

Al contestar cite
20221100015521



Tunja, Mayo del 2022

Doctor
YAMIT NOE HURTADO NEIRA
Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad

Ref. PRIMER SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCION CORTE A 30 DE ABRIL DE 2022


Atendiendo a lo estipulado en la Ley 87 de 1993 , artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, Decreto 1083 de 2015 -MECI y Decreto 648 del 2017 Roles del Sistema de Control Interno, la Oficina de Control interno, adjunto informe de seguimiento Mapa de Riesgos de corrupción a corte 30 de Abril del 2022



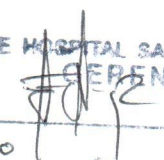
ATENTAMENTE

DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ
Asesora Control Interno
E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Anexo Informe 7 folios
C.C Subgerencias SSS ,SAF,OADS y procesos intervinientes.



E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
GERENCIA

Recibido por: 
Hora: 10:30 AM del 05 de Mayo del 2022



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

1

INFORME

PRIMER SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCION

CORTE A 30 DE ABRIL DE 2.022

**Elaboró:
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

Tunja, mayo de 2.022



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



PRIMER SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN CORTE A 30 DE ABRIL DE 2022

INTRODUCCIÓN

2

La guía de administración de riesgos es una herramienta pública que ayuda a la entidad, reconocida como una parte integral de las buenas prácticas gerenciales y están fundamentadas en el marco normativo de la Ley 87 de 1993, por la cual se establecen las normas para el ejercicio del Control Interno de las entidades del Estado, la cual fue modificada por la Ley 1474 de 2011, artículo 2 Objetivos del Control Interno; proteger los recursos de la organización.

Atendiendo a lo estipulado en la Ley 87 de 1993, artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, Decreto 1083 de 2015 -MECI y Decreto 648 del 2017 Roles del Sistema de Control Interno, la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, realizó seguimiento y evaluación a la gestión de los riesgos identificados por procesos.

El Hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuenta con una Política integral para la gestión del riesgo, la cual fue adoptada mediante la Resolución 116 del 24 de marzo de 2022 "Por el cual se deroga el Resolución 091 de 2021 y se establece la Política para la Administración de Riesgos en el Hospital Universitario San Rafael de Tunja.", ajusta la política de acuerdo con los lineamientos de la Guía de administración del Riesgo, versión 05 de 2020 del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Es por ello que la Administración de Riesgos en la entidad tiene un carácter prioritario y estratégico, y está fundamentada en el modelo de gestión por procesos de la entidad. Integrando las competencias constitucionales y legales que la rigen con el conjunto de planes y programas necesarios para el cumplimiento de su misión, visión y objetivos institucionales.

Así mismo, la entidad a través del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2022 definió el Componente #1: **Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción**, el cual permite a la Entidad identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de corrupción, tanto internos como externos, estableciendo las acciones y medidas orientadas a controlarlos.

Por ello, y teniendo en cuenta que la Oficina de Control Interno debe adelantar seguimiento a los Riesgos de Corrupción, analizando las causas, revisando los riesgos y la efectividad de los controles incorporados en el Mapa de Riesgos Institucional de la presente vigencia; a continuación, se presenta el Informe de Seguimiento a los Riesgos de Corrupción identificados en la entidad.

Estos mapas están elaborados con base en los lineamientos de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 5, diciembre de 2020, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.



OBJETIVO

Evaluar la correcta identificación, análisis y efectividad de los controles en la gestión de los Riesgos de Corrupción de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, de acuerdo a las normas legales vigentes durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2022.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Revisar el adecuado diseño y ejecución de los controles para la mitigación de los riesgos que se han establecido por parte de la Primer Línea de Defensa.
2. Hacer seguimiento a las actividades de control establecidas para la mitigación de los riesgos de los subprocesos que se encuentren documentadas y actualizadas.

3

ALCANCE

Con el presente seguimiento se analiza el cumplimiento o avance de las actividades incluidas dentro del primer componente del plan anticorrupción y de atención al ciudadano "Gestión del Riesgo de Corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción" de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, llevados a cabo por los responsables de los procesos, durante el primer cuatrimestre del 2022

CRITERIOS DE EVALUACION

- ✓ Artículo 17 del Decreto N° 648 de 2017 que modifica el Artículo 2.2.21.5.3 del Decreto N° 1083 de 2015, donde se define los roles que debe cumplir las oficinas de Control interno de Gestión.
- ✓ Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- ✓ Ley 1474 de 2011, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- ✓ Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5. DAFP.
- ✓ Decreto 1499 de 2017 Modelo Integral de Planeación y Gestión. 7ª. Dimensión Control Interno

METODOLOGIA:

En cumplimiento del objetivo general se verificó la publicación y socialización de Mapas de riesgos corrupción por proceso y subproceso en la página web, se realizó el inventario de controles, se realizó análisis y evaluación de los mapas, se solicitaron las evidencias que soportan las actuaciones realizadas por los subprocesos, se realizó el seguimiento a las acciones y controles con zona de riesgo extrema y zona de riesgo alta, establecidos en la matriz del mapa de riesgos



RESULTADO DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

DEFINICIÓN Y ADOPCIÓN DE LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

La definición de la Política de Administración de Riesgos está a cargo del Representante Legal de la entidad y el Comité de Control Interno y Gestión de Calidad, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, se evidencia que El Hospital Universitario San Rafael de Tunja, adopta y aprueba la Política de administración de riesgos mediante la Resolución 116 del 24 de marzo de 2022 la cual se compromete a identificar, medir, valorar, monitorear, administrar y tratar los riesgos que pueden afectar positiva o negativamente él logra de los objetivos institucionales.

4

Así mismo se comprometió a realizar la gestión de riesgos de acuerdo a la metodología definida en la guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas versión 5, adoptada por entidad y estableció la responsabilidad en la gestión del riesgo la línea de defensa de la siguiente manera:

Línea Estratégica - Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, a quienes corresponde:

- Establecer objetivos institucionales alineados con el propósito fundamental, metas y estrategias de la entidad
- Establecer la Política de Administración del Riesgo.
- Asumir la responsabilidad primaria del SCI y de la identificación y evaluación de los cambios que podrían tener un impacto significativo en el mismo
- Específicamente el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, evaluar y dar línea sobre la administración de los riesgos en la entidad
- Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles. Así mismo, hacer seguimiento a su gestión, gestionar los riesgos y aplicar los controles.

Primera Línea –Líderes de proceso, a quienes corresponde:

- Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales
- Definen y diseñan los controles a los riesgos
- A partir de la política de administración del riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección. Con base en esto, establecen los mapas de riesgos.
- Identificar y controlar los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción en el ejercicio de sus funciones y el cumplimiento de sus objetivos, así como en la prestación del servicio y/o relacionados con el logro de los objetivos. Implementan procesos para identificar, disuadir y detectar fraudes; y revisan la exposición de la entidad al fraude con el auditor interno de la entidad.
- Elaborar los mapas de riesgo, incluidos los riesgos de corrupción.



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:

- Informar sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada.
- Asegurar que las evaluaciones de riesgo y control incluyan riesgos de fraude.
- Ayudar a la primera línea con evaluaciones del impacto de los cambios en el SCI.
- Monitorear cambios en el riesgo legal, regulatorio y de cumplimiento.
- Consolidar los seguimientos a los mapas de riesgo.
- Elaborar informes consolidados para las diversas partes interesadas.
- Seguir los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos, cuando haya lugar.
- Los supervisores e interventores de contratos deben realizar seguimiento a los riesgos de estos e informar las alertas respectivas.

5

Tercera Línea – Oficina de Control Interno, a la cual corresponde:

- Asesorar en metodologías para la identificación y administración de los riesgos, en coordinación con la segunda línea de defensa.
- Identificar y evaluar cambios que podrían tener un impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna.
- Comunicar al Comité de Coordinación de Control Interno posibles cambios e impactos en la evaluación del riesgo, detectados en las auditorías.
- Revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad.
- Alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas

ACTUALIZACIÓN Y PUBLICACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD

ACTUALIZACIÓN MAPA RIEGOS DE CORRUPCIÓN

En el seguimiento realizado por la oficina de control interno del 1er cuatrimestre de 2021 se observó que la redacción de los controles de los mapas de riesgos de corrupción de la ESE Hospital Universitario San Rafael Tunja, según lo estipulado por la función pública, se evidenció incumplimiento a los controles, y errores en la definición de los mismos por lo que fue muy complicado hacer el seguimiento correspondiente y dictaminar si el control fue efectivo o no, por tanto se recomendó modificar los controles de los mapas de riesgo de corrupción para poder realizar seguimiento y emitir concepto de cada uno de ellos.

Teniendo en cuenta el informe de mapa de riesgos de corrupción del primer cuatrimestre de 2021 emitido por esta oficina, la gerencia emitió la circular No. 20211000000255GER del 27 de agosto de 2021, donde se socializa el plan de trabajo para la actualización y ajuste de los mapas de riesgos de corrupción y de proceso, por tal motivo la oficina de control interno no realiza seguimiento a la aplicación de controles en el segundo cuatrimestre del 2021, hasta tanto éstos no sea ajustados y sean claros, si no que realiza un



acompañamiento junto con planeación a los líderes de proceso para el ajuste correspondiente de acuerdo al plan de trabajo establecido por gerencia.

La gerencia estableció el cronograma para el ajuste a Mapas de Riesgo de Corrupción y de Proceso a través de la circular No. 20211000000255GER, del 27 de agosto de 2021, cronograma que se empezó a ejecutar en el mes de septiembre de 2021, por lo que desde la oficina de control interno se realizará acompañamiento y asesoría a los líderes de proceso

Mediante mesas de trabajo realizadas por las tres líneas de defensa en el mes de septiembre y octubre se actualizaron los mapas de corrupción teniendo en cuenta las observaciones de la oficina, de los siguientes procesos:

6

| | PROCESO | SUBPROCESO |
|----|---|--|
| 1 | Gestión Documental | Gestión Documental |
| 2 | Gestión Jurídica | Gestión Jurídica |
| 3 | Gestión Suministros Y Activos Fijos | Gestión Suministros y Activos Fijos |
| 4 | Gestión De Contratación | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN |
| 5 | Gestión financiera | Tesorería |
| 6 | Gestión Tecnológica | Biomédica |
| 7 | Gestión Administrativa | Auditoria Cuentas Médicas |
| | | Facturación |
| | | Cartera |
| 8 | Gestión de mantenimiento | Gestión Mantenimiento |
| 9 | Gestión de Sistemas de Información Y Comunicaciones | Sistemas |
| 10 | Gestión del Talento Humano | Gestión del Talento Humano |
| 11 | Gestión farmacéutica | Gestión farmacéutica |
| 12 | Apoyo Servicios de Salud | Laboratorio clínico y Gestión pre. Transfusional |

Para el seguimiento y monitoreo de los mapas de Riesgos de Corrupción III cuatrimestre del 2021, se realizó cumplimiento y efectividad a los controles establecidos dejando como recomendación continuar con la implementación de los controles del mapa de riesgos de corrupción para así evitar materialización de los riesgos.

PUBLICACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD

Durante el seguimiento efectuado por la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión se pudo evidenciar que el mapa de riesgos de corrupción fue publicado el 29 de abril de 2022 en la página web en el link https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/nuevo_sitio/es/gestion-de-la-calidad/mapas-de-riesgo-de-corrupcion.



RESULTADO DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS MAPAS DE RIESGO DE CORRUPCION.

La Oficina Asesora de Control Interno efectuó el siguiente seguimiento y evaluación de la administración de riesgos verificando si la identificación, análisis, monitoreo, revisión y acciones de mejora a riesgos de corrupción, aplicado por la primera y segunda línea de defensa es efectivo para minimizar la probabilidad e impacto de la ocurrencia de los mismos, en los procesos y subprocesos E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2022:

- ✓ Definición de los riesgos de corrupción y controles
- ✓ Revisar verificación del adecuado diseño y ejecución de los controles para la mitigación de los riesgos que se han establecido por parte de la Primer Línea de Defensa.
- ✓ Determinar si se adelantaron acciones de monitoreo. Asegurando que los controles sean efectivos, estén funcionando en forma oportuna y cierta

7

DEFINICIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN Y CONTROLES

Al evaluar la claridad y precisión en la definición de los Riesgos de Corrupción, teniendo en cuenta los lineamientos de la guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas versión 5, adoptada por entidad que establece el Riesgo de Corrupción como la **"Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado"**; así mismo, que en la descripción del riesgo concurren los componentes de su definición: **Acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado"**, se observó que los riesgos identificados en todos los procesos de la ESE Hospital Universitario San Rafael Tunja cumplen con estos parámetros y hacen parte del Mapa de riesgo Institucional.

En el artículo 9 de la resolución 116 de 2022, la política de administración de riesgos establece las opciones para tratar y manejar los riesgos basada en la valoración del mismo manejo para lo cual se debe tener las siguientes opciones de manejo:

| | |
|-------------------------|--|
| Zona de Riesgo Baja | Asumir: Riesgos para los cuales se determina que el nivel de exposición es adecuado y por lo tanto se asume. Se administrará por medio de las actividades propias del proceso y se realiza seguimiento una vez al año. |
| Zona de Riesgo Moderado | Reducir: Riesgos para los cuales se requiere establecer acciones preventivas y fortalecer los controles existentes y se realiza seguimiento una vez al año. |
| Zona de Riesgo Alta | Evitar: Se deberá incluir en el mapa de riesgo institucional, se establecerán las acciones de control preventivas que permitan evitar la materialización del riesgo mediante el fortalecimiento de los controles existentes. |
| Zona de Riesgo Extrema | Evitar: Se deberá incluir en el mapa de riesgo institucional, Se establecerán las acciones de control preventivas y correctivas, de manera adicional se deberán documentar al interior del proceso los planes y/o estrategias de contingencia para tratar el riesgo materializado. |



Es importante recalcar que en la etapa de evaluación del riesgo no todos los procesos establecieron plan de acción según lo establecido en la resolución en mención, lo cual se relaciona a continuación:

| ITEM | PROCESO | Subproceso | ZONA DE RIESGO | TRATAMIENTO | PLAN DE ACCION |
|----------------|---|--|----------------|-------------|----------------|
| 1 | Gestión Documental | Gestión Documental | EXTREMO | REDUCIR | X |
| 2 | Gestión Jurídica | Gestión Jurídica | ALTO | REDUCIR | X |
| 3 | Gestión Suministros Y Activos Fijos | Gestión Suministros y Activos Fijos | ALTO | EVITAR | |
| 4 | Gestión De Contratación | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | EXTREMO | EVITAR | |
| 5 | Gestión financiera | Tesorería | EXTREMO | REDUCIR | X |
| 6 | Gestión Tecnológica | Biomedica | ALTO | REDUCIR | X |
| 7 | Gestión Administrativa | Auditoria Cuentas Médicas | EXTREMO | EVITAR | |
| | | Facturación | EXTREMO | EVITAR | |
| | | Cartera | ALTO | EVITAR | |
| 8 | Gestión de mantenimiento | Gestión Mantenimiento | ALTO | REDUCIR | X |
| 9 | Gestión de Sistemas de Información Y Comunicaciones | Sistemas | ALTO | REDUCIR | X |
| 10 | Gestión del Talento Humano | Gestión del Talento Humano | EXTREMO | EVITAR | |
| 11 | Gestión farmaceutica | Gestión farmaceutica | EXTREMO | EVITAR | |
| 12 | Apoyo Servicios de Salud | Laboratorio clínico y Gestión pre. Transfusional | ALTO | EVITAR | |
| TOTALES | | | | | 6 |

Fuente. Mapa de riesgos de corrupción 2022

REDACCIÓN DE CONTROLES:

Según la guía para la administración de riesgo y diseño de controles en las entidades públicas, para una adecuada redacción del control proponen la estructura es la siguiente:

- ✓ **Responsable de ejecutar el control:** Identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad.


- ✓ **Acción:** Se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control.
- ✓ **Complemento:** corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control.

Al verificar la descripción de los controles en el mapa de riesgos de corrupción de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja se evidencio nuevamente debilidades en la definición y estructura de los mismos, información que se relaciona en el cuadro de seguimiento y monitoreo adjuntada a continuación.

9

| ítem | PROCESO | Subproceso | RIESGOS | CONTROLES |
|----------------|---|--|---------|-----------|
| 1 | Gestión Documental | Gestión Documental | 1 | 2 |
| 2 | Gestión Jurídica | Gestión Jurídica | 1 | 1 |
| 3 | Gestión Suministros Y Activos Fijos | Gestión Suministros y Activos Fijos | 1 | 1 |
| 4 | Gestión De Contratación | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | 2 | 2 |
| 5 | Gestión financiera | Tesorería | 1 | 1 |
| 6 | Gestión Tecnológica | Biomédica | 1 | 3 |
| 7 | Gestión Administrativa | Auditoria Cuentas Médicas | 1 | 1 |
| | | Facturación | 1 | 1 |
| | | Cartera | 1 | 1 |
| 8 | Gestión de mantenimiento | Gestión Mantenimiento | 1 | 2 |
| 9 | Gestión de Sistemas de Información Y Comunicaciones | Sistemas | 1 | 1 |
| 10 | Gestión del Talento Humano | Gestión del Talento Humano | 1 | 1 |
| 11 | Gestión farmacéutica | Gestión farmacéutica | 1 | 2 |
| 12 | Apoyo Servicios de Salud | Laboratorio clínico y Gestión pre. Transfusional | 1 | 1 |
| TOTALES | | | 15 | 20 |

A continuación, se realiza seguimiento a la efectividad de los controles establecidos en cada uno de los procesos en cuanto a riesgos de corrupción I cuatrimestre de 2022:

| | | |
|--------------------------|--|--|
| CODIGO: OADS-F-14 | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA |  |
| VERSION: 04 | | |
| Proceso: | MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN 2022 | Fecha: 02/03/2022 |
| Objetivo: | | |

| Identificación del riesgo | | | | Evaluación del riesgo - Valoración de los controles | | | SEGUIMIENTO CI PRIMER CUATRIMESTRE 2022 | | |
|---------------------------|-------------------------------------|---|-------------|---|--|----------------------|---|--------------|--|
| Referencia | Subproceso | Descripción del Riesgo | No. Control | Descripción del Control | Soporte Evidencia | Zona de Riesgo Final | Tratamiento | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES CI |
| 1 | Gestión Documental | Posibilidad de Investigaciones y sanciones disciplinarias y punitivas por Utilización indebida y sustracción de la información física por parte del personal de la entidad. | 1 | El grupo de Gestión Documental verifica la competencia y cumplimiento de los pasos a seguir, para consulta y préstamo de documentos mediante los Procedimientos GD-PR-13 consulta de documentos en archivos de gestión documental y GD-PR-15 Préstamo de documentos en Archivos de Gestión y realiza trazabilidad mediante los formatos GD- F-01 de control consulta y préstamos de documentos institucionales, y el Formato GD-F-20, así como para la consulta de historias clínicas | Diligenciamiento del formato GD- F-01 de control consulta y préstamos de documentos de archivo Informe mensual del líder del proceso de gestión documental. Formato Préstamo Documentos Archivo de Gestión GD-F-20 | Extremo | Reducir (mitigar) | 85 | Con corte al primer cuatrimestre de 2022, el proceso adjunta los siguientes formatos diligenciados GD- F-01 de control consulta y préstamos de documentos de archivo (enero a abril de 2022) Informe mensual del líder del proceso de gestión documental (enero-abril). No se observan las evidencias que soportan la aplicación del formato Préstamo Documentos Archivo de Gestión GD-F-20. El proceso aporta como evidencia formato desactualizado GD-F-01 consulta y préstamos de documentos de archivo institucionales (En el listado maestro de documentos el formato va en versión 2 y fecha 03/12/2020) Los documentos que soportan el control NO se encuentran acorde con el diseño de control. |
| | | | 2 | El personal de HC verifica la solicitud y ejecuta los pasos a seguir para el préstamo y consulta de historias clínicas mediante el procedimiento AHC-PR-04. | Diligenciamiento de formato AHC-F-06 Registro Relación solicitud y entrega de copias de Historia Clínica Diligenciamiento de libro control de préstamo interno de Historia Clínica (15 libros) | Extremo | Reducir (mitigar) | 100 | El proceso adjunta los siguientes formatos diligenciados AHC-F-06 Registro Relación solicitud y entrega de copias de Historia Clínica en el área de consulta externa, documentos que permiten evidenciar el seguimiento al cumplimiento del tiempo de devolución préstamo de documentos, formato actualizado. Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo y están funcionando de forma adecuada se recomienda continuar con la implementación del control. |
| 2 | Gestión Jurídica | Posibilidad de providencias en contra de la institución, por inefectivo seguimiento a procesos judiciales o favorecimiento a la parte demandante al ejercer una defensa judicial | 1 | Los abogados de la oficina jurídica realizan seguimiento diario a los procesos judiciales frente a términos para defensa técnica y a la trazabilidad de los mismos a través de la matriz General de procesos, conforme a lo establecido en el procedimiento OAF-PR-05 | General de procesos, Base de datos, Informe de Comité de Conciliación | Alto | Reducir (mitigar) | 85 | El proceso adjunta soporte magnético Matriz OAJ-F-04 IDENTIFICACION Y SEGUIMIENTO DE PROCESOS, en donde los abogados de la oficina jurídica realizan seguimiento diario a los procesos judiciales teniendo en cuenta la trazabilidad de procesos y las actividades programadas dentro de los mismos. El documento que soportan el control NO es acorde con el diseño de control; teniendo en cuenta que el formato OAJ-F-04 IDENTIFICACION Y SEGUIMIENTO DE PROCESOS, no se encuentra en el listado maestro de documentos de DARUMA. Se recomienda ajustar la descripción del control teniendo en cuenta que el código del procedimiento OAF-PR-05 no se encuentra en el listado maestro de documentos. El soporte de la evidencia debe describir claramente el nombre y el código del formato establecido, ajustar el indicador de producto según formato debidamente aprobado en DARUMA |
| 3 | Gestión Suministros y Activos Fijos | Posibilidad de incumplimiento de contratos debido al favorecimiento por la aceptación de mercancías que no cumplan lo establecido contractualmente. | 1 | El líder de almacén según la necesidad verifica el cumplimiento contractual frente a las especificaciones técnicas de los productos a ingresar según lo establecido en el procedimiento A-PR-01 Ingreso de Mercancías. | Factura, Certificación de recibido a satisfacción; Informe mensual de ingreso y egresos a contabilidad | Alto | Evitar | 100 | Con corte al primer cuatrimestre de 2022, el responsable del proceso adjunta informe mensual de ingreso y egresos a contabilidad, comprobante de saldo y valor de activos fijos, evidencias de los registros en el sistema Serviente de los meses (enero, febrero, marzo y abril). En el área de almacén no se ha realizado ningún proceso contractual de suministros en el año en curso, es por eso que no se tiene un registro o ingreso de factura por parte de Almacén. Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo y están funcionando de forma adecuada se recomienda continuar con la implementación del control. |
| 4 | Gestión De Contratación | Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias, penales y fiscales debido a la vulneración a principios de la contratación pública a favor de un tercero en la selección del contratista | 1 | El coordinador de contratación da aplicación a lo descrito en el Manual de contratación C-M-00, según cada modalidad de selección contractual, frente a los requisitos allí señalados para la selección de contratistas. | Relación de contratos suscritos en el periodo evaluado, Publicación de la actividad contractual en el SECOP y pagina web, evaluación del contratista, respuesta a observaciones, acta de cierre del proceso, propuesta oferente, estudios previos y demás soportes asociados a la etapa precontractual. C-F-31, C-F-29, TH- F-68 | Extremo | Evitar | 85 | Con corte al primer cuatrimestre 2022, el responsable del control adjunta: 1. Excel matriz procesos contractuales periodo enero a mayo de 2022(se Evidencia relación de de 329 procesos contractuales) 2. Excel relación contratos publicados en plataforma secop corte abril de 2022 - Se evidencia 329 contratos publicados, de los cuales la OCI verifico mediante muestra aleatoria 9 Contratos (Acto Prestación de servicios- No 1,15,37,100,139,140, y 300 y acto suministros 290 y 294), evidenciando que las actas de inicio de los siguientes contratos fue publicada posterior al mes establecido para su publicación (Cto No 1,15,37,100,139,140y 290) 3. Excel contratos publicados en la plataforma SIA- Se evidencia relación con 328 contratos publicados con corte al seguimiento 4. PDF PANTALLAZOS CONTRATOS PUBLICADOS PAGINA SIA 5. PDF PANTALLAZO CONTRATOS PUBLICADOS SECOP El coordinador de contratación da cumplimiento a lo descrito en el Manual de contratación C-M-00, según cada modalidad de selección contractual, sin embargo se evidencia debilidades en una las actividades (publicación) del procedimiento interno, establecido en el Manual de Contratación Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, sin embargo se recomienda a los supervisores de contratos establecer las acciones necesarias para dar cumplimiento a la oportuna publicación de las actuaciones contractuales. |
| 5 | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | Posibilidad de investigaciones de carácter penal debido al favorecimiento a un tercero en la aceptación de bienes y/o servicios que no cumplan con las condiciones técnicas exigidas y/o las actividades del objeto contractual | 1 | El supervisor o interventor del proceso revisa y avala cada uno de los elementos que ingresan a la entidad, con el fin de que cumplan con criterios de calidad, de igual forma hace seguimiento a las actividades que realizan los contratistas, conforme al objeto contractual dando cumplimiento estricto al Manual de supervisión e interventoría. | Listado de contratos, Informes de supervisión, documentos de ejecución del contrato. | Extremo | Evitar | 100 | Con corte a primer cuatrimestre de 2022, el proceso adjunta: 1. Excel matriz procesos contractuales periodo enero a mayo de 2022, (se Evidencia relación de de 329 procesos contractuales) . La OCI verifica aleatoriamente 11 contratos detallados así: (Cto Prestación de servicios- No 1,15,37,100,139,140, y 300) los cuales cuentan con los siguientes soportes: oficio designación supervisor, acta de inicio, Informes de supervisión, informe ejecución contrato; para el caso de los Contratos de suministros, se revisan el contrato No 290 y 294, en donde se evidencia que el supervisor avala cada uno de los elementos que ingresan a la entidad, con el fin de que cumplan con criterios de calidad. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo y están funcionando de forma adecuada se recomienda continuar con la implementación del control. |

10

| | | | | | | | | | | |
|----|------------------------|-------------|---|---|--|--|---------|-------------------|-----|---|
| 6 | Gestión financiera | Tesorería | Posibilidad de Sanciones de los Entes de Inspección vigilancia y control por la Exclusión del giro a proveedores y contratistas para presionar y obtener algún beneficio personal. | 1 | El tesorero mensualmente aplica lo establecido en el Procedimiento AF-PR-36 liquidación y Giro de Cuentas a fin de realizar la priorización de pagos, conforme a la llegada de las facturas y a los plazos de pago. Resolución 048 de 2021 | Informe seguimiento plan financiero de cuentas por pagar. | Extremo | Reducir (mitigar) | 85 | Con corte al primer cuatrimestre 2022 El responsable del control adjunta: informe seguimiento de cuentas por pagar y matriz de seguimiento mensual al saldo de la cuenta por pagar discriminado por proveedor. la OCI verifico aleatoriamente a través del software SERVINTE mediante el informe presupuestal de cuentas por pagar final vigencia por proveedor e informe presupuestal hoja de vida del contrato, la trazabilidad financiera por proveedor y por contrato con el fin de identificar facturas pagadas , obligaciones, ordenes de pago y giros realizados a cada cuenta por pagar teniendo en cuenta formas de pago y plazos establecidos contractualmente (Verificación aleatoria realizada a las cuentas por pagar de: ABBOT RAPID DIAGNOSTICS COLOMBIA SAS, VIVE IPS CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO SAS, LABORATORIOS BAXTER SA, CONSORCIO HEMOCENTRO Y MAREES SA ESP) Se evidencia cumplimiento al seguimiento de cuentas por pagar, sin embargo el proceso debe ajustar el procedimiento AF-PR-36 Liquidación y giro de cuentas, teniendo en cuenta que la acción descrita (Realizar seguimiento a la antigüedad de cuentas por pagar según lo definido en Procedimiento AF-PR-36 Liquidación y giro de cuentas) y el soporte de la evidencia no se encuentra vinculado en dicho procedimiento, a la vez se sugiere establecer un formato de seguimiento el cual debe ser incluido en el procedimiento en mención |
| | | | | 1 | El líder de Biomédica emite el estudio de conveniencia de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos | Estudio conveniencia y oportunidad, Anexo Técnico | Alto | | 90 | Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo y se sugiere tener en cuenta las recomendaciones para ... Se evidencia estudio de conveniencia de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio (6 estudios previos adjuntados por el proceso) reportados en el formato establecido, ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA CÓDIGO: C-F-28 Se recomienda describir mejor el control en cuanto al soporte de la evidencia para este caso el formato utilizado es (CÓDIGO: C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA) |
| | | | | 2 | El líder de Biomédica, basado en la oferta de tecnologías del mercado realiza el análisis de especificaciones técnicas conforme a la necesidad del Hospital evaluando su pertinencia, por medio del Anexo técnico, Especificaciones Técnicas y Servicios Posventa | Concepto técnico, contrato, anexo técnico, especificaciones técnicas y servicios posventa, | Alto | | 90 | Se evidencia la evaluación técnica realizada en el formato establecido CÓDIGO: C-F-31 EVALUACION TECNICA DEFINITIVA (6 evaluaciones técnicas definitivas) El proceso No adjunta evidencias de la aplicación Anexo técnico ni de los servicios posventa , ya que en el transcurso del año no se han comprado equipos. Se recomienda describir mejor el control en cuanto al soporte de la evidencia para este caso el formato utilizado es (CÓDIGO: C-F-31 EVALUACION TECNICA DEFINITIVA) |
| 7 | Gestión Tecnológica | Biomédica | Posibilidad detrimento patrimonial por adquisición de equipos médicos de baja calidad debido al favorecimiento en la emisión de Conceptos Técnicos y Certificaciones en la Contratación asociada a la adquisición de Equipos Médicos, con beneficio lucrativo propio. | 3 | El líder de Biomédica verifica el cumplimiento de las especificaciones técnicas de los equipos de a la pertinencia y efectividad de la tecnología solicitada de acuerdo a lo establecido en el procedimiento IB-PR-09 Análisis de Ingreso de nuevas Tecnologías | Formato de validación de ingreso de tecnología Acta de recibo del equipo a satisfacción | Alto | Reducir (mitigar) | NA | En el transcurso del primer cuatrimestre del año 2022 el área de ingeniería biomédica no ha realizado ninguna adquisición de tecnología biomédica, sin embargo se realiza el envío de los conceptos técnicos y los estudios previos realizados hasta la fecha. |
| | | | | 1 | El Coordinador del Proceso, Auditores (Ext | AM-F-03 acta de levantamiento de glosa, indicador mensual, Informe trimestral de análisis de aceptación de glosa, notas crédito mensual. | Extremo | | 100 | Con corte al primer cuatrimestre de 2022, el proceso adjunta: acta de levantamiento de glosa de enero y febrero 2022 ; resultado de la medición del indicador 546 (aceptación de glosas) con corte a marzo de 2022 el cual no supera la meta establecida del 4% . Informe trimestral de análisis de aceptación de glosa, notas crédito mensual, oficios de cobros pre jurídicos , actas conciliación de glosas, soportes que que evidencian el seguimiento por parte de los responsables del proceso. Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control. |
| | | | | 1 | El profesional de facturación descarga de Servinte egresos pendientes por facturar y realiza Seguimiento semanal a través de informe generado del sistema y envía a cada líder responsable el consolidado. | Informe de servinte de egresos sin facturar del periodo evaluado, Correo electrónico enviado | Extremo | | 85 | Con corte al primer cuatrimestres de 2022, el proceso adjunta Informe de servinte de egresos sin facturar del periodo evaluado, Correo electrónico enviado; De acuerdo con la verificación semanal de los egresos sin facturar, se establece un control para que la Institución no incurra con posibles riesgos de subfacturación, toda vez que el informe se realiza para cada uno de los grupos de facturación lo cual permite la trazabilidad caso por caso. Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control. Se recomienda describir mejor el control quien, como, cuando se realiza y que soporte se deja teniendo en cuenta que el proceso indica que la causa raíz es (No aplicación de las medidas establecidas en el procedimiento F-PR-15 Auditoría administrativa) |
| 9 | Gestión Administrativa | Facturación | Posibilidad de Pérdida de Recursos económicos de la Institución por NO facturar servicios prestados por intereses particulares | 1 | El profesional de facturación descarga de Servinte egresos pendientes por facturar y realiza Seguimiento semanal a través de informe generado del sistema y envía a cada líder responsable el consolidado. | Informe de servinte de egresos sin facturar del periodo evaluado, Correo electrónico enviado | Extremo | Evitar | 85 | Con corte al primer cuatrimestres de 2022, el proceso adjunta Informe de servinte de egresos sin facturar del periodo evaluado, Correo electrónico enviado; De acuerdo con la verificación semanal de los egresos sin facturar, se establece un control para que la Institución no incurra con posibles riesgos de subfacturación, toda vez que el informe se realiza para cada uno de los grupos de facturación lo cual permite la trazabilidad caso por caso. Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control. Se recomienda describir mejor el control quien, como, cuando se realiza y que soporte se deja teniendo en cuenta que el proceso indica que la causa raíz es (No aplicación de las medidas establecidas en el procedimiento F-PR-15 Auditoría administrativa) |
| | | | | 1 | El líder de cartera y técnico de cartera dan el trámite respectivo para el proceso administrativo de cobro según sea el caso (persuasivo, pre jurídico y jurídico) y según necesidad conforme lo establece el Procedimiento CAR-PR-12 Proceso de Cobro y Procedimiento CAR-PR-06 Recaudo Pagares | Base de datos Pagares, Informe mensual de cartera, informe trimestral de estado de cartera (Pagares), Acta comité. | Alto | | 100 | Todas y cada una de las actuaciones que se hacen en el marco de las competencias del área de cartera están debidamente reglamentadas desde el Manual de Recaudo de Cartera aprobada mediante resolución 192 de 2021, y a través de los procedimientos establecidos en los CAR-PR-12 y CAR-PR-06, derivando en un seguimiento y control permanente que se evidencian en las bases de datos, informe, bimensuales y actas del Comité de Cartera en donde se presentan informes de seguimiento a pagares, adicionalmente el proceso aporta oficios de cobros pre jurídicos a las EAPB y cobros del 50% de lo facturado mensualmente. Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control. |
| 10 | | Cartera | Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de cartera puedan ser objeto de concusión en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago | 1 | El líder de cartera y técnico de cartera dan el trámite respectivo para el proceso administrativo de cobro según sea el caso (persuasivo, pre jurídico y jurídico) y según necesidad conforme lo establece el Procedimiento CAR-PR-12 Proceso de Cobro y Procedimiento CAR-PR-06 Recaudo Pagares | Base de datos Pagares, Informe mensual de cartera, informe trimestral de estado de cartera (Pagares), Acta comité. | Alto | Evitar | 100 | Todas y cada una de las actuaciones que se hacen en el marco de las competencias del área de cartera están debidamente reglamentadas desde el Manual de Recaudo de Cartera aprobada mediante resolución 192 de 2021, y a través de los procedimientos establecidos en los CAR-PR-12 y CAR-PR-06, derivando en un seguimiento y control permanente que se evidencian en las bases de datos, informe, bimensuales y actas del Comité de Cartera en donde se presentan informes de seguimiento a pagares, adicionalmente el proceso aporta oficios de cobros pre jurídicos a las EAPB y cobros del 50% de lo facturado mensualmente. Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control. |

11

| | | | | | | | | | | |
|----|---|-----------------------|---|---|--|--|---------|-------------------|--------|--|
| 11 | Gestión de mantenimiento | Gestión Mantenimiento | Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada a la adquisición, mantenimiento de infraestructura hospitalaria y equipo industrial. | 1 | Según necesidad El líder de mantenimiento emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos | Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad | Alto | Reducir (mitigar) | 85 | Con corte al primer cuatrimestres de 2022, El líder de mantenimiento emitió 11 (once) estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio en el formato C-F-28. Se observa que para el caso de los estudios previos de Gases medicinales el proceso es diferente, ya que inician con Comodatos y de acuerdo al cumplimiento de las especificaciones técnicas se adjudica el contrato; adicionalmente se evidencia que cuando se presentan observaciones por parte del oferente, deben ser analizadas en el Comité de Contratación. (MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPO INDUSTRIAL DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA.) Se recomienda describir mejor el control quien, como, cuando se realiza y que soporte se deja para este caso el formato utilizado es (CÓDIGO: C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA) El soporte de la evidencia debe describir claramente el nombre y el código del formato establecido. |
| | | | | 2 | Según la necesidad el líder de mantenimiento basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-07 | Especificaciones Técnicas Concepto Técnico C-F-07 Propuestas | Alto | | 85 | Con corte al primer cuatrimestres de 2022, el proceso adjunta 11 Carpetas de Especificaciones Técnicas reportadas en el formato C-F-31 EVALUACION TECNICA DEFINITIVA, al comparar el formato reportado con el establecido en la descripción del control y el soporte de la evidencia no coincide Se recomienda ajustar el control, establecido y el soporte de la evidencia ya que el formato C-F-07, no corresponde al proceso. |
| 12 | Gestión de Sistemas de Información Y Comunicaciones | Sistemas | Posibilidad de Pérdida de recursos e imagen institucional debido a la alteración y sustracción de la Información registrada en los Sistemas de Información (SERVINTE) por parte de uno o más colaboradores del proceso en favorecimiento de un tercero. | 1 | El profesional del proceso de TIC genera los datos del sistema de Información Servinte Clínica Suite Enterprise de acuerdo con el Instructivo Reporte de 2193 Ministerio de Salud 6.0. Los datos generados del sistema son publicados en archivo de Excel en la ruta: \\HSRTUNCLU\Estadísticas\Estadísticas) para revisión y uso de la información por las diferentes áreas del hospital | Informe de 2193 publicado en la ruta respectiva, correos electrónicos de la gestión del reporte \\HSRTUNCLU\Estadísticas\Estadísticas\Estadísticas_2022\Decreto_2193_2022 | Alto | Reducir (mitigar) | 100 | Con corte al primer cuatrimestres de 2022, se evidencia Informe de 2193 consolidado del primer trimestre, publicado en la ruta respectiva \\HSRTUNCLU\Estadísticas\Estadísticas_2022\Decreto_2193_2022, y correos electrónicos de la gestión del reporte de novedades a las áreas respectivas Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control. |
| | | | | 1 | La profesional de nomina procede a revisar los requisitos del candidato a ser vinculado cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento selección, ingreso y promoción de personal TH-PR-08, manual de funciones y formato TH-F-45 el cual se formaliza a través de firma una vez cumpla con los requisitos allí definidos. Los profesionales delegados para la revisión de hojas de vida y cumplimiento de requisitos para la selección y vinculación del personal dan aplicación a los procedimientos "Verificación, manejo y control y custodia de historias laborales TH-PR-05" y " Procedimiento TH-PR-42 Selección de personal en misión" fuente | Relación de contratos del periodo a evaluar TF-F-45 Verificación requisitos de hoja de vida Hojas de vida personal vinculado Anexo Técnico personal en misión ECO, Formato TH-F-45 Relación de contratos con número o Radicado | Extremo | | Evitar | 100 |
| 14 | Gestión farmacéutica | GESTIÓN FARMACÉUTICA | Posibilidad de Investigaciones de los organismos de control, disciplinarias y sanciones pecuniarias por Favorecer a un aspirante en el acceso a un cargo sin el lleno de requisitos legales | 1 | El Coordinador Administrativo de farmacia por requerimiento analiza la viabilidad de la necesidad de adquisición de medicamentos y dispositivos y emite el requerimiento de acuerdo al tipo de contratación según lo establecido en el Procedimiento selección y adquisición de medicamentos y dispositivos médicos SF-PR-23 | Relación contratos del periodo evaluado, Estudio previo, conceptos técnicos, anexo técnico dispositivos médicos | Extremo | Evitar | 85 | Con corte al primer cuatrimestres de 2022, el proceso adjunta 32 estudio de conveniencia de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, de medicamentos y dispositivos médicos diligenciados en el formato (CÓDIGO: C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA) Se recomienda describir mejor el control específicamente la descripción de la Evidencia de la ejecución del control ; ya que para este caso el formato adjuntado por el proceso fue (CÓDIGO: C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA) y el Procedimiento selección y adquisición de medicamentos y dispositivos médicos SF-PR-23 dentro de sus documentos soportes no lo relaciona |
| | | | | 2 | El Coordinador Administrativo de farmacia cada vez que se requiera revisa el cumplimiento de los requisitos aplicables a cada proveedor según su clasificación y evalúa este cumplimiento conforme a lo establecido en el Procedimiento SF-PR-50 Selección y evaluación de Proveedores | Listado de Proveedores Formato Evaluación de proveedores C-F-08 | Extremo | | 85 | El proceso aporta evidencias de los siguientes links de publicación de convocatorias como evidencia de la evolución realizada https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/newcontratacion/anejos.php?id=108&id_ano=2022 se encuentra la convocatoria de dispositivos médicos). https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/newcontratacion/anejos.php?id=98&id_ano=2022 se encuentra la convocatoria de medicamentos Al verificar en el software DARUMA el soporte de la evidencia relacionado con la descripción del control (Formato Evaluación de proveedores C-F-08), se evidencia que este formato no se encuentra en el listado maestro de documentos, adicionalmente se verifico el Procedimiento (SF-PR-50 Selección y evaluación de Proveedores) y se evidencia que los siguientes documentos soportes (C-F-01, C-F-04, C-F-08, SF-F-75) No se encuentran en el listado maestro de documentos. Los documentos que soportan el control NO se encuentran acorde con el diseño de control. Se recomienda actualizar el procedimiento, formatos anejos y evidencia del control |

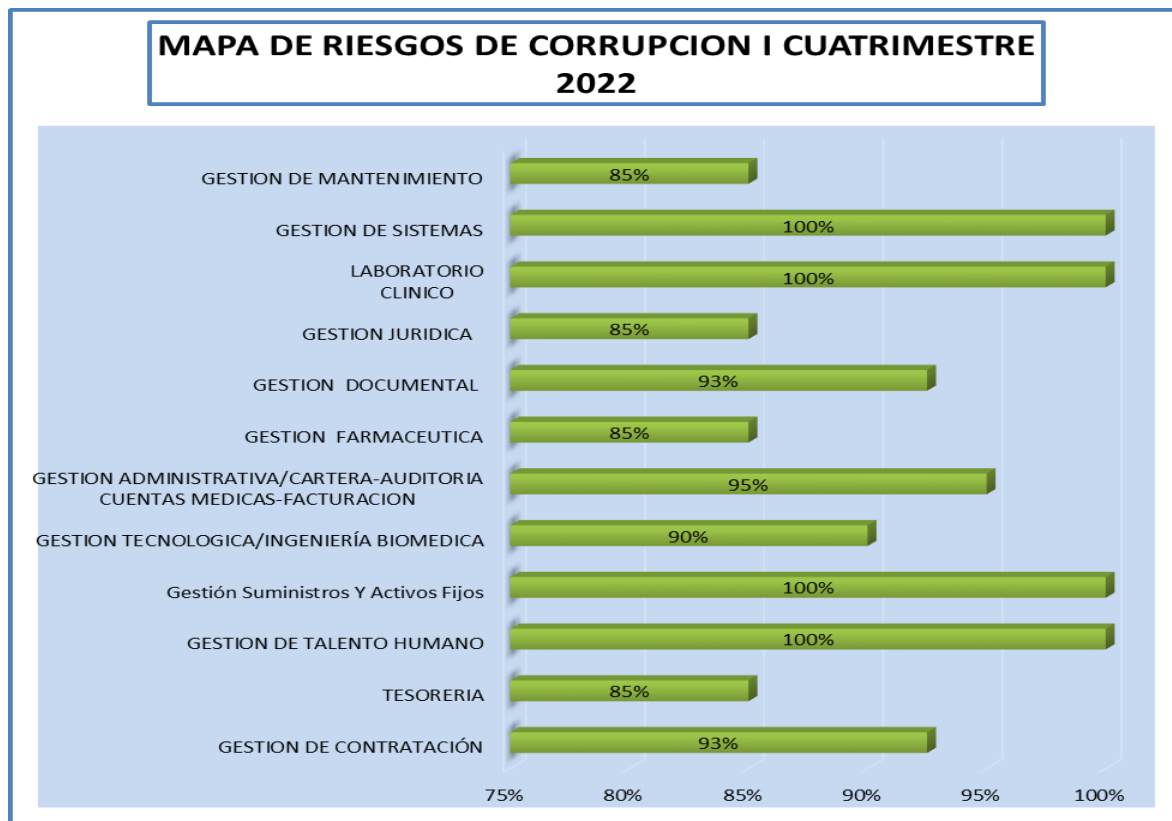
| | | | | | | | | | | |
|----|--------------------------|---|---|---|---|--|------|--------|-----|--|
| 15 | Apoyo Servicios de Salud | Laboratorio clínico y Gestión pre-Transfusional | Posibilidad de detrimento patrimonial por Favorecimiento de proveedores mediante conceptos técnicos | 1 | Según necesidad el líder de Laboratorio emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos Anexo Técnico Evaluación de Proveedores | Estudio de conveniencia y oportunidad, concepto técnico, anexo técnico evaluación de proveedores | Alto | Evitar | 100 | Con corte al primer cuatrimestre de 2022, el proceso adjunta 7 estudio de conveniencia de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, de los siguientes proveedores (CONSORCIO HEMOCENTRO DEL CENTRO ORIENTE COLOMBIANO,ALIQUALITY S.A.S, REM EQUIPOS INGENIERIA BIOMEDICA S.A.S ,CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ S.A.S -COLCAN,ALIQUALITY S.A.S,ABBOTT RAPID DIAGNOSTICO COLOMBIA S.A.S,SERVICIO DE INGENIERIA PARA LABORATORIO LABSERVING S.A.S.),diligenciados en el formato establecido (CÓDIGO: C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA) Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control. |
|----|--------------------------|---|---|---|---|--|------|--------|-----|--|

13

Fuente Mapa de riesgos de corrupción vigencia 2022

En atención a la evaluación del adecuado diseño de controles se tuvieron en cuenta las siguientes variables, que permitirán determinar si estos controles mitigan el riesgo:

- ✓ Tener definido el responsable de llevar a cabo la actividad de control.
- ✓ Tener una periodicidad definida para su ejecución
- ✓ Indicar cuál es el propósito del control.
- ✓ Establecer el cómo se realiza la actividad de control.
- ✓ Indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control



Fuente: Seguimiento oficina control interno I cuatrimestre 2022

CONCLUSIONES

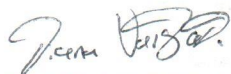
- ✓ La matriz de riesgos de la vigencia 2021, con fecha de corte 31 de diciembre de 2021, está diseñada bajo la metodología de la guía de administración del riesgo del Dafp, versión 5 de 2020
- ✓ De acuerdo a los seguimientos realizados por la tercera línea de defensa, (Oficina de control interno) se pudo evidenciar que no se han materializado riesgos de proceso. El seguimiento de los Mapas de Riesgos se realiza por parte de la oficina de control Interno, donde se analiza la efectividad de los controles, se enfatiza, sobre la importancia que debe tener cada líder de proceso, ya que debe realizar de manera periódica el análisis de la valoración de sus riesgos con el fin de comprobar, que efectivamente los controles ejecutados están cumpliendo con el objetivo de reducir el riesgo y evitar su materialización, actividad que deberá ser apoyada por el líder de planeación.
- ✓ Tener en cuenta que el seguimiento de los mapas de riesgos de corrupción se realiza de manera cuatrimestral el próximo avance será con corte al 31 de Agosto del 2022, es necesario, que se organice la información por carpetas, adjuntando los respectivos soportes de las evidencias por control establecido, y las remitan a los 3 días siguientes de dicha fecha y así evitar incumplimientos por parte de los líderes de los procesos.

14

RECOMENDACIONES

- ✓ Reevaluar la redacción de los controles teniendo en cuenta la guía de gestión de riesgo de la función pública con el fin de contar con riesgos que se puedan evaluar y llevar seguimiento para dictaminar si son eficaces o no.
- ✓ Realizar mesas de trabajo en la que participen todas las líneas de defensa para reevaluar la redacción de los controles, definición de soportes de evidencias, elaboración de los planes de acción.
- ✓ Dar cumplimiento a la recomendación del presente seguimiento, específicamente a la actualización de procedimiento y formatos.
- ✓ La primera línea de defensa en cabeza de los líderes de procesos y/o subprocesos deben mantener controles internos efectivos para ejecutar procedimientos de riesgo, los cuales deben estar soportados en evidencias fielmente documentadas.
- ✓ Se recomienda comunicar al comité los posibles cambios e impactos en la evolución de riesgo identificadas en los diferentes seguimientos y auditorias

Cordial Saludo,



DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ
Asesora de Control interno
ESE Hospital San Rafael de Tunja

Proyecto: Claudia Stella Sáenz Jiménez- Auditor Salud CI



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

