

Al contestar cite
20231100001871

20231100001871

Tunja, 13 Enero del 2023

Doctor

GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZALEZ

Gerente

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

Ciudad

Ref : Seguimiento Mapa de Riesgos de corrupción - Tercer cuatrimestre de 2022.

En cumplimiento de lo dispuesto en la 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*», La oficina Asesora de Control Interno le informa para los fines pertinentes, que se realizó informe de seguimiento de mapas de riesgos de corrupción de la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja correspondiente al tercer cuatrimestre de 2022.

En este informe se evalúa el sistema de gestión de riesgos, analizando el diseño, efectividad y aplicación de los controles, validando que la línea estratégica, la primera línea y segunda línea de defensa cumplan con sus responsabilidades en la gestión de riesgos para el logro en el cumplimiento de los objetivos estratégicos, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 261 de 2022

Cordialmente,




DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ

Asesora Control Interno

E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Anexo Informe 7 folios.

C.C Oficina Asesora Desarrollo de servicios, Subgerencias y procesos intervinientes.



E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
GERENCIA

Recibido por [Handwritten Signature]
Hora: 16:50 Día: 13
Mes: Enero Año: 2023



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



8-7405030



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



ISO 9001

SC-CER906254



ISO 14001

SA-CER560814



ISO 45001

OS-CER559527



E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

1

INFORME

**SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCION TERCER CUATRIMESTRE
2022**

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, enero de 2023

INFORME SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN TERCER CUATRIMESTRE 2022

INTRODUCCIÓN

Dando cumplimiento a las funciones propias de la oficina de control interno y al plan anual de auditorías vigencia 2022 se efectuó seguimiento a la matriz mapas de riesgos de corrupción; utilizando herramientas que permitieron recopilar la información sobre la implementación de controles por cada una de las dependencias, con el fin de evitar la materialización de los riesgos

2

El mapa de riesgos de corrupción permite a la entidad identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de corrupción, tanto internos como externos, estableciendo las acciones y medidas orientadas a controlarlos; con un análisis de causas, revisando los riesgos y la efectividad de los controles incorporados en el mapa de riesgos de corrupción del tercer cuatrimestre del 2022

Con el presente seguimiento se analiza el cumplimiento y avance de las actividades incluidas dentro del primer componente del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano "Gestión del Riesgo – Mapa de Riesgos de Corrupción", llevados a cabo por los responsables, durante el periodo comprendido entre septiembre y diciembre de 2022.

OBJETIVO

Evaluar la gestión de los Riesgos de Corrupción 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 y ejecución de los controles para la mitigación de los riesgos establecidos por la Primer Línea de Defensa.
2. Hacer seguimiento a las actividades de control establecidas para la mitigación de los riesgos de los subprocesos que se encuentren documentadas y actualizadas.

ALCANCE

Comprende el seguimiento y evaluación a la gestión de riesgos de corrupción de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2022



CRITERIOS DE EVALUACIÓN

El presente seguimiento se realiza en virtud de lo establecido en el siguiente marco normativo:

- ❖ 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.
- ❖ Artículo 17 del Decreto N° 648 de 2017 que modifica el Artículo 2.2.21.5.3 del Decreto N° 1083 de 2015, donde se define los roles que debe cumplir las oficinas de Control interno de Gestión.
- ❖ Ley 1474 de 2011 (artículo 73) y el Decreto 124 de 2016 (artículo 2.1.4.1.) que define las estrategias de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano
- ❖ Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 4 y 5. DAFP.
- ❖ Decreto 1499 de 2017 Modelo Integral de Planeación y Gestión. 7ª. Dimensión Control Interno
- ❖ MIPG. Dimensión 7 "Control Interno"
- ❖ Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02

3

METODOLOGÍA:

Para realizar el presente seguimiento a la gestión del riesgo de corrupción, se verificaron los diferentes soportes y evidencias con corte 31 de diciembre de 2022, mediante el desarrollo de las siguientes actividades:

- Mediante correo electrónico de fecha 19 de diciembre de 2022, se solicitó a los procesos y subprocesos de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja los soportes de seguimiento a la ejecución de los controles y a las acciones emprendidas para fortalecer las actividades de control y monitoreo a la gestión del riesgo de corrupción.



- Verificación a la publicación del “Mapa de riesgos Institucional 2022” a través de la página web realizada
- Verificación de los soportes enviados por medio de correo electrónico, como evidencias de la ejecución de controles por parte de cada proceso y/o sub proceso.

PUBLICACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL – RIESGOS DE PROCESO Y DE CORRUPCION EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD

4

Se evidenció que la entidad realizó la publicación del Mapa de Riesgos Institucional 2022, a través de la página Web, en la sección de Nuestra entidad/Gestiona de calidad en el siguiente Link: <https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=171&seccion=nuestra-entidad&slug=mapa-de-riesgo-de-corrupcion>.

MAPA RIESGOS INSTITUCIONAL CORTE DICIEMBRE DE 2022

El mapa de riesgos Institucional-corrupción fue actualizado con versión No. 3, el 05 de septiembre de 2022, cuenta con la identificación y valoración de riesgos de los veinticuatro (24) procesos, que componen el mapa de procesos de la entidad, en donde se encuentran los riesgos tanto de gestión como de corrupción.

A corte diciembre de 2022, la distribución de los riesgos de gestión y de corrupción fue la siguiente:

TIPO DE RIESGO	TOTAL
CORRUPCIÓN	19
GESTION	68
TOTAL GENERAL	87



Gráfico 1-Fuente: Mapa de riesgos institucional

En el mapa de riesgos institucional, se evidencia la identificación de ochenta y siete (87) riesgos, de los cuales sesenta y ocho (68) son de gestión y representan un setenta y ocho por ciento

(78%) y diez y nueve (19) son de corrupción que equivalen a un veintidós por ciento (22%) del total de los riesgos.

ESTADO DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN TERCER CUATRIMESTRE

COMPOSICIÓN DEL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN POR MACROPROCESO

Dentro de mapa de riesgos institucional se encuentran identificados diez y nueve (19) riesgos de corrupción, de los cuales el 63% de éstos (12), se encuentran relacionados con procesos de apoyo; el 16% de los riesgos (3), corresponden a procesos estratégico; el 16% de los riesgos (3), corresponden a los procesos misionales y finalmente, el 5% restante de los riesgos (1), corresponde a un riesgo de corrupción identificado proceso de evaluación

5

MACROPROCESO	RIESGOS CORRUPCION	% PARTICIPACION TOTAL DE RIESGO
PROCESO ESTRATEGICOS	3	16%
PROCESO DE APOYO	12	63%
PROCESO MISIONAL	3	16%
EVALUACION	1	5%
TOTAL	19	100%

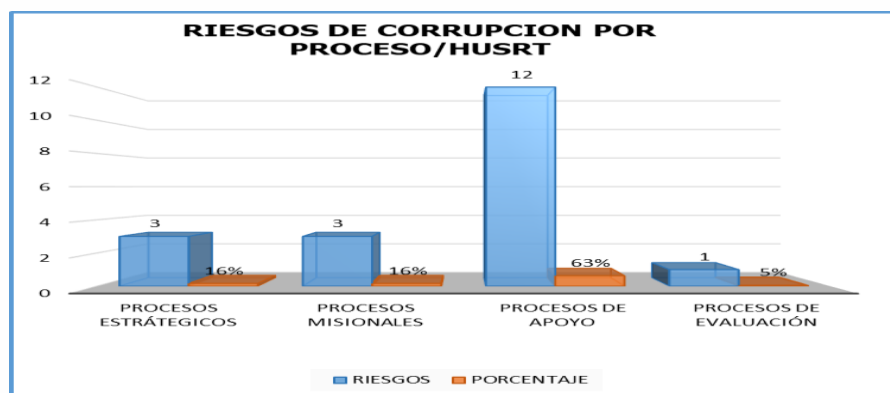


Gráfico 2-Fuente: Mapa de riesgos institucional

A continuación, se presenta la cantidad de controles asociados a los riesgos de corrupción de la vigencia 2022, los cuales cuentan con un total de 31 controles formulados, así

MACROPROCESO	No CONTROLES	% PARTICIPACION TOTAL DECONTROLES
PROCESO ESTRATEGICOS	5	16%
PROCESO DE APOYO	19	61%
PROCESO MISIONAL	5	16%
EVALUACION	2	7%
TOTAL	31	100%

Fuente: Cantidades de controles asociados a los riesgos

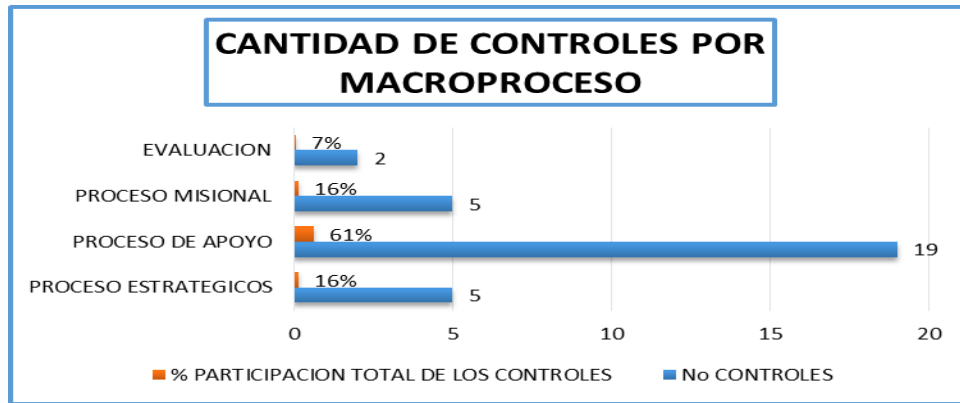


Gráfico 3 Cantidad de controles asociados a los riesgos de corrupción

6

De acuerdo con el gráfico 2, se concluye que, durante el tercer cuatrimestre de la vigencia evaluada, los procesos que tienen mayores cantidades de controles asociados a los riesgos de corrupción son; los procesos de apoyo con (19 controles), Procesos estratégicos y misionales con 5 controles cada uno y el proceso de evaluación con 2 controles

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

Para la evaluación del estado de la gestión del riesgo de corrupción la oficina Asesora de control Interno del HUSRT utilizó el formato CODIGO: OADS-F-14 denominado: "Mapa de riesgo de corrupción 2022", agregándole una columna de Observaciones Oficina de control interno tercer cuatrimestre. En este parte 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.

Esta verificación se realizó con base en las evidencias que los responsables de los procesos entregaron a la oficina asesora de control interno, algunas fueron tomadas página web del HUSRT y otras de la carpeta evidencias mapa de riesgos.

En este seguimiento se evaluó el resultado de la aplicabilidad de los controles existentes teniendo en cuenta las evidencias presentadas por los procesos, determinando que la mayoría ejecutó los controles establecidos, a continuación, se realiza seguimiento a la efectividad de los controles establecidos en cada uno de los procesos en cuanto a riesgos de corrupción III cuatrimestre de 2022.

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN 2022

Identificación del riesgo		INHERENTE	Evaluación del riesgo - Valoración de los controles		RESIDUAL		OBSERVACIONES CI TERCER CUATRIMESTRE 2022	
Subproceso	Descripción del Riesgo	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Atributos	Zona de Riesgo Final		Tratamiento
Gestión Documental	Posibilidad de Investigaciones y sanciones disciplinarias y punitivas por Utilización indebida y sustitución de la información física por parte del personal de la entidad.	Extremo	1	El grupo de Gestión Documental verifica la competencia y cumplimiento de los pasos a seguir, para consulta y préstamo de documentos mediante los Procedimientos GD-PR-13 consulta de documentos en archivos de gestión documental y GD-PR-15 Préstamo de documentos en Archivos de Gestión y realiza trazabilidad mediante los formatos GD- F-01 de control consulta y préstamos de documentos institucionales, y el Formato GD-F-20 Préstamo de Documentos en archivos de gestión	Diligenciamiento del formato GD-F-01 de control consulta y préstamos de documentos de archivo Informe mensual del líder del proceso de gestión documental. Formato Préstamo Documentos Archivo de Gestión GD-F-20	Extremo	Reducir (mitigar)	<p>El proceso de Gestión Documental presenta al corte del tercer cuatrimestre del 2022, los siguientes formatos debidamente diligenciados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GD-F-01 «CONTROL CONSULTA Y PRÉSTAMOS DE DOCUMENTOS DE ARCHIVO» correspondiente al periodo comprendido entre agosto y diciembre de 2022. - GD-F-20 «PRÉSTAMO DOCUMENTOS ARCHIVO DE GESTIÓN» del periodo comprendido entre el mes de agosto a diciembre de 2022 - Además se aporta el informe «PLAN ANTICORRUPCIÓN PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL» para este cuatrimestre. <p>La evidencia aportada demuestra la efectividad del control, que esta direccionado correctamente frente al riesgo, y se considera adecuado en cuanto a su funcionamiento.</p> <p>El líder del proceso presenta evidencia soportada a través del formato AHC-F-06 «REGISTRO RELACIÓN SOLICITUD Y ENTREGA DE COPIAS DE HISTORIA CLÍNICA» debidamente diligenciado y que contiene la información con corte a diciembre de 2022.</p> <p>Se constata que la evidencia presentada es efectiva frente al control, esta alineada con el riesgo y su funcionamiento se realiza de forma adecuada.</p>
			2	El personal de HC verifica la solicitud y ejecuta los pasos a seguir para el préstamo y consulta de historias clínicas mediante el procedimiento AHC-PR-04.	Diligenciamiento de formato AHC-F-06 Registro Relación solicitud y entrega de copias de Historia Clínica Diligenciamiento de libro control de préstamo interno de Historia Clínica (15 libros)	Extremo	Reducir (mitigar)	
Gestión Jurídica	Posibilidad de providencias en contra de la institución, por inefectivo seguimiento a procesos judiciales o favorecimiento a la parte demandante al ejercer una defensa judicial	Alto	3	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	OAJ-F-18 Matriz General de procesos, Informe trimestral al Comité de Conciliación por parte de la secretaria técnica	Alto	Reducir (mitigar)	<p>El proceso de Jurídica, adopta las recomendaciones dadas en el primer informe de seguimiento, y como evidencia del cumplimiento al control establecido, aporta el formato OAJ-F-18 «MATRIZ GENERAL DE PROCESOS» en la cual los abogados de la oficina jurídica realizan seguimiento diario a los procesos judiciales, respecto a términos para defensa técnica, lo mismo que a la trazabilidad de estos, conforme a lo establecido en el procedimiento.</p> <p>De otra parte la oficina jurídica presenta el Informe trimestral al Comité de Conciliación y defensa jurídica (en este caso se presenta de manera anual) en el cual se rin e informe de gestión realizada durante la vigencia 2022, por parte del secretario técnico.</p> <p>La evidencia presentada es efectiva respecto a lo requerido por el control, es adecuada para la mitigación el riesgo y su funcionamiento se da de acuerdo con lo establecido en las recomendaciones dadas al proceso en anteriores informes.</p>
Gestión Suministros y Activos Fijos	Etapas 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	Alto	4	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	Factura, Certificación de recibido a satisfacción; informe mensual de ingreso y egresos a contabilidad	Alto	Evitar	<p>La líder del proceso aporta evidencia de ejecución de los controles establecidos para el tercer cuatrimestre de la vigencia 2022 anexando:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Comprobantes de Ingresos de septiembre a Diciembre * Relación Egresos Consumo-Insumos Almacén * Facturas del periodo en seguimiento * Evidencias de los registros en el sistema Serviente * Constancia de recibido a satisfacción de la mercancía ingresada, según soportes allegados. <p>Se evidencia que los control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada.</p>
GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Etapas 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	Extremo	5	El coordinador de contratación según necesidad da apelación a los descrito en el Manual de contratación C-M-00, según cada modalidad de selección contractual, frente a los requisitos allí señalados para la selección de contratistas.	Relación de contratos suscritos en el periodo evaluado, Publicación en el SECOP y pagina web, evaluación del contratista, respuesta a observaciones, acta de cierre del proceso, propuesta diferente, estudios previos y demás soportes asociados a la etapa precontractual. C-F-31, C-F-29, TH- F-68	Extremo	Evitar	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2022, Respecto a los controles establecidos el proceso de gestión de Contratación adjunta como evidencia de su ejecución los siguientes anexos:</p> <ul style="list-style-type: none"> *ANEXO 1. Excel Matriz procesos contractuales *ANEXO 2. Pantallazos contratos publicados en el IV trimestre en la pagina secop II. *ANEXO 3. Muestra de documentos de algunos contratos publicados en IV trimestre en secop II *ANEXO 4. Pantallazos de requerimientos publicados en el IV trimestre en la pagina web del hospital <p>Así mismo el proceso evidenció ejecución de sus controles a través de la aplicación del Manual de Contratación C-M-00 por cada modalidad y los requerimientos señalados para cada uno.</p> <p>Se evidencia que el control es efectivo, mitiga el riesgo y esta funcionando en forma adecuada y de forma permanente.</p>
			6	La secretaria técnica del comité de contratación según necesidad, Para el caso de convocatoria pública, documentara a través de actas, el estudio del proceso y la selección del contratista	Actas de comité de contratación realizadas en el periodo evaluado	Extremo	Evitar	
GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Etapas 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	Extremo	7	El supervisor o interventor del proceso revisa y avalla cada uno de los elementos que ingresan a la entidad, con el fin de que cumplan con criterios de calidad, de igual forma hace seguimiento a las actividades que realizan los contratistas, conforme al objeto contractual dando cumplimiento estricto al Manual de supervisión e interventoría.	Listado de contratos, Informes de supervisión, documentos de ejecución del contrato.	Extremo	Evitar	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2022, allegan soportes así:</p> <ul style="list-style-type: none"> ANEXO 7. ACTUALIZACIÓN INFORMES DE SUPERVISIÓN ANEXO 8. LISTA DE CONTRATOS <p>Evidenciando la ejecución del mismo a través de informe que el supervisor o la interventoría realizan de los contratos que supervisan indicando fecha de elaboración al representante legal según normatividad vigente, verificando componente jurídico, técnico, financiero y contable, adicionalmente se verifica cumplimiento de obligaciones contractuales, evidenciando que el proceso realiza aplicación de su control, de manera adecuada, siendo este efectivo, sin embargo y en pro de una mejora continua es necesario que estos controles se revisen periódicamente y de ser necesario se ajusten de tal manera que se impida la ocurrencia del riesgo identificado.</p>

7

GESTIÓN TECNOLÓGICA	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.	Alto	9	El líder de Biomédica emite el estudio de conveniencia de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos diligenciando el formato C-F-28 Estudio de conveniencia y oportunidad	C-F-28 Estudio conveniencia y Oportunidad, Anexo Especificaciones Técnicas	Alto	Reducir (mitigar)	El responsable del subproceso, acoge las recomendaciones dadas en el informe del primer cuatrimestre, respecto a la descripción del control, mediante el uso del formato establecido C-F-28 «ESTUDIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD» En este sentido se aporta como evidencia los siguientes estudios de conveniencia y oportunidad, en los cuales se encuentra incluidas las especificaciones técnicas: ADQUISICIÓN DE MONITOR DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA PARA EL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.
			10	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.	Formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva, contrato, anexo técnico, especificaciones técnicas y servicios posventa.	Alto		La evidencia aportada demuestra que que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
			11	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	IB-F-01 Formato Proceso de validación de ingreso de Activos relacionado con equipos Biomédicos Acta de recibo del equipo a satisfacción	Alto		El responsable del subproceso, respecto a la descripción del control, mediante el uso del formato establecido C-F-28 «ESTUDIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD» En este sentido se aporta como evidencia los siguientes estudios de conveniencia y oportunidad, en los cuales se encuentra incluidas las especificaciones técnicas: ADQUISICIÓN DE MONITOR DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA PARA EL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Gestión Mantenimiento	Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada a la adquisición, mantenimiento de infraestructura hospitalaria y equipo industrial.	Alto	12	Según necesidad El líder de mantenimiento emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28	C-F-28 Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad	Alto	Reducir (mitigar)	La evidencia aportada demuestra que que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
			12	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	Evaluación Técnica definitiva C-F-31 Especificaciones Técnicas Propuestas	Alto		El responsable del subproceso, acoge las recomendaciones dadas en el informe del primer cuatrimestre, respecto a la descripción del control, mediante el uso del formato establecido C-F-28 «ESTUDIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD» En este sentido se aporta como evidencia los siguientes estudios de conveniencia y oportunidad, en los cuales se encuentra incluidas las especificaciones técnicas: ADQUISICIÓN DE MONITOR DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA PARA EL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA» Teniendo en cuenta las recomendaciones dadas en anteriores informes de seguimiento, el subproceso, presenta la evidencia de la aplicación efectiva del control, utilizando el formato : IB-F-01 «FORMATO PROCESO DE VALIDACIÓN DE INGRESO DE ACTIVOS»
GESTIÓN FARMACÉUTICA	Posibilidad de Investigaciones o sanciones disciplinarias o detrimento patrimonial debido al favorecimiento a terceros mediante la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos	Extremo	14	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	Relación contratos del periodo evaluado, C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva	Extremo	Evitar	Se evidencia que el control es efectivo, es preciso frente al riesgo y funciona en forma adecuada.
			15	Según necesidad el líder de Consulta Externa, Apoyo Diagnóstico 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 el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28	C-F-28 Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad	Extremo		Con corte al tercer cuatrimestre de 2022, el proceso adjunta, relación de contratos celebrados en el periodo evaluado (17) estudio de conveniencia de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, de medicamentos y dispositivos médicos diligenciados en el formato (CÓDIGO: C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PÚBLICA), con sus respectivos Evaluaciones Técnicas Definitivas mediante el formato: C-F-31, adicionalmente adjunta (3) ordenes de compra , diligenciadas en el formato C-F-35 SOLICITUD DE CONTRATO DE EMERGENCIA
Consulta Externa Apoyo Diagnóstico y complementación Terapéutica Laboratorio Clínico	Posibilidad de afectación del servicio, Investigaciones y sanciones disciplinarias debido al favorecimiento a terceros mediante la emisión de la evaluación técnica final en la contratación	Extremo	16	Según la necesidad el líder de Consulta Externa, Apoyo Diagnóstico 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	Evaluación Técnica definitiva C-F-31, Propuesta Económica	Extremo	Reducir (mitigar)	Se evidencia que el proceso dio cumplimiento a una de las recomendaciones del seguimiento del segundo cuatrimestre, respecto a la actualización del Procedimiento selección y adquisición de medicamentos y dispositivos médicos SF-PR-23
			17	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 el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28	C-F-28 Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad del periodo evaluado	Alto		Se evidencia que el control es efectivo, es preciso frente al riesgo y funciona en forma adecuada.
Calidad Seguridad y Salud en el Trabajo Gestión Ambiental	Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada al proceso	Alto	18	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	Evaluación Técnica definitiva C-F-31 del periodo evaluado Especificaciones Técnicas Propuestas	Alto	Evitar	Se evidencia que los controles son efectivos, oportunos para el riesgo y funcionan en forma adecuada.
			17	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 el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28	C-F-28 Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad del periodo evaluado	Alto		El proceso presenta evidencia respecto a lo dispuesto en el control y lo establecido en el «MANUAL DE CONTRATACION» Adoptado mediante resolución 173 de 2021, y que se encuentra publicado en la página web de la institución, en formato C-F-27 «ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACION DE SERVICIOS» esto en función de la necesidad del área para este cuatrimestre.

Calidad Seguridad y Salud en el Trabajo Gestión Ambiental	Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada al proceso	Alto	17	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 el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28	C-F-28 Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad del periodo evaluado	Alto	Evitar	El proceso presenta evidencia respecto a lo dispuesto en el control y lo establecido en el «MANUAL DE CONTRATACIÓN» Adoptado mediante resolución 173 de 2021, y que se encuentra publicado en la página web de la institución, en formato C-F-27 «ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS» esto en función de la necesidad del área para este cuatrimestre. Se aclara que si bien el formato solicitado como evidencia en el control es el C-F-28 «ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD» el proceso presentó el formato C-F-27 «ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS», medi y cuyo objeto a contratar es: «AUDITORIA INTERNA DE SEGUIMIENTO A LA NORMA ISO 9001:2015 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, NORMA ISO 45001:2018 SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, NORMA ISO 14001:2015 SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA » F-31 Se evidencia que los controles son efectivos, oportunos para el riesgo y funcionando en forma adecuada.
			18	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	Evaluación Técnica definitiva C-F-31 del periodo evaluado Especificaciones Técnicas Propuestas	Alto		El proceso aporta evidencias de la aplicación del control utilizando el formato establecido C-F-31 «EVALUACIÓN TÉCNICA DEFINITIVA» en la que se realiza la «VERIFICACIÓN CAPACIDAD TÉCNICA» sobre la propuesta presentada y que tiene como objeto a contratar «AUDITORIA INTERNA DE SEGUIMIENTO A LA NORMA ISO 9001:2015 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, NORMA ISO 45001:2018 SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, NORMA ISO 14001:2015 SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA». Además, se aporta evidencias respecto al mismo proceso pre y post contractual: - La minuta del contrato con ICONTEC - INFORME FINAL DE EJECUCIÓN - Aceptación de los resultados de la auditoria firmado por la organización. Se evidencia que los controles son efectivos, oportunos para el riesgo y funcionan en forma adecuada
Gestión del Talento Humano	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)	Extremo	19	El profesional de Talento Humano procede a revisar los requisitos del candidato a ser vinculado cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento selección, ingreso y promoción de personal TH-PR-08, manual de funciones y formato TH-F-45 el cual se formaliza a través de firma una vez cumpla con los requisitos allí definidos. Los profesionales delegados para la revisión de hojas de vida y cumplimiento de requisitos para la selección y vinculación del personal dan aplicación a los procedimientos "Verificación, manejo y control y custodia de historias laborales TH-PR-05" y " Procedimiento TH-PR-42 Selección de personal en misión", frente al cumplimiento de requisitos para su vinculación y cuyo resultado será la formalización del	Relación de contratos del periodo a evaluar TF-F-45 Verificación requisitos de hoja de vida Hojas de vida personal vinculado Anexo Técnico personal en misión ECO, Formato TH-F-45 Relación de contratos con número 0 Radicado	Extremo	Evitar	Con corte al tercer cuatrimestres de 2022, el proceso adjunta relación de personal contratado en el periodo del seguimiento de la siguiente manera: por modalidad de prestación de servicios (9 contratistas), relación de personal en misión (76) y personal de planta (2) Se evidencia que la profesional de nómina verifico que los funcionarios de planta contratados en el periodo (médicos servicio social obligatorio y Subgerente administrativa) cumplieran con los requisitos mediante la verificación requisitos de hoja de vida formato TF-F-45 antes de ser vinculado dando cumplimiento con lo establecido en el Procedimiento selección, ingreso y promoción de personal TH-PR-08, adicionalmente se evidencia que las profesionales encargadas de verificar el cumplimiento de los requisitos del personal de misión y contratistas aplicaron el formato establecido Se evidencia que los control ES efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada.
Gestión del Talento Humano	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, y vinculación de personal a través de la empresa tercerizada	Alto	20	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 en el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28	C-F-28 Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad	Alto	Reducir (mitigar)	Con corte al tercer cuatrimestres de 2022, el proceso adjunta relación de personal contratado en el periodo del seguimiento de la siguiente manera: por modalidad de prestación de servicios (9 contratistas), relación de personal en misión (76) y personal de planta (2) Para el presente seguimiento el proceso aporta evidencias de la aplicación del control utilizando el formato establecido C-F-28, adjuntando estudios de conveniencia y oportunidad emitido ESAP y cuyo objeto es: Prestar servicios profesionales de asesoría y acompañamiento y capacitación. Se evidencia que los control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada.
			21	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	Evaluación Técnica definitiva C-F-31 Especificaciones Técnicas Propuestas	Alto		Para el presente seguimiento el proceso aporta evidencias de la aplicación del control utilizando el formato Evaluación Técnica Definitiva utilizando el formato establecido C-F-31, contratación, realizada a la entidad ESAP y cuyo objeto es: Prestar servicios profesionales de asesoría y acompañamiento y capacitación. Se evidencia que los control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada.
Sistemas	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.	Alto	22	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 los diferentes áreas del hospital, mediante la	Informe de 2193 publicado en la ruta respectiva, correos electrónicos de la gestión del reporte \\hsrtunclu\Estadísticas\Estadísticas\Estadísticas_2022\Decreto_2193_2022	Alto	Reducir (mitigar)	Con corte al tercer cuatrimestres de 2022, se evidencia Reporte mensual Decreto 2193 del periodo evaluado y publicado en la ruta respectiva y correos electrónicos de la gestión del reporte de novedades a las áreas respectivas Se evidencia que los control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada.
			23	El grupo de sistemas de información 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 solicitud de creación de usuario.	S-F-39 formato de solicitud de creación de usuarios	Alto		El grupo de sistemas de información adjunta evidencias de solicitudes de creación de usuarios del periodo evaluado de los diferentes procesos en matriz Excel, realizadas por la oficina de talento humano y gestión académica Se evidencia que los control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada.
			24	El grupo 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	Pantallazo directorio activo de usuarios registrados	Alto		Con corte al tercer cuatrimestres de 2022, el proceso aporta soportes de Pantallazo directorio activo de usuarios registrados , se evidencia que el grupo de sistemas cuando se requiera define parámetros para restringir y controlar la asignación y uso de derechos de acceso Se realiza seguimiento al cumplimiento del plan de acción y se evidencia que el Indicador 1559 Cumplimiento de políticas de seguridad de la información en la entidad, cumple con la meta establecida y la periodicidad de medición. Se evidencia que los control es efectivo, le apunta al riesgo y está funcionando en forma adecuada.

9

control interno	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.	Alto	25	El asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoría OACI-F-02 y cuando se presente para su aprobación el Plan de trabajo de la Auditoría, 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 auditoría 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	Plan Anual de auditoría OACI-F-02 Declaración de Conocimiento código de Ética de la Auditoría Interna Anexo 1 de Código de Ética Carta de representación de veracidad de la información OACI-F-06 Formato OACI-F-15 Compromiso de confidencialidad del Auditor	Alto	Reducir (mitigar)	Para el presente seguimiento el proceso aporta evidencias de la validación de la suscripción de la declaración de conocimiento código de Ética Auditoría Interna anexo 1 y la carta de representación de veracidad y oportunidad de la información OACI-F-06, Formato OACI-F-15 Compromiso de confidencialidad del Auditor documentos soportes de las auditorías aperturadas en el último cuatrimestre de 2022 Se evidencia que los control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada.
			26	El asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoría 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 auditoría OACI-F-04 e Informe Final de Auditoría OACI-F-16	Plan de auditoría OACI-F-04 Informe final de Auditoría OACI-F-16	Alto	Reducir (mitigar)	Para el presente seguimiento el proceso aporta soportes de la aplicación del control utilizando los formatos establecidos como son: Plan de auditoría OACI-F-04 e Informe de Auditoría OACI-F-05 documentos soportes de las auditorías aperturadas en el último cuatrimestre de 2022, en donde se observa que el asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoría OACI-F-02 Verifica el cumplimiento de lo establecido procedimiento Realización de auditorías internas OACI-PR-02 Se evidencia que los control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada.
Auditoría Cuentas Médicas	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	Extremo	27	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	AM-F-03 acta de levantamiento de glosa, indicador mensual 546 Aceptación de glosa de la vigencia, Informe trimestral de análisis de aceptación de glosa, notas crédito mensual.	Extremo	Evitar	Con corte al tercer cuatrimestre de 2022, el responsable del proceso allegó con corte a NOVIEMBRE 30 de 2022, evidencia del calculo del indicador 546 «ACEPTACIÓN DE GLOSAS», a través del cual se da cumplimiento con la meta institucional establecida de mantener el porcentaje de glosa final de la institución menor o igual al 4% y se anexa pantallazo del cargue y calculo en el Software Daruma de la entidad, se carga con la fecha de corte mencionada teniendo en cuenta que para la fecha aun no se cuenta con conciliación financiera a diciembre 31 necesaria para establecer glosa aceptada de la vigencia 2022. Lo anterior demuestra efectividad del control y permanente seguimiento a la glosa de la entidad dentro de los márgenes establecidos, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada. situación que disminuye la posibilidad de ocurrencia del mismo.
Facturación	Posibilidad de Pérdida de Recursos económicos de la Institución por NO facturar servicios prestados por intereses particulares	Extremo	28	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	Formato F-F-17 Control de evidencias por facturación revisada	Extremo	Evitar	Con corte al tercer cuatrimestre de 2022, El proceso responsable adjunto evidencia de los controles implementados adoptados en la matriz de riesgos anexando formato Excel del formato F-F-17 Control de Evidencias por factura revisada de los meses correspondientes a septiembre, octubre, noviembre y diciembre de la vigencia 2022, en el cual se relaciona la revisión por factura donde se detalla el analista que realizo la revisión y la observación que detalla, con el fin de garantizar el reconocimiento de la cuenta por cobrar a las EAPB, situación que demuestra que el control es efectivo, esta documentado, se aplica diariamente y es adecuado para mitigar el riesgo.
Cartera	Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de carteran puedan ser objeto de concusión en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago	Alto	29	El líder de carteran y técnico de carteran dan el trámite respectivo para el proceso administrativo de cobro según sea el caso (persuasivo, pre jurídico y jurídico) y según necesidad conforme lo establece el Procedimiento CAR-PR-12 Proceso de Cobro y Procedimiento CAR-PR-06 Recauda Pagares	Base de datos Pagares, Informe mensual de carteran, informe trimestral de estado de carteran (Pagares), Acta comité.	Alto	Evitar	Con corte al tercer cuatrimestre de 2022, el proceso responsable allegó como evidencia de la ejecución del control establecido: Relación de pagares, Estado de carteran mensual de la entidad, actas de comité de carteran realizadas mensualmente, así como informe de seguimiento a la gestión de cobro realizada en las diferentes etapas, situación que permite ver que los controles se están aplicando adecuadamente y se encuentran documentados, además de ser efectivos para minimizar el riesgo, adicionalmente se esta ejecutando el plan de acción propuesto y se soporto mediante informe.
Gestión Quirúrgica	Posibilidad de afectación del servicio, Investigaciones y sanciones disciplinarias debido al favorecimiento a terceros mediante la emisión de la evaluación técnica final en la contratación	Extremo	30	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 el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28	C-F-28 Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad	Extremo	Reducir (mitigar)	Para el presente seguimiento el proceso aporta evidencias de la aplicación del control utilizando el formato establecido C-F-27 estudios de conveniencia y oportunidad- prestación de servicios de las siguientes especialidades: anestesiología, cirugía general, clínica del dolor, endocrinología, endocrinología pediátrica, Ginecología, hematología, infectología pediátrica, medicina interna, neurología, oftalmología, Ortopedia, pediatría, tercerizados, Uci neonatal, pediatría, urgencias ,Urología los cuales cuentan con el formato C-F-14 SOLICITUD DE NECESIDAD, DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS, JUSTIFICACIÓN Y PERTINENCIA
			31	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	Evaluación Técnica definitiva C-F-31 Hojas de vida	Extremo		Se recomienda ajustar la descripción del control y las evidencias soportes de los mismos, ya que los documentos relacionados difieren de acuerdo al tipo de contratación. Adicionalmente en la definición del control se estableció lo siguiente: (teniendo en cuenta lo establecido en el Manual de Contratación C-M-00), y al verificar en el Software DARUMA, el documento ya no se encuentra.

RIESGOS MATERIALIZADOS

De acuerdo con la Política de Administración de Riesgos, las dependencias deben informar a la Oficina de control interno y planeación los riesgos de corrupción materializados. Por otra parte, la Oficina de Control Interno en el desarrollo de su rol de seguimiento y evaluación a las actividades de control, no evidenció para el tercer cuatrimestre de la vigencia 2022, la materialización de algún riesgo.

DISEÑO DE LOS CONTROLES

De la evaluación realizada por el auditor de la Oficina de Control Interno se observa que los procesos ha venido presentando avances y cumplimientos en el diseño de los controles y en las actividades destinadas a su prevención.

Lo anterior implica que se realizó la valoración de los riesgos de corrupción vigencia 2022, siguiendo los lineamientos impartidos mediante la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas. Versión 5 de diciembre del 2020, impartida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Sin embargo es necesario que para el caso de los procesos contractuales se fortalezcan el diseño de los controles; lo anterior debido a que en los siguientes procesos (Gestión contractual, Gestión tecnológica, Gestión de mantenimiento, Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, Calidad Seguridad y Salud en el Trabajo Gestión Ambiental, Gestión de talento humano y Gestión Quirúrgica) describieron dentro del control la aplicación del Manual de Contratación C-M-00 y este fue deshabilitado del software DARUMA en virtud de la entrada en vigencia de la Resolución 173 de 2021 «Por la cual se deroga la resolución N° 107 de 2019 y se adopta el Manual de Contratación para la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja», adicionalmente los formatos utilizados difieren de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio.

SEGUIMIENTOS PLANES DE ACCION ASOCIADOS A LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN VIGENCIA2022

La Oficina de Control Interno procedió a realizar el seguimiento al avance y/o cumplimiento de 31 controles y 15 actividades de control y/o acciones asociadas a los 19 riesgos de corrupción con corte al 31 de diciembre del 2022. 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 lo siguiente:

- Proceso Gestión documental: No se dio cumplimiento a la acción "Establecer tiempos de entrega para los préstamos de archivos y realizar seguimiento al cumplimiento del tiempo de devolución préstamo de documento", teniendo en cuenta que se debía actualizar el procedimiento GD-PR-15 Préstamo de documentos en Archivos de Gestión y a la fecha del seguimiento el procedimiento, cuenta con última fecha de actualización 04/11/2021

VERIFICACIÓN REALIZADA AL CUMPLIMIENTO DE LAS RESPONSABILIDADES Y ROLES CONFORME AL ESQUEMA DE LÍNEAS DE DEFENSA, PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS DE LA ENTIDAD.

Se realiza esta verificación teniendo en cuenta que la Entidad, se acogió al esquema de asignación de responsabilidades dados por el Modelo Estándar de Control Interno, adaptada del modelo de las Líneas de Defensa, el cual es un esquema referencial para describir las responsabilidades y funciones en la administración de los riesgos, mediante líneas de actividad que contribuyen a mejorar la comunicación y coordinación entre los diferentes actores involucrados en el desarrollo de etapas de la gestión del riesgo.

12

SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA – Encargada de soportar y guiar a la Línea Estrategia y la Primera Línea de Defensa en la gestión adecuada de los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales y sus procesos, incluyendo los riesgos de corrupción a través del establecimiento de directrices y apoyo en el proceso de identificar, analizar, evaluar y tratar los riesgos, y lleva a cabo un monitoreo independiente al cumplimiento de las etapas de la gestión de riesgos. Está conformada por los responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (jefes de planeación, supervisores e interventores de contratos o proyectos, responsables de sistemas de gestión, etc.).

GESTIÓN DEL RIESGO OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN: 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 Planeación realizó las siguientes gestiones:

- Actualización de la Política General para la Administración de Riesgos, que se realizó mediante la Resolución 261 del 30 de junio de 2022, evidenciada en el artículo tercero, parágrafo 1 "La gestión del riesgo para todos los procesos incluidos los tercerizados de la entidad se realizará de acuerdo a lo establecido en la Guía de administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas versión 5 - 2020
- La actualización de los siguientes procedimientos y manual respecto a la gestión de riesgos: Manual de gestión de riesgos, procedimiento Gestión y administración del riesgos.
- Así mismo, se evidenció que fueron realizadas diferentes mesas de trabajo para prestar asesoría por parte de la Oficina Asesora de Planeación, a las primeras líneas de defensas, con el propósito de actualizar los mapas de riesgos según los lineamientos establecidos, y en atención a la metodología impartida por el DAFP; realizadas durante el segundo cuatrimestre de 2022

Verificación al Monitoreo Realizado por las Segundas Líneas de Defensa: La oficina de control interno en concordancia con la cultura del autocontrol al interior de la entidad, y teniendo en cuenta lo señalado en la Política de Riesgos, solicita a la segunda línea de defensa realizar monitoreo y evaluación permanente a la gestión de riesgos de corrupción, teniendo en cuenta que con corte al tercer cuatrimestre este informe no fue realizado.



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 correspondiente al tercer cuatrimestre del año 2022, se generan las siguientes conclusiones:

- ✓ La oficina de control interno verifico el resultado de la aplicabilidad de los controles existentes teniendo en cuenta las evidencias presentadas por los procesos, determinando que la mayoría ejecutó los controles establecidos, sin embargo, se evidencio que los siguientes procesos (Gestión contractual, Gestión tecnológica, Gestión de mantenimiento, Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, Calidad Seguridad y Salud en el Trabajo Gestión Ambiental, Gestión de talento humano y Gestión Quirúrgica) describieron dentro de uno de sus controles la aplicación del Manual de Contratación C-M-00 y este fue deshabilitado del software DARUMA, lo cual permite observar que los líderes de los procesos no realizaron monitoreo y evaluación permanente a la gestión de riesgos de corrupción.
- ✓ La ESE Hospital universitario San Rafael de Tunja, realizó la valoración de los riesgos para el mapa de riesgos 2022, siguiendo los lineamientos impartidos mediante la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas. Versión 5 de la Función Pública.
- ✓ Se evidencia la publicación del Mapa de Riesgos en la página web de la entidad. (los Riesgos de corrupción están incluidos en el mapa de riesgos Institucional 2022 Versión 3.
- ✓ Se evidencia cumplimiento a las estrategias para combatir los riesgos, teniendo en cuenta que el 100% de riesgos que se encuentran es estado reducir establecieron plan de acción, sin embargo observo que el proceso Gestión documental no dio cumplimiento al plan de acción propuesto respecto a "Establecer tiempos de entrega para los préstamos de archivos y realizar seguimiento al cumplimiento del tiempo de devolución préstamo de documento"
- ✓ Se evidencia que la Segunda línea de defensa no monitoreo el adecuado diseño de los controles para la mitigación de los riesgos de corrupción establecidos por la primera línea de defensa, determinando las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de los mismos
- ✓ De acuerdo a los seguimientos realizados por la tercera línea de defensa (Oficina de control interno) se pudo evidencia que no se han materializado riesgos de corrupción

13

RECOMENDACIONES

- Fortalecer el seguimiento a los controles y acciones de la matriz de los Riesgos de Corrupción, con el propósito de afianzar la cultura del autocontrol al interior de los procesos y asegurar que los responsables de estos junto con sus equipos de trabajo realicen monitoreo y evaluación permanente a la gestión de este riesgo.



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



8-7405030



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527



- Socializar al equipo de trabajo de cada una de los procesos; los resultados de la verificación realizada según informe entregado por esta Oficina de Control.
- Se enfatiza a los líderes de proceso realizar de manera periódica el análisis de la valoración de sus riesgos con el fin de comprobar que efectivamente los controles ejecutados están cumpliendo con el objetivo de reducir el riesgo y evitar su materialización, actividad que se realiza con el apoyo del líder de planeación.
- Se recomienda a la Segunda línea de defensa revisar el adecuado diseño de los controles para la mitigación de los riesgos que se han establecido por parte de la primera línea de defensa y determinar las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de los mismos.
- Se recomienda a la primera y segunda línea de defensa llevar a cabo los ajustes y modificaciones necesarias orientadas a mejorar el mapa de riesgos de corrupción después de su publicación y durante el respectivo año de vigencia. En este caso deberán dejarse por escrito los ajustes, modificaciones o inclusiones realizadas
- Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación, tener en cuenta como insumo para la identificación de los riesgos de la vigencia 2023, los formatos OACI-F-13- Correlación de hallazgos-riesgos radicados en su oficina, de acuerdo a las auditorías realizadas por esta oficina.



DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ

Asesora de Control interno
ESE Hospital San Rafael de Tunja

Proyecto: Claudia Stella Sáenz Jiménez- Auditor Salud OACI



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



8-7405030



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

