



Nombre de la Entidad:
Período Evaluado:

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

1 DE JULIO DEL 2022 AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2022

Estado del sistema de Control Interno de la entidad

79%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

<p>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si o en proceso) (No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>En proceso</p>	<p>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.</p>
<p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>Si</p>	<p>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, documentario y fortalecerlo en busca de su mejoramiento continuo.</p>
<p>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):</p>	<p>Si</p>	<p>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.</p>

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	81%	<p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> *El proceso de talento Humano realizo informe de consolidación de las actividades del Código de integridad socializando esta a los correos electrónicos institucionales se recomienda medir el impacto de esta actividad. * 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, Lineamientos para el manejo de riesgos materializados, Comunicación y consulta, Niveles para calificar el impacto y la probabilidad, Nivel de aceptación de riesgos, tratamiento * La entidad realiza seguimiento cuatrimestral de los mapas de riesgos de corrupción y se publica en la página de la entidad. * El proceso de Gestión del Talento Humano de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta con un grupo multidisciplinario de trabajadores comprometidos, capacitados, para el desarrollo de las actividades del proceso. * Se resalta el compromiso por parte del área, en cuanto a la puesta en marcha de planes para hacer más efectivas y eficaces las capacitaciones a todo el talento humano de la institución. * El comité de control interno y calidad, en el Segundo 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, Seguidientos planes de mejoramiento, seguimiento planes de mejoramiento entes externos, Seguimiento mapas de riesgos, Seguimiento mapas de corrupción, Evaluación del estado del sistema de control interno, modificación de la política de administración de riesgos plan anual de auditorías 2022, socialización de hallazgos de Auditoría, otros informes generando alertas y Revisión de tareas generadas por parte del comité de control interno. * Se actualiza en la plataforma de formación virtual el código de Integridad dentro el proceso de Inducción y reintroducción. *Se realizo socialización a través del boletín institucional, página web, o correo los valores de la entidad. * articulación del código de integridad con los comités de convivencia laboral <p>ASPECTOS A MEJORAR</p> <ul style="list-style-type: none"> *Fortalecer Mecanismos para el manejo de conflictos de interés * Fortalecer el seguimiento a los controles y acciones de la matriz de los Riesgos de Corrupción, con el propósito de afianzar la cultura del autocontrol al interior de los procesos y asegurar que los responsables de estos junto con sus equipos de trabajo realicen monitoreo y evaluación permanente a la gestión de este riesgo. * Continuar con la Articulación del comité de coordinación de control interno con el comité Institucional de Gestión y Desempeño y comité de Sostenibilidad financiera * Realizar Seguimiento a los Mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada u otras situaciones que puedan implicar riesgos para la entidad. 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 <p>*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.</p> <p>*Realizar análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad.</p>	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 generara 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, seguidientos 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 reintroducción. * 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. 	6%

Evaluación de riesgos	SI	82%	<p>FORTALEZA</p> <p>*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 San Rafael de Tunja.</p> <p>*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 » y Artículo 6 « Lineamientos para el manejo de Riesgos materializados» 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.</p> <p>*Se realiza publicación del Mapa de Riesgos en la página web de la entidad. (los Riesgos de corrupción están incluidos en el mapa de riesgos Institucional 2022 Versión 3 y se hace seguimiento por parte de la tercera línea de defensa</p> <p>*El ESE hospital Universitario San Rafael de Tunja, presenta fortalezas en la definición de objetivos institucionales claros que facilitan la identificación, evaluación y gestión de eventos potenciales que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales; igualmente cuenta con metodologías y acciones encaminadas a una efectiva gestión del riesgo</p> <p>*La Oficina Asesora de Planeación durante el periodo evaluado adelantó actividades de actualización de procesos, riesgos y controles de gestión de la mano de los líderes de cada proceso.</p> <p>*La Oficina de control interno realiza actividades de asesoría y acompañamiento, a los líderes de proceso en la identificación de los nuevos riesgos de los procesos misionales, se dejan como evidencias actas de mesas de trabajo</p> <p>ASPECTOS A MEJORAR</p> <p>*Se debe fortalecer la cultura de autocontrol al interior de cada uno de los procesos, esto teniendo en cuenta, que algunos los líderes de proceso no aportan las evidencias que permiten medir la eficacia de los controles en los tiempos establecidos ya que no se cumple por parte de algunos líderes con el envío de la información a tiempo, lo que genera reprocesos a la oficina de control interno.</p> <p>*La primera y segunda línea de defensa deben realizar ajustes y modificaciones necesarias orientadas a mejorar el mapa de riesgos de corrupción y de gestión después de su publicación y durante el respectivo año de vigencia. En este caso deberán dejarse por escrito los ajustes, modificaciones o inclusiones realizadas.</p> <p>* Se evidencia que la Segunda línea de defensa no monitorea el adecuado diseño de los controles para la mitigación de los riesgos de corrupción establecidos por la primera línea de defensa, determinando las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de los mismos.</p> <p>* Fortalecer el monitoreo de riesgos en relación con los mapas de riesgos en seguridad del paciente, riesgos identificados en Seguridad de la información, mapas de Corrupción</p>	78%	<p>Fortalezas:</p> <p>*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 San Rafael de Tunja teniendo en cuenta las directrices del comité directivo.</p> <p>*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.</p> <p>*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> <p>Debilidades</p> <p>* Inportunidad por parte de algunos procesos en el envío de la información requerida como insumo para la presentación de informes.</p> <p>* Falta la actualización de los riesgos de seguridad digital y la matriz de riesgos de seguridad del paciente.</p> <p>* Fortalecer los controles en la primera línea para dar cumplimiento y efectividad de estos y reducir la probabilidad de materialización del riesgo.</p> <p>* Establecer controles para evitar la materialización de riesgos de seguridad y privacidad de la información.</p>	4%
Actividades de control	SI	79%	<p>FORTALEZA</p> <p>*En el comité de coordinación de control interno se aprobó el plan anual de auditoría vigencia 2022 donde se dejó proyectada realizar auditorías para ISO 9001:2015 Gestión de calidad, seguridad y salud en el trabajo ISO45001:2018, Gestión ambientalISO14001:2015 , en el segundo semestre del 2022 se realizó auditora por entes externos y por el Incontec de las normas anteriormente mencionadas y como resultado final se mantiene la certificación cumpliendo con la meta establecida del plan de desarrollo.</p> <p>*Se cuenta con un riesgo posibilidad de interrupción de servicios que afecten 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.</p> <p>* Se realiza informe sobre la Operatividad y realización de documentos en Software DARUMA y Estado de los Documentos</p> <p>*En las auditorías independientes realizadas por la tercera línea de defensa se evalúan los procedimientos, instructivos y manuales, de los procesos del sistema de información Daruma para lo cual la entidad cuenta con el manual de auditorías código OACI-M-01.</p> <p>ASPECTOS A MEJORAR</p> <p>*Las funciones y responsabilidades se encuentran segregadas en la documentación de los procesos, tales como, procedimientos, manuales, instructivos, guías, sin embargo, la institución continua sin lineamientos claros donde se identifiquen y documenten situaciones específicas que requieran segregación de funciones, aumentado la posibilidad de que un evento ocurra y afecta de manera adversa el logro de los objetivos.</p> <p>* No hay claridad sobre las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones</p> <p>* Se debe realizar el monitoreo de riesgos en relación con los mapas de riesgos en seguridad del paciente, riesgos identificados en Seguridad de la información, mapas de Corrupción para dar cumplimiento a la política de Administración del Riesgo de la entidad</p> <p>* Es importante Generar Alertas a los procesos sobre informe emitido « Operatividad realización de documentos en Software DARUMA y Estado de los Documentos y socializarlas en el comité de Gestión y desempeño ».</p> <p>* La institución no cuenta con un Grupo de trabajo de Arquitectura empresarial, que funcione independiente a la oficina de TIC</p>	77%	<p>Fortalezas:</p> <p>-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 ambientalISO14001:2015</p> <p>-Se cuenta con un riesgo posibilidad de interrupción de servicios que afecten 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.</p> <p>-En las auditorías independientes realizadas por la tercera línea de defensa se evalúan los procedimientos, instructivos y manuales, de los procesos del sistema de información Daruma para lo cual la entidad cuenta con el manual de auditorías código OACI-M-01.</p> <p>-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> <p>Aspectos por mejorar</p> <p>Las funciones y responsabilidades se encuentran segregadas en la documentación de los procesos, tales como, procedimientos, manuales, instructivos, guías, sin embargo, la institución continua sin lineamientos claros donde se identifiquen y documenten situaciones específicas que requieran segregación de funciones, aumentado la posibilidad de que un evento ocurra y afecta de manera adversa el logro de los objetivos .</p> <p>- La institución no cuenta con un Grupo de trabajo de Arquitectura empresarial, que funcione independiente a la oficina de TIC.</p> <p>- 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.</p> <p>- Actualizar manual de políticas de seguridad de la información, Procedimiento estrategia de gobierno TI</p> <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 los riesgos mapas de riesgos de seguridad de la información.</p>	2%
Información y comunicación	SI	61%	<p>FORTALEZAS</p> <p>*La entidad actualizó el inventario de activos de Información y establece la Resolución 238 del 2022 por la cual se adopta el Inventario de activos de Información.</p> <p>* La entidad cuenta con manual de comunicaciones donde incluye procesos o procedimiento para el manejo de la información entrantes importante que esta se socialice en la entidad.</p> <p>*La oficina de control interno dentro del desarrollo de la auditoría verifico la implementación de procedimientos formatos y manual de comunicación</p> <p>ASPECTOS POR MEJORAR</p> <p>* Es necesario Fortalecer los canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares para que cuenten con mecanismos específicos para su manejo, de manera tal que generen la confianza para utilizarlos</p> <p>*Para la comunicación interna cuenta con un manual de comunicaciones que tiene como objetivo: Emitir mensajes institucionales para educar e informar al paciente, visitantes y colaboradores sobre el autocuidado, medidas administrativas y ramas de la E.S.E., además de brindar información sobre los eventos que se programen y del acontecer diario del Hospital sin embargo es necesario que se evalúe la efectividad permanente en la comunicación interna.</p> <p>* Se deben fortalecer los canales externos definidos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar, y éstos se deben socializar a todo nivel de la organización.</p> <p>*La entidad debe evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de tal forma que se puedan mejorar.</p> <p>No se evidencia que la entidad analice periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes.</p> <p>* Falta Actualizar procedimientos y formatos necesarios para una comunicación interna y externas efectivo</p>	68%	<p>Fortalezas:</p> <p>-La entidad estableció lineamientos por medio de la Resolución 238 del 2022 «política general de seguridad y privacidad de la información y seguridad digital.</p> <p>-La entidad actualizó el inventario de activos de Información y establece la Resolución 238 del 2022 por la cual se adopta el Inventario de activos de Información.</p> <p>-La oficina de control interno dentro del desarrollo de la auditoría verifico la implementación de procedimientos formatos y manual de comunicación</p> <p>Aspectos por mejorar</p> <p>*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.</p> <p>* 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</p> <p>* Para el primer semestre del 2022 no se ha realizado evaluación periódica de la efectividad de la comunicación con las partes internas, así como sus contenidos de tal forma que se puedan mejorar</p> <p>*Falta Actualizar el Manual de Comunicaciones , procedimientos y formatos necesarios para una comunicación interna y externas efectiva</p>	7%

<p style="text-align: center;">Monitoreo</p>	<p style="text-align: center;">SI</p>	<p style="text-align: center;">89%</p>	<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. * En el comité de coordinación de control interno y de gestión de la calidad de la E.S.E Hospital Universitario de Tunja, se socializa las evaluaciones independientes y el informe semestral de control interno con el fin de establecer compromisos y contribuir a la mejora continua. *La oficina de control interno realiza auditorías y seguimientos periódicos donde se analiza la ejecución de los riesgo y la operación controles establecidos para evitar su materialización. *Se continua 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 asesoría para la Formulación de planes de mejora eficaces que contribuyan a satisfacer las necesidades de los grupos de valor. * La alta Dirección periódicamente analiza la evaluación de resultados obtenidos en los seguimientos, informes y Auditorías realizadas con el fin de tomar decisiones <p>ASPECTOS POR MEJORAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Es importante tener en cuenta que los Líderes de los Sistemas de Gestión Ambiental, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Líder de Seguridad Digital, Líder de Seguridad del Paciente y líder de procesos deben fortalecer el monitoreo de los riesgos para evitar su materialización * Se debe reportar y socializar a la alta dirección las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo. *Fortalecer los controles establecidos en los mapas de riesgos proceso como de corrupción para los servicios tercerizados. * Es importante que se verifique y se fortalezca el avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea). * Falta implementar en debida forma los mecanismos creados para llevar a cabo la tratabilidad de PQRSD y evitar respuestas fuera de termino 	<p style="text-align: center;">89%</p>	<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 continua 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 y estos se socializan en el comité de coordinación del sistema de control interno y gestión de calidad. * Se Realiza seguimiento a la ejecución del plan anual de auditoria por parte del mite de coordinación del sistema de control interno y gestión de calidad. * La alta Dirección periódicamente analiza la evaluación de resultados obtenidos en los seguimientos, informes y Auditorías realizadas con el fin de tomar decisiones. * 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>DEBILIDADES.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Falta implementar en debida forma los mecanismos creados para llevar a cabo la tratabilidad de PQRSD y evitar respuestas fuera de termino. * Se encuentra pendiente la elaboración de los mapas de riesgos de seguridad de la información. * 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) »furg 	<p style="text-align: center;">0%</p>
---	---------------------------------------	--	---	--	---	---------------------------------------


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