

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

1

INFORME

SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE SEGUNDO CUATRIMESTRE 2023

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, Agosto de 2023



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



8-7405030



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



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527



INFORME SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE

SEGUNDO CUATRIMESTRE 2023

GENERALIDADES

2

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 Administración de Riesgos en la que se establecen lineamientos para la gestión de los mismos, incluidos los de corrupción, 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 – segundo 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



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



8-7405030



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

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



- 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
- Manual contra el lavado de activos SARLAFT AF-M-02
- 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

3

OBJETIVO

Evaluar la gestión de los Riesgos de Corrupción, opacidad y fraude 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 y fraude 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 y publicada en la página web institución, con corte al 30 de agosto de 2023



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



8-7405030



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

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

4

Para esta evaluación y seguimiento la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios –Gestión del riesgo, 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

Teniendo en cuenta lo establecido en la Circular externa de la Superintendencia Nacional de Salud 20211700000004-5 de 2021 POR LA CUAL SE IMPARTEN INSTRUCCIONES GENERALES RELATIVAS AL CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO ORGANIZACIONAL, EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y A SUS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS, la Empresa Social de Estado Hospital Universitario san Rafael de Tunja , adopta la política de gestión de riesgo integral mediante el Acuerdo 015 de 2023, documento por medio de la cual se deroga la resolución 141 del 2023 y se adopta la política de gestión de riesgos integral, la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja se compromete a gestionar los riesgos de manera integral por medio de estrategias que permitan evitar, reducir, mitigar, compartir, aceptar, controlar, minimizar y/o evitar la ocurrencia de eventos no deseados que puedan afectar positiva o negativamente el logro de los objetivos institucionales

Según la política los riesgos contemplados son: Riesgos de procesos, Riesgos de seguridad de la información, Riesgos del sistema de gestión ambiental, Riesgos para el sistema de Seguridad y salud en el trabajo, Riesgos asistenciales, Riesgos clínicos, Riesgo de lavados de activos y financiación del terrorismo, Riesgos de corrupción, opacidad y fraude.



Mediante el Acuerdo 020 de 2022, 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, la líder de Gestión del Riesgo, mediante acompañamiento a los responsables de procesos y/o subprocesos actualizaron el mapa de riesgos de corrupción opacidad y fraude según cronograma emitido a través de correo electrónico, para lo cual los proceso estratégicos, misionales de apoyo y de evaluación, identificaron y actualizaron los el mapa de riesgos de corrupción, fraude y opacidad a la versión No. 6, como se muestra en la siguiente tabla No 1.

5

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	3	3
	GESTION FINANCIERA	2	2
	GESTION TECNOLOGICA	2	4
	GESTION JURIDICA	1	1
	GESTION DE CONTRATACION	2	3
	GESTION DE MANTENIMIENTO	1	2
	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN	3	6
	GESTION DOCUMENTAL	1	2
	PROCESOS MISIONALES	GESTION FARMACEUTICA	3
GESTION QUIRURGICA		1	2
APOYO SERVICIOS DE SALUD		1	2
EVALUACION	CONTROL INTERNO	1	2
TOTAL		29	42

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

En la actualidad contamos con un total de veintinueve (29) riesgos y cuarenta y dos (42) controles, distribuidos en 16 procesos con una participación por macro procesó así: Estratégicos de 6 riesgos, Misionales con 5 riesgos, Apoyo con 17 riesgos y evaluación con 1 riesgos, participación que se puede observar en la siguiente tabla y gráfica.

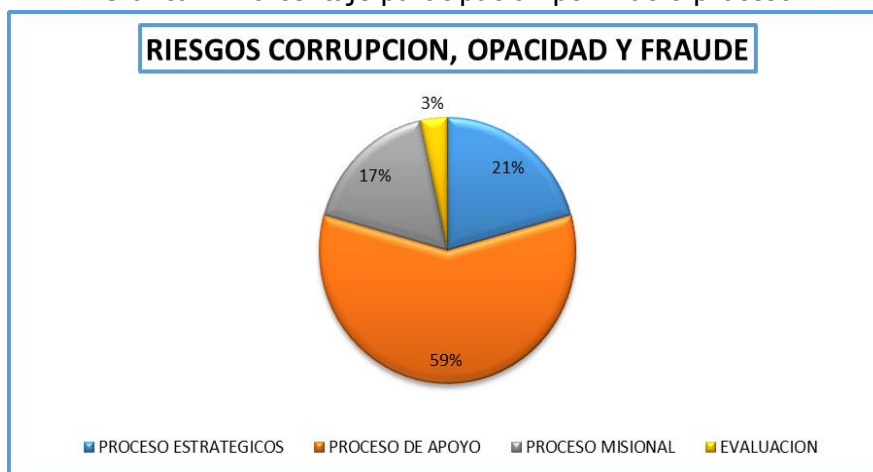
Tabla 2. Porcentaje participación por macro proceso

MACROPROCESO	RIESGOS CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	% PARTICIPACION
PROCESO ESTRATEGICOS	6	21%
PROCESO DE APOYO	17	59%
PROCESO MISIONAL	5	17%
EVALUACION	1	3%
TOTAL	29	100%

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

6

Grafica 1. Porcentaje participación por macro proceso



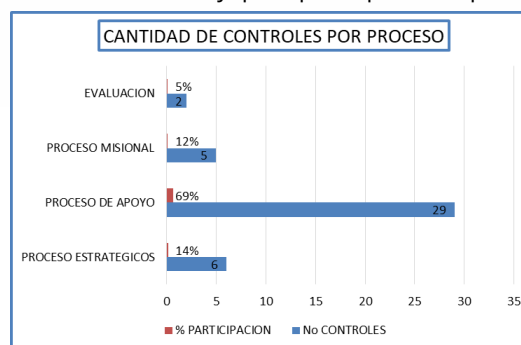
Fuente: Mapa de riesgos formato OADS-F-14

A continuación, se presenta la cantidad de controles asociados a los riesgos de corrupción, opacidad y fraude vigencia 2023, los cuales cuentan con un total de 42 controles distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 3. Porcentaje participación de los controles

MACROPROCESO	No CONTROLES	% PARTICIPACION
PROCESO ESTRATEGICOS	6	14%
PROCESO DE APOYO	29	69%
PROCESO MISIONAL	5	12%
EVALUACION	2	5%
TOTAL	42	100%

Grafica 2. Porcentaje participación por macro proceso



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

A 30 de agosto de 2023, los procesos que tienen mayor cantidad de controles asociados a los riesgos de corrupción, opacidad y fraude son; en primera mediada los procesos de apoyo con (29 controles), Procesos estratégicos con (6 controles), procesos misionales con (5 controles) y el proceso de evaluación con (2 controles).

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:

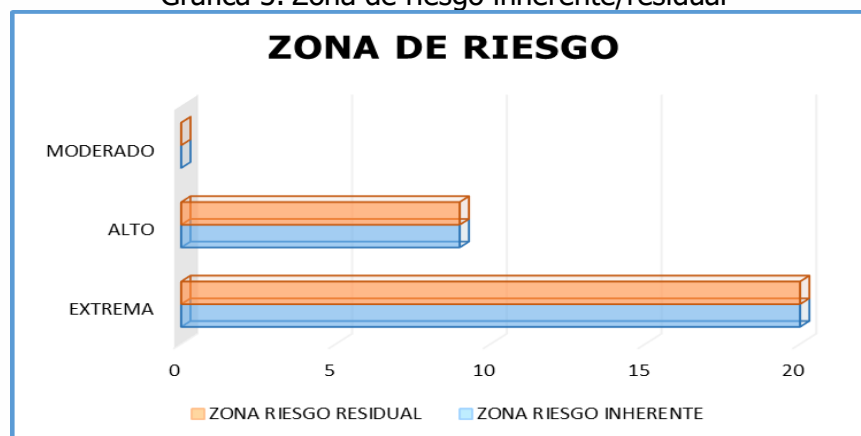
7

Tabla No 4 zona de riesgo inherente/residual

ZONA DE RIESGO	ZONA RIESGO INHERENTE	ZONA RIESGO RESIDUAL
EXTREMA	20	20
ALTO	9	9
MODERADO	0	0

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

Grafica 3. Zona de riesgo inherente/residual



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

Luego de la aplicación y evaluación de controles se evidencia la zona residual del riesgo obteniendo el mismo porcentaje de riesgo inherente tanto para la zona extrema como para la zona Alta.

1.2 PUBLICACIÓN DEL MAPA DE RIESGO CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE

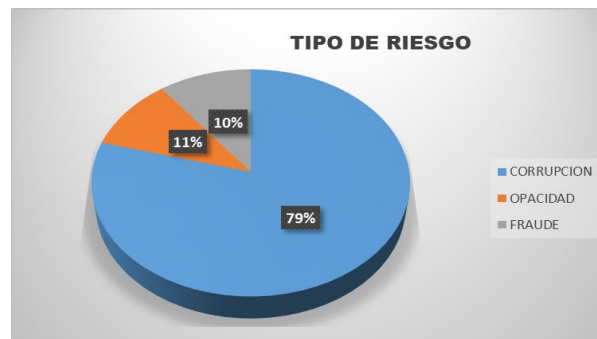
El día 11 de septiembre de 2023, se revisa la página web institucional, sección Nuestra entidad/Gestiona de calidad, y se evidencia que el MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF), fue publicado el 14 de julio de 2023.



Fuente: Pantallazo Publicación página web 11/09/2023

Se identificó que todos los riesgos catalogados de "Corrupción, opacidad y fraude", se encuentran incorporados en el MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF) identificado con el código OADS-F-14, versión 6, los cuales se encuentran distribuidos por tipo de riesgo de la siguiente manera:

Grafica 4. Clasificación por tipo de riesgo



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

Al verificar la matriz de riesgos se observa en la Hoja 3 Matriz de Calor Inherente, no se encuentra parametrizada o formulada, teniendo en cuenta que, en esta hoja, en la medida en que esa diligencia el Mapa Final, se verán reflejados los riesgos en su zona correspondiente. Esta hoja no se diligencia se genera de manera automática.

P41

Matriz de Calor Inherente		Impacto					
Probabilidad	Muy Alta 100%						Extremo
	Alta 80%						Alto
	Media 60%				R2	R4	Moderado
	Baja 40%				R1		Bajo
	Muy Baja 20%				R3		
		Leve 20%	Menor 40%	Moderado 60%	Mayor 80%	Catastrófico 100%	

Fuente: Mapa de riesgos OADS-F-14

Lo mismo se evidencia en la Hoja 4 Matriz de Calor Residual: En esta hoja, en la medida en que ese diligencia el Mapa Final, se verán reflejados los riesgos en su zona correspondiente. Esta hoja no se diligencia se genera de manera automática.

Matriz de Calor Residual		Impacto					
Probabilidad	Muy Alta 100%						Extremo
	Alta 80%						Alto
	Media 60%						Moderado
	Baja 40%						Bajo
	Muy Baja 20%						
		Leve 20%	Menor 40%	Moderado 60%	Mayor 80%	Catastrófico 100%	

Fuente: Mapa de riesgos OADS-F-14

1.3 Seguimiento efectuado por la Línea

Para el seguimiento por parte de la primera línea de defensa desde el rol del Responsable del proceso (Autocontrol), diligencia el formato OADS-F-36. FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSA presentando reporte de seguimiento a la oficina de planeación. (Para este seguimiento cargaron el documento en el drive establecido para el aporte de las evidencias)

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, con última fecha de actualización 17 de julio de 2023.

Para verificar esta actividad 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, resultado que se presenta a continuación:

Tabla 5. Seguimiento primera línea por Proceso

Proceso/ Subproceso	Seguimiento 1a Línea de Defensa
Control Interno	Adjuntan OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
Gestión de Suministros y Activos Fijos	Adjuntan OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
Gestión Tecnológica	Adjuntan OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
Gestión de Contratación	Adjuntan OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
Gestión financiera/tesorería	No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa.
Gestión administrativa/cuentas medicas	Adjuntan OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
Gestión administrativa/facturación	No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa.
Gestión administrativa/cartera	Adjuntan FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, sin firmas de quien elaboró y revisó
Gestión Documental	Adjuntan OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
Gestión Jurídica	Adjuntan OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
Gestión de Mantenimiento	Adjuntan OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
Gestión de sistemas de información y comunicaciones	Adjuntan OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
Gestión QHSE	Adjuntan OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
Gestión de Talento Humano	Adjuntan FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, sin firmas de quien elaboró y revisó
Apoyo de Servicios de Salud	Adjuntan FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, sin firmas de quien elaboró y revisó
Gestión Farmacéutica	Adjuntan FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, sin firmas de quien elaboró y revisó
Gestión Quirúrgica	Adjuntan FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, sin firmas de quien elaboró y revisó
Gestión de Investigación e Innovación	Adjuntan OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO

Fuente: propio seguimiento primera línea

El seguimiento por parte de la primera línea de defensa de los procesos, lo realizan 16 procesos de los 18 que tiene identificados riesgos de Corrupción, opacidad y fraude, sin embargo, es



importante mencionar que de los 18 procesos que diligenciaron el formato de autocontrol solo 11 los presentaron con las respectivas firmas de quien elaboró y reviso.

Se recomienda a los líderes de proceso diligenciar en el formato correspondiente, el nombre de quien elaboró y revisó, adjuntando sus respectivas firmas, lo cual se convierte en la prueba del conocimiento y de la verificación de la integridad y aprobación de la información contenida en un documento

11

1.4 Seguimiento efectuado por la Oficina Asesora Desarrollo servicios- 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 Desarrollo de servicios- Planeación realizó las siguientes gestiones:

- Envío correo electrónico solicitando a los procesos y/o subprocesos el cargue de las evidencias resultantes de la aplicación de los controles definidos y la verificación del seguimiento de primera línea de defensa con el diligenciamiento del formato OADS-F-36 con fecha máxima de entrega hasta el 31 de agosto de 2023.
- De acuerdo a lo establecido en la política de Gestión de riesgos integral, la Oficina de Planeación realiza monitoreo a los Riesgos de Corrupción Opacidad y Fraude correspondiente al segundo 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 metodología de evaluación, el análisis se basa en lo descrito en la Guía de Administración de Riesgos y el diseño de controles de la Función pública, 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



- Se debe establecer qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control.
- 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 y Fraude publicado en la Página web de la institución.

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

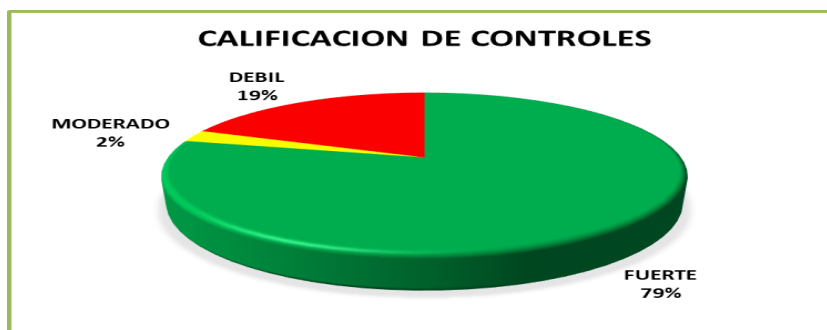
- Se estableció que después de la evaluación del diseño y ejecución de los controles un 78,6% de los mismos se pueden evaluar o caracterizar como Fuertes, un 2,4% de los mismos se pueden evaluar o caracterizar como moderados y un 19% de los mismos se pueden evaluar o caracterizar como débiles es decir que estos últimos no garantizan el desplazamiento de la calificación del riesgo inherente a riesgo residual

Tabla No 6 Tabla de calificación final del Control

CALIFICACION FINAL DEL CONTROL	No. Controles	Porcentaje (%)
FUERTE El control se ejecuta de manera consistente por parte del responsable	33	78,6
MODERADO El control se ejecuta algunas veces por parte del responsable	1	2,4
DEBIL El control no se ejecuta por parte del responsable	8	19,0

Fuente. Informe monitoreo segunda línea segundo cuatrimestre 2023

Grafica 5.calificación de controles



Fuente. Informe monitoreo segunda línea segundo cuatrimestre 2023

A continuación, se muestran los subprocesos más críticos según la calificación realizada por la segunda línea (oficina de planeación), según metodología de evaluación descrita en la Guía de Administración de Riesgos y el diseño de controles de la Función pública.

Tabla No. 7 calificaciones controles

PROCESOS	CALIFICACION DISEÑO DE CONTROL
GESTION TALENTO HUMANO	<p style="text-align: center;">DEBIL</p> <p>El control no se ejecuta por parte del responsable</p>
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN	
GESTION FINANCIERA	
GESTION FARMACEUTICA	
GESTION TECNOLOGICA	<p style="text-align: center;">MODERADO</p> <p>El control se ejecuta algunas veces por parte del responsable</p>

Fuente. Informe monitoreo segunda línea segundo cuatrimestre 2023

13

1.5 RESULTADO DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS MAPAS DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE –SICOF

Para la evaluación del estado de la gestión del riesgo de corrupción, opacidad y fraude la oficina Asesora de control Interno del HUSRT utilizó el formato CODIGO: OADS-F-14 denominado: "MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)", agregándole una columna de Observaciones Oficina de control interno segundo cuatrimestre 2023. 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 Oficina Asesora Desarrollo de servicios – Planeación, 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:



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



8-7405030



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

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



SUBPROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO SEGUNDO CUATRIMESTRE 2023
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.	Corrupción	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	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2023 , el proceso adjunta los siguientes formatos Plan Anual de auditoría OACI-F-02 vigencia 2023,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 , correspondientes a las auditorías programadas para el segundo cuatrimestre las cuales relaciono a continuación: Auditoría realizada al proceso Imagenología, Presupuesto, Resolución 1519. Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control.</p> <p>El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6</p> <p>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.</p>
			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	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2023, el proceso adjunta los siguientes formatos Plan de auditoría OACI-F-04 vigencia 2023, Informe final de Auditoría OACI-F-16 correspondientes a las auditorías realizadas en el segundo cuatrimestre las cuales relaciono a continuación: Auditoría realizada a los procesos Imagenología, Presupuesto, Resolución 1519</p> <p>Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control.</p> <p>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.</p>
Gestión Suministros y Activos Fijos	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	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2023, El proceso presenta evidencia de certificaciones de recibidos a satisfacción junto a facturas, lo que permite corroborar que hay coincidencia entre la certificación de recibido a satisfacción, la factura y el comprobante de ingreso, procedimiento A-PR-01 Ingreso de Mercancías a través de facturas y certificaciones de recibido a satisfacción (procedimiento que fue actualizado el 09/06/2023.</p> <p>El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6</p> <p>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.</p>

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.	Corrupción	<p>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 de conveniencia y oportunidad</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2023 , el proceso adjunta evidencias del formato C-F-28 Estudio conveniencia y oportunidad, Anexo Especificaciones Técnicas del CONTRATO DE ADQUISICION DE HISTEROSCOPIO Y VIDEOCOLPOSCOPIO PARA EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</p> <p>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</p> <p>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.</p>
			<p>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.</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2023, el proceso adjunta evidencias del Formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva, contrato, anexo técnico, especificaciones técnicas y servicios posventa. PROPONENTE TOP MEDICAL S.A.</p> <p>El control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y diseño de controles versión 6</p> <p>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.</p>
			<p>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</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2023, el proceso adjunta evidencias del IB-F-01 Formato Proceso de validación de ingreso de Activos relacionado con equipos Biomédicos, validación del equipo HISTEROPSCOPIO, con su respectiva acta de recibo del equipo a satisfacción.</p> <p>El control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y diseño de controles versión 6</p> <p>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.</p>

Gestión de contratación	<p>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</p>	Corrupción	<p>El coordinador de contratación según necesidad da aplican a los descrito en 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.</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre 2023. El responsable del control adjunta: 1. Excel matriz procesos contractuales corte 30 de agosto de 2023. 2. PDF PANTALLAZOS estudios previos y demás soportes asociados a la etapa precontractual. C-F-31, C-F-29, TH-F-68. 3. PDF PANTALLAZOS CONTRATOS Y SUS DOCUMENTOS CONTRATOS PERIODO MAYO, JUNIO, JULIO PUBLICADOS PAGINA SECOP II 4. Muestra procesos publicados secop II (enlace 4 contratos) 5. PANTALLAZOS DE CONVOCATORIAS PUBLICAS, REQUERIMIENTOS PUBLICADOS EN PAGINA WEB corte marzo</p> <p>Se recomienda ajustar la descripción del control, teniendo en cuenta que enuncia la resolución 173 de 2023 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019, y esta corresponde es al año 2021.</p> <p>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, sin embargo se REITERA al líder del proceso de contratación actualizar los formatos en DARUMA C-F-28 Estudio conveniencia y oportunidad, Anexo Especificaciones Técnicas y Formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva, contrato, anexo técnico, especificaciones técnicas y servicios posventa, lo cual se puede observar en el anexo1</p>
			<p>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</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2023, el responsable del control adjunta evidencias de la ejecución, aporta acta de comité de contratación correspondiente el periodo en revisión, sin embargo, se evidencian debilidades en el diligenciamiento de las actas ya que la mayoría de ellas no cuenta con fechas y sin las firmas de secretaria técnica y el presidente del comité. REITERATIVO</p> <p>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.</p>
Gestión de contratación	<p>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</p>	Corrupción	<p>El supervisor o interventor del proceso revisa y avala 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 interventoría.</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre 2023. El responsable del control adjunta:1. Excel matriz procesos contractuales corte agosto de 2023. 2. PDF PANTALLAZO DOCUMENTOS EJECUCION CONTRATOS 3. Formatos C-F-04 informe de supervisión 4. Listas de chequeo formato C-F-37 5. Contrato de prestación de servicios. El control describe dar cumplimiento estricto al Manual de supervisión e interventoría, documento aprobado mediante resolución (RESOLUCIÓN 260 DE 2014), se recomienda actualizar el diseño del control y los soportes de evidencias con su respectiva codificación. REITERATIVA</p>

Tesorería	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. Resolución 048 de 2021	Con corte al segundo cuatrimestre 2023. El responsable del control Tesorería allega como evidencia informe de seguimiento de cuentas por pagar suscrito por el tesorero en donde relaciona el valor de las cuentas por pagar, los valores cancelados y por pagar, informando que el mayor porcentaje de cuentas por pagar está concentrado en el mes de agosto con 49%. Lo anterior evidencia el cumplimiento a la priorización de pagos de acuerdo a procedimiento AF-PR-36, por plazos y formas de pago contratados. 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.
Auditoria 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	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 segundo cuatrimestre 2023. El responsable del control aporta soportes de formato AM-F-02 Acta de levantamiento Y/O aceptación de glosa y devoluciones del periodo evaluado, documento que no coincide con lo definido en los soportes de evidencia Código AM-F-03, Informe trimestral de análisis de aceptación de glosa En el indicador 546 de aceptación de glosa suministrado, se observa que se cumple con la meta establecida <=4% sobre la facturación neta de la vigencia, en los meses de mayo, junio y julio. El indicador es efectivo y soporta el control diseñado para este riesgo. Se recomienda al proceso actualizar el soporte de la evidencia, teniendo en cuenta que el código de identificación del formato Acta de levantamiento Y/O aceptación de glosa y devoluciones del periodo evaluado esta errado. REITERATIVO
Facturación	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 segundo cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso anexa como evidencia el formato F-F-17 control seguimiento de facturas del periodo evaluado, se constata el seguimiento a cada una de las facturas y la correspondiente observación de auditoría para cada caso dejando evidencia de los hallazgos para subsanar y/o facturación limpia. El proceso presentó actas de socialización de las inconsistencias encontradas en la facturación, de aclaración de procedimientos facturados y acciones para mitigar el riesgo de glosa desde la facturación. Se recomienda utilizar el formato establecido en DARUMA F-F-17 Control de evidencias por facturación revisada establecido en DARUMA, ya que en los meses de julio y agosto no se presenta la evidencia en los formatos establecidos por Daruma 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.



Cartera	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 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 Recaudo Pagares	Con corte al segundo cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso aportó actas de comité de cartera con corte a junio de 2023, (pendiente julio y agosto de 2023), el estado de cartera por edades y la base de datos de los pagarés corte a julio de 2023, formato CAR-F-16 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACION Y SEGUIMIENTOS A PAGARES Se recomienda ajustar la descripción del control, teniendo en cuenta que no describe mediante que soportes se aplica el control, adicionalmente el proceso aporta evidencias del formato CAR-F-16 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACION Y SEGUIMIENTOS A PAGARES, documento que no se encuentra descrito en el control ni en los soportes de las evidencia
Gestión documental	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, y el Formato GD-F-20 Préstamo de Documentos en archivos de gestión 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.	Con corte al segundo cuatrimestre de 2023, el proceso adjunta los siguientes formatos actualizados y diligenciados: GD- F-01 «control consulta y préstamos de documentos de archivo» corte julio de 2023, el Informe con corte a agosto del líder del proceso de gestión documental y el formato «Préstamo Documentos Archivo de Gestión» GD-F-20 corte agosto 2023 El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6 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. Con corte al segundo cuatrimestre de 2023, 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» y también se aporta evidencia del diligenciamiento del formato AHC-F-03 actividades realizadas por archivo de gestión corte agosto de 2023. Se recomienda ajustarlo el diseño del riesgo incluyendo por medio de que documento se verifica la solicitud y ejecuta los pasos a seguir para el préstamo y consulta de historias clínicas, en cuanto a los soportes de las evidencias se recomienda corregir el nombre del formato AHC-F-06, por el que se encuentra en DARUMA (REGISTRÓ RELACIÓN SOLICITUD Y RESPUESTA DERECHOS DE PETICIÓN DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN VIGENTE) Se evidencia que los documentos que soportan el control, NO se encuentran acorde con el diseño del control.
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	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 segundo cuatrimestre de 2023, se presentan como evidencia por parte del responsable del proceso Matriz OAJ-F-18 general de procesos, lo cual permite evidenciar que los abogados de la oficina jurídica realizan seguimiento diario a los procesos judiciales frente a términos para defensa técnica, NO adjuntan Informe trimestral al Comité de Conciliación por parte de la secretario técnico. Se recomienda adjuntar los documentos soporte que tiene establecidos con el objeto de evitar la materialización del riesgo.

	defensa judicial			
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.	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 segundo cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso anexa como evidencia muestra de (12) soportes del «formato C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA» de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6 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 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 segundo cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso anexa como evidencia una muestra de (8) formatos C-F-31 EVALUACIÓN TECNICA Al verificar estos soportes se evidencia que los formatos aportados por el proceso se encuentran desactualizados respecto a lo documentado en el listado maestro de Daruma, el cual se encuentra en versión 2. 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
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.	Corrupción	El profesional del proceso de TIC genera los datos del sistema de Información Servinte Clinical 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 segundo cuatrimestres de 2023, se evidencia Informe de 2193 consolidado del segundo trimestre, publicado en la ruta respectiva \\HSRTUNCLU\Estadísticas\Estadísticas\Estadísticas_2023\Decreto_2193_2023, y correos electrónicos de la gestión del reporte de novedades a las áreas respectivas del cual se aportó informe con pantallazos que evidencian su ejecución.El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6 Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.Se recomienda ajustar el nombre del proceso en la matriz de riesgos publicado en página web. (GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES) REITERATIVO

			<p>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. Dicho formato se anexa a la solicitud en la mesa de servicios (GLPI).</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestres de 2023, el responsable del proceso carga como evidencia en formato Excel, la relación a la gestión y administración de usuarios, así como también se anexa la evidencia de registro de estas solicitudes mediante el diligenciamiento del formato S-F-39 solicitud de creación de usuario, este formato se anexa a la solicitud en la mesa de servicios (GLPI).</p> <p>Se recomienda ajustar el control, teniendo en cuenta que no describe el cargo del servidor que lo ejecuta.</p> <p>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</p>
			<p>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</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2023, el proceso aportó la evidencia de acuerdo con lo solicitado en el control, en este sentido el proceso envía los pantallazos de directorio activo de usuarios registrados, correspondiente al periodo evaluado.</p> <p>Se recomienda ajustar el control, teniendo en cuenta que no describe el cargo del servidor que lo ejecuta.</p> <p>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</p>
QHSE	Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada al proceso	Corrupción	<p>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</p>	<p>Para segundo cuatrimestre de 2023, los responsables de ejecutar el control (SST y calidad,) mediante correo electrónico informan que no generaron procesos contractuales para el periodo evaluado.</p> <p>Se evidencia que el control fue ajustado de acuerdo a los lineamientos de la Guía del DAFP</p> <p>No es posible evaluar el control debido a que no se generó ningún proceso contractual</p>
			<p>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</p>	<p>Para segundo cuatrimestre de 2023, los responsables de ejecutar el control (SST y calidad,) mediante correo electrónico informan que no generaron procesos contractuales para el periodo evaluado.</p> <p>No es posible evaluar el control debido a que no se generó ningún proceso contractual</p>

<p>Gestión del Talento Humano</p>	<p>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)</p>	<p>Corrupción</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Anexo técnico de perfil</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2023 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 (20) personal en misión (113) y para este cuatrimestre no se presentaron novedades respecto a personal de planta. Además se pudo evidenciar que el profesional de nómina verificó que los funcionarios de planta contratados en el periodo, cumplan con 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, en cumplimiento de dispuesto en el procedimiento TH-PR-08 « Selección, ingreso y promoción de personal», adicionalmente se evidencio que las funcionarias encargadas de verificar el cumplimiento de los requisitos del personal del personal en misión y contratistas, aplicaron el formato establecido.</p> <p>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.</p>
<p>Gestión del Talento Humano</p>	<p>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.</p>	<p>Corrupción</p>	<p>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</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2023 el proceso anexa como evidencia dos formatos C-F-28 «Estudio previo de conveniencia y oportunidad requerimientos, subasta inversa o convocatoria pública». (Adquisición de servicios, actividades de bienestar social empleados de planta, prendas de vestir y productos de cuero), como soporte de que el líder de talento humano da cumplimiento a lo establecido en el estatuto interno de contratación.</p> <p>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.</p>

			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 segundo cuatrimestre de 2023 el proceso anexo como evidencia dos formatos Evaluación Técnica definitiva C-F-31 Especificaciones Técnicas. (Adquisición de servicios, actividades de bienestar social empleados de planta, prendas de vestir y productos de cuero), como soporte de que el líder de talento humano da cumplimiento a lo establecido en el estatuto interno de contratación. 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.
Consulta Externa Apoyo Diagnóstico y complementación Terapéutica	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 segundo cuatrimestre de 2023, el responsable del Servicio de apoyo diagnóstico anexa formato C-F-27, ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS (SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGÍA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA) El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6 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 2023, el responsable del Servicio de apoyo diagnóstico anexa como evidencia formatos diferentes al relacionado en el control. Se recomienda al responsable del control verificar los soportes de las evidencias antes de su envío, ya que la evidencia aportada no permite verificar la aplicación del control.
Gestión farmacéutica	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-	Con corte al segundo cuatrimestres de 2023, el proceso adjunta, relación de contratos celebrados en el periodo evaluado (87), estudio 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. 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.



			PR-23 mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad y formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva	
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	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 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	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso anexa como evidencia (3) C-F-27 «ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS» correspondientes al periodo evaluado (perinatología, hemodinamia y Urología), lo que permite observar la adecuada aplicación del control.</p> <p>El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6</p> <p>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.</p>
			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)	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso anexa como evidencia formatos C-F-31 EVALUACIÓN TECNICA DEFINITIVA correspondientes al periodo evaluado, no adjuntan evidencias del TH-F-68 ENTREVISTA CONCEPTO TÉCNICO SUPERVISOR) (CPS).</p> <p>El control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6</p> <p>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.</p>



<p>Gestión de Suministros y activos fijos</p>	<p>Posible detrimento patrimonial por uso indebido de los bienes de consumo en favorecimiento un tercero.</p>	<p>Corrupción</p>	<p>El técnico administrativo de almacén encargado del módulo de activos del sistema de información se 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</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2023 el técnico administrativo aporta evidencias de comprobantes de egreso de servinte correspondientes al periodo a evaluar, debidamente firmados, la muestra avala el recibido a satisfacción en cada servicio y la verificación del coordinador de almacén en cuanto a las cantidades a utilizar en cada área.</p> <p>El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6</p> <p>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.</p>
<p>Gestión de Talento Humano</p>	<p>posibilidad de tráfico de influencias conflicto de intereses (amistas o enemistad, persona influyente) en el proceso de vinculación de personal para favorecer un tercero</p>	<p>Corrupción</p>	<p>El coordinador de talento humano aplica el instructivo TH-INS-01 instructivo conflicto de interés para la vinculación de personal. 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</p>	<p>Para el corte al segundo cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso, adjunta como evidencia soportes de la aplicación adecuada TH-F-92 Formato De Declaración De Intereses Particulares Del Personal En Misión, para el caso del de los formatos THF-67 Declaración De Situaciones De Conflicto De Intereses Servidor Público O Contratista, teniendo en cuenta que en la declaración de bienes y rentas y conflicto de interés de la ley 2013 de 2019, ningún contratista reporto conflicto de interés.</p> <p>El riesgo está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6</p> <p>Se recomienda ajustar el control teniendo en cuenta que el responsable de la ejecución no es el coordinador de talento humano, adicionalmente incluir cada cuanto realiza esta actividad, los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</p>
<p>Gestión de Talento Humano</p>	<p>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</p>	<p>Corrupción</p>	<p>El profesional universitario de talento humano 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,</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso, adjunta como evidencia: Oficio solicitud de cesantías, certificado de cumplimiento de requisitos, autorización de pago de cesantías, oficio autorización de pago de cesantías, certificado de cumplimiento de requisitos, lo cual permite observar la adecuada aplicación del control en el periodo evaluado.</p> <p>En cuanto al control , se recomienda establecer cada cuanto se verifica el cumplimiento de los requisitos y en cumplimiento a que procedimiento y/o ley, los documentos soportes permiten verificar la aplicación del control</p>
<p>Gestión de sistemas de información y comunicaciones</p>	<p>Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por uso indebido de la información para obtener un beneficio particular.</p>	<p>Corrupción</p>	<p>Los profesionales de talento humano a través de la plataforma GLPI junto con el formato S-F-31 "Solicitud creación de usuarios sistemas de información" solicitan usuario para los funcionarios que ingresan,</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2023, el proceso adjunto evidencia pantallazos plataforma GLPI, no aportan soportes del Formato S-F-31 "Solicitud creación de usuarios sistemas de información"</p> <p>Se recomienda ajustar la descripción del control de acuerdo a lo establecido en la guía del DAFP (incluir propósito y cada cuanto el responsable realiza la acción)</p> <p>Las evidencias aportadas no permiten evaluar la adecuada aplicación del control</p>

			En el sistema de información SERVINTE cuenta con los LOG de auditoria donde se puede evidenciar la trazabilidad de los usuarios que usan la historia clínica.	Con corte al segundo cuatrimestre de 2023, el proceso adjunto evidencia, pantallazos de log de auditoria (2) El control no cumplen con la estructura definida en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6, se recomienda incluir el procedimiento establecido S-PR-13 Gestión y administración de perfiles de usuario de sistema de información
Gestión de sistemas de información y comunicaciones	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 tecnología de la información y las comunicaciones deberá mantener vigente y realizar supervisión del contrato de mantenimiento de los sistemas de información con el fin de garantizar la seguridad informática de cada uno de los sistemas de información. 1. Servinte clínica suite. 2. Daruma salud. 3. Orfeo. 4. Enterprise Imagino. 6. Sicof RP 7. Comprobar 8. Corum	Con corte al segundo cuatrimestre de 2023, el proceso adjunto evidencia de los contratos e informes de supervisión del periodo evaluado, lo cual permite verificar la adecuada aplicación del control. El riesgo está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6 En cuanto al control, se recomienda establecer la periodicidad de ejecución, los documentos soporte se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Gestión de investigación e innovación	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. 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 segundo cuatrimestre de 2023, el responsable de la ejecución del control adjunta soportes de: 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, sin embargo al verificar se observó que los formatos GAC-F-6 formato de evaluación y seguimiento de evaluaciones y acta, no son versiones vigentes en daruma Se recomienda al proceso dar cumplimiento al plan de acción, actualizando el manual y articulándolo con los formatos mencionados con objeto de realizar correcto seguimiento y evaluación al control establecido. (acción vencida agosto de 2023)
Gestión Financiera	Posibilidad de Investigaciones, sanciones administrativas y disciplinarias por presentar información contable y financiera no fidedigna por falencia en la calidad de información y	Opacidad	La contadora del HUSRT 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	Con corte al primer cuatrimestre de 2023, gestión financiera adjunta como evidencia: correos notificaciones resolución 048 de 2021, la publicación de estados financieros y de las ejecuciones presupuestales del periodo evaluado en el espacio web del hospital y certificaciones cuentas por pagar. Existen debilidades en el diseño del control, toda vez que no describe cada cuanto realiza la actividad y como realiza la validación. No es posible verificar la aplicación efectiva del control toda vez que no adjuntan evidencias de las interfaces de los procesos.

	para beneficiar un tercero			
Gestión farmacéutica	Posibilidad de Investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias y afectación económica por hurto o pérdida 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 realizan los inventarios aleatorios mensualmente a través del formato SF-F-58 "Control de inventarios y fechas de vencimiento"	Con corte al segundo cuatrimestres de 2023, 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 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.
Gestión farmacéutica	Posibilidad de Investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias y afectación económica por hurto o pérdida de medicamentos y dispositivos médicos de los 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 TRA-PR-53	Con corte al segundo cuatrimestre de 2023, el proceso adjunta soportes de formato SF-F-59 AUDITORIA CARRO DE PAROS, y formato SF-F-115 SEGUIMIENTO CONTROL DE VENCIMIENTOS CARROS DE PARO Y RESERVAS AUTORIZADAS. Los documentos que soportan la ejecución del control NO se encuentran acorde con el diseño de control, lo cual no permite verificar la efectividad del mismo. REITERATIVO



Gestión tecnológica	Posible afectación del servicio, Investigaciones y sanciones disciplinarias por uso indebido y/o pérdida de equipos biomédicos por intereses personales	Fraude	El técnico biomédico identifica el daño del equipo biomédico por mala manipulación a través de las 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 solitan 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 segundo cuatrimestres de 2023, el proceso adjunta soportes de formato diligenciado IB-F-05 "Reporte diario de fallas de equipos biomédicos "de periodo evaluado, adicionalmente aporta evidencias del formato TH-F-15 asistencia de colaboradores a eventos de capacitación, en donde relaciona las actividades de capacitación realizadas a los servicio, documentos que permiten verificar la adecuada ejecución del control. 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.
---------------------	---	--------	--	--

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 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 lo anterior se evidencio que de los 42 controles asociados a los riesgos 15 no se ajusta a lo establecido en la Guía de administración de riesgos y diseño de controles. Versión 6, en cuanto al diseño, se recomienda ajustar su redacción.



Adicionalmente se evidencia que, de los 42 controles identificados, el 79% (33) controles son efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

28

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 y fraude correspondiente al segundo cuatrimestre del año 2023, se generan las siguientes conclusiones:

- Conforme al seguimiento realizado, se concluye incumplimiento a lo establecido en el Numeral **3.2.2.1 Estructura para la descripción del control de** la guía de administración del riesgo y el diseño de controles versión 6.
- Se evidenció que el seguimiento por parte de la primera línea de defensa de los procesos, lo realizan 16 procesos de los 18 que tiene identificados riesgos de Corrupción, opacidad y fraude, sin embargo, es importante mencionar que de los 18 procesos que diligenciaron el formato de autocontrol solo 11 los presentaron con las respectivas firmas de quien elaboró y reviso, lo cual permite observar una mayor adherencia al autocontrol por parte de la primera línea de defensa, respecto a lo identificado en el primer cuatrimestre del 2023.
- Se evidenció que los soportes adjuntados por algunos procesos no son suficientes para verificar la aplicación del control, 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 de Gestión de riesgos Integral. (Observaciones Anexo 1)
- Se reitera la observación, realizada en el informe SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE PRIMER CUATRIMESTRE 2023, al proceso Gestión contractual, respecto a "Se recomienda al líder del proceso de contratación actualizar los formatos C-F-27 Y C-F-28 Estudios de conveniencia de prestación de servicios y ECO Requerimientos, subasta inversa o convocatoria pública, respectivamente ya que al consultarlos en DARUMA, se observa que en la parte de la firma de gerente aparece el nombre del anterior ordenador del gasto"
- 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. Una vez sea culminada esta etapa es necesario actualizar y publicar el mapa de riesgos nuevamente.



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



8-7405030



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

- Se enfatiza a los líderes de proceso recordar que la utilización de documentos y formatos no vigentes ocasionado una no conformidad dentro del sistema de Gestión de Calidad, y un reproceso en el desarrollo de las diferentes actividades de los servicios.
- Se recomienda asegurar que al interior de los grupos de trabajo de los procesos y Subprocesos se reconozcan los riesgos y controles identificados garantizando que los controles sean eficaces y eficientes tanto en el diseño como en la operación.
- 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

Hace parte integral de este informe, Anexo 1: Matriz de seguimiento Evaluación del Mapa de riesgos – segundo cuatrimestre de 2023, 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.

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

Anexo: Matriz de seguimiento “Evaluación del Mapa de riesgos de corrupción, opacidad y fraude” – segundo cuatrimestre 2023

ORIGINAL FIRMADO

DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ

Asesora de Control interno
ESE Hospital San Rafael de Tunja

Proyecto: Claudia Stella Sáenz Jiménez
Profesional Especializado OACI



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



8-7405030



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