

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**

**INFORME**  
**SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS GESTIÓN Y FISCALES CON CORTE A JUNIO DE 2024**

1

**Elaborado**  
**OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

**Tunja, agosto de 2024**



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



8-7405030



[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)  
[Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co](mailto:Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co)



Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES**  
**VERDES y SALUDABLES**  
[www.hospitalesporlasaludambiental.net](http://www.hospitalesporlasaludambiental.net)



SC-CER9006254  
PROGRAMA  
MADRE CANGURO



SA-CER560814



OS-CER559527

## INTRODUCCIÓN

La administración del Riesgo es una herramienta de autogestión que aporta a la acción preventiva e identificación de factores que pueden llegar a obstaculizar el cumplimiento de los objetivos del proceso y la misión institucional. Este proceso es incorporado desde la alta dirección, donde a través de la política de Gestión integral de Riesgos se establecen los lineamientos e interacción de los procesos para identificar, valorar y minimizar los riesgos mediante la incorporación de controles y acciones de manejo de riesgo.

2

Dentro de los roles de las oficinas de Control Interno se encuentra la Evaluación del Riesgo, la cual está enfocada en que la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y la Oficina de Control Interno, a través de la asesoría y acompañamiento y la evaluación y seguimiento a las diferentes pasos de la gestión del riesgo, que van desde la fijación de la Política de Administración de Riesgo hasta la evaluación de la efectividad de los controles.

Es importante resaltar que este rol debe desarrollarse de manera objetiva e independiente, ya que el propósito es realizar seguimiento y emitir un concepto acerca de la gestión de riesgos de la ESE, que permitan generar recomendaciones que contribuyan al fortalecimiento de su gestión y desempeño.

Como tercera línea de defensa, la oficina de Control Interno presenta el informe del primer semestre de seguimiento al mapa de riesgos de gestión y fiscales de la vigencia 2024 de la E.S.E, de acuerdo con el consolidado de evidencias presentadas por cada uno de los líderes encaminado a realizar un análisis más sensible de la efectividad de los controles aplicados en cada uno de los riesgos, con el fin de evitar la materialización de los riesgos.

De igual manera, las oficinas de control interno en cumplimiento del rol de enfoque hacia la prevención, se articula con la segunda línea de defensa con el fin de compartir información y análisis de contraste que permita monitorear la exposición de la ESE al riesgo y realizar recomendaciones con alcance preventivo de forma integral.

## OBJETIVO

Evaluar la Gestión del riesgo de la E.S.E Hospital universitaria san Rafael de Tunja, que permita determinar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la política de gestión de riesgo integral, según Acuerdo 007 de 2024, por medio de la cual se actualiza la política de gestión de riesgos integral



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



8-7405030



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



## ALCANCE DEL SEGUIMIENTO

Verificar y evaluar el cumplimiento de las acciones y efectividad de los controles, definidos para el tratamiento de los riesgos de gestión y fiscales identificados en cada uno de los procesos y Subprocesos de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, en lo correspondiente al primer semestre de la vigencia 2024.

## MARCO NORMATIVO-CRITERIOS EVALUACIÓN

3

### EXTERNO

- 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. Art. 2 "Objetivos del Sistema de Control Interno. literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Literal f) definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos; detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.". Art. 9 "Asesorar a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos".
- Decreto 648 de 2017: Art. 17 "Roles Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces "artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, el cual quedará así: "De las Oficinas de Control Interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control".
- Decreto 1083 de 2015: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública, arts. 2.2.21.6.1 y siguientes "Adopta la actualización del MECI".
- 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
- Ley 1712 de 2014: La cual tiene por objeto regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información.
- Manual Operativo Modelo Integrado de Planeación y Gestión versión 4 de marzo de 2021 del DAFP, Dimensión siete (7) Control Interno "MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de



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



8-7405030



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

Miembro de la  
Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES  
www.hospitalesporlasaludambiental.net



*éste. El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito”*

- Guía Rol de las Oficinas de Control Interno o quien hace sus veces. Versión 3
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” Versión 6

4

## INTERNO

- Acuerdo 007 de 2024, por medio de la cual se actualiza la política de gestión de riesgos integral de la Empresa Social de Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja
- Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02

## METODOLOGÍA:

La metodología aplicada para el presente seguimiento consistió en:

- Verificación de la adecuada aplicación de la política de gestión del riesgo integral, específicamente el cumplimiento de las responsabilidades de la Gestión del riesgo de la primera y segunda línea de defensa de acuerdo a lo establecido en el Acuerdo 007 de 2024, por medio de la cual se actualiza la política de gestión de riesgos integral de la Empresa Social de Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja
- Verificación de las evidencias que soportan los avances en cada uno de procesos, cargadas en link dispuesto por Gestión de riesgos, las cuales son insumo necesario para generar valor agregado al seguimiento.

## DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO

### 1. SEGUIMIENTO A LA POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO INTEGRAL

La Empresa Social de Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja , adopta la política de gestión de riesgo integral mediante el Acuerdo 007 de 2024, por medio de la cual se actualiza la política de gestión de riesgos integral de la Empresa Social de Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja., documento en donde la entidad se compromete a gestionar los riesgos de manera integral por medio de estrategias que permitan evitar, reducir, mitigar, compartir, aceptar, controlar, minimizar y/o evitar la ocurrencia de eventos no deseados que puedan afectar positiva o negativamente el logro de los objetivos institucionales.



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



8-7405030



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



Documento que se encuentra debidamente publicado en la página web institucional en la siguiente ruta: Inicio - Transparencia y acceso a la información pública - 2. Normatividad - 2.1 Políticas institucionales - 2. Política de gestión del riesgo integral o ingresando al siguiente link: <https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=247&seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&slug=politicas-institucionales>

## 2. SEGUIMIENTO A LAS HERRAMIENTAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

### 2.1 MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO OADS-M-02

En el listado maestro de documentos DARUMA se encuentra publicado el Manual de Gestión de riesgos, identificado con el código OADS-M-02 con última fecha de actualización 26 de junio de 2024, en su contenido se encuentra descritas las etapas estratégicas de gestión de riesgo integral como son: Realizar análisis de contexto interno y externo, identificación, análisis, evaluación, monitoreo y seguimiento de los controles establecidos, con el fin de prevenir o mitigar los eventos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y de procesos.

### 2.2 MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN Y FISCALES

Consultando la página web de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, dentro de la ruta Nuestra entidad, se encontró publicada la matriz Mapa de riesgos de Gestión y fiscales OADS-F-41, con última fecha de publicación del 12 de julio de 2024, como se observa en la siguiente imagen



**Mapa de Riesgos de Gestión y Fiscales**

La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja publica mapa de riesgos de gestión y fiscales

**Adjuntos:**

	Descripción	Ver archivo	Tamaño	
Mapa de Riesgos de Gestión y Fiscales	Vigencia 2024 Actualización anual correspondiente e inclusión de riesgos fiscales	 Ver archivo	243148 KB	Creado el 12 de julio de 2024 Última actualización 15 de julio de 2024
Mapa de Riesgos de Gestión	Vigencia 2023 Actualización en las estrategias de los riesgos	 Ver archivo	248351 KB	Creado el 18 de enero de 2024 Última actualización 18 de enero de 2024

Artículos relacionados: Noticias

- Mapa de Riesgos de Gestión y Fiscales
- Objetivos corporativos
- Habla con nosotros!
- Mapa De Riesgos De SARLAFT/PADM

Fuente: Pantallazo página web institucional

Adicionalmente el mapa de riesgos de gestión se puede consultar en el siguiente enlace: <https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=388&seccion=nuestra-entidad&slug=mapa-de-riesgos-de-gestion-y-fiscales>

## 2.2.1 SEGUIMIENTO PRIMERA LÍNEA

En el sistema de gestión documental DARUMA se encuentra publicado el formato OADS-F-36. FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA, versión 3, con última fecha de actualización 19 de julio de 2024.

Para verificar el cumplimiento de esta actividad, la Oficina asesora de control interno verificó, que los sub procesos adjunten en el link establecido para subir las respectivas evidencias de la ejecución de los controles, el formato debidamente diligenciado y firmado, resultado que se presenta a continuación:

6

SUBPROCESO	SEGUIMIENTO 1a LÍNEA DE DEFENSA
Gerencia	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Desarrollo de servicios	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Gestión de calidad	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Seguridad y salud en el trabajo	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Gestión ambiental	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Gestión del talento humano	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Gestión de investigación e innovación	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Sistema de información y atención al usuario	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Enfermería	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Atención de urgencias	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ



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



8-7405030



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



Gestión clínica	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Gestión quirúrgica	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Epidemiología y salud pública	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
UCIs	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Servicio farmacéutico	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Consulta externa	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
<b>Programa madre canguro</b>	NO ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Laboratorio clínico	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Gestión jurídica	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Tesorería	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Presupuesto	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Gestión de suministros y activos fijos	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Gestión de contratación	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Gestión documental	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Sistemas	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ

7



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



8-7405030



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



Comunicaciones y medios	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Gestión tecnológica	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Gestión de servicios de apoyo	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Gestión de mantenimiento	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Auditoría de cuentas medicas	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Cartera	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Autorizaciones	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Facturación	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Gestión comercial	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ
Control interno	ADJUNTAN FORMATO OADS-F-36. SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBÓ

8

Fuente: Propia – Revisión OACI seguimiento líneas de defensa

El seguimiento por parte de la primera línea de defensa, lo realizaron los 34 sub procesos de los 35 que tiene identificados riesgos, los cuales adjuntan el formato OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA, sin embargo, se observó que el único sub proceso que NO adjunto el formato OADS-F-36, debidamente firmado por quien elaboró y aprobó, fue el sub proceso **Programa madre canguro**.

### 2.2.2. SEGUIMIENTO SEGUNDA LÍNEA

Gestión de riesgo realizó "Informe preliminar de seguimiento al mapa de riesgos de gestión y fiscales por parte de la segunda línea de defensa del primer semestre del 2024." desde el rol de la Segunda Línea de Defensa semestralmente, el cual fue radicado en la oficina de control interno 05 de Agosto de 2024, su objetivo fue: Realizar seguimiento preliminar a los riesgos y



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



8-7405030



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



verificación de los controles propuestos en el mapa de riesgos de gestión de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael Tunja.

Posteriormente, el 26 de agosto de 2024, envían por correo electrónico informe final de monitoreo de riesgos de gestión del primer semestre del 2024 desde el rol de segunda línea de defensa para conocimiento.

En cumplimiento de lo establecido en la Política integral de gestión del riesgo la segunda línea de defensa realizó las siguientes actividades:

9

- Crear las carpetas en red para cada uno de los procesos, especificando los riesgos y controles con el objetivo de que los líderes de procesos realizaran el cargue de la información correspondiente a cada uno de sus procesos
- Solicitud por medio de correo electrónico a la primera línea de defensa del cargue de las evidencias resultado de la aplicación de los controles definidos y el diligenciamiento del formato OADS-F-36 formato seguimiento y autocontrol gestión de riesgos / primera línea de defensa con fecha máxima de entrega al 15 de julio del 2024.
- Socializar el formato OADS-F-36 formato seguimiento y autocontrol gestión de riesgos/primera línea de defensa y acompañamiento desde la segunda línea de defensa en el cargue de información respectiva en los links compartidos a la primera línea de defensa.
- Verificar el cargue de la información solicitada a cada proceso en sus respectivas carpetas.
- Analizar la información recolectada, verificando si se ejecutaron los controles a cada uno de los riesgos estudiados, con ayuda de la matriz de monitoreo y seguimiento de los riesgos institucionales segunda línea de defensa ODSS-F-41
- Identificar los riesgos que se materializaron, los cuales eran objeto de estudio y ejecución de medidas más estrictas para evitar su efecto negativo en los procesos del hospital.
- Poner en conocimiento de la dirección los hallazgos encontrados y las recomendaciones que se generan desde la segunda línea de defensa.

Como resultado de monitoreo de la segunda línea se concluyó lo siguiente:

- De los riesgos identificados en zona de riesgo inherente, el 8% se encuentran en zona de riesgo extremo, el 27% en zona de riesgo alto, 52% en zona de riesgo moderado y el 13% en zona de riesgo bajo

**Zona de riesgos de gestión y ficales**

ZONA DE RIESGO INHERENTE	RIESGOS	166 Controles	ZONA DE RIESGO RESIDUAL	RIESGOS
EXTREMO	9		EXTREMO	0
ALTO	30	ALTO	8	
MODERADO	58	MODERADO	65	
BAJO	15	BAJO	39	

Fuente. Propia

- La zona de los riesgos varia una vez se estipulan los controles, los riesgos extremos desaparecen y los riesgos altos se reducen en 73%, a su vez los riesgos bajos



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



8-7405030



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

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES**  
www.hospitalesporlasaludambiental.net



aumentan en un 26%, esto quiere decir que los riesgos extremos y altos pasan a ser moderados y bajos. Los riesgos de gestión se ubican en zona de riesgo inherente extremo 9, alto 30, moderado 58, bajo 15, en zona de riesgo residual alto 8, moderado 65, bajo 39

- De los riesgos identificados en zona de riesgo residual, el 7% se encuentran en zona de riesgo alta, el 7% en zona de riesgo moderada, 58% en zona de riesgo extremo y el 35% en zona de riesgo bajo.
- Los riesgos presentaron una disminución en su valoración una vez implementados los controles, los riesgos de la zona extrema desaparecieron en su totalidad, los de la zona alta pasaron de un 27% a un 7%; y los de la zona baja pasaron de un 13% a un 35%, evidenciando que los controles funcionan, pero se debe continuar trabajando en especial con los 8 riesgos que están valorados en zona alta.
- La valoración de los controles después del monitoreo de la segunda línea de defensa evidencia que el 90% de los riesgos cuentan con controles evaluados en FUERTE, el 10% cuenta con controles evaluados en MODERADO; los controles que se encuentran como moderados se debe a la falta de información relacionada al control descrito (Información incompleta, 41%), controles definidos correctivos (12%) y detectivos (6%), cargue de soportes en formatos que no coinciden en lo cargado en DARUMA y/o utilización de formatos desactualizados (41%).

10

### 3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y CONTROLES

Conforme a la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – versión 6; esta etapa tiene como objeto identificar los riesgos que estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.

Teniendo en cuenta la Gestión del riesgo, se realizó circular No 20241100000265-GER de fecha 13/03/2024 donde se programaron mesas de trabajo con el objetivo de identificar nuevos riesgos y controles y actualizar los mapas de riesgos institucionales, producto de estas mesas de trabajo se identificaron 29 riesgos nuevos para un total de 112 riesgos de gestión y fiscales y 58 nuevos controles para un total de 166 controles clasificados de la siguiente manera: 1 riesgo actuarial, 1 riesgo de mercado de capital, riesgo de crédito 9, riesgo de liquidez 4 y 97 riesgos operacionales, los cuales se encuentran distribuidos en los 24 procesos de la entidad de la siguiente manera:



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



8-7405030



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

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES**  
www.hospitalesporlasaludambiental.net



	PROCESO	RIESGOS 2023	RIESGOS 2024	CONTROLES 2023	CONTROLES 2024
<b>PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>	Direccionamiento Estratégico y humanización	2	5	2	7
	Gestión QHSE	6	15	9	35
	Gestión de investigación e innovación	2	3	2	3
	Gestión de talento humano	3	4	4	8
<b>PROCESOS MISIONALES</b>	Gestión Clínica	11	2	3	2
	Unidad de Cuidado Intensivo	17	2	3	3
	Gestión Quirúrgica	2	2	3	2
	Atención de Urgencias	2	2	3	2
	Enfermería	2	2	2	2
	Epidemiología y Salud Pública	4	1	1	1
	Gestión farmacéutica	2	7	7	9
	Sistema de información y atención al usuario	1	3	2	3
	Apoyo servicios de salud	3	6	1	6
<b>PROCESOS APOYO</b>	Gestión Financiera	4	8	15	11
	Gestión Administrativa	2	16	20	19
	Gestión Documental	2	4	2	7
	Gestión de la Tecnología	2	3	3	4
	Gestión Mantenimiento	2	2	2	3
	Gestión de Suministros y Activos Fijos	2	6	5	8
	Gestión Jurídica	1	3	2	3
	Gestión Servicios de apoyo-TERCERIZADOS	6	1	2	5
	Gestión de sistemas de información y comunicación	2	5	6	9
	Gestión contratación	1	7	4	8
<b>PROCESOS EVALUACION</b>	Control interno	2	3	5	6
<b>TOTALES</b>		<b>83</b>	<b>112</b>	<b>108</b>	<b>166</b>

11

Fuente: Consolidado matrices de mapas de riesgos de proceso del HUSRT



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

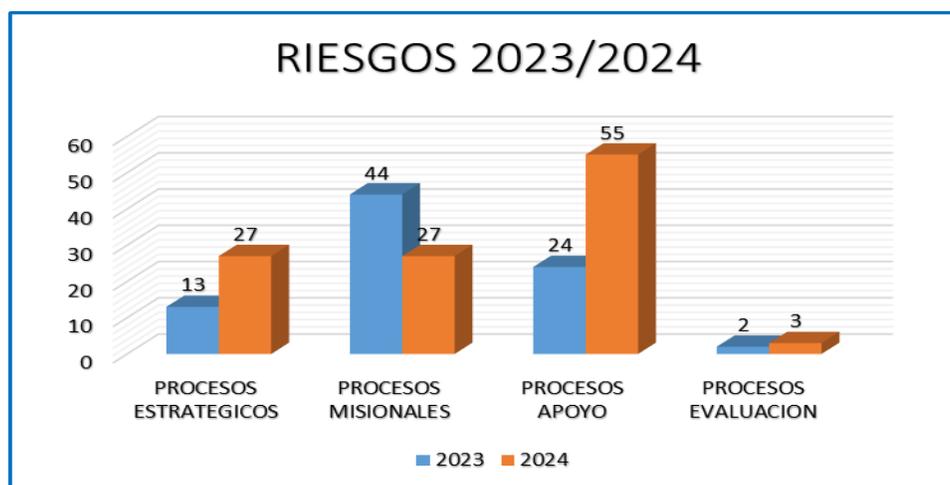


8-7405030



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





Fuente: Consolidado matrices de mapas de riesgos de gestión y fiscales de los procesos del HUSRT

12

#### 4. SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO TERCERA LÍNEA DEFENSA – CONTROL INTERNO

Para la evaluación del estado de la Gestión del Riesgo la Oficina Asesora de Control Interno del HUSRT, utilizó el archivo denominado: "Evaluación del Mapa de riesgos – primer semestre de 2024", el cual contiene la matriz Excel agregándole tres columnas que contiene las observaciones realizadas por la Oficina de control interno. En este aparte se registraron las conclusiones del análisis metodológico del diseño del riesgo y del control y el aporte de evidencias, se realizan comentarios acerca de la materialización u ocurrencia del riesgo y recomendaciones con el fin de mejorar el proceso de administración del riesgo

Esta verificación se realizó en base a las evidencias que soportan los avances en la gestión del riesgo en cada una de procesos de la ESE, las cuales fueron cargadas en el Link que dispuso Gestión de riesgo, en algunas ocasiones fueron tomadas otras evidencias que se encuentran publicadas en la página web del HUSRT, plataforma Daruma y evaluaciones o Auditorías realizadas por control interno

Se anexa matriz Excel donde se dejaron registradas las observaciones para cada uno de los 166 controles correspondientes a los 112 riesgos institucionales de los diferentes procesos del HUSRT, en la cual se analizaron los siguientes criterios establecidos en el Manual de gestión del riesgo OADS-M-02

**4.1 DESCRIPCIÓN DE LOS CONTROLES.** Se adopta la estructura propuesta por la función pública desde la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades

públicas versión 6, la cual permite entender la tipología y otros atributos para su valoración. 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.

13

Teniendo en cuenta lo anterior la tercera línea de defensa (Oficina de control Interno) evaluó de manera independiente y objetiva los controles de la segunda línea con el fin de asegurar que estos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, por tal razón de acuerdo a la evaluación realizada por esta oficina, se replantea la calificación final de los controles realizada en el Monitoreo de la segunda línea de defensa en la cual se evidenciaron debilidades en el diseño y ejecución de los controles, arrojando el siguiente resultado:

CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	MONITOREO SEGUNDA LÍNEA		EVALUACION TERCERA LÍNEA	
	No	%	No	%
FUERTE	148	90	112	67
MODERADO	18	10	44	27
DEBIL	0	0	3	2
NA	0	0	7	4
	166	100%	166	100%

Fuente: Matriz mapa de riesgo de gestión y fiscales 2024

Como se puede observar en la tabla de los 166 controles evaluados y verificados se evidenció que un 67% están clasificados como Fuertes, lo que indica que se han desarrollado de la forma en que se formularon, por quien se delegó como responsable y con las evidencias mencionadas en la matriz de riesgos; un 27% están clasificados como moderados lo que indica en la mayoría de veces que los documentos que soportan el control NO se encuentran acorde con el diseño del mismo, no aportan las evidencias o aportan las evidencias en formatos desactualizados y un 2% de los mismos se evaluó como débil es decir que este último no garantizan el desplazamiento de la calificación del riesgo inherente a riesgo residual, ya que no aportan evidencias para verificar la aplicación del control.

A continuación se adjunta el resultado del análisis y evaluación de los controles por sub proceso y clasificación del control:

No de RIESGO	CONTROL	PROCESO/SUBPROCESO
GDEH-RG-01	<b>FUERTE</b>	Gerencia
GDEH-RG-03		Desarrollo de servicios
GDEH-RG-04		
GDEH-RG-05		Gestión de calidad
GC-RG-01		
GC-RG-02		
GC-RG-03		
GC-RG-04		
GC-RG-05		Seguridad y salud en el trabajo
GC-RG-06		
SST-RG-04		Gestión ambiental
GA-RG-01		
GA-RG-03		Gestión del talento humano
GTH-RG-01		
GTH-RG-02		
GTH-RG-03		
GTH-RG-04		Sistema de información y atención al usuario
SIAU-RG-01		
SIAU-RG-02		
SIAU-RG-03		Enfermería
ENF-RG-01		
ENF-RG-02		Urgencias
U-RG-01		
U-RG-02		Gestión clínica
GC-RG-01		
GC-RG-02		Gestión quirúrgica
GQ-RG-01		
GQ-RG-02		UCIs
UCI-RG-01		
UCI-RG-02		Servicio farmacéutico
SF-RG-01		
SF-RG-03		
SF-RG-05		
SF-RG-06		
LB-RG-01		
GJ-RG-03		Gestión jurídica
TES-RG-02		Tesorería
TES-RG-04		
TES-RG-05		
PRE-RG-01		
PRE-RG-03		
GS-RG-01		Presupuesto
GS-RG-02		
		Gestión de suministros y activos fijos

14



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



8-7405030



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

GS-RG-03		
GS-RG-04		
GS-RG-06		
C-RG-01		
C-RG-04		
C-RG-05		
C-RG-06		
C-RG-07		Gestión de contratación
GD-RG-01		
GD-RG-02		
GD-RG-03		
GD-RG-04		Gestión documental
S-RG-01		
S-RG-02		
S-RG-03		sistemas
CO-RG-01		
CO-RG-02		Comunicaciones y medios
GT-RG-01		
GT-RG-02		
GT-RG-03		Gestión tecnológica
GSA-RG-01		Gestión de servicios de apoyo
GM-RG-01		
GM-RG-02		Gestión de mantenimiento
CAR-RG-01		Cartera
AU-RG-01		Autorizaciones
F-RG-01		
F-RG-02		
F-RG-03		Facturación
CI-RG-01		
CI-RG-02		
CI-RG-03		control interno

15

o de RIESGO	CONTROL	PROCESO/SUBPROCESO
GDEH-RG-02	<b>MODERADO</b>	Desarrollo de servicios
GC-RG-02		Gestión de calidad
GC-RG-06		
SST-RG-01		
SST-RG-02		Seguridad y salud en el trabajo
SST-RG-03		
GA-RG-02		
GA-RG-03		Gestión ambiental
GA-RG-04		
GTH-RG-01		gestión de talento humano
GII-RG-01		Gestión de investigación e innovación

GII-RG-02		
GII-RG-03		
ESP-RG-01		Epidemiología
SF-RG-02		Servicio farmacéutico
SF-RG-04		
SF-RG-07		
CE-RG-01		Consulta externa
CE-RG-02		
CE-RG-03		
PMC-RG-01		Programa madre canguro
GJ-RG-01		Gestión jurídica
GJ-RG-02		
TES-RG-01		
TES-RG-03		Tesorería
PRE-RG-02		Presupuesto
GS-RG-01		Gestión de suministros y activos fijos
GS-RG-04		
GS-RG-05		
C-RG-02		Gestión de contratación
C-RG-03		
C-RG-06		
S-RG-01		Sistemas
GM-RG-01		Gestión de mantenimiento
AM-RG-01		Auditoría de cuentas medicas
AM-RG-02		
AM-RG-03		
AM-RG-04		
CAR-RG-01		Cartera
CAR-RG-02		
CAR-RG-03		

16

No de RIESGO	CONTROL	PROCESO/SUBPROCESO	OBSERVACIÓN
GT-RG-01	DÉBIL	Gestión tecnológica	RIESGO MATERIALIZADO
CAR-RG-04 CAR-RG-06		CARTERA	NO ADJUNTAN EVIDENCIAS APLICACIÓN CONTROL



No de RIESGO	CONTROL	PROCESO/SUBPROCESO	OBSERVACIÓN
GA-RG-05	NA	Gestión ambiental	Con corte al primer semestre de 2024, no se puede evaluar la aplicación del control, ya que su ejecución se tiene programada para el segundo semestre de 2024
CE-RG-04		Consulta externa	
CAR-RG-05		Cartera	
F-RG-04		Facturación	
GC-RG-01		Gestión comercial	

Fuente: propia- Evaluación controles OACI

17

### 4.3 ESCALA DE SEVERIDAD DEL RIESGO

Conforme a las directrices metodológicas de la *Guía para la administración del riesgo del departamento administrativo de la función pública. Versión 6*, ante la identificación de riesgos inherentes, corresponde el diseño y la aplicación de controles orientados a una debida orientación de los componentes de probabilidad e impacto asociados al riesgo y de esta manera disminuirlos a límites razonables según sea el caso, llegando a un nivel de riesgo residual.

Resultado de la aplicación del diseño e implementación de los controles, el panorama de los riesgos residuales reportados por el HUSRT, se presenta de la siguiente manera:

DESCRIPCIÓN	ZONA DE RIESGO INHERENTE				
	EXTREMA	ALTA	MODERADA	BAJA	TOTAL
RIESGOS DE GESTIÓN Y FISCAL	9	30	58	15	112
	ZONA DE RIESGO RESIDUAL				
	0	8	65	39	112

Fuente: Matriz mapa de riesgo de gestión 2024

En la Tabla observamos la dinámica en el riesgo inherente de acuerdo a la severidad de la zona donde se evidencia que la mayoría de riesgos se ubican en zona moderada (58) con porcentaje del (52%) y 30 en zona Alta con un porcentaje del (27%).



Fuente: Matriz mapa de riesgo de gestión 2024

Por otra parte, observamos la dinámica en el riesgo Residual de acuerdo a la severidad de la zona donde se evidencia que la mayoría de riesgos se ubican en zona Moderada, 65 riesgos con un porcentaje del (58%), zona alta 8 con un porcentaje de (7%), y en zona baja, 39 riesgos con un porcentaje del (35%).



18

Fuente: Matriz mapa de riesgo de gestión 2024

Cambios generados después de la aplicación de controles:

De los riesgos identificados en zona de riesgo inherente, el 8% se encuentran en zona de riesgo extremo, el 27% en zona de riesgo alto, 52% en zona de riesgo moderado y el 13% en zona de riesgo bajo.

De los riesgos identificados en zona de riesgo residual, el 7% se encuentran en zona de riesgo alta, el 7% en zona de riesgo moderada, 58% en zona de riesgo extremo y el 35% en zona de riesgo bajo.

Los riesgos presentaron una disminución en su valoración una vez implementados los controles, los riesgos de la zona extrema desaparecieron en su totalidad, los de la zona alta pasaron de un 27% a un 7%; y los de la zona baja pasaron de un 13% a un 35%, evidenciando que los controles funcionan, pero se debe continuar trabajando en especial con los 8 riesgos que están valorados en zona alta.

#### 4.4. SEGUIMIENTOS PLANES DE ACCIÓN ASOCIADOS A LOS RIESGOS DE PROCESO

Teniendo en cuenta lo establecido en el numeral 4.2 Estrategias del Manual de gestión de riesgos OADS-M-02, se requiere plan de acción en los siguientes criterios (Reducir, mitigar y

transferir), se pueden implementar acciones que a futuro se conviertan en controles o acciones específicas que conlleven a la disminución de la probabilidad y/o impacto del riesgo.

De acuerdo lo anterior se puede observar que 15 riesgos ubicados en zona alta y extrema, tienen implementado un plan de acción, de acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de control interno se evidenció lo siguiente:

- 9 acciones en términos de ejecución.
- Una Acción sin fecha de implementación en el mapa de riesgos de gestión y fiscal, con corte a 26/08/2024, relacionada con Actualizar el Procedimiento SIAU-PR-10 Evaluación de la Satisfacción del usuario, procedimiento se encuentra en estado vencido.
- Al consultar en listado maestro de documentos se evidencia formato aprobado con fecha 26/08/2024, GA-F-49 TABLERO DE CONTROL DE ZONIFICACIÓN DEL RIESGO GESTIÓN AMBIENTAL. No se dio cumplimiento a la fecha de implementación. Acción del subproceso Gestión de ambiental
- Se da cumplimiento a la acción "Codificar formato base de datos producción 2193 de 2004", correspondiente a Gestión de calidad

19

Subproceso	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Producto final	OBSERVACIONES
Gerencia	Creación e implementación de Plan de desarrollo y planes operativos anuales	Referente de Planeación	ago-24	Semestral	Plan de desarrollo aprobado y planes operativos anuales	En términos de ejecución
Desarrollo de servicios	Documentar Manual de modelo integrado de planeación y gestión institucional	Referente de Planeación	1/07/2024	Semestral	Manual documentado y aprobado	En términos de ejecución
Gestión de calidad	Codificar formato base de datos producción 2193 de 2004	El Referente de sistema de información (sic)	31/05/2024	Semestral	Formato codificado	Se da cumplimiento a la acción, formato codificado CA-F-143 ESTADÍSTICA CONSOLIDADA PARA REPORTE SEGÚN DECRETO 2193 DE 2004
Seguridad y salud en el trabajo	Crear el programa de seguridad basada en el comportamiento, prueba piloto con UCI Adultos.	Líder SST	Julio a noviembre de 2024	Semestral	Programa de seguridad basada en el comportamiento Indicadores de accidentalidad UCI Adultos.	En términos de ejecución
Gestión ambiental	Codificar, e implementar Tablero de zonificación	Profesional especializado de gestión ambiental	31/05/2024	Semestral	Formato codificado.	Al consultar en listado maestro de documentos se evidencia formato aprobado con fecha 26/08/2024, GA-F-49 TABLERO DE CONTROL DE ZONIFICACIÓN DEL RIESGO GESTIÓN AMBIENTAL. No se dio cumplimiento a la fecha de implementación.



Gestión ambiental	Codificar el formato inventario de gases refrigerantes	Profesional especializado de gestión ambiental	31/07/2024	Semestral	Formato codificado.	En términos de ejecución
Sistema de información y atención al usuario	Actualizar el Procedimiento SIAU-PR-10 Evaluación de la Satisfacción del usuario	Coordinador Apoyo Servicios de Salud	SIN FECHA	SIN FECHA	Procedimiento Actualizado	Acción sin fecha de implementación en el mapa de riesgos de gestión y fiscal, con corte a 26/08/2024 este procedimiento se encuentra en estado vencido.
Sistema de información y atención al usuario	Diseñar, e implementar formato para el seguimiento y trazabilidad a los tiempos de respuesta establecidos en la resolución 194 de 2018	Coordinador Apoyo Servicios de Salud	Enero a diciembre	Semestral	Matriz de seguimiento	se recomienda verificar el alcance de la acción, teniendo en cuenta que a la fecha existe MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMOS, IDENTIFICADA CON cod SIAU-F-13
Consulta externa	Solicitar agendas adicionales de las especialidades de consulta especializada de Endocrinología, Neurocirugía, Urología, Anestesia manejo del dolor, Neuropediatría, con el fin de disminuir la demanda insatisfecha	El Coordinador Apoyo de Servicios de Salud	Enero a diciembre	Semestral	Numero de agendas adicionales de las especialidades de consulta especializada de Endocrinología, Neurocirugía, Anestesia manejo del dolor, Neuropediatría,	Se recomienda verificar el alcance de la acción, teniendo en cuenta que no fue efectiva, ya que al verificar las evidencias aportadas por el proceso en este seguimiento se identificó lo siguiente: (se puede observar que especialidades como urología, neurocirugía, clínica del dolor, Neumología y procedimientos de Urodinamia, no se cumple con lo establecido en el contrato), lo que genera demanda insatisfecha y posible materialización del riesgo.
Programa madre canguro	El Líder de PMC junto con la oficina de comercial realizan mesas de trabajo para revisión de acciones en caso de requerirse frente a las EPS	Líder de PMC Líder de comercial	Enero a diciembre	Trimestral	Acta de mesa de trabajo Plan de Trabajo en caso de requerirse	Se recomienda validar esta acción con el programa
Sistemas	Unificar los Formatos S-F-04 Mantenimiento preventivo de Hardware, S-F-05 Mantenimiento preventivo de Software	Técnico de TIC	Julio a Diciembre	Semestral	Formato aprobado	En términos de ejecución
Comunicaciones y medios	Actualizar procedimiento CO-PR-06 divulgación de información a través de comunicado de prensa incluyendo el	líder de Comunicaciones	jul-24	Semestral	Procedimiento actualizado	En términos de ejecución

20



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



8-7405030



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

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES**  
**VERDES y SALUDABLES**  
www.hospitalesporlasaludambiental.net



	formato CO-F-07 Comunicado de prensa					
	Actualizar el Procedimiento CO - PR- 01 Comunicados internos agregar en documentos soportes el formato CO-f-02 Solicitud de piezas comunicativas	líder de Comunicaciones	jul-24	Semestral	Procedimiento actualizado	En términos de ejecución
Facturación	Codificar planilla de inconsistencias de ingresos de pacientes.	coordinador de facturación	1/07/2024	Semestral	formato codificado	En términos de ejecución
Gestión comercial	Documentar procedimiento de contratación y venta de servicios de salud.	Coordinador de comercial y contratación de servicios de salud.	1/07/2024	Semestral	Procedimiento actualizado	En términos de ejecución

21

Fuente: Matriz mapa de riesgo de gestión 2023

Se recomienda ajustar el campo de fecha de seguimiento en los planes de acción, lo anterior teniendo en cuenta que no hay una fecha establecida sino un periodo (semestral, trimestral, mensual).

#### 4.5 MATERIALIZACIÓN DE RIESGOS

Teniendo en cuenta que existen diferentes fuentes de información que pueden evidenciar la materialización de los riesgos como: análisis de indicadores, resultados de auditorías internas y externas, informes de seguimiento y evaluación de los procesos, informes de quejas y reclamos entre otras. Producto del seguimiento realizado por la segunda y tercera línea se evidencio que se materializaron 3 riesgos, lo cual se describe a continuación:

- El riesgo "Posibilidad de no conformidades por la utilización de formatos desactualizados por falta de adherencia a la norma fundamental", se materializo, teniendo en cuenta la reiterada utilización de formatos que no son vigentes y/o formatos vigentes ajustados y/o modificados.

En la descripción del riesgo, se observa que la causa raíz fue por (Falta de adherencia a la norma fundamental), con unas posibles consecuencias como: "No conformidades, Incumplimiento de metas institucionales. REITERATIVO

- Se evidenció que el control asociado al riesgo GT-RG-01 "Posibilidad de presentarse Falla en los equipos biomédicos asociados a operación indebida, No es efectivo, lo anterior



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



8-7405030



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

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES**  
**VERDES y SALUDABLES**  
www.hospitalesporlasaludambiental.net



teniendo en cuenta que el indicador establecido para la medición de la Proporción de fallas asociadas a la inadecuada manipulación del equipo no cumplió las metas en los meses de febrero, marzo y mayo de 2024.

- El riesgo SF-RG-04 de "Posibilidad de pérdida de recursos económicos por vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos" se materializó en periodo de estudio teniendo en cuenta que verificando los documentos soporte se evidencia que se dio de baja medicamentos por mal manejo de la cadena de frío, los hallazgos fueron socializados con los líderes del área para verificar las acciones a realizar con el objetivo de tomar acciones que eviten nuevamente su ocurrencia. Materialización identificada por segunda línea y por informe de auditoría de control interno, pendiente plan de mejoramiento

22

De acuerdo a lo anterior y según lo establecido en el Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02, se deben establecer las siguientes acciones:

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Convocar al comité institucional de coordinación de control interno e informar sobre los hechos detectados, desde donde se tomarán las decisiones para iniciar la investigación de los hechos
- Facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso para revisar el mapa de riesgos y sus controles asociados.
- Verificar que se tomaron las acciones y se actualizo el mapa de riesgos

### GESTIÓN DE RIESGOS

- Realizar reporte de la materialización del riesgo
- Realizar seguimiento de a los riesgos materializados en la institución.

Una vez materializado un riesgo, el líder del proceso procederá de manera inmediata a aplicar las actividades que permitan dar continuidad del servicio o el restablecimiento del mismo (si es el caso), se debe reportar en el seguimiento trimestral que realiza cada líder de proceso a través del formato OADS-F-36, para lo cual se documenta un plan de Mejora y se ajustaran y/o replantearán los riesgos y/o controles del proceso, para lo cual se debe establecer un plan de acción que permita generar acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora.

A la vez se crea formato para evaluar la adherencia a los riesgos contractuales OADS-F-43 Lista de chequeo de riesgos contractuales.



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



8-7405030



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



## 5. SEGUIMIENTOS RIESGOS SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Teniendo en cuenta lo establecido en el Acuerdo 007 de 2024, por medio de la cual se actualiza la política de gestión de riesgos integral de la Empresa Social de Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja" Artículo 5 Responsabilidades... "Monitorear y revisar los riesgos identificados", "Hacer seguimiento a los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos", Realizar informe de seguimiento y monitoreo de la gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el manual".

23

Adicionalmente el Numeral 8. EVALUACIÓN. Del MANUAL **METODOLÓGICO PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN S-M-11** establece que la evaluación de la implantación se llevara a cabo desde la etapa de monitoreo y revisión de los riesgos realizada por la segunda y tercera línea de defensa

Teniendo en cuenta lo anterior, la oficina Asesora de Control interno solicitó a la segunda línea de defensa, informe de monitoreo realizado a los riesgos de seguridad de corte primer semestre 2024.

En cumplimiento de lo establecido en la Política integral de gestión del riesgo la segunda línea de defensa realizó las siguientes actividades:

- Verificar que la matriz de riesgos de la seguridad de la información S-F-51, se encontrara actualizada y acorde a los procesos.
- Verificar que el formato de seguimiento y autocontrol gestión de riesgos / primera línea de defensa OADS-F-36 se encontrara actualizado y disponible.
- Crear las carpetas en red para cada uno de los procesos, especificando los riesgos y controles con el objetivo de que los líderes de procesos realizaran el cargue de la información correspondiente a cada uno de sus procesos.
- Enviar correo a cada área solicitando la información correspondiente al área de riesgos de la información, anexando los documentos anteriormente enunciados, además de brindar apoyo en el proceso de cargue y soporte en caso de alguna novedad.
- Verificar el cargue de la información solicitada a cada proceso en sus respectivas carpetas.
- Analizar la información recolectada, verificando si se ejecutaron los controles a cada uno de los riesgos estudiados, con ayuda de la matriz de monitoreo y seguimiento de los riesgos institucionales segunda línea de defensa ODSS-F-41
- Identificar los riesgos que se materializaron, los cuales eran objeto de estudio y ejecución de medidas más estrictas para evitar su efecto negativo en los procesos del hospital.
- Poner en conocimiento de la dirección los hallazgos encontrados y las recomendaciones que se generan desde la segunda línea de defensa.



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



8-7405030



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

Miembro de la  
Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES  
www.hospitalesporlasaludambiental.net



Como conclusión del monitoreo de la segunda línea se evidenció lo siguiente:

- La primera línea de defensa monitorea los riesgos y ejecuta los controles establecidos en cada uno de ellos de manera adecuada buscando que estos no se materialicen.
- Se observa adherencia en el diligenciamiento del formato OADS-F-36 Formato de seguimiento y autocontrol gestión de riesgos/Primer línea de defensa.
- Los controles a la fecha han funcionado de manera adecuada, se debe continuar con la mejora de los procesos.
- Los riesgos presentaron una disminución en su valoración una vez ejecutados los controles, paso de 10% de riesgos en zona alta a un 5%, del 70% en riesgo moderado al 65%; y se generó un aumento en los de zona baja los cuales pasaron de ser el 20% al 30%, esto evidencia que los controles disminuyeron de manera global la valoración del riesgo, permitiendo priorizar la mejora de 5% que se encuentra en zona alta.
- El riesgo valorado en alto se clasifica así debido al impacto que genera si se materializa, puesto que afectaría la reputación de la institución de manera negativa; se evidencia que el control a la fecha es efectivo y se debe seguir con el monitoreo continuo de este.
- Los riesgos cuentan con controles que permiten su mitigación, los 20 riesgos presentes cuentan con 29 controles, evidenciando que los 6 riesgos de los procesos misionales cuentan con dos controles cada uno; y los 14 riesgos del área de tecnologías de la información cuentan con 17 controles en total.
- La valoración de los riesgos después del monitoreo de la segunda línea de defensa evidencia que el 60% de los riesgos cuentan con controles evaluados en ALTO y el 40% restante con controles evaluados en MODERADO; los controles moderados se deben a que el control permite detectar o corregir una falencia en los procesos mas no prevenir; aunque el control solo permite eso el riesgo no se ha materializado impactando la imagen o recursos de la institución.
- Los procesos deben comprometerse con el reporte oportuno de la información, lo que permite a las otras líneas de defensa continuar con un trabajo óptimo; pues el retraso en la entrega de esta genera novedades en los procesos siguientes.

24

La oficina de control interno realizo seguimiento a la aplicación de los controles establecidos en el mapa de riesgos de seguridad de la información, verificando las evidencias aportadas para cada uno de los controles dejando las respectivas observaciones en el **Anexo 2 Seguimiento aplicación controles riesgos seguridad de la información HUSRT**, se recomienda



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



8-7405030



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

Miembro de la  
Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES  
www.hospitalesporlasaludambiental.net



**evaluar los controles que tienen actualmente y determinar si están implementados correctamente**, si funcionan según lo previsto y cumplen con sus requisitos de seguridad.

Teniendo en cuenta lo anterior la tercera línea de defensa (Oficina de control Interno) evaluó de manera independiente y objetiva los controles de la segunda línea con el fin de asegurar que estos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, por tal razón de acuerdo a la evaluación realizada por esta oficina, se replantea la calificación final de los controles realizada en el Monitoreo de la segunda línea de defensa en la cual se evidenciaron debilidades en el diseño y ejecución de los controles, arrojando el siguiente resultado:

25

CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	MONITOREO SEGUNDA LÍNEA		EVALUACIÓN TERCERA LÍNEA	
	No	%	No	%
FUERTE	21	72	23	79
MODERADO	8	28	4	14
DEBIL	0	0	0	0
NA	0	0	2	7
	29	100%	29	100%

Fuente. Propia

Como se puede observar en la tabla de los 29 controles evaluados y verificados se evidenció que un 79% están clasificados como Fuertes, lo que indica que se han desarrollado de la forma en que se formularon, por quien se delegó como responsable y con las evidencias mencionadas en la matriz de riesgos; un 14% están clasificados como moderados lo que indica en la mayoría de veces que los documentos que soportan el control NO se encuentran acorde con el diseño del mismo, no aportan las evidencias o aportan las evidencias en formatos desactualizados y un 7% de los mismos no se evalúan en este periodo ya que su ejecución está programada para el segundo semestre del 2024.

Se aclara que la calificación de los controles asociados a los siguientes riesgos AG-SI-01, CE-SI-01, ADCT-SI-01, S-SI-01, obtuvieron una calificación de moderado, porque el formato S-F-02 SOLICITUD DE SERVICIO TÉCNICO HRCATCH), no coincide con el documentado en DARUMA, al abrir el documento aparece otro nombre (MANTENIMIENTO CORRECTIVO HRCATCH), como se observa en las siguientes imágenes.



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



8-7405030



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



Lista de documentos activos

Área	Tipo	Nombre	Código	Versión	F. Aprobación	Estado	Marca	U.P.	U.LL	Vistas
Área	F	FORMATO PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL	CAD0-F-02	001	2022-09-26	Activo				11
Área	F	SOLUCIÓN DE SERVICIO TÉCNICO HRCATCH	N-F-04	001	2022-12-01	Activo				11

<b>CÓDIGO</b> S-F-02	<b>E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSION:</b> 03	<b>MANTENIMIENTO CORRECTIVO HRCATCH</b>	<b>Fecha:</b> 29/11/2023
ÁREA: _____	CONSECUTIVO: _____	
SOLICITANTE: _____		
PERSONA QUE LO SOLICITA: _____	FECHA: _____	
EQUIPO: _____		
MARCA: _____		
MODELO: _____		
SERIE: _____		
PLACA: _____		
SERVICIO: _____		
<b>FALLA TÉCNICA</b>	<b>SOLUCIÓN</b>	
TÉCNICO QUE REALIZA EL SERVICIO: _____	TIEMPO EMPLEADO: _____	
OBSERVACIONES: _____		
NOMBRE DE QUIEN RECIBE: _____	CEDULA: _____	

Fuente: Listado maestro de documentos DARUMA

Se recomienda a la segunda línea aclarar porque en el análisis de los documentos soporte de cada uno de los controles de los riesgos con ayuda de la matriz de monitoreo y seguimiento de los riesgos institucionales, reiteran la siguiente observación: "En la evaluación del riesgo se observa que los controles diseñados no están cubriendo la causa del riesgo identificado."



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



8-7405030



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

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES**  
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254  
PROGRAMA  
MADRE CANGURO

SA-CER560814

OS-CER559527

## CONCLUSIONES

La evaluación específica para cada riesgo y controles se encuentra en la **Matriz de seguimiento "Evaluación del Mapa de riesgos – primer semestre de 2024", archivo que se anexa a este informe.** Por lo cual se invita a los procesos y sub procesos a que realicen la consulta de dichos resultados, a fin que se tomen decisiones sobre el particular y se implementen las mejoras del caso.

27

Como resultado del seguimiento realizado por la tercera línea a los Riesgos de proceso y fiscales se concluye lo siguiente:

Producto de la actualización de los mapas de riesgos institucionales y fiscales, se identificaron 29 riesgos nuevos para un total de 112 riesgos de gestión y fiscales y 58 nuevos controles para un total de 166 controles.

- Los riesgos se clasifican en diferentes categorías de la siguiente manera: 97 riesgos operacionales, 1 riesgo de mercado de capitales, 1 riesgo actuarial, 9 riesgos de crédito y 4 riesgos de liquidez
- Se tienen identificados 112 riesgos, de los cuales el 94% son riesgos de gestión, y el 6% restante riesgos fiscales.
- Los subprocesos realizaron el seguimiento por parte de la primera línea de defensa, de autocontrol con corte al primer semestre del 2024, entregaron los soportes del **FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS**, evidencias que se convierte en la prueba del conocimiento y la verificación de la integridad y aprobación de la información contenida en un documento por parte de los líderes de proceso, sin embargo se observa que el único sub proceso que no adjunto el formato OADS-F-36 **Programa madre canguro.**
- De acuerdo a la severidad de la zona el riesgo inherente en la mayoría de riesgos se ubican en zona moderada (58) con porcentaje del (52%) y 30 en zona Alta con un porcentaje del (27%).
- Como resultado de la aplicación del diseño e implementación de los controles, el panorama de los riesgos residuales reportados por el HUSRT, se presenta de la siguiente manera: en zona Moderada, 65 riesgos con un porcentaje del (58%), zona alta 8 con un porcentaje de (8%), y en zona baja, 39 riesgos con un porcentaje del (34%).
- Se revaloró la evaluación del diseño y ejecución de los controles realizada por la segunda línea, arrojando el siguiente resultado; el 67% de los controles se pueden evaluar o caracterizar como Fuertes, un 27% se pueden evaluar o caracterizar como moderados, y el 2% se evaluó como débil, dicha calificación fue ajustada teniendo en cuenta que los



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



8-7405030



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



procesos calificados como débiles por no adjuntar las evidencias suficientes o por utilizar formatos desactualizados pasaron de débiles a moderados.

- Producto del seguimiento realizado por la primera y segunda línea de defensa se evidencia que se materializaron 3 riesgos de gestión asociados a: "Posibilidad de no conformidades por la utilización de formatos desactualizados por falta de adherencia a la norma fundamental",  
Posibilidad de presentarse Falla en los equipos biomédicos asociados a operación indebida" y "Posibilidad de pérdida de recursos económicos por vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos"

28

**Por tal razón se recomienda a los responsables de los riesgos materializados dar cumplimiento a lo establecido en el Manual de gestión del riesgo OADS-M-02, el cual establece que se debe elaborar un plan de mejora y se ajustaran y/o replantean los riesgos y/o controles del proceso.**

- Teniendo en cuenta lo establecido en el numeral 4.2 Estrategias del Manual de gestión de riesgos OADS-M-02, se requiere plan de acción en los siguientes criterios (Reducir, mitigar y transferir), se pueden implementar acciones que a futuro se conviertan en controles o acciones específicas que conlleven a la disminución de la probabilidad y/o impacto del riesgo. De acuerdo lo anterior se puede observar que 15 riesgos ubicados en zona alta y extrema, tienen implementado un plan de acción.
- Se evidenció inoportunidad en el cargue de la información, esto teniendo en cuenta que la segunda línea de defensa, estableció un plazo para el cargue, de las evidencias resultado de la aplicación de los controles definidos y el diligenciamiento del formato OADS-F-36 formato seguimiento y autocontrol gestión de riesgos / primera línea de defensa con fecha máxima de entrega al 15 de julio del 2024, debido a este incumplimiento la segunda línea entregó informe final el 26 de agosto de 2024, afectado la oportunidad en el monitoreo y seguimiento realizado por la segunda y tercera línea de defensa.
- Al verificar los responsables de la ejecución de los controles se observa que están asignados a profesionales que pertenecen a la segunda líneas de defensa, lo que permite evidenciar que la primera línea y/o el líder del proceso no cuenta con ninguna responsabilidad frente a la gestión del riesgos asociado, toda vez que el responsable de una posible materialización sería el líder del proceso y afectaría el cumplimiento de los objetivos y metas del proceso, por tal razón se recomienda identificar controles que permitan verificar la gestión de la primera línea de defensa. **REITERATIVA**



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



8-7405030



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

## ALERTAS DE MEJORA

- Se genera una alerta a la Alta Dirección, con respecto a la materialización en la actualidad de 3 riesgos, e igual manera se recomienda para que desde la segunda línea, se apoye a los líderes de proceso en el replanteamiento de los riesgos y/o controles de los procesos, para lo cual se debe establecer un plan de acción que permita generar acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora dando cumplimiento a lo establecido en el Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02
- Se recomienda ajustar el campo de fecha de seguimiento en los planes de acción, lo anterior teniendo en cuenta que no hay una fecha establecida sino un periodo (semestral, trimestral, mensual).
- Se recomienda a la segunda línea de defensa (Gestión del riesgo), actualizar los mapas de riesgos Informáticos y de proceso, teniendo en cuenta las recomendaciones, identificadas en los seguimientos realizados a la efectividad de los controles por parte de la tercera línea, garantizando que los controles sean eficaces y eficientes tanto en el diseño como en la operación
- Se recomienda a la segunda línea de defensa (Gestión del riesgo), verificar los planes de acción asociados a los riesgos ubicados en zona alta y extrema, esto teniendo en cuenta que se observan acciones de vigencias anteriores las cuales no fueron efectivas, acción sin fecha de implementación en el mapa de riesgos de gestión y fiscal, no es clara la fecha de seguimiento.
- Se recomienda a los líderes de proceso recordar que la utilización de documentos y formatos no vigentes ocasionado una no conformidad dentro del sistema de Gestión de Calidad, y un reproceso en el desarrollo de las diferentes actividades de los servicios.
- Reitera esta oficina de control interno, que es necesario fortalecer la cultura del reporte de cambio o materialización de los riesgos, con el fin de tomar correctivos oportunos e iniciar acciones frente a las desviaciones producto de la aplicación de los controles.
- Teniendo en cuenta que se identificaron controles que no cumplen con el diseño y estructura de acuerdo a lo establecido en Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” Versión 6, es necesario que los siguientes subprocesos soliciten acompañamiento de la segunda línea de defensa para mejorar en la implementación de la metodología adoptada por la entidad. Una vez sea culminada esta etapa se solicita a esta oficina actualizar y publicar el mapa de riesgos nuevamente.
- Se reitera a los responsables y líderes de procesos que deben entender su compromiso con el proceso y la institución, garantizar que la información suministrada debe ser oportuna, sea la que corresponda, confiable y organizada.



- Se recomienda a la segunda línea de defensa, tener en cuenta la adopción del nuevo mapa de procesos, según lo establecido en la resolución 330 de 2024, esto para el caso de la actualización de los mapas de gestión y fiscal.

Hace parte integral de este informe, Anexo 1: **Matriz de seguimiento “Evaluación del Mapa de riesgos de gestión y fiscales – primer semestre de 2024”** y Anexo 2 **Seguimiento aplicación controles riesgos seguridad de la información HUSRT**, documentos en donde se registran las observaciones y recomendaciones para cada uno de los riesgos y sus controles.

30

Algunas de las observaciones se encuentran en el presente informe porque se consideraron relevantes, pero la mayoría se debe consultar en las respectivas matrices.

Dado lo anterior, y basados en el rol de enfoque a la prevención, la Oficina de Control Interno de Gestión debe asegurar que los controles sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, por lo que se sugiere a la segunda línea, realizar mesas de trabajo con los procesos que a la fecha presentan debilidades en la gestión de riesgos, buscando mecanismos que faciliten el cumplimiento, y de esta forma evitar la materialización de riesgos por falta de gestión en sus controles.

**Anexo 1 Matriz de seguimiento “Matriz de seguimiento “Evaluación de Mapa de riesgos de gestión y fiscales – primer semestre de 2024**  
**Anexo 2 Seguimiento aplicación controles riesgos seguridad de la información HUSRT – primer semestre de 2024**

Original Firmado

**DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ**

Asesora de Control Interno

ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

*Proyectó: Claudia S. Sáenz Jiménez  
Profesional especializado OACI*



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



8-7405030



[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)  
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la  
Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES  
[www.hospitalesporlasaludambiental.net](http://www.hospitalesporlasaludambiental.net)

