



Nombre de la Entidad:	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Periodo Evaluado:	1 DE ENERO DEL 2022 AL 30 DE JUNIO DEL 2022

Estado del Sistema de Control Interno de la Entidad	77%
---	-----

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 permitan 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.
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 la resolución 261 de 2022 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 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	SI	75%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Se realiza informe de Tabulación de encuesta, diagnostico para fortalecer el proceso de la comunicación de código de integridad. * Se actualiza 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, Lineamiento para el manejo de riesgos materializados, Comunicación y consulta, Niveles para calificar el impacto y la probabilidad , Nivel de aceptación de riesgos, tratamiento * La política de Riesgos de la entidad a través de la resolución 261 del 2022 y se realiza seguimiento de mapas de corrupción verificando la efectividad del los controles y genera recomendaciones para que participen todas las líneas de defensa para reevaluar la redacción de los controles, definición de soportes de evidencias. * En el plan de acción de la entidad para la política de integridad en sus actividades quedo Recoger a través de buzones de clientes internos las quejas en incumplimiento del código de integridad y tabular. * El comité de control interno y calidad, en el primer semestre de 2022 se reunió , en el cual se trataron temas como seguimiento a la evaluación de los planes de mejora, Seguimiento plan anual de auditorías, seguimientos planes de mejoramiento, seguimiento planes de manejo miento 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, Revisión de tareas generadas por parte del comité de control interno <p>ASPECTOS POR MEJORAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Socializar a través del boletín institucional , pagina web, o correo los valores de la entidad. * 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 con el fin de aumentar los mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de la información. * Fomentar 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. * No se encuentra actualizado en la plataforma de formación virtual el código de Integridad dentro el proceso de Inducción y reinducción. * Es importante sensibilizar sobre la importancia de declarar conflictos de intereses a los servidores y contratistas involucrados en el proceso de contratación de la entidad y realizar mesas de trabajo teniendo en cuenta las necesidades presentadas. * No se han documentado los mapas de riesgo de Seguridad de la información * Fortalecer a las primeras líneas sobre la cultura del autocontrol ya que es un ejercicio muy importante. lo que permite que cada uno de los líderes de política implementar de manera consciente y oportuna tal como se establecido en los planes de acción * 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 del mismo. 	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 del 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 auditoria, 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 evidencio 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 continua 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>	4%

Evaluación de riesgos	Si	78%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Se verifican las metas planteadas en cada uno de los planes operativos vigentes, proporcionando las observaciones y/o recomendaciones que faciliten el cumplimiento de los objetivos previstos en la E.S.E. Hospital Universitario Sn Rafael de Tunja teniendo en cuenta las directrices del comité directivo. *Se actualiza la política de riesgos en el comité de coordinación de Control Interno y Gestión de Calidad a través de la Resolución 261 del 2022 en el artículo 3 del en el párrafo 1 se menciona: « La gestión del riesgo para todos los procesos incluidos los tercerizados de la Entidad se realizará de acuerdo a lo establecido en la Guía Para la Administración del Riesgo y Diseño de controles en entidades públicas versión 5 de 2020 y se actualiza el Manual de Gestión del Riesgo código: OADS-M-02. *Se realizan mesas de trabajo donde participan todas las líneas de defensa para reevaluar la redacción de los controles, definiciones de los soportes de evidencias y se ajustan mapas de riesgos para los diferentes procesos de la entidad. <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. * Falta la actualización de los riesgos de seguridad digital y la matriz de riesgos de seguridad del paciente. * Fortalecer los controles en la primera línea para dar cumplimiento y efectividad de estos y reducir la probabilidad de materialización del riesgo. * Establecer controles para evitar la materialización de riesgos de seguridad y privacidad de la información. 	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 cliente del tercer trimestre indica una gestión eficiente en los parámetros evaluados y con cumplimiento de metas propuestas. * Se tiene documentado mediante 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 tercerizadas 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. 	19%
Actividades de control	si	77%	<p>Fortalezas:</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 deja proyectada realizar auditorías para ISO 9001:2015 Gestión de calidad, seguridad y salud en el trabajo ISO45001:2018, Gestión ambiental/ISO14001:2015. -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 TI 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. -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 Duruma para lo cual la entidad cuenta con el manual de auditorías código OACI-M-01. -La oficina de planeación presentó monitoreo de mapas de riesgos de procesos desde la segunda línea de defensa a corte 30/06/2022 su principal objetivo es revisar el estado de avance de las acciones y aplicación de los controles formulados por los líderes de procesos y demás responsables, en ese monitoreo se tiene en cuenta <p>Aspectos por 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 situaciones específicas que requieran segregación de funciones, aumentando la posibilidad de que un evento ocurra y afecta de manera adversa el logro de los objetivos. - La institución no cuenta con un Grupo de trabajo de Arquitectura empresarial, que funcione independiente a la oficina de TIC. - La oficina asesora de control interno observa en el manual del plan estratégico de tecnologías de la información que falta documentar a fondo los roles y segregación de funciones del personal del proceso de TICS y los usuarios. - Actualizar manual de políticas de seguridad de la información, Procedimiento estrategia de gobierno TI. - 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 los riesgos mapas de riesgos de seguridad de la información. 	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 afecta 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>	4%
Información y comunicación	si	68%	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La entidad estableció lineamientos por medio de la Resolución 238 del 2022 «política general de seguridad y privacidad de la información y seguridad digital. -La entidad actualizó el inventario de activos de Información y establece la Resolución 239 del 2022 por la cual se adopta el Inventario de activos de Información. -La oficina de control interno dentro del desarrollo de la auditoría verifico la implementación de procedimientos formatos y manual de comunicación <p>Aspectos por mejorar</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 y se encuentre desactualizado. * Para el primer semestre del 2022 no se ha realizado evaluación periódica de la efectividad de la comunicación con las partes externas, así como sus contenidos de tal forma que se puedan mejorar. * Falta Actualizar el Manual de Comunicaciones, procedimientos y formatos necesarios para una comunicación interna y externas efectiva 	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 estableció 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 externas, 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 externas, así como sus contenidos de tal forma que se puedan mejorar. 	0%

Monitoreo	SI	89%	<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, así del Plan Anual de Auditorías, buscando la mejora del Sistema de Control Interno.</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 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 y estos se socializan en el comité de coordinación del sistema de control interno y gestión de calidad.</p> <p>* Se Realiza seguimiento a la ejecución del plan anual de auditoría por parte del mite de coordinación del sistema de control interno y gestión de calidad.</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>* La oficina de control interno realiza asesoría para la Formulación de planes de mejora eficaces que contribuyan a satisfacer las necesidades de los grupos de valor.</p> <p>Debilidades.</p> <p>* Falta implementar en debida forma los mecanismos creados para llevar a cabo la tratabilidad de PORSD y evitar respuestas fuera de termino.</p> <p>* Se encuentra pendiente la elaboración de los mapas de riesgos de seguridad de la información.</p> <p>* Definir lineamientos en relación a la generación de alertas y recomendaciones al comité institucional de gestión y desempeño para la mejora de la gestión, por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias) «Irag»</p>	89%	<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, así del Plan Anual de Auditorías, buscando la mejora del Sistema de Control Interno.</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 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> <p>* Se Realiza seguimiento a la ejecución del plan anual de auditoría por parte del comité de control interno.</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>Debilidades</p> <p>*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.</p> <p>* 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.</p> <p>* 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.</p>	0%
-----------	----	-----	--	-----	--	----

Rina Vargas