**E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**



# INFORME

# SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO (SICOFS) PRIMER CUATRIMESTRE 2024

**OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

**Tunja, mayo de 2024**

# INFORME SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD FRAUDE Y SOBORNO
# PRIMER CUATRIMESTRE 2024

## GENERALIDADES



En virtud de lo previsto en los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 124 de 2016, el Departamento Administrativo de la Función Pública ha diseñado estrategias encaminadas a garantizar la transparencia en la gestión y la prevención de posibles actos de corrupción a través del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC. Dentro del Plan; el componente asociado a "*Riesgos de Corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción*", permite la identificación, análisis y control de los posibles factores generadores en estos riesgos, estableciendo las acciones necesarias para controlarlos.

Para orientar la correcta identificación, análisis y evaluación del riesgo, La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta con la Política de Gestión de Riesgos Integral en la que se establecen lineamientos para la gestión de los mismos, incluidos los de corrupción, opacidad, fraude y soborno, adoptando la metodología de la Guía de administración de riesgo y el diseño de controles Versión 6.

Así las cosas, la Oficina de Control Interno, en desarrollo del rol de "Evaluación de la gestión del Riesgo" y en cumplimiento del artículo 2.1.4.6 del Decreto 124 de 2016 "*mecanismos de seguimiento al cumplimiento y monitoreo*"; presenta el Informe de seguimiento de mapas de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno, – tercer cuatrimestre de 2023, tomando como referente los parámetros normativos y metodológicos vigentes a la fecha:

- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" Versión 6, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*".
- Decreto 1499 de 2017 Modelo Integral de Planeación y Gestión. 7ª. Dimensión Control Interno.
- 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.
- Circular Externa No 202117000005-5 de 2021 en marco de SICOF

- Acuerdo 020 de 2022, por medio del cual se adopta el subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude SICOF de la E.S.E Hospital Universitario san Rafael de Tunja

- Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02

- formato OADS-F-41 Matiz de monitoreo



- Acuerdo 015 de 30 de junio de 2023 "Por medio del cual se adopta la política de gestión de riesgo integral de la Empresa social de Estado Hospital Universitario san Rafael de Tunja"
- Circular externa de la Superintendencia nacional de salud 20211700000004-5 de 2021

## OBJETIVO

Evaluar la gestión de los Riesgos de Corrupción, Opacidad, fraude y soborno, en cuanto a la aplicación de la metodología, cumplimiento de los controles establecidos, acciones de monitoreo, y administración del riesgo de corrupción de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, de acuerdo a las normas legales vigentes

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Revisar el adecuado diseño de los riesgos y controles identificados, de acuerdo a los lineamientos de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" Versión 6

2. Evaluar si los controles se están aplicando de manera oportuna, si se realizan de forma confiable y si la evidencia presentada es pertinente y cumple con la actividad de control.

3. Evaluar seguimiento realizado por la primera y segunda línea de defensa

## ALCANCE

La evaluación a la gestión de riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno aplica para todos los procesos de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, tomando como base la información reportada en la matriz de riesgos de corrupción, opacidad y fraude y publicada en la página web institución, el 04 de abril de 2024

## METODOLOGÍA:

Para realizar el presente seguimiento a la gestión del riesgo de corrupción, opacidad y fraude la Oficina de Control Interno debe asegurar que los controles sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva.



Las acciones adelantadas se refieren a:

- Determinar la efectividad de los controles.
- Mejorar la valoración de los riesgos.
- Mejorar los controles.
- Analizar el diseño e idoneidad de los controles y si son adecuados para prevenir o mitigar los riesgos de corrupción, opacidad y fraude
- Determinar si se adelantaron acciones de monitoreo.
- Revisar las acciones del monitoreo

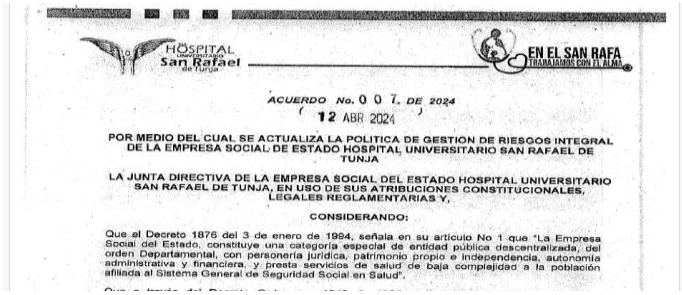
Para esta evaluación y seguimiento la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios – coordinadora Gestión de riesgo integral dispuso un Link para el cargue y consolidación de los informes y las evidencias que soportan los avances en la gestión del riesgo en cada una de los procesos, información compartida a esta Oficina y que junto con el Informe de seguimiento y monitoreo realizado por la segunda línea de defensa, se convierten en insumo para la generación del presente informe.

## 1. EVALUACIÓN GENERAL RIESGO DE CORRUPCIÓN OPACIDAD Y FRAUDE

### 1.1 Lineamientos frente a la gestión del riesgo

Mediante el Comité de gestión del riesgo integral realizado el 21 de marzo de 2024, se socializó los ajustes realizados a la Política de Gestión del riesgo integral, la cual fue aprobada este comité, para su posterior presentación para aprobación por parte de la junta directiva.

Mediante el acuerdo 007 de 2024, se actualiza la Política de gestión de riesgo integral de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, realizándose los siguientes ajustes:



HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja — EN EL SAN RAFA TRABAJAMOS CON EL ALMA

ACUERDO No. 0 0 7 DE 2024
( 12 ABR 2024 )

POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLITICA DE GESTION DE RIESGOS INTEGRAL DE LA EMPRESA SOCIAL DE ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, EN USO DE SUS ATRIBUCIONES CONSTITUCIONALES, LEGALES REGLAMENTARIAS Y,

CONSIDERANDO:

Que el Decreto 1876 del 3 de enero de 1994, señala en su artículo No 1 que "La Empresa Social del Estado, constituye una categoría especial de entidad pública descentralizada, del orden Departamental, con personería jurídica, patrimonio propio e independencia, autonomía administrativa y financiera, y presta servicios de salud de baja complejidad a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud".

En el artículo primero, compromiso se ajustan las estrategias específicamente a las que se manejan en el hospital "Evitar, reducir, aceptar y/o compartir"

En el artículo cuarto, metodología se deja la claridad de la adopción de la guía de la DAFP, "Actualizar y dar continuidad a la Implementación del manual de gestión de riesgos integral (OADS-M-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, la complejidad del proceso de atención, incluyendo de esta forma la gestión de riesgos asistenciales y clínicos siendo parte fundamental de la gestión institucional, por lo tanto no es una adopción textual de la guía del DAFP y contempla las instrucciones impartidas de la circular externa de la superintendencia nacional de salud 20211700000004-5 DE 2021"



En los tipos de riesgos, se ajusta el nombre de los riesgos de seguridad de la información a "Riesgos del sistema gestión de seguridad de la información.", se elimina "Riesgos de calidad programa madre canguro (PMC), seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente (QHSE).", se incluyen los riesgos de índole contable y los riesgos contractuales.

En las etapas estratégicas de la política, se ajusta la etapa 4 articulada con las estrategias definidas desde el compromiso.
En el artículo quinto, responsables - En la línea estratégica, en la prioridad del comité institucional de coordinación de sistema de control interno, se incluyen riesgos de soborno, fiscales, de sistema de gestión de seguridad de la información; se incluye el comité de gestión de riesgos integral como responsable, y se deja claridad que los documentos que se llevan a junta directiva para aprobación son los requeridos por lineamientos externos.

- En la primera línea de defensa, se incluyen como responsables los líderes de programas, y se ajusta la responsabilidad articulada con el ajuste de las etapas estratégicas.

En el artículo sexto, niveles de aceptación al riesgo, se dejan las siguientes aclaraciones:
Los riesgos de gestión y seguridad digital que se encuentren en zona de riesgo baja, pueden ser aceptados y no se requiere la documentación de planes de acción.

Ningún riesgo fiscal, de corrupción, opacidad, fraude y/o soborno podrá ser aceptado.
No siempre se requiere definir acciones a los riesgos en nivel extremo y alto, sin embargo, es importante fortalecer el seguimiento a los controles con el fin de garantizar que las condiciones no hayan cambiado.

De acuerdo con los riesgos residuales analizados, se define realizar seguimiento, asignar tratamiento acorde a lo evaluado de todos los riesgos sin importar la zona de riesgo residual en la que se encuentre.
- Se ajustan el criterio a utilizar en los niveles de riesgo de extremo y alto.

En el artículo octavo, se realizan ajusten en las definiciones de los tratamientos articulado con los criterios utilizados en para el nivel del riesgo.

Según cronograma emitido a través de correo electrónico el día 25 de abril de 2024 y mediante acompañamiento de Gestión del riesgo a los responsables de procesos y/o subprocesos se actualizó el mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno SICOFS, se identificaron 38 riesgos, 24% de soborno, 8% de opacidad, 8% de fraude, 60% corrupción, 51 controles y 20 planes de mejora.



**Tabla 1. Numero de riesgos y controles**

| MACROPROCESOS | PROCESOS | RIESGOS | CONTROLES |
|---|---|---|---|
| **PROCESO ESTRATEGICOS** | GESTION QHSE | 1 | 2 |
| | GESTION TALENTO HUMANO | 4 | 5 |
| | GESTION DE INNOVACION E INNOVACION | 1 | 1 |
| **PROCESO DE APOYO** | GESTION SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS | 2 | 2 |
| | GESTION ADMINISTRATIVA | 7 | 7 |
| | GESTION FINANCIERA | 4 | 2 |
| | GESTION TECNOLOGICA | 2 | 5 |
| | GESTION JURIDICA | 1 | 1 |
| | GESTION DE CONTRATACION | 4 | 6 |
| | GESTION DE MANTENIMIENTO | 1 | 2 |
| | GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN | 3 | 5 |
| | GESTION DOCUMENTAL | 1 | 2 |
| **PROCESOS MISIONALES** | GESTION FARMACEUTICA | 3 | 4 |
| | GESTION QUIRURGICA | 1 | 2 |
| | SISTEMA DE ATENCION AL USUARIO | 1 | 1 |
| | APOYO SERVICIOS DE SALUD | 1 | 2 |
| **EVALUACION** | CONTROL INTERNO | 1 | 2 |
| **TOTAL** | | 38 | 51 |

Fuente: Propia consolidado Mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno

En la actualidad contamos con un total de treinta y ocho (38) riesgos y cincuenta (51) controles, distribuidos en 17 procesos con una participación por macro procesó así: Estratégicos y misionales con 6 riesgos, Apoyo con 25 riesgos y evaluación con 1 riesgo, participación que se puede observar en la siguiente tabla y gráfica.

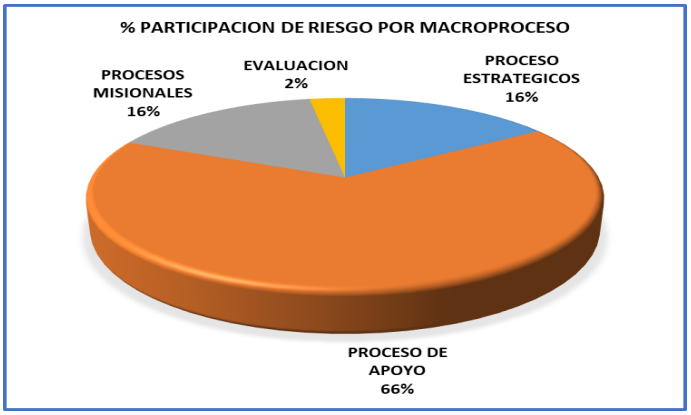
Tabla 2. Porcentaje participación por macro proceso

| MACROPROCESO | RIESGOS CORRUPCION, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO | % PARTICIPACION |
|---|---|---|
| PROCESO ESTRATEGICOS | 6 | 16% |
| PROCESO DE APOYO | 25 | 66% |
| PROCESOS MISIONALES | 6 | 16% |
| EVALUACION | 1 | 2% |
| TOTAL | 38 | 100% |

Fuente: Propia consolidado Mapa de riesgos corrupción, opacidad y fraude



Grafica 1. Porcentaje participación por macro proceso




Fuente: Mapa de riesgos formato OADS-F-14

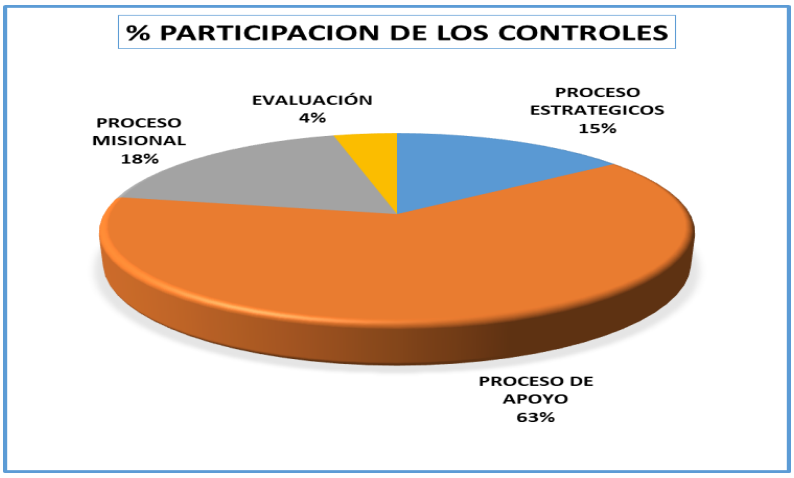
A continuación, se presenta la cantidad de controles asociados a los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno vigencia 2024, los cuales cuentan con un total de 51 controles distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 3. Porcentaje participación de los controles

| MACROPROCESO | No CONTROLES | % PARTICIPACION |
|---|---|---|
| PROCESO ESTRATEGICOS | 8 | 15% |
| PROCESO DE APOYO | 32 | 63% |
| PROCESO MISIONAL | 9 | 18% |
| EVALUACIÓN | 2 | 4% |
| TOTAL | 51 | 100% |

Fuente: Matriz de riesgos de Corrupción, opacidad y fraude versión 6

Grafica 2. Porcentaje participación controles por macro proceso




Fuente: Matriz de riesgos de Corrupción, opacidad y fraude versión 6



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:

Tabla No 4 zona de riesgo inherente/residual

| ZONA DE RIESGO | ZONA RIESGO INHERENTE | ZONA RIESGO RESIDUAL |
|---|---|---|
| EXTREMA | 25 | 19 |
| ALTO | 13 | 16 |

Fuente: Matriz de riesgos de Corrupción, opacidad y fraude versión 6

De los 38 riesgos SICOFS identificados, veinticinco (25) se encuentran ubicados en zona extrema y trece (13) en zona Alta y posterior a la aplicación y evaluación de controles se evidencia una disminución en la probabilidad de ocurrencia del veinticuatro (24%) en zona de riesgo extrema y la zona de riesgo Alta un incremento del (23%), siendo necesario continuar ejerciendo control sobre las causas asociadas a cada uno de ellos, involucrando en su gestión a todos los servidores públicos y contratistas pertenecientes a los Grupos Internos de Trabajo.

## 1.2 PUBLICACIÓN DEL MAPA DE RIESGO CORRUPCION, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO

El día 04 de abril de 2024, se revisa la página web institucional, sección Nuestra entidad/Gestiona de calidad, y se evidencia que el MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF), fue publicado el 04 de abril de 2024

La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja publica mapas de riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF)

**Adjuntos:**

| | Descripción | Ver archivo | Tamaño | |
|---|---|---|---|---|
| Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOF6). | Vigencia 2024 | Ver archivo | 287881 KB | Creado el 4 de abril de 2024<br>Última actualización 4 de abril de 2024 |
| Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOF6). | Vigencia 2023-Inclusión riesgos de Soborno | Ver archivo | 250052 KB | Creado el 2 de enero de 2024<br>Última actualización 2 de enero de 2024 |
| Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOF6). | Vigencia 2023- Actualizado2 | Ver archivo | 269178 KB | Creado el 14 de julio de 2023<br>Última actualización 2 de enero de 2024 |
| Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOF6). | Vigencia 2023- Actualizado | Ver archivo | 238097 KB | Creado el 27 de abril de 2023<br>Última actualización 27 de abril de 2023 |
| OADS-F-13 MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL | Vigencia 2022 | Ver archivo | 84114 KB | Creado el 5 de septiembre de 2022<br>Última actualización |
| OADS-F-13 MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL | Vigencia 2023 | Ver archivo | 213619 KB | Creado el 31 de marzo de 2023<br>Última actualización 31 de marzo de 2023 |

Fuente: Pantallazo Publicación página web 04/04/2024



## 1.3 SEGUIMIENTO EFECTUADO POR LA PARTE DE LA PRIMERA LÍNEA

En cuanto al seguimiento realizado por parte de la primera línea de defensa desde el rol del responsable del proceso (Autocontrol), según lo establecido en el Manual de gestión de Riesgo OADS-M-02 se debe diligenciar en el formato OADS-F-36. FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSA presentando reporte de seguimiento a la Segunda línea de defensa (coordinación de riesgos), el cual debe ser cargado en la ruta definida en la red institucional.

En el sistema de gestión documental DARUMA se encuentra publicado el formato OADS-F-36. FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSA, versión 2, con última fecha de actualización 26 de julio de 2023.

La Oficina asesora de control interno verifico, que los sub procesos adjunten el formato debidamente diligenciado y firmado en el link establecido para subir las respectivas evidencias de la ejecución de los controles, como resultado de este seguimiento se evidencio lo siguiente:

De los 22 sub procesos, 21 adjuntaron soportes del diligenciamiento del formato establecido con sus respectivas firmas.; pendiente Gestión de mantenimiento.

## 1.4 SEGUIMIENTO EFECTUADO POR LA OFICINA ASESORA DESARROLLO SERVICIOS- COORDINACION DE RIESGOS

Teniendo en cuenta su responsabilidad en el establecimiento de directrices y apoyo en el proceso de identificar, analizar, evaluar, tratar los riesgos, y llevar a cabo un monitoreo independiente al cumplimiento de las etapas de la gestión de riesgos, se identificó que la Oficina Asesora de Desarrollo de servicios- Coordinación del riesgo realizó las siguientes gestiones:

- Envió correo electrónico a los procesos y/o subprocesos solicitando el cargue de la información correspondiente a las evidencias de aplicación de los controles, en carpeta institucional compartida según la ruta de acceso: Windows+R copiando y pegando el link asignado a cada proceso, se debe adjuntar dicha información a más tardar **el día 06 de mayo de 2024,** teniendo en cuenta que el informe final debe ser entregado a la tercera línea de defensa el 09 de mayo.



- De acuerdo a lo establecido en la política de Gestión de riesgos integral, la Coordinación de riesgo realiza monitoreo a los Riesgos SICOFS correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia desde el rol de segunda línea de defensa.

- Verificación del seguimiento de primera línea de defensa con el diligenciamiento del formato OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSA

La segunda línea de defensa para el cumplimiento de las actividades de monitoreo , utiliza el formato OADS-F-41 MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS la cual establece que para que un control este bien diseñado debe cumplir con los siguientes parámetros:

- Existir un responsable asignado a la ejecución del control
- El responsable debe tener la autoridad y adecuada segregación de funciones en la ejecución del control
- El control debe tener una periodicidad definida para su ejecución
- El control debe tener un propósito que indique para qué se realiza (verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar)
- La fuente de información que se utiliza en el desarrollo del control es información confiable que permita mitigar el riesgo
- El proceso soporta evidencias con documentos vigentes
- Debe existir evidencia de la ejecución del control

A su vez verifico la información reportada por cada uno de los procesos y/o subprocesos cruzándola con la registrada en el mapa de Riesgos de Corrupción Opacidad, Fraude y soborno publicado en la Página web de la institución.

Como resultado de la evaluación de los controles la oficina de planeación concluye lo siguiente:

Se estableció que después de la evaluación del diseño y ejecución de los controles un 90% de los mismos se pueden evaluar o caracterizar como Fuertes, un 4% de los mismos se pueden evaluar o caracterizar como moderados y un 6% de los mismos se pueden evaluar o caracterizar como débiles como se muestra en la siguiente tabla

Tabla No 6 Tabla de calificación final del Control

| CALIFICACION FINAL DEL CONTROL | No. Controles | Porcentaje (%) |
|---|---|---|
| FUERTE | 46 | 90% |
| MODERADO | 2 | 4% |
| DEBIL | 3 | 6% |

Fuente. Informe monitoreo segunda línea primer cuatrimestre 2024



De acuerdo con lo anterior, se observa que la segunda línea de defensa, cumplió con las responsabilidades mencionadas en la Política de gestión de riesgo integral y del Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02 de la Entidad: "Realizar informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo"

## 1.5 RESULTADO DE LA EVALUACION REALIZADA POR LA TERCERA LINEA DEFENSA A LOS RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO –SICOFS

Para la evaluación del estado de la gestión del riesgo de corrupción, opacidad, fraude y soborno la oficina Asesora de control Interno del HUSRT utilizó el formato CODIGO: OADS-F-14 denominado: "MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO (SICOFS)", agregándole una columna de Observaciones Oficina de control interno primer cuatrimestre 2024. En este aparte se registraron las conclusiones del análisis metodológico del diseño del riesgo y del control, se realizan comentarios acerca de la materialización u ocurrencia del riesgo y se hacen recomendaciones con el fin de mejorar el proceso de administración del riesgo de corrupción y la aplicación de la metodología dispuesta por el DAFP. **Archivo que se anexa a este informe.**

Esta verificación se realizó con base en las evidencias cargas por los procesos en el drive dispuesto por la Gestión del riesgo, algunas fueron tomadas página web institucional del HUSRT y otras fueron allegadas a la oficina de control interno.

De acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina asesora de Control interno a los Riesgos de corrupción, opacidad y fraude se concluyó lo siguiente:

| Descripción del Riesgo | Tipo de Riesgo | Descripción del Control | OBSERVACIONES CONTROL INTERNO PRIMER CUATRIMESTRE 2024 |
|---|---|---|---|
| Posibilidad de Sanciones, pérdida de credibilidad y confiabilidad en los informes de control interno por Manipulación en la Gestión de las auditorías con el fin de beneficiar o desfavorecer a un Proceso y/o Subproceso de la Entidad. | Corrupción | El Asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoria OACI-F-02 y cuando se presente para su aprobación el Plan de trabajo de la Auditoria, verificará la suscripción de la declaración de conocimiento código de Ética del Auditor Interno y la suscripción de la carta de Representación de la veracidad de la información según lo establecido Manual de auditoria OACI-M-01, a través del Anexo 1 Declaración de Conocimiento código de Ética de la Auditoría Interna y la carta de representación de veracidad y oportunidad de la información OACI-F-06 | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos :Plan Anual de auditoria OACI-F-02 vigencia 2024,Declaración de Conocimiento código de Ética de la Auditoría Interna Anexo 1 Código de Ética, Carta de representación de veracidad de la información OACI-F-06 ,Formato OACI-F-15 Compromiso de confidencialidad del Auditor , correspondientes a las auditorias programadas para el primer cuatrimestre las cuales relaciono a continuación: Auditoria realizada al proceso Almacén, Arqueo caja, Control interno contable, Farmacia, Inventario, Talento humano y presupuesto . Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control.<br><br>El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6<br><br>**Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.** |
| | | El asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoria OACI-F-02 Verifica el grado de conformidad y cumplimiento frente a las disposiciones planificadas por la institución y los requisitos aplicables a éstos, según lo establecido en el procedimiento Realización de auditorías internas OACI-PR-02, mediante el formato OACI-F-04 Plan de auditoria OACI-F-04 Informe Final de Auditoria OACI-F-16 | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos :Plan de auditoria OACI-F-04 vigencia 2024 , Informe final de Auditoria OACI-F-16 correspondientes a las auditorias realizada en el primer cuatrimestre las cuales se relacionan a continuación: Informe final auditoria , control interno contable Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control.<br><br>**Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.** |
| Posibilidad de incumplimiento de necesidades de la entidad debido al favorecimiento por la aceptación de bienes e insumos que no cumplan lo establecido contractualmente. | Corrupción | El líder de almacén según la necesidad verifica el cumplimiento contractual frente a las especificaciones técnicas de los bienes e insumos a ingresar según lo establecido en el procedimiento A-PR-01 Ingreso de Mercancías a través de facturas y certificaciones de recibido a satisfacción | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos :El líder de almacén presenta evidencias en cumplimiento del procedimiento A-PR-01 Ingreso de Mercancías a través de facturas y certificaciones de recibido a satisfacción ( Factura, Certificación de recibido a satisfacción; informe mensual de ingreso y egresos a contabilidad, lo que permite corroborar que hay coincidencia entre la certificación de recibido a satisfacción, la factura y el comprobante de ingreso)<br><br>**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.** |
| Posible detrimento patrimonial por uso indebido de los bienes de consumo en favorecimiento un tercero. | Corrupción | El técnico administrativo de almacén encargado del módulo de activos del sistema de información sevinte recibe las solicitudes de los procesos por sistema, genera la salida de almacén a través del comprobante de egreso, el cual es analizado y aprobado por el coordinador de almacén, el comprobante se entrega a los técnicos encargados de llevar el suministro a cada área | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el técnico administrativo del almacén adjunta los siguientes soportes :Solicitud de pedido de insumos de consumo realizado por SERVINTE, Comprobante de egreso Servinte/ módulo de activos de los meses de enero, febrero y marzo de 2024)<br><br>**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.** |
| Posibilidad detrimento patrimonial por adquisición de equipos médicos de baja calidad debido al favorecimiento en la emisión de Conceptos Técnicos y Certificaciones en la Contratación asociada a la adquisición de Equipos Médicos, con beneficio lucrativo propio. | Corrupción | El líder de Biomédica emite el estudio de conveniencia de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 173 de 2023 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos diligenciando el formato C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el líder del proceso, informa que en el periodo evaluado no se realizaron adquisiciones de tecnologías biomédicas por convocatorias públicas.<br><br>**El riesgo y el control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y diseño de controles versión 6**<br><br>**Para este periodo no se puede evaluar la aplicación del control** |
| | | El líder de Biomédica, basado en la oferta de tecnologías del mercado realiza el análisis de especificaciones técnicas conforme a la necesidad del Hospital evaluando su pertinencia, por medio del Anexo técnico, Especificaciones Técnicas y Servicios Posventa, analizadas a través del formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva. | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el líder del proceso, informa que en el periodo evaluado no se realizaron adquisiciones de tecnologías biomédicas por convocatorias públicas.<br><br>**El riesgo y el control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y diseño de controles versión 6**<br><br>**Para este periodo no se puede evaluar la aplicación del control** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | El líder de Biomédica conforme a la necesidad verifica el cumplimiento de las especificaciones técnicas de los equipos de acuerdo a la pertinencia y efectividad de la tecnología solicitada conforme a lo establecido en el procedimiento IB-PR-09 Análisis de Ingreso de nuevas Tecnologías mediante el formato IB-F-01 Proceso de validación de ingreso de Activos relacionados con equipos biomédicos | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el líder del proceso, informa que en el periodo evaluado no se realizaron Ingreso de nuevas Tecnologías<br><br>**El riesgo y el control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y diseño de controles versión 6**<br><br>**Para este periodo no se puede evaluar la aplicación del control** |
| | | El líder de biomédica conforme a la necesidad del servicio realiza el diligenciamiento del formato IB-F-19 ESPECIFICACIONES TECNICAS DE TECNOLOGIA BIOMEDICA y IB-F-20 ESPECIFICACIONES POSVENTA DE TECNOLOGIA BIOMEDICA de la adquisición de tecnología de la institución. conforme a lo establecido en el Manual de priorización para reposición de tecnología biomédica IB-M-03 | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el líder del proceso, informa que en el periodo evaluado no se realizaron adquisiciones de tecnologías biomédicas<br><br>**El riesgo y el control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y diseño de controles versión 6**<br><br>**Para este periodo no se puede evaluar la aplicación del control** |
| Posible afectación del servicio, Investigaciones y sanciones disciplinarias por uso indebido y/o perdida de equipos biomédicos por intereses personales | Fraude | El técnico biomédico identifica el daño del equipo biomédico por mala manipulación a través de la rondas diarias registradas en el formato IB-F-05 "Reporte diario de fallas de equipos biomédicos" y por los llamados de las áreas a través del aplicativo HRCATCH, al identificar el daño del equipo biomédico por mala manipulación solicitan al servicio responsable el diligenciamiento del formato F-54 "Reporte de daño de dotación hospitalaria, se diagnostica el equipo, se registra el reporte de mantenimiento correspondiente en el formato IB-F-24 , se programa la capacitación en el servicio y se deja registro en el formato TH-F-15 , con el fin de evitar la ocurrencia del evento. | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el técnico biomédico adjunta los siguientes soportes :Pantallazo de llamados de las áreas a través del aplicativo HRCATCH, IB-F-24 Reporte De Mantenimiento Digital Hrcatch, formato IB-F-54 "Reporte de daño de dotación hospitalaria, Formato TH-F-15 Asistencia de colaboradores a eventos de capacitación del periodo evaluado, formato aportado IB- F-54, "Reporte diario de fallas de equipos biomédicos, se observa en las evidencias aportada un formato con código F-54, el cual se encuentra codificado de la misma forma en DARUMA, se recomienda actualizarlo, adicionalmente para el caso del formato IB-F-05 "Reporte diario de fallas de equipos biomédicos", este documento se encuentra en versión 4 desde 24 de noviembre de 2023, y aportan evidencias en versión 3.<br><br>Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, se recomienda permanentemente revisar y fortalecer el control para evitar la materialización del mismo. |
| **Etapa de Selección:** Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias, penales y fiscales debido a la vulneración a principios de la contratación pública a favor de un tercero en la selección del contratista | Corrupción | El coordinador de contratación según necesidad da aplicación a los descrito en resolución 173 de 2021 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019, según cada modalidad de selección contractual, frente a los requisitos allí señalados para la selección de contratistas. | Con corte al primer cuatrimestre 2024. El responsable del control adjunta: 1. Excel matriz procesos contractuales del primer trimestre de 2024 2. PDF PANTALLAZOS estudios previos y demás soportes asociados a la etapa precontractual. C-F-31, C-F-29, TH- F-68. 3. PANTALLAZOS DE CONVOCATORIAS PUBLICAS, REQUERIMIENTOS PUBLICADOS EN PAGINA WEB<br><br>Se evidencia la adecuada aplicación del control, teniendo en cuenta que el coordinador de contratación según modalidad de selección contractual, frente a los requisitos para la selección de contratistas adjunta los soportes establecidos<br><br>**Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.** |
| | | La secretaria técnica del comité de contratación según necesidad, para el caso de convocatoria pública, documenta a través de actas, el estudio del proceso y la selección del contratista. | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el responsable del control adjunta los siguientes soportes de la ejecución del control: Acta de comité de contratación correspondientes al periodo en revisión, se evidencian debilidades en el diligenciamiento de las actas ya que la mayoría de ellas no cuenta con fechas, hora, lugar y sin las firmas de secretaria técnica y el presidente del comité. REITERATIVO<br><br>**Se evidencia que el proceso aplica el control, pero no de manera adecuada, se recomienda permanentemente revisar y fortalecer el control para evitar la materialización del mismo.** |
| **Etapa de Ejecución**: Posibilidad de investigaciones de carácter penal debido al favorecimiento a un tercero en la aceptación de bienes y/o servicios que no cumplan con las condiciones técnicas exigidas y/o las actividades del objeto contractual | Corrupción | El supervisor o interventor de contrato de suministros a necesidad revisa y avala cada uno de los elementos que ingresan a la entidad, dejando registro en el formato C-F-04 " informe de supervisor" con el fin de que cumplan con criterios de calidad conforme al objeto contractual dando cumplimiento al Manual de supervisión e interventoría. | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, El responsable del control adjunta: 1. Excel matriz procesos contractuales del primer trimestre de 2024 2. PDF Formatos C-F-04 informe de supervisión del periodo evaluado15/05/2024, documentos que permiten evidenciar que el supervisor o interventor de contrato de suministros a necesidad revisa y avala cada uno de los elementos que ingresan a la entidad<br><br>**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias, penales y fiscales en la etapa de selección por recibir dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros para emitir resultados de las evaluaciones distintos a la realidad, en contratos de convocatoria pública y requerimientos. | Soborno | El coordinador de contratación, con los intervinientes realizan las evaluaciones (jurídica, técnica) cuando se trate de convocatorias públicas dando aplicabilidad a la resolución 173 de 2023 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019, según cada modalidad de selección contractual, frente a los requisitos allí señalados para la selección de contratistas., evaluación consignada en el formato CF-30 JURIDICA, CF-31 TECNICA. | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunto los siguientes formatos:1. Listado de contratos de convocatoria pública y requerimientos, publicados en SECOP y pagina WEB, evaluación de los contratistas.2. Formato C-F-30 JURIDICA, C-F-31 TECNICA**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6Se evidencia que el control es adecuado, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.** |
| | | La secretaría técnica del comité de contratación según necesidad para el caso de convocatoria pública documenta a través de actas, el estudio del proceso y la selección del contratista. | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el responsable del control adjunta evidencias de la ejecución, aporta acta de comité de contratación correspondientes del periodo en revisión, sin embargo, se evidencian debilidades en el diligenciamiento de las actas ya que la mayoría de ellas no cuenta con fechas, hora, lugar y sin las firmas de secretaria técnica y el presidente del comité. REITERATIVO<br><br>**Se evidencia que el proceso aplica el control, pero no de manera adecuada, se recomienda permanentemente revisar y fortalecer el control para evitar la materialización del mismo.** |
| Posibilidad de investigaciones de carácter penal en la etapa de ejecución por recibir dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros en la aceptación de bienes y/o servicios que no cumplan con las condiciones técnicas exigidas y/o las actividades del objeto contractual. | Soborno | El supervisor que sea designado según la necesidad de los contratos aplica el formato C-F-04 informe de supervisión, donde certifica el cumplimiento de las obligaciones contractuales. | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, El responsable del control adjunta: 1. Excel matriz procesos contractuales del primer trimestre de 2024 2. PDF Formatos C-F-04 informe de supervisión del periodo evaluado<br><br>**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Se evidencia que el control es adecuado, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.** |
| Posibilidad de Sanciones de los Entes de inspección vigilancia y control por la Exclusión del giro a proveedores y contratistas para presionar y obtener algún beneficio personal. | Corrupción | El tesorero mensualmente aplica lo establecido en el Procedimiento AF-PR-36 liquidación y Giro de Cuentas a fin de realizar la priorización de pagos, conforme a la llegada de las facturas y a los plazos de pago.<br>Resolución 048 de 2021 | Con corte al primer cuatrimestre 2024. El responsable del control aporto soportes de la ejecución del control, en donde se evidencia que se realiza seguimiento a la antigüedad de cuentas por pagar<br><br>El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6, sin embargo se recomienda ajustar el soporte de la evidencia (Informe seguimiento plan financiero de cuentas por pagar.), teniendo en cuenta que el control describe el seguimiento a las cuentas por pagar, mas no al plan financiero, se aclara que las evidencias fueron aportadas posterior al monitoreo de la segunda línea.<br><br>**Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.** |
| Posibilidad de Investigaciones, sanciones administrativas y disciplinarias por presentar información contable y financiera no fidedigna por falencia en la calidad de información y para beneficiar un tercero | Opacidad | La contadora del HUSRT mensualmente valida la generación de interfaces del sistema de información SERVINTE de los procesos responsables teniendo en cuenta lo descrito en la resolución 048 de 2021 que los registros sean individuales y que se encuentren soportados en un documento fuente | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos Interfaces de los procesos de enero, febrero y marzo, Estados Financieros publicados de enero, febrero y marzo y adjuntan información enviada a CGN.<br><br>**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.** |
| Posibilidad de Investigaciones y sanciones disciplinarias y económicas por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para agilizar o demorar el pago. | Soborno | | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, se identificó nuevo riesgo, el cual cuenta con un plan de acción "Documentar procedimiento central de cuentas asociadas actividades relacionadas para la recepción, revisión, verificación y control de todas las cuentas por pagar de la entidad, el cual incluye el formato especifico a utilizar para dicho fin." Se establecía como fecha de implementación el mes de abril de 2024.<br><br>A la fecha del seguimiento no se encuentra documentado este procedimiento, incumpliendo con el plan de acción. |
| Posibilidad de Investigaciones y sanciones disciplinarias y económicas por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para efectuar un doble pago al mismo contratista. | Soborno | | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, se identificó nuevo riesgo, el cual cuenta con un plan de acción "Documentar procedimiento central de cuentas asociadas actividades relacionadas para la recepción, revisión, verificación y control de todas las cuentas por pagar de la entidad, el cual incluye el formato especifico a utilizar para dicho fin." Se establecía como fecha de implementación el mes de abril de 2024.<br><br>A la fecha del seguimiento no se encuentra documentado este procedimiento, incumpliendo con el plan de acción. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Posibilidad de Pérdida Recursos económicos de la Entidad y/o Investigaciones y sanciones disciplinarias por recibir sobornos por aceptación de Glosa a favor de las entidades Responsables de Pago | Corrupción | El Coordinador del Proceso, Auditores (Externo y de la ESE) y Técnico de Cuentas Médicas, según necesidad levantan acta de reunión de análisis conjunto con las ERP con las cuales existen glosas reiteradas según lo establecido en el procedimiento AM-PR-03 Acta de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones, medido a través del indicador 546 Aceptación de glosa de la vigencia con una meta establecida <=4% sobre la facturación neta de la vigencia | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el responsable del control aporta soportes de formato AM-F-02 ,Acta de levantamiento Y/O aceptación de glosa y devoluciones del periodo evaluado, indicador mensual 546- Aceptación de glosa de la vigencia, Informe trimestral final año 2023 de auditoría de cuentas médicas que contiene el análisis de aceptación de glosa.<br><br>Para el caso del formato AM-F-02 Acta de levantamiento Y/O aceptación de glosa y devoluciones del periodo evaluado, se evidencia que aportaron soportes en versión anterior. Se sugiere presentar como evidencia el informe trimestral de análisis de aceptación de glosa elaborado dentro del trimestre aun así corresponda a la gestión del periodo anterior con el fin de evidenciar la acción.<br><br>**Se evidencia que el proceso aplica el control, pero no de manera adecuada, se recomienda permanentemente revisar y fortalecer el control para evitar la materialización del mismo.** |
| Posibilidad de pérdida de recursos económicos de la Institución por NO facturar servicios prestados por intereses particulares | Corrupción | El Analista principal diariamente verifica que los egresos generados estén efectivamente facturados, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento F-PR-15 Auditoría Administrativa, a través del formato F-F-17 Control de evidencias por facturación revisada | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunto los siguientes formatos:<br><br>Formato F-F-17 control seguimiento de facturas mensuales correspondiente a enero, febrero, marzo y abril de 2024, se constata el seguimiento a cada una de las facturas y la correspondiente observación de auditoria para cada caso dejando evidencia de los hallazgos para subsanar y/o facturación limpia.<br><br>El proceso presentó 4 actas de socialización de las inconsistencias encontradas en la facturación, en donde se aclaran procedimientos facturados y acciones para mitigar el riesgo de glosa desde la facturación de enero a marzo de 2024.<br><br>**Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.** |
| Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de cartera puedan ser objeto de concusión en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago | Corrupción | El líder de cartera y técnico de cartera dan el trámite respectivo para el proceso administrativo de cobro según corresponda a cobro persuasivo en el formato CAR-F-17 " LISTA DE CHEQUEO SEGUIMIENTO A COBRO PERSUASIVOS", cobro perjudico en el formato CAR-F-15" LISTA DE CHEQUEO VERIFICACION A ACTAS DE CONCILIACION DE GLOSAS", y en el formato CAR-F-16 " LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTOS A PAGARES de acuerdo a necesidad conforme a lo descrito en el Procedimiento CAR-PR-12 Proceso de Cobro y Procedimiento CAR-PR-06 Recudo Pagares. | Con corte al cuarto cuatrimestre de 2024, el responsable del proceso aporta:<br><br>Acta de comité de cartera que contiene el informe mensual de cartera del mes de febrero de 2024.<br><br>Formato CAR-F-15 lista de chequeo verificación a actas de conciliación de glosas, que contiene requerimientos de febrero, marzo y abril de 2024, el seguimiento y correspondiente radicado en ORFEO.<br><br>Formato CAR-F-16 lista de chequeo verificación y seguimientos a pagares, que contiene el seguimiento a 16 pagarés entre enero y abril de 2024 y el estado actual de estos.<br><br>Formato CAR-F-17 lista de chequeo seguimiento a cobro persuasivos, formato en donde no se observa diligenciamiento de la fecha para realizar el cobro pre jurídico ni el número de radicado de ORFEO.<br><br>Se recomienda continuar diligenciando el formato CAR-F-15 lista de chequeo y verificación de actas de conciliación de glosas en la nueva versión, así mismo el formato CAR-F-17 Lista de chequeo seguimiento a cobro persuasivos.<br><br>**Se evidencia que el proceso lleva un control adecuado y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.** |
| Posibilidad de Pérdida Recursos económicos de la Entidad y/o Investigaciones y sanciones disciplinarias por recibir dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros por aceptación de Glosas a favor de las entidades Responsables de Pago | Soborno | El Coordinador del Proceso, Auditores (Externo y de la ESE) y Técnico de Cuentas Médicas, según necesidad levantan acta de reunión de análisis conjunto con las ERP con las cuales existen glosas reiteradas según lo establecido en el procedimiento AM-PR-03 Acta de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones, medido a través del indicador 546 Aceptación de glosa de la vigencia con una meta establecida <=4% sobre la facturación neta de la vigencia. | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos :<br><br>Indicador mensual 546 Aceptación de glosa de la vigencia en donde se relaciona el valor de la glosa neta final aceptada en la vigencia frente al total facturado de la vigencia con meta menor a 4% y a abril presenta 0,01%<br><br>Pantallazo de formato AM-F-02 acta de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones organizado en carpetas de enero, febrero , marzo y abril dentro de las cuales se observan PDF por contratos con cada ERP.<br><br>**Se evidencia que el proceso lleva un control adecuado y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.** |
| Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de cartera pueden recibir dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago. | Soborno | El técnico de cartera mensualmente realiza la gestión para los cobros persuasivos registrándolo en el formato CAR-F-14 "Matriz general de cartera por entidad" de acuerdo al procedimiento del CAR-PR-12, trimestralmente se dejan los saldos globales en comité de cartera. | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos :Formato CAR-F-14 Matriz general de cartera por entidad, por cada entidad responsable de pago y Acta de comité de cartera del mes de febrero de 2024, correspondientes al periodo evaluado, lo cual permite evidenciar que mensualmente se realiza la gestión para los cobros persuasivos.**Se evidencia que la aplicación del control es adecuado y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de cartera puedan ser objeto de concusión en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago | Soborno | El técnico de cartera mensualmente realiza cobro de pagares aplicando el formato CAR-F-16 " lista de chequeo verificación y seguimiento a pagares" teniendo en cuenta el procedimiento del CAR-PR-12 Proceso de cobro el cual indica que mensualmente se socializa en comité de cartera. | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunto los siguientes formatos:<br><br>Cartera adjunta los siguientes soportes: formatos CAR-F-16 " lista de chequeo verificación y seguimiento a pagares". y Acta de comité mensual de cartera de febrero de 2024, correspondiente al periodo evaluado. Sin embargo, en el formato CAR-F-16, se observa la agregación en varias columnas.<br><br>**Se evidencia que la aplicación del control es adecuada y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo, se recomienda ajustar el formato utilizado de acuerdo a su aplicación.** |
| Posibilidad de recibir cualquier dádiva o beneficio para celebrar acuerdos de voluntades con determinadas personas jurídicas sin que cumpla con los requisitos mínimos para su selección ley 1438 de 2011 y decreto 441 de 2022. | Soborno | El coordinador y profesional de apoyo de la oficina comercial, verifican que se den cumplimiento de los requisitos de la normatividad vigente ley 1438 de 2011 y decreto 441 de 2022, sus anexos técnicos en el momento de suscribir el acuerdo de voluntades. | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunto los siguientes formatos:<br><br>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, el coordinador y profesional de apoyo de la oficina comercial, adjunta seis contratos con entidades responsables de pago siendo estos los soportes de la aplicación del control.<br><br>**El riesgo y control diseñado está de acuerdo a la Guía de gestión de riesgos. versión 6**<br><br>**Se evidencia que el proceso lleva un control adecuado y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.** |
| Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias y punitivas por utilización indebida y sustracción de la información física por parte del personal de la entidad | Corrupción | El grupo de Gestión Documental verifica la competencia y cumplimiento de los pasos a seguir, para consulta y préstamo de documentos mediante los Procedimientos GD-PR-13 consulta de documentos en archivos de gestión documental y GD-PR-15 Préstamo de documentos en Archivos de Gestión y realiza trazabilidad mediante los formatos GD- F-01 de control consulta y préstamos de documentos institucionales, el Formato GD-F-20 Préstamo de Documentos en archivos de gestión y el formato GD-F-12 Testigo. | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos actualizados y diligenciados: GD- F-01 «control consulta y préstamos de documentos de archivo» corte abril de 2024, el Informe líder del proceso de gestión documental y el formato «Préstamo Documentos Archivo de Gestión» GD-F-20 corte abril de 2024<br><br>**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.** |
| | | El personal de HC verifica la solicitud y ejecuta los pasos a seguir para el préstamo y consulta de historias clínicas mediante el procedimiento AHC-PR-04, articulado al formato AHC-F-06 y F-28 "SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA". | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, se presentan como evidencia por parte del responsable del proceso los formatos: AHC-F-06 «REGISTRÓ RELACIÓN SOLICITUD Y RESPUESTA DERECHOS DE PETICIÓN DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN VIGENTE», Formato F-28 "SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA" del periodo evaluado, para el caso de este formato se recomienda ajustar la codificación del formato de acuerdo a lo establecido en la norma fundamental ( debe iniciar por el código del proceso)<br><br>Se recomienda ajustar el control y las soportes de las evidencias, teniendo en cuenta la actualización en DARUMA del formato F-28 "SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA"<br><br>**Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y sin embargo hay que ajustar en el control los documentos soportes** |
| Posibilidad de providencias en contra de la institución, por inefectivo seguimiento a procesos judiciales o favorecimiento a la parte demandante al ejercer una defensa judicial | Corrupción | Los abogados de la oficina jurídica realizan seguimiento diario a los procesos judiciales frente a términos para defensa técnica y a la trazabilidad de los mismos conforme a lo establecido en el procedimiento OAJ-PR-05 Mediante matriz general de proceso OAJ-F-18 | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunto los siguientes formatos: Matriz general de procesos OAJ-F-18, Informe anual secretaria técnica, lo cual permite evidenciar que los abogados de la oficina jurídica realizan seguimiento diario a los procesos judiciales frente a términos para defensa técnica.<br><br>Sin embargo, al verificar el procedimiento OAJ-PR-05 PROCESOS ADMINISTRATIVOS, no se encuentra articulado el formato OAJ-F-18 Matriz General de procesos, documento que permite evidenciar la aplicación del control, Se recomienda actualizar el procedimiento en mención. REITERATIVO<br><br>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo, sin embargo, se recomienda incluir los documentos soporte de la aplicación del control en el procedimiento establecido. |
| Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada a la adquisición, mantenimiento de infraestructura hospitalaria y equipo industrial. | Corrupción | Según necesidad El líder de mantenimiento emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 173 de 2023 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28 | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, El responsable del control No aporto evidencias de la ejecución del control.<br><br>No se puede evaluar la adecuada aplicación del control |
| | | Según la necesidad el líder de mantenimiento basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, El responsable del control No aporto evidencias de la ejecución del control.<br><br>No se puede evaluar la adecuada aplicación del control |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Posibilidad de Pérdida de recursos e imagen institucional debido a la alteración de la Información registrada en los Sistemas de información por parte de uno o más colaboradores del proceso en favorecimiento de un tercero. | Corrupción | El profesional del proceso de TIC genera los datos del sistema de Información Servinte Clínica Suite Enterprise de acuerdo con el Instructivo Reporte de 2193 Ministerio de Salud 6.0. Los datos generados del sistema son publicados en archivo de Excel en la ruta:\\HSRTUNCLU\Estadísticas\Estadísticas\ para revisión y uso de la información por las diferentes áreas del hospital, mediante la protección contra escritura del archivo publicado y con permisos de acceso a las áreas directamente implicadas | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos : reportes del Informe de 2193 del periodo evaluado y publicado en la ruta respectiva \\HSRTUNCLU\Estadisticas\Estadisticas\Estadisticas_2023\Decreto_2193_2023, y correos electrónicos de la gestión del reporte de novedades a las áreas respectivas y del cual se aportó informe con pantallazos que evidencian su ejecución.<br><br>El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6<br><br>**Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.** |
| | | El profesional universitario designado para la creación de usuario, cuando se requiera asigna y define permisos a usuarios teniendo en cuenta lo establecido en el manual de Políticas de seguridad de la información S-M-02 en su apartado creación de cuenta y acceso a los sistemas de información dejando registro en el formato S-F-39 Gestión de Acceso a Sistemas de Información y/o Plataformas Institucionales. Dicho formato se anexa a la solicitud en la mesa de servicios (GLPI). | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta muestra de los siguientes formatos : CODIGO S-F-39 CON NOMBRE GESTIÓN DE ACCESO A SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y/O PLATAFORMAS INSTITUCIONALES, correspondientes al periodo evaluado.<br><br>El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6<br><br>**Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.** |
| | | El profesional especializado designado de sistemas cuando se requiera define parámetros para restringir y controlar la asignación y uso de derechos de acceso y establecer permisos según lo establecido en el procedimiento S-PR- 12 Gestión y Administración a través de directorio activo | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el líder del proceso adjunta los siguientes soportes: pantallazo de directorio activo de usuarios registrados, correspondiente al periodo evaluado.<br><br>El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6<br><br>**Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.** |
| Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por uso indebido de la información para obtener un beneficio particular. | Corrupción | Los profesionales de talento humano a través de la plataforma GLPI junto con el formato S-F-39 "Gestión de acceso a sistemas de información y/o plataformas institucionales" solicitan usuario para los funcionarios una vez son contratado de acuerdo a lo descrito en el procedimiento de gestión de usuarios para el acceso a sistemas de información y/o plataformas institucionales en donde se definen los lineamientos para la gestión de usuarios que acceden a los sistemas de información y/o plataformas institucionales del hospital. | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta muestra de los siguientes formatos : CODIGO S-F-39 CON NOMBRE GESTIÓN DE ACCESO A SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y/O PLATAFORMAS INSTITUCIONALES, correspondientes al periodo evaluado.<br><br>El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6<br><br>**Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.** |
| Posibilidad Investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias y detrimento patrimonial por ataques cibernéticos que modifiquen la información guardada para obtener un beneficio particular. | Opacidad | El profesional universitario de Gestión de sistemas de información y comunicaciones mantiene vigente y realiza supervisión mensual de los contratos de mantenimiento de los sistemas de información de manera continua con el fin de garantizar la seguridad informática de cada uno de los sistemas de información.<br><br>1. Servinte clínica suite.<br>2. Daruma salud.<br>3. Orfeo.<br>4. Enterprise Imaging.<br>6. SICOF RP<br>7. Comprobar<br>8. Corum | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos : contratos e informes de supervisión del periodo evaluado lo cual permite evidenciar que supervisión realiza mensualmente seguimiento a los contratos de mantenimiento de los sistemas de información.<br>El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6<br><br>**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Se evidencia que la aplicación del control es adecuado y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.** |
| Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada al proceso | Corrupción | Según necesidad El líder del proceso emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 173 de 2023 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública. y /o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, los responsables de ejecutar adjuntan evidencias de C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios periodo evaluado**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Según la necesidad el líder del proceso basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva | Para tercer cuatrimestre de 2023, los responsables de ejecutar adjuntan evidencias de Evaluación Técnica definitiva C-F-31 y propuestas del periodo evaluado<br><br>**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.** |
| Posibilidad de Investigaciones de los organismos de control, disciplinarias y sanciones pecuniarias por Favorecer a un aspirante en el acceso a un cargo sin el lleno de requisitos legales (personal de planta, CPS, empresa Temporal y Tercerizados asistenciales) | Corrupción | La profesional de nómina procede a revisar los requisitos del candidato a ser vinculado cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento selección, ingreso y promoción de personal TH-PR-08, manual de funciones y formato TH-F-45 el cual se formaliza a través de firma una vez cumpla con los requisitos allí definidos.<br><br>Los profesionales delegados para la revisión de hojas de vida y cumplimiento de requisitos para la selección y vinculación del personal dan aplicación a los procedimientos "Verificación, manejo y control y custodia de historias laborales TH-PR-05" y " Procedimiento TH-PR-42 Selección de personal en misión", frente al cumplimiento de requisitos para su vinculación y cuyo resultado será la formalización del formato TH-F-45 con las respectivas firmas.<br><br>Anexo técnico de perfil | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso anexa como evidencia relación de personal contratado dentro del periodo en que se realiza el seguimiento como se muestra a continuación: modalidad prestación de servicios (28) personal en misión (153), respecto a personal de planta (2)<br><br>Además se pudo evidenciar que el profesional de nómina verificó, cumplimiento de los requisitos, mediante de verificación en el formato TH-F-45 « verificación requisitos hoja de vida y habilitación "actividad que se realizó antes de la vinculación del profesional, se recomienda ajustar en los soportes de evidencias y en el indicador , el nombre del formato y el código por (TH-F-45 verificación requisitos hoja de vida y habilitación), adicionalmente mencionan el siguiente formato TH-F-45 Relación de contratos con número o Radicado, el cual no se encuentra dentro del listado maestro de DARUMA, sin embargo adjuntan como evidencias TH-F-75 BASE DE DATOS PARA REGISTRO DEL PERSONAL NUEVO<br><br>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva, sin embargo se recomienda ajustar los documentos soporte, ya que no se encuentran acorde con el diseño del mismo. |
| Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada a lo relacionado con Capacitación, bienestar, uniformes y otros elementos, contratación con empresas de suministro de personal. | Corrupción | Según necesidad El líder de Talento Humano emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido la resolución 173 de 2021 donde se adopta Manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos mediante el formato tan los requisitos mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública. y/o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, El responsable del control No aporto evidencias de la ejecución del control.<br><br>No se puede evaluar la adecuada aplicación del control |
| | | Según la necesidad el líder de Talento Humano basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, El responsable del control No aporto evidencias de la ejecución del control.<br><br>No se puede evaluar la adecuada aplicación del control |
| Posibilidad de trafico de influencias conflicto de intereses (amistas o enemistad, persona influyente) en el proceso de vinculación de personal para favorecer un tercero | Corrupción | El profesional de apoyo de talento humano aplica el instructivo TH-INS-01 de conflicto de interés para la vinculación de personal previo a la contratación. A través de los formatos THF-67 Declaración De Situaciones De Conflicto De Intereses Servidor Público O Contratista, TH-F-92 Formato De Declaración De Intereses Particulares Del Personal En Misión | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el responsable del control informa que no se han presentados posibles conflictos de interés en el desarrollo de las actividades de los servidores públicos con responsabilidades de supervisión de contratos, interventoría, contratación , ordenación del gasto, pagaduría o tesorería.<br><br>**El riesgo está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Para este cuatrimestre no se puede evaluar la aplicación del control** |
| Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias por autorización de retiro parcial de cesantías sin el lleno de los requisitos previstos por ley para favorecer un tercero | Corrupción | El profesional universitario de talento humano una vez se requiere el retiro de las cesantías por parte del personal, recepción la solicitud de cesantías y verifica el cumplimiento de los requisitos, realiza visita de verificación, tramita legalización de los documentos para el pago de cesantías de acuerdo a lo descrito en TH-PR-50 procedimiento de liquidación y pago cesantía parcial LEY 50 y el TH-PR-51 procedimiento de liquidación y pago de cesantía parcial retroactivas | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el responsable del proceso, adjunta como evidencia: Oficios solicitud de cesantías, certificado de cumplimiento de requisitos, autorización de pago de cesantías, oficio autorización de pago de cesantías, certificado de cumplimiento de requisitos, documentos de personal de planta (2) lo cual permite observar la adecuada aplicación del control en el periodo evaluado.<br><br>**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Posibilidad de afectación del servicio por favorecimiento a terceros en la evaluación técnica final en la contratación que conlleven a investigaciones y sanciones disciplinarias | Corrupción | Según necesidad la coordinación de apoyos de servicios de salud y Laboratorio Clínico emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 173 de 2023 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad , requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública. y/o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, coordinación de apoyos de servicios de salud anexa formato C-F-27, ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS - SERVICIOS ESPECILIZADOS EN PATOLOGÍA, del periodo evaluado.<br><br>**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.** |
| | | Según necesidad la coordinación de apoyos de servicios de salud y Laboratorio Clínico y Laboratorio Clínico, basado en los requisitos contractuales y especificaciones técnicas emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, coordinación de apoyos de servicios de salud anexa formato C-F-31 Evaluación técnica definida SERVICIOS ESPECILIZADOS EN PATOLOGÍA, del periodo evaluado.<br><br>**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.** |
| Posibilidad de Investigaciones y sanciones disciplinarias o detrimento patrimonial debido al favorecimiento a terceros mediante la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos | Corrupción | El Coordinador Administrativo de farmacia por requerimiento analiza la viabilidad de la necesidad de adquisición de medicamentos y dispositivos y emite el requerimiento de acuerdo al tipo de contratación según lo establecido en el Procedimiento selección y adquisición de medicamentos y dispositivos médicos SF-PR-23 mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad y formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, muestra de estudios previo de conveniencia Y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio de medicamentos y dispositivos médicos diligenciados en el formato (CÓDIGO: C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA), con sus respectivas Evaluaciones Técnicas Definitivas mediante el formato C-F-31.<br><br>**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.** |
| Posibilidad de Investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias y afectación económica por hurto o perdida de medicamentos y dispositivos médicos con alto valor comercial en el servicio farmacéutico derivados de falta de principios y valores institucionales del personal del servicio farmacéutico. | Fraude | Los regentes y tecnólogos administrativos cotejan los inventarios aleatorios mensualmente a través del formato SF-F-58 "Control de inventarios y fechas de vencimiento" con el fin de garantizar que las existencias físicas sean concordantes con el saldo reportado por el sistema (SERVINTE) | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta, formatos SF-F-58 "Control de inventarios y fechas de vencimiento diligenciados del periodo evaluado, lo cual permite evidenciar que los regentes y tecnólogos administrativos realizan los inventarios aleatorios según lo describe el control, lo cual permite evidenciar la adecuada aplicación del control.<br><br>**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.** |
| Posibilidad de Investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias y afectación económica por hurto o perdida de medicamentos y dispositivos médicos del carro de paro derivados de falta de principios y valores institucionales del personal responsable | Fraude | La enfermera jefa durante la primera semana de cada mes verifica el estado actual de los medicamentos, dispositivos médicos (fecha de vencimiento, lote, y cantidad), la cual queda registrada en el formato SF-F-36 Y SF-F-38, teniendo en cuenta el procedimiento SF-PR-61 Custodia, verificación, uso y reposición del carro de paro y reservas autorizadas con el fin de verificar el estado actual y uso de los medicamentos y dispositivos médicos. | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes soportes de los formatos :Formato SF-F-36 Inventario de carro de paro, Formato SF-F-38 Listado de reserva autorizada de medicamentos y dispositivos médicos par servicios correspondientes al periodo evaluado.<br><br>**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.** |
| | | El químico farmacéutico realiza auditorías de carro de paro trimestralmente por medio del formato SF-F-59 Auditoria de carros de paro de acuerdo a lo descrito en el procedimiento SF-PR-61 custodia, verificación, uso y reposición del carro de paro y reservas autorizadas. | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el responsable del control adjunta como soportes el Formato SF-F-59 Auditoria de carros de paro , lo cual permite evidenciar que el responsable realiza auditorías de carro de paro trimestralmente por medio del formato<br><br>**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.** |
| Posibilidad de afectación del servicio, Investigaciones y sanciones disciplinarias debido al favorecimiento a terceros mediante la emisión de la evaluación técnica final | Corrupción | Según necesidad prestación de servicios emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 173 de 2023 donde se adopta | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el responsable del proceso anexa como evidencia muestra de (8) «ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS» C-F-27, correspondientes al periodo evaluado (cirugía vascular, cirugía oncológica, hemodinamia. Oncología, neurocirugía, perinatología, y urología) y del formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad , requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública.(Osteocol), lo que permite |

| | | | |
|---|---|---|---|
| en la contratación | | el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública. y /o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios | observar la adecuada aplicación del control.**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.** |
| | | Según la necesidad la oficina de prestación de servicio, basado en los requisitos contractuales y especificaciones técnicas emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva (para entidades), TH-F-68 ENTREVISTA CONCEPTO TÉCNICO ( SUPERVISOR) (CPS) | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el responsable del proceso anexa como evidencia formatos C-F-31 EVALUACIÓN TECNICA DEFINITIVA correspondientes al periodo evaluado de (cirugía vascular, cirugía oncológica, hemodinamia. Oncología, neurocirugía, perinatología, y urología)<br><br>**El control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.** |
| Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por concentración de poder que puede generar prácticas no éticas o de conflictos de interés en investigaciones desarrolladas en el HUSRT para beneficio de un tercero | Opacidad | El comité de investigación y bioética en investigación realizan la aprobación y seguimiento de las investigaciones de la ESE HUSRT anualmente cuando se traten de proyectos que tengan una duración de un año y para los proyectos con duración inferior se realizará el seguimiento al 50% del cronograma propuesto en el proyecto. A través de los siguientes formatos: Actas de comité de investigación y bioética. GAC-F-04 Consentimiento informado comité de bioética GAC-F-05 Carta de compromiso del comité de bioética e investigación GAC-F- 6 formato de evaluación y seguimiento de evaluaciones. GAC-F -14 Resumen de investigación | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos :Actas de comité de investigación y bioética (enero, febrero, marzo y abril de 2024), adjuntan los siguientes formatos descargados de DARUMA ,GAC-F-04 Consentimiento informado comité de bioética, GAC-F-05 Carta de compromiso del comité de bioética e investigación, GAC-F- 6 formato de evaluación y seguimiento de evaluaciones, GAC-F -14 Resumen de investigación sin diligenciar<br><br>Las evidencias aportadas no permiten verificar la adecuada aplicación del control |
| Posibilidad de Investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias por recibir cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros por omitir la gestión de PQR y reclamos realizados por alguna parte interesada | Soborno | El coordinador y el técnico de SIAU una vez se reciben la manifestaciones realiza la clasificación, consolidación de la información en los formatos SIAU-F-13 MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMOS y SIAU- F-18 "MATRIZ DE CONSOLIDACION DE SUGERENCIAS POR SERVICIO Y POR FACTOR DE CALIDAD", la incluye en informe mensual que se presenta a gerencia y tramitan cumpliendo con los tiempos de respuesta señalados en la Resolución 194 de 2018 vigente, de acuerdo a lo descrito en el procedimiento SIAU-PR-02 Tramite y respuesta a manifestaciones de inconformidad. El informe es publicado en la página web del hospital en el link de atención y servicios a la ciudadanía petición quejas y reclamos " informe". | Con corte al primer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes :Formatos SIAU-F-13 MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMOS , SIAU- F-18 "MATRIZ DE CONSOLIDACION DE SUGERENCIAS POR SERVICIO Y POR FACTOR DE CALIDAD", del periodo evaluado<br><br>**El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6**<br><br>**Se evidencia que el proceso lleva un control adecuado y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.** |

Fuente: Mapa de riesgos de corrupción, fraude y opacidad



Como resultado de la evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos de Corrupción-fraude y opacidad, se presentan observaciones y recomendaciones de mejora sobre la identificación de riesgos de esta tipología, así como para la definición y aplicación de controles, que permitan mitigar o reducir los riesgos de corrupción, opacidad y fraude como aporte en el fortalecimiento de la administración de riesgos del HUSRT, las cuales se pueden consultar en el **Archivo que se anexa a este informe.**

Las observaciones generadas para los controles de los riesgos, se realizan teniendo en cuenta lo establecido para el diseño de controles, el control debe contener en su redacción un responsable, una acción y complemento claro, que, de acuerdo con lo señalado por la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6 del DAFP, se refiere a:

**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
**La acción**, se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control".
**El complemento**, corresponde a los detalles que permiten identificar claramente divulgar el objeto del control".



Teniendo en cuenta la anterior la tercera línea de defesa (Oficina de control Interno) evalúo 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:

| CALIFICACION FINAL DEL CONTROL-EVALUACION CONTROL INTERNO | No. Controles | Porcentaje (%) |
|---|---|---|
| FUERTE | 40 | 78% |
| MODERADO | 9 | 18% |
| DEBIL | 2 | 4% |

Fuente. Propia Seguimiento tercera línea

Como se puede observar en la anterior tabla de los 51 controles evaluados y verificados se observó que un 78% 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 18% 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 y/o aportan las evidencias en formatos desactualizados (obsoletos) y un 4% 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. (Para este caso no aporto evidencias de la aplicación del control)

A continuación, se muestran los subprocesos más críticos según la calificación realizada por la tercera línea

Tabla No 7 calificaciones controles

| No RIESGO | PROCESOS | CALIFICACION DISEÑO DE CONTROL | OBSERVACIONES OCI |
|---|---|---|---|
| **MAN-RC-01** | GESTION DE MANTENIMIENTO | DEBIL | EL PROCESO NO APORTO EVIDENCIAS DE LA EJECUCIÓN DEL CONTROL |
| **IB-RF-01,** | GESTION TECNOLÓGICA, | MODERADO | EL PROCESO SOPORTA EVIDENCIAS |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **C-RC-01, C-RS-01** | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN, | | CON DOCUMENTOS OBSOLETOS Y/O EVIDENCIAS DE LA EJECUCIÓN DEL CONTROL INCOMPLETAS. |
| **GAD-RC-01** | GESTIÓN ADMINISTRATIVA, | | |
| **OAJ-RC-01** | GESTIÓN JURIDICA | | |
| **TH-RC-01,TH-RC-02** | GESTION DE TALENTO HUMANO | | |
| **GAC-RO-01** | GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN | | |

Fuente. Propia- Informe seguimiento tercera línea



Para los controles que fueron catalogados como débiles y moderados es necesario que se analice el anexo del presente informe y se tomen las acciones que permitan evaluar en que aspectos deben fortalecerse las acciones de control y si es necesario realizar nuevamente la valoración del riesgo residual.

## SEGUIMIENTOS PLANES DE ACCION ASOCIADOS A LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN VIGENCIA 2024

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento al cumplimiento de las acciones propuestas en los planes de acción asociadas a los riesgos con corte 30 de abril de 2024. Así mismo, realizó la verificación a través de la información suministrada por los procesos responsables de su ejecución, como resultado de este seguimiento se evidenció que los siguientes subprocesos no dieron cumplimiento a lo proyectado en el plan de acción.

| Plan de Acción | Responsable | Fecha Implementación | Fecha Seguimiento | Indicador Producto | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| Documentar procedimiento central de cuentas asociadas actividades relacionadas para la recepción, revisión, verificación y control de todas las cuentas por pagar de la entidad, el cual debe incluir el formato especifico a utilizar para dicho fin. | Coordinador de tesorería | Abril de 2024 | Cuatrimestral | Documento elaborado | A la fecha del seguimiento no se encuentra documentado este procedimiento, incumpliendo con el plan de acción. |
| Documentar procedimiento central de cuentas asociadas actividades relacionadas para la recepción, revisión, verificación y control de todas las cuentas por pagar de la entidad, el cual debe incluir el formato especifico a utilizar para dicho fin. | Coordinador de tesorería | Abril de 2024 | Cuatrimestral | Documento elaborado | A la fecha del seguimiento no se encuentra documentado este procedimiento, incumpliendo con el plan de acción. |
| Documentar procedimiento de contratación y venta de servicios de salud. | Coordinador de comercial y contratación de servicios de salud. | Marzo de 2024 | Semestral | Procedimiento actualizado | A la fecha del seguimiento no se encuentra documentado este procedimiento, incumpliendo con el plan de acción. |

Fuente: Matriz de riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno

## CONCLUSIONES

En concordancia a las actividades de seguimiento y evaluación ejecutadas por la Oficina de Control Interno en el marco del seguimiento al Mapa de Riesgo de Corrupción, opacidad, fraude y soborno correspondiente al primer cuatrimestre del año 2024, se generan las siguientes conclusiones:



- El mapa de riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno al corte del 30 de abril de 2024, está conformado por Treinta y ocho (38) riesgos, 23 de tipo corrupción, 3 de opacidad, 3 de fraude y 9 de soborno, los cuales tienen definidos un total de( 51) cincuenta y uno controles; tanto los riesgos como sus controles, de acuerdo con el reporte realizado en el formato o OADS-F-41 MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO (SICOFS), fueron monitoreados por la primera y segunda línea de defensa, a excepción de uno asociado al subproceso de Mantenimiento al cual no se le realizo seguimiento porque no aporto evidencias de la ejecución del control.

- De los 38 riesgos identificados, dos riesgos correspondientes al proceso de Gestión Financiera (tesorería), no cuentan con controles asociados, los cuales se encuentran en zona de riesgo inherente, estos cuentan con plan de acción relacionado con "Documentar procedimiento central de cuentas asociadas actividades relacionadas para la recepción, revisión, verificación y control de todas las cuentas por pagar de la entidad, el cual debe incluir el formato especifico a utilizar para dicho fin", riesgos que serán evaluados en el siguiente seguimiento.

- De acuerdo con la información que reportó la primera línea de defensa en la matriz de riesgos de corrupción con corte al 30 de abril de 2024, monitoreo realizado por la segunda línea y el seguimiento realizado por la tercera línea, se concluyó que, para el primer cuatrimestre del año, no se presentó materialización de riesgos de corrupción.

- Se evidenció que el seguimiento por parte de la primera línea de defensa de los procesos, lo realizan 26 procesos de los 27 que tiene identificados riesgos de Corrupción, opacidad y fraude, lo cual permite observar una mayor adherencia al autocontrol por parte de la primera línea de defensa, respecto a lo identificado los cuatrimestres anteriores.

- Se concluye que después de la evaluación independiente realizada por la Oficina asesora de control interno se replantea la calificación final de los controles realizada por la segunda línea de defensa, esto debido a que se evidencio lo siguiente: utilización de formatos obsoletos, aporte de evidencias después del monitoreo de segunda línea, errores en el diligenciamiento de los formatos, evidencias de ejecución incompletas o no adjuntaron evidencias de la ejecución del control.

Pasando de un 90% a un 78% los controles caracterizados como Fuertes, de un 4% a un 18% los caracterizados como moderados y un 6% a un 4% los caracterizados como débiles

## RECOMENDACIONES



- Teniendo en cuenta que algunos controles, 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 subprocesos soliciten acompañamiento de la segunda línea de defensa para mejorar en la implementación de la metodología adoptada por la entidad.

- Se evidenció que los soportes adjuntados por algunos procesos no son suficientes para verificar la ejecución del control o aportan soportes que no se encuentran acorde al diseño de control y en la mayoría de ocasiones utilizan documentos desactualizados y no están acorde a lo documentado en DARUMA, por tal razón se recomienda a la primera y segunda línea de defensa realizar un monitoreo adecuado y dar cumplimiento a las responsabilidades establecidas en la Política Integral de Gestión de riesgos.

- Se recomienda a los procesos que adjuntan evidencias relacionadas con soportes de actas de reunión de Comités institucionales como: Comité de contratación, Comité de cartera, Comité de investigación y Bioética, dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 371 del 2023 "Control y monitoreó del trabajo en equipo MACROCOMITE".

- Se recomienda a los siguientes procesos: Gestión documental y gestión tecnológica, actualizar los formatos que no cumplen con lo establecido en el Numeral 8.3 CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS de la Norma fundamental, esto teniendo en cuenta que dentro del control y los soportes del control mencionan formatos sin el código alfanumérico de identificación de cada proceso.

- Se recomienda a la segunda línea de defensa (Gestión del riesgo), actualizar el diseño de los controles de los siguientes riesgos TH-RC-01, GD-RC-01 Y IB-RF-01 asociados a los procesos de (Gestión de talento humano, Gestión documental y Gestión Tecnológica), esto teniendo en cuenta que mencionan documentos que no se encuentran en el listado maestro de documentos y /o incumplen con lo establecido en la Norma fundamental.

- Se recomienda al proceso Gestión Jurídica, actualizar el procedimiento OAJ-PR-05 PROCESOS ADMINISTRATIVOS, teniendo en cuenta no se encuentra articulado el

formato OAJ-F-18 Matriz General de procesos, documento que permite evidenciar la aplicación del control. REITERATIVO

- Se recomienda dar cumplimiento a los plazos establecido en los planes de acción, lo anterior teniendo en cuenta que de los 20 acciones establecida 3 sub proceso no cumplieron con la acción propuesta



- Se recomienda a la segunda línea de defensa (Gestión del riesgo), tener en cuenta las observaciones y 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".

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.

Hace parte integral de este informe, **Anexo 1: Matriz de seguimiento Evaluación del Mapa de riesgos – primer cuatrimestre de 2024**, documento en donde se registran las observaciones y recomendaciones para cada uno de los riesgos y sus controles.
Algunas de las observaciones se encuentran en el presente informe porque se consideraron relevantes, pero la mayoría se deben consultar en la respectiva matriz.

**CORDIALMENTE**

**ORIGINAL FIRMADO**

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

Proyecto: Claudia Stella Sáenz Jiménez
Profesional Especializado OACI