



Nombre de la Entidad:	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Periodo Evaluado:	01 de Julio de 2023 al 31 de Diciembre de 2023

Estado del sistema de Control Interno de la entidad	80%
---	-----

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	En proceso	La E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja dispone de un conjunto de metodologías, técnicas y mecanismos de índole administrativa y organizacional para la gestión de los recursos. Estos se encuentran implementados en el Sistema de Control Interno mediante la Resolución 123 de 2019. Dicha resolución establece la estructura de trabajo y la articulación con el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), a través de sus componentes: ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicaciones, y actividades de monitoreo. Los procesos de la E.S.E. trabajan de manera coordinada con el objetivo de lograr una mejora continua y un alcance eficaz de los objetivos y metas institucionales. La articulación de estos procesos en el marco del MECI garantiza una gestión integral que favorece la eficiencia operativa y la consecución de los fines institucionales.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El Sistema define medidas necesarias para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, riesgos y mecanismos de control que permitan alcanzar las metas propuestas. Sin embargo, es necesario seguir con el seguimiento y control de los diferentes procesos institucionales y dar continuidad a la implementación del Sistema de Control Interno. Se requiere fortalecerlo en busca de su mejora continua.
¿La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja ha implementado el esquema de líneas de defensa dentro del Sistema de Control Interno, a través de la Resolución 123 de 2019, el Manual MECI y la Política de administración del riesgo. Se han asignado roles y responsabilidades para la línea Estratégica (Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno); Primera Línea (Líderes de proceso); Segunda línea (Oficina Asesora desarrollo de servicios en acompañamiento con la oficina de planeación, líderes de los sistemas de gestión ambiental, Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo, líder de seguridad digital y líder de seguridad del paciente) y Tercera línea (Oficina de control interno). Sin embargo, es necesario continuar articulando las líneas de defensa y cumplir con los objetivos institucionales.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	77%	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> El Hospital Universitario San Rafael de Tunja ha promulgado varias resoluciones importantes, entre ellas: <ul style="list-style-type: none"> La Resolución 285 de 2023 establece el "Comité Institucional de Coordinación de Control Interno". La Resolución 123 del 2019, en su artículo 13, define roles frente al Sistema de Control Interno. La Resolución 371 del 2023 reglamenta la metodología y el proceso de control y monitoreo del trabajo en equipo. Además, la entidad cuenta con la política de gestión de riesgos integral (Acuerdo No. 015 de 2023). Para el año 2023, se destaca el aumento en la percepción positiva del personal en relación con las actividades realizadas, especialmente en la intervención del clima laboral, con un porcentaje positivo del 83.14%. Sin embargo, se observa una baja participación del personal en la aplicación de la encuesta, y se identifica que la variable con menor calificación es el medio ambiente, mientras que la administración del talento humano recibe la mayor calificación. INFORME EJECUTIVO POA TALENTO HUMANO PRIMER SEMESTRE DE 2023. El plan estratégico de Talento Humano tiene como objetivo fortalecer la gestión del Talento Humano, centrando sus esfuerzos en el desarrollo de competencias para satisfacer las necesidades de bienestar y formación, en concordancia con los lineamientos de MIPG en la dimensión del Talento Humano. Esto contribuirá al ámbito profesional, mejorando la calidad de la atención al usuario y generando valor público. <p>ALERTAS DE MEJORA:</p> <ul style="list-style-type: none"> A partir de los resultados de FURAG, se recomienda identificar y documentar las debilidades y fortalezas en la implementación del Código de Integridad mediante un plan de acción del Modelo de Planeación y Gestión. En la política de Integridad, se sugiere formular un plan de acción pertinente y socializarlo en comité para fortalecer la implementación y mejorar la calificación en el índice de medición de evaluación de desempeño institucional. Con respecto a la política de Talento Humano, se insta a formular un plan de acción y socialización en comité para fortalecer la implementación y lograr una óptima calificación en el índice de medición de resultados de desempeño institucional. Se debe realizar un informe sobre la apropiación de valores y principios del servicio público por parte de los servidores, incluyendo análisis de desviaciones, convivencia laboral y temas disciplinarios internos. En el informe de plan anticorrupción, se recomienda finalizar la actividad de revisar y actualizar los instrumentos de gestión de la información. Se sugiere incorporar riesgos y controles asociados en materia de integridad pública. Se insta a realizar un análisis de viabilidad para establecer una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad, cumpliendo con la política de Integridad. 	81%	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> La líder de riesgo y los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno realizan constantes revisiones de la Política de Administración de Riesgos. Esto incluye la evaluación de objetivos, alcance, responsables, seguimiento y monitoreo de gestión de riesgo. Lineamientos para el Manejo de Riesgos Materializados, Comunicación y consulta, Niveles para calificar el impacto y la probabilidad, Nivel de Aceptación de Riesgos, y Tratamiento. Esta información se socializa con los integrantes del comité de Gestión y Desempeño. Se lleva a cabo la socialización de los Planes de Acción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 a través del Comité de Gestión y Desempeño. La oficina de Planeación realiza un seguimiento exitoso de las actividades programadas para el primer trimestre de 2023, cumpliendo con los objetivos. Se implementaron acciones de mejora del clima laboral, la convivencia y las relaciones laborales en el primer semestre de 2023. Las recomendaciones incluyen la implementación de programas de apoyo emocional y físico, un programa de desvinculación laboral y retro asistido, y la difusión del código de integridad y buen gobierno. El informe ejecutivo del POA Talento Humano del primer semestre de 2023 destaca el objetivo de fortalecer la gestión del Talento Humano, centrándose en el mejoramiento y desarrollo de competencias para satisfacer las necesidades de bienestar y formación. El plan busca impactar positivamente en la calidad de la atención al usuario y su familia, generando valor público. <p>ALERTAS DE MEJORA</p> <ul style="list-style-type: none"> Para evaluar el cumplimiento de la Política de Integridad, se recomienda llevar la siguiente información al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno: quejas o denuncias de los grupos de valor, informes internos (comité de convivencia, comisión de personal, oficina de control disciplinario). Es esencial informar a las autoridades competentes en caso de existir conflicto de interés. Se deben verificar aspectos clave en la alta dirección y/o Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, como la identificación y mitigación de riesgos asociados a injerencias en los procesos de selección, proyección de empleos bajo el principio del mérito, asignación de recursos presupuestales, atención de causales de retro, evaluación del desempeño, análisis del aporte de la gestión del talento humano a las metas de la entidad, atención de situaciones escaladas al comité de convivencia laboral, evaluación del aporte de los procesos de capacitación, y acciones para mejorar el desempeño de las personas. Se recomienda realizar un seguimiento a los mecanismos de detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada u otras situaciones que puedan implicar riesgos para la entidad. Es aconsejable realizar un análisis de viabilidad para establecer una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad, cumpliendo con la política de Integridad. 	-4%

			<p>CON LO DESCRITO EN EL ANEXO TÉCNICO.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda socializar y capacitar a los servidores en las actualizaciones normativas en materia de talento humano. • Es importante desarrollar jornadas de capacitación y/o divulgación sobre participación ciudadana, rendición de cuentas y control social para los servidores y contratistas. • Se sugiere implementar el eje de transformación digital en el Plan de Bienestar Social e Incentivos de la entidad. • Actualizar y diligenciar los formatos y procedimientos, como el código c-pr-04 evaluación de proveedores. <p>Estos pasos contribuirán al mejoramiento continuo y fortalecimiento del desempeño institucional en todas las áreas mencionadas.</p>		<p>CON LO DESCRITO EN EL ANEXO TÉCNICO.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se destaca una baja participación en las actividades del personal administrativo, directivo y médicos especialistas en comparación con el personal de planta. Es importante fomentar la participación en estas actividades para mejorar el compromiso y el bienestar laboral. 	
Evaluación de riesgos	SI	93%	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • La entidad cuenta con la Resolución 222 del 2021, que establece la planificación, evaluación y rendición de informes de gestión en el Hospital Universitario San Rafael de Tunja. Esta resolución impulsa la adopción de planes operativos en concordancia con los lineamientos del plan de desarrollo 2020-2024. La formulación de estos planes se realiza por procesos, servicios, unidades funcionales o programas estratégicos, coordinados por la Oficina de Desarrollo de Servicios, alineándose con las metas institucionales definidas en el plan de desarrollo. • La entidad cuenta con una Política de Gestión de Riesgos Integral adoptada mediante el Acuerdo No. 015 de 2023. Esta política abarca toda la entidad, incluyendo regionales, áreas tercerizadas y otras instancias que impactan la prestación del servicio. • La política de gestión de riesgos integral establece un marco de responsabilidades y roles alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno". La segunda línea, liderada por la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios, junto con la Coordinación de Riesgos Integral y otros responsables, desempeña un papel crucial en el monitoreo y revisión de la gestión de riesgos. La comunicación regular al Comité de Coordinación de Control Interno sobre cambios e impactos en la evaluación del riesgo es una práctica establecida. <p>ASPECTOS A MEJORAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incorporar controles asociados a los riesgos identificados en materia de integridad pública para fortalecer la gestión integral de riesgos. • Implementar herramientas que abarquen bases históricas para la gestión de eventos y indicadores clave de riesgo, mejorando así la capacidad de anticipar y gestionar posibles riesgos. • Para la materialización del riesgo, la entidad debe obtener información de diversas fuentes, como la selección de la Mesa de Ayuda de tecnología interna, el área o proceso de atención al usuario, PQRD, la Oficina Jurídica, líneas internas de denuncia, y encuestas de percepción. Esto permitirá evaluar la percepción interna y externa sobre la entidad y sus prácticas. • Fortalecer la cultura del reporte de cambios o materialización de riesgos. Esto implica capacitar a los líderes y grupos de trabajo sobre la ocurrencia de estos eventos y brindar la asesoría necesaria. La idea es que se reporten las materializaciones de los riesgos para tomar decisiones oportunas y efectivas frente a los controles. 	88%	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se lleva a cabo una jornada de planeación con líderes de proceso para establecer los Planes Operativos Anuales para la vigencia 2023, y la Oficina de Control Interno realiza un seguimiento trimestral. • La entidad cuenta con una Política de Gestión de Riesgos Integral, adoptada mediante el Acuerdo No. 015 de 2023, que establece su alcance y define lineamientos para toda la entidad, incluyendo regionales, áreas tercerizadas y otras instancias que afectan la prestación del servicio. • Desde la segunda línea, se revisa y actualiza la documentación asociada a la gestión de riesgos integral, incluyendo la Política, el manual y los formatos. Se lleva a cabo una actualización de los formatos de mapas de riesgos, abarcando riesgos de gestión, riesgos de corrupción, opacidad y fraude, así como riesgos institucionales. Además, se realizan mesas de trabajo con los responsables de la primera línea para actualizar los mapas de riesgos. • Se presenta un Informe de Seguimiento de Riesgos de Gestión semestral, posterior a un seguimiento por la primera línea de defensa. La Alta Dirección monitorea los riesgos de corrupción según la periodicidad establecida en la Política de Administración del Riesgo. • Se comunica regularmente al Comité de Coordinación de Control Interno los cambios e impactos en la evaluación del riesgo que resulten de la evaluación independiente. <p>ASPECTOS A MEJORAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay claridad sobre las situaciones específicas en las que no es posible segregar adecuadamente las funciones. • Se debe realizar el monitoreo de riesgos relacionados con los mapas de riesgos en seguridad del paciente, riesgos identificados en seguridad de la información y mapas de corrupción, para cumplir con la Política de Administración del Riesgo de la Entidad. • Es importante definir en la Política de Administración de Riesgos el Esquema de Líneas de Defensa, identificando instancias responsables del seguimiento y monitoreo a la Gestión del Riesgo Institucional, incluyendo líderes de planes, programas o proyectos, oficial de seguridad de la información, líder de contratación y líder de talento humano como instancias de segunda línea de defensa. • Se enfatiza a los líderes de proceso realizar periódicamente el análisis de la valoración de sus riesgos, comprobando que los controles ejecutados están reduciendo el riesgo y evitando su materialización. Esta actividad se realiza con el apoyo del líder de planeación. • Se recomienda a los líderes de proceso verificar las evidencias presentadas para demostrar el cumplimiento de cada uno de los controles, cumpliendo con los tiempos establecidos, considerando que se observaron formatos desactualizados, lo que indica la necesidad de realizar monitoreo por parte de los líderes de proceso. 	5%
Actividades de control	SI	79%	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se aprobó el plan anual de auditoría para la vigencia 2023, incluyendo auditorías internas y de certificación para ISO 9001:2015 Gestión de calidad, seguridad y salud en el trabajo ISO45001:2018, y gestión ambiental ISO14001:2015. • Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 015 de 2023), en su Artículo 5, se establece claramente la responsabilidad del monitoreo y revisión de la gestión de riesgos, alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno". Este proceso se desarrolla con el MECI mediante un esquema de asignación de responsabilidades y roles, garantizando así una adecuada gestión del riesgo. • Se realiza un informe sobre la operatividad y realización de documentos en el Software DARUMA y el estado de los documentos. • Existe un PROGRAMA DE GESTIÓN DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN, que describe actividades y su seguimiento porcentual a través de 6 indicadores. • El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo, con monitoreo por parte de la segunda línea y evaluación y seguimiento por parte de la tercera línea, acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad. Se verifica que los responsables estén alineados los controles tal como han sido diseñados. 	79%	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Comité Institucional Coordinación de control interno aprobó el plan anual de auditoría para la vigencia 2023, incluyendo auditorías internas y de certificación para ISO 9001:2015 Gestión de calidad, seguridad y salud en el trabajo ISO 45001:2018, y gestión ambiental ISO 14001:2015. • Se cuenta con un control establecido para mitigar el riesgo de interrupción de servicios que afecten la infraestructura tecnológica de la entidad. El asesor de desarrollo de servicios y el profesional de TIC supervisan los contratos firmados con proveedores de servicios de canal dedicado de internet para garantizar la conectividad. • Se realiza un informe sobre la operatividad y realización de documentos en el Software DARUMA, y se verifica el estado de los documentos. • En las auditorías independientes realizadas por la tercera línea de defensa, se evalúan los procedimientos, instructivos y manuales de los procesos del sistema de información Daruma, utilizando el manual de auditorías código OACI-M-01. • El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo, y se realiza un monitoreo de los riesgos de acuerdo con la política de administración de riesgos establecida para la entidad. Se verifica que los responsables ejecuten los controles según el diseño. <p>ASPECTOS A MEJORAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta claridad sobre las situaciones específicas en las que no es posible segregar 	0%

			<p>deben operando los canales de la comunicación de acuerdo a:</p> <p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • La entidad carece de matrices y roles de usuarios que sigan los principios de segregación de funciones. • No hay claridad sobre las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones. • Es importante generar alertas a la Alta Dirección sobre el informe emitido "Operatividad realización de documentos en Software DARUMA y estado de los documentos" y socializarlas en el Comité de Gestión y Desempeño. • Se recomienda definir en la Política de Administración de Riesgos el esquema de líneas de defensa, identificando instancias responsables del seguimiento y monitoreo a la gestión del riesgo institucional, incluyendo líderes de planes, programas o proyectos, oficial de seguridad de la información, líder de contratación, líder de talento humano y líder de tecnologías, como instancias de segunda línea de defensa. 		<ul style="list-style-type: none"> • La oficina debe socializar las situaciones expuestas en las que no es posible segregar adecuadamente las funciones. • Se debe realizar el monitoreo de riesgos en relación con los mapas de riesgos en seguridad del paciente y los riesgos identificados en seguridad de la información para cumplir con la Política de Administración del Riesgo de la entidad. • Es importante generar alertas a la Alta Dirección sobre el informe emitido "Operatividad realización de documentos en Software DARUMA y estado de los documentos" y socializarlas en el Comité de Gestión y Desempeño. • Se recomienda definir en la Política de Administración de Riesgos el esquema de líneas de defensa, identificando instancias responsables del seguimiento y monitoreo a la gestión del riesgo institucional, incluyendo líderes de planes, programas o proyectos, oficial de seguridad de la información, líder de contratación, líder de talento humano y líder de tecnologías, como instancias de segunda línea de defensa. 	
<p>Información y comunicación</p>	<p>No</p>	<p>57%</p>	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realizó depuración de la estructura documental • Se creó el «MANUAL DE VENTANILLA ÚNICA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA» y cronograma de actividades para su despliegue. • La oficina de Control Interno dentro del Plan de Mejoramiento de la auditoría a comunicaciones verifico la implementación de procedimientos formatos y manual de comunicación <p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con respecto a la gestión de datos, la entidad debe: Contar con un inventario y diccionario de datos; Evaluar las capacidades y competencias de la entidad con relación al uso y explotación de datos; Evaluar la implementación de lineamientos en materia de dato. <p>El proceso cuenta con la POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES» CO-PO-01, Sin embargo, no se tienen claramente definidos los niveles de autoridad y responsabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se deben realizar evaluaciones continuas, para asegurar que las políticas estén alineadas con las necesidades cambiantes de la organización y que se estén implementando de manera efectiva en todos los niveles. <p>Es necesario buscar nuevas alternativas para que los diferentes líderes de proceso, se involucren en la planeación de la elaboración del plan de comunicaciones y construir una herramienta que tenga estrategias para ejecutar durante la vigencia, en temas relacionados con la comunicación interna y externa.</p> <p>Se sugiere la presentación de un informe, en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, respecto a que mecanismos se están implementando para que la Comunicación Interna de la Alta Dirección, dé a conocer objetivos y metas estratégicos, y la forma en que se pueda involucrar a los funcionarios en este proceso.</p> <p>Se requiere desplegar las actividades que pongan en operatividad la ventanilla única</p> <p>Es importante que se identifique y se mantenga las condiciones para garantizar la seguridad de la información</p> <p>Identificar los flujos de la información (vertical, horizontal, hacia afuera de la entidad, entre otros)</p>	<p>63%</p>	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • La entidad actualizó el Inventario de Activos de Información y establece la Resolución 239 del 2022 por la cual se adopta el Inventario de Activos de Información. • La entidad cuenta con Manual de Comunicaciones donde incluye procesos o procedimiento para el manejo de la información es importante que esta se socialice en la entidad. • La oficina de Control Interno dentro del Plan de Mejoramiento de la auditoría a comunicaciones verifico la implementación de procedimientos formatos y manual de comunicación <p>ASPECTOS POR MEJORAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario Fortalecer los canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares para que cuenten con mecanismos específicos para su manejo, de manera tal que generen la confianza para utilizarlos. • Para la comunicación interna cuenta con un manual de comunicaciones que tiene como objetivo: Emitir mensajes institucionales para educar e informar al paciente, visitantes y colaboradores sobre el autocuidado, medidas administrativas y ramas de la E.S.E., además de brindar información sobre los eventos que se programen y del acontecer diario del Hospital sin embargo es necesario que se evalúe la efectividad permanente en la comunicación interna. • Se deben fortalecer los canales externos definidos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar, y éstos se deben socializar a todo nivel de la organización. • La entidad debe evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de tal forma que se puedan mejorar. • No se evidencia que la entidad analice periódicamente los resultados frente a la evaluación. • Se sugiere realizar análisis y presentación en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en cuanto a que la Comunicación Interna de la Alta Dirección, debe tener un mecanismo que permita dar a conocer objetivos y metas estratégicos, de tal manera que los funcionarios entienden su papel en su consecución, (Se cuente con los canales más apropiados y se cuente con su efectividad). <p>Teniendo en cuenta la importancia de la comunicación en la entidad es prioritario que el líder del subproceso de comunicaciones rinda informe semestral al Comité de Control interno y al Comité de Gestión y Desempeño sobre la Comunicación Interna de la Alta Dirección y evidenciar los mecanismos utilizados en la misma.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es importante que se identifique y se mantenga las condiciones para garantizar la seguridad de la información • Identificar los flujos de la información (vertical, horizontal, hacia afuera de la entidad, entre otros) 	<p>-6%</p>
<p>Monitoreo</p>	<p>SI</p>	<p>99%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se reúne periódicamente para la revisión y seguimiento de los informes emitidos por la Oficina de Control Interno, así del Plan Anual de Auditorías, buscando la mejora del Sistema de Control Interno. • El comité institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se socializa las evaluaciones independientes y el Informe semestral de Control Interno con el fin de establecer compromisos y contribuir a la mejora continua. • La Oficina de Control Interno realiza auditorías y seguimientos periódicos donde se analiza la ejecución del riesgo y la operación controles establecidos para evitar su materialización. <p>• La Oficina de Control Interno realiza asesoría para la Formulación de planes de mejora eficaces que contribuyan a satisfacer las necesidades de los grupos de valor.</p> <p>ASPECTOS POR MEJORAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La oficina de control interno continuara con la con la actualización del procedimiento planes de mejoramiento, mediante la coordinación entre áreas de Calidad y mejora continua . • Se debe ajustar la caracterización del proceso de control interno. • Se realizara campañas de autocontrol direccionadas por la oficina de control interno 	<p>95%</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Comité Institucional de Control Interno se reúne periódicamente para la revisión y seguimiento de los informes emitidos por la Oficina de Control Interno, así del Plan Anual de Auditorías, buscando la mejora del Sistema de Control Interno. • El comité institucional de Control Interno de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se socializa las evaluaciones independientes y el Informe semestral de Control Interno con el fin de establecer compromisos y contribuir a la mejora continua. • La Oficina de Control Interno realiza auditorías y seguimientos periódicos donde se analiza la ejecución del riesgo y la operación controles establecidos para evitar su materialización. • Se continua con la ejecución de Auditorías Internas de Gestión con enfoque basado en riesgos, alineados con los objetivos y prioridades de la institución. • La Oficina de Control Interno realiza asesoría para la Formulación de planes de mejora eficaces que contribuyan a satisfacer las necesidades de los grupos de valor. • Falta implementar en debida forma los mecanismos creados para llevar a cabo la tratabilidad de PQRSD y evitar respuestas fuera de término. • Se actualiza procedimiento de Planes de Mejoramiento con el fin de articular todos los planes de la entidad 	<p>0%</p>

