesgos tecnológicos. * Las tres líneas de defensa realizaron los seguimientos correspondientes a la gestión de riesgos, sin embargo se debe fortalecer los informes resultantes con el fin que contribuyan con la toma de decisiones. 	-2%
Información y comunicación	SI	68%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> * La entidad tiene documentado el manual de uso de medios y comunicaciones, cuyo objetivo es establecer los lineamientos para el uso de los medios de comunicación y el buen manejo de la imagen corporativa. * La entidad a establecido canales de información, haciendo uso de medios y herramientas de información y comunicación lo cual se puede consultar mediante la página web. * En marzo de 2021, la oficina de planeación emite informe de caracterización de grupos de valor, el cual se compone de la caracterización de usuarios, caracterización de trabajadores, gestión académica, EPS, entidades responsables de pago. * El proceso de comunicaciones y medios tiene documentados, procedimientos, manuales y formatos para facilitar la comunicación interna y externa. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Para la vigencia del 2021 no fue posible verificar el diligenciamiento del o S-F46 FORMATO MATRIZ LEVANTAMIENTO ACTIVOS DE INFORMACION - Se cuenta con la resolución 050 de 2019, donde se adopta la política general de seguridad y privacidad de la información y seguridad digital, y el manual de políticas de seguridad de la información sin embargo para el segundo semestre de 2021 no se realizaron las actividades establecidas. - No se tienen establecidas para todas las áreas políticas de operación por procesos -No se realizó para la vigencia 2021, evaluación periódica de la efectividad de la comunicación con las partes externa, así como sus contenidos de tal forma que se puedan mejorar. -No se ha desarrollado para el primer semestre de 2021 la evaluación periódica de la efectividad de la comunicación con las partes externa, así como sus contenidos de tal forma que se puedan mejorar. 	68%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Se continúa con el seguimiento a los 6 sistemas de información que permiten capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos, a demás cuenta con el inventario de información relevante (interno/externa) producto de la actualización del inventario de activos de información. * En marzo de 2021, la oficina de planeación emite informe de caracterización de grupos de valor, el cual se compone de la caracterización de usuarios, caracterización de trabajadores, gestión académica, EPS, entidades responsables de pago. * A través del manual de comunicaciones oficiales se tiene documentado los lineamientos de la información que entra y sale de la institución. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Aunque se cuenta con la resolución 050 de 2019, donde se adopta la política general de seguridad y privacidad de la información y seguridad digital, y el manual de políticas de seguridad de la información, el primer semestre de 2021 no se realizaron las actividades establecidas. * No se tienen políticas de operación por procesos, * No se ha desarrollado para el primer semestre de 2021 la evaluación periódica de la efectividad de la comunicación con las partes externa, así como sus contenidos de tal forma que se puedan mejorar. 	0%

Componente	¿El componente está presente y funciona?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento o componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Monitoreo	SI	89%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> * El comité 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. * Se continúa con la ejecución de Auditorías Internas de Gestión con enfoque basado en riesgos, alineados con los objetivos y prioridades de la institución. * La Oficina de Control Interno realiza evaluación trimestral sobre el avance, cumplimiento y eficacia del Plan de Mejoramiento Institucional (incluye todas las fuentes de evaluación internas y externas), con retroalimentación a los responsables. * Se Realiza seguimiento a la ejecución del plan anual de auditoría por parte del comité de control Interno. * La alta Dirección periódicamente analiza la evaluación de resultados obtenidos en los seguimientos, informes y Auditorías realizadas con el fin de tomar decisiones. <p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Aun se encuentra pendiente la elaboración de los mapas de riesgos de tecnologías de la información y alinear el seguimiento de los mapas de riesgos de los sistemas de información por las tres líneas de defensa. * Algunos informes de seguimiento y/o Auditorías, no cuentan con el tratamiento adecuado para la mejora, ya sea a través de Planes de mejoramiento o respuesta al tratamiento de las observaciones, a demás la radicación de algunos planes de mejora se realiza extemporáneo. * Las acciones correctivas formulada en los planes de mejoramiento, no ataca la causa raíz de los no conformidades, lo que genera recurrencia en los hallazgos de las evaluaciones independiente. 	89%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> * El comité 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. * 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>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> * El 14 de enero de 2021, la oficina de control interno emitió informe de gestión de riesgo de la institución donde se observa la evaluación realizada a los mapa de riesgos de proceso de la primera, segunda y tercera línea de defensa y seguimiento a los mapas de riesgos de corrupción. La oficina de control interno el 11 de mayo de 2021 emite informe de seguimiento a los mapas de riesgos de corrupción, el cual se envía a alta gerencia. * La Oficina de Control Interno realiza evaluación trimestral sobre el avance, cumplimiento y eficacia del Plan de Mejoramiento Institucional (incluye todas las fuentes de evaluación internas y externas), con retroalimentación a los responsables. <p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Aun se encuentra pendiente la elaboración de los mapas de riesgos de tecnologías de la información y alinear el seguimiento de los mapas de riesgos de los sistemas de información por las tres líneas de defensa. * Algunos informes de seguimiento y/o Auditorías, no cuentan con el tratamiento adecuado para la mejora, ya sea a través de Planes de mejoramiento o respuesta al tratamiento de las observaciones, a demás la radicación de algunos planes de mejora se realiza extemporáneo. * Es necesario identificar y documentar las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones (ej.: falta de personal, presupuesto), con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados. 	0%