



<b>Estado del sistema de Control Interno de la entidad</b>	<b>82%</b>
--	------------

**Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno**

<b>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (SI / en proceso / No) (Justifique su respuesta):</b>	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.
<b>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</b>	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 mantener 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.
<b>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):</b>	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, 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><b>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja:</b></p> <p>*La oficina de control interno realizó Auditoría a la Gestión del Talento Humano entre sus objetivos evaluó la efectividad de la implementación y actualización del código de integridad y la funcionalidad de los comités de convivencia laboral. Para el desarrollo de esta auditoría se revisaron y evaluaron los procesos de gestión de riesgos y cumplimiento, proporcionando recomendaciones para mejoras continuas.</p> <p>* Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo cuarto, metodología: " Actualizar y dar continuidad a la implementación del Programa de gestión de riesgos integral (OADS-PG-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja." en donde se contemplan los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno como tipo de riesgos institucionales .</p> <p>*Aprobación y Seguimiento del Plan Anual de Auditoría: La entidad aprueba y supervisa el Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por la Oficina de Control Interno, lo que asegura una revisión continua y un control efectivo de las actividades.</p> <p>*Para la definición del esquema de líneas de defensa, la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuenta con la siguiente documentación: * Resolución 123 del 2019, en el capítulo 2 se encuentra la estructura de trabajo de las líneas de defensa y adicionalmente.</p> <p>* Acuerdo 007 del 2024 «Por medio del cual se actualiza la política de gestión de riesgos integral de la empresa social de estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja y en su artículo 5 Definen la Responsabilidad teniendo en cuenta la línea estratégica de defensa, primera línea, segunda línea y tercera línea información que se encuentra publicada.</p> <p>*Resolución 285 de 2023, Por medio de la cual se modifica la resolución 030 del 2 de febrero de 2018 que actualizó el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y Gestión de Calidad de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja y su estructura de trabajo., en el artículo 10, se encuentra la estructura de trabajo y articulación MECI. Artículo 11 Conformación de las líneas de defensa y artículo 12 de los roles y responsabilidades de la línea de defensa.</p> <p><b>Alertas de Mejora</b></p> <p>*Se deben implementar mecanismos, que permitan fortalecer los controles respecto la publicación del reporte de información y cumplimiento de la Ley 2013 de 2019 y el Decreto 830 de 2021, y así desarrollar en el cliente tanto interno como externo y los cursos de valor un mayor compromiso con la transparencia y</p>	77%	<p><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El Hospital Universitario San Rafael de Tunja ha promulgado varias resoluciones importantes, entre ellas: <ul style="list-style-type: none"> <li>La Resolución 285 de 2023 establece el "Comité Institucional de Coordinación de Control Interno".</li> <li>La Resolución 123 del 2019, en su artículo 13, define roles frente al Sistema de Control Interno.</li> <li>La Resolución 371 del 2023 reglamenta la metodología y el proceso de control y monitoreo del trabajo en equipo.</li> <li>Además, la entidad cuenta con la política de gestión de riesgos integral (Acuerdo No. 015 de 2023).</li> </ul> </li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul> <p><b>ALERTAS DE MEJORA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>En el informe de plan anticorrupción, se recomienda finalizar la actividad de revisar y actualizar los instrumentos de gestión de la información.</li> <li>Se sugiere incorporar riesgos y controles asociados en materia de integridad pública.</li> <li>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 lo descrito en el Anexo Técnico.</li> <li>Se recomienda socializar y capacitar a los servidores en las actualizaciones normativas en materia de talento humano.</li> <li>Es importante desarrollar jornadas de capacitación y/o divulgación sobre participación ciudadana, rendición de cuentas y control social para los servidores y contratistas.</li> <li>Se sugiere implementar el eje de transformación digital en el Plan de Bienestar Social e Incentivos de la entidad.</li> <li>Actualizar y diligenciar los formatos y procedimientos, como el código C-PR-04 evaluación de proveedores. Estos pasos contribuirán al mejoramiento continuo y fortalecimiento del desempeño institucional en todas las áreas mencionadas.</li> </ul>	0%

			<p>como externo y los grupos de valor un mayor compromiso con la transparencia y la política integridad</p> <p>*Se deben fortalecer los controles en los procesos que han incumplido de manera reiterativa, la actualización de documentos en la plataforma Daruma</p> <p>*Fortalecimiento de Comités de Convivencia: Es necesario asegurar una documentación adecuada y detallada que refleje fielmente las discusiones y decisiones tomadas en las actas de los comités de convivencia.</p> <p>*Es necesario adelantar acciones que permitan evaluar los instrumentos para la gestión de conflictos de interés, entre las cuales se encuentran: Crear, actualizar</p>			
Evaluación de riesgos	SI	93%	<p><b>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja:</b></p> <p>Se cuenta con Resolución 559 del 2024 por lo cual se fija la planeación evaluación y rendición del informe de gestión en La E.S.E Hospital universitario san Rafael de Tunja.</p> <p>Se cuenta con los procedimientos OADS-PR-05 elaboración Plan de Desarrollo, OADS-PR-06 Elaboración Plan operativo Anual Institucional y OADS-PR-07 Elaboración Plan Operativo Anual por Proceso.</p> <p>La entidad cuenta herramienta de Plan Operativo Anual por procesos en el formato OADS-F-03, en el cual se establecen los indicadores de impacto para lograr las metas definidas en Plan de Desarrollo.</p> <p>-Se cuenta Caracterizaciones generadas por los procesos y servicios, los cuales cumplen con el ciclo documental establecido en la entidad los cuales son verificados oportunamente por la segunda línea.</p> <p>-Dentro de las actividades realizadas por la primera línea se analiza el contexto interno y externos de la institución, previo a la identificación de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales, este análisis se realiza con el acompañamiento de planeación.</p> <p>Se cuenta con Política de gestión de riesgos integral, adoptada acuerdo No. 007 de 2024</p> <p>Se tienen identificados riesgos de Gestión y fiscales, de índole contable, seguridad de la información, SICOFIS, SARLAFT</p> <p>Las líneas de defensa conocen sus roles respecto al autocontrol, monitoreo y seguimiento de los riesgos identificados en la entidad.</p> <p>Alta dirección en el marco del comité institucional de Coordinación de sistema de Control Interno, comité de gestión de riesgos integral y junta directiva; específicamente: "Revisar, validar y supervisar el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizar seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso"</p> <p>Se cuenta con el Programa de Gestión del Riesgo código: OADS-PG-02 , el cual estableció su propio comité este se reúne trimestralmente , con el fin de socializar a la alta dirección el cumplimiento del Plan de trabajo gestión de riesgos integral 2024</p> <p>Dentro de las matrices de riesgos. se cuentan con riesgos relacionados con los</p>	91%	<p><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul> <p><b>ASPECTOS A MEJORAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporar controles asociados a los riesgos identificados en materia de integridad pública para fortalecer la gestión integral de riesgos.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>	2%
Actividades de control	si	75%	<p><b>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja:</b></p> <p>*La entidad tiene actualizado el mapa de riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva (sarlaft),</p> <p>*Se cuenta con Resolución 559 del 2024 por lo cual se fija la planeación evaluación y rendición del informe de gestión en La E.S.E Hospital universitario san Rafael de Tunja, Se cuenta con los procedimientos OADS-PR-05 elaboración Plan de Desarrollo, OADS-PR-06 Elaboración Plan operativo Anual Institucional y OADS-PR-07 Elaboración Plan Operativo Anual por Proceso.</p> <p>*Se cuenta Caracterizaciones generadas por los procesos y servicios, los cuales cumplen con el ciclo documental establecido en la entidad los cuales son verificados oportunamente por la segunda línea.</p> <p>*Dentro de las actividades realizadas por la primera línea se analiza el contexto interno y externos de la institución, previo a la identificación de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales, este análisis se realiza con el acompañamiento de planeación.</p> <p>*Se cuenta con Política de gestión de riesgos integral, adoptada acuerdo No. 007</p>	79%	<p><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>Se realiza un informe sobre la operatividad y realización de documentos en el Software DARUMA y el estado de los documentos.</li> <li>Existe un PROGRAMA DE GESTIÓN DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN, que describe actividades y su seguimiento porcentual a través de 6 indicadores.</li> <li>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 ejecutando los controles tal como han sido diseñados.</li> </ul> <p><b>DEBILIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La entidad carece de matrices y roles de usuarios que sigan los principios de segregación de funciones.</li> <li>No hay claridad sobre las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones.</li> <li>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.</li> </ul>	-4%

			<p>de 2024</p> <p>Se tienen identificados riesgos de Gestión y fiscales, de índole contable, seguridad de la información, SICOF5, SARLAFT, Las líneas de defensa conocen sus roles respecto al autocontrol, monitoreo y seguimiento de los riesgos identificados en la entidad.</p> <p>*Se cuenta con el Programa de Gestión del Riesgo código: OADS-PG-02 , el cual estableció su propio comité este se reúne trimestralmente , con el fin de socializar a la alta dirección el cumplimiento del Plan de trabajo gestión de riesgos integral 2024.</p> <p>* Se cuenta con el PROGRAMA ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN S-PG-01 en el cual se describen los objetivos, las metas y actividades a realizar. A demás está el manual de interventoría y/o supervisión, creado mediante resolución 260 de 2014, En su numeral 4.1 describe los «objetivos específicos de la supervisión o interventoría». En el numeral 6 enuncia la «obligatoriedad de contar con supervisión o interventor» y en el numeral 9 plantea «los lineamientos y obligaciones generales del supervisor».</p> <p><b>Alertas de mejora</b></p> <p>*Es necesario generar medios y espacios para que la entidad cree matrices y</p>		<p>• 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>	
<p>Información y comunicación</p>	<p>si</p>	<p>71%</p>	<p><b>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja</b></p> <p>* El programa de riesgo se encuentra articulado con seguridad de la información y con monitoreo de la segunda línea de defensa y seguimiento por parte de la tercera línea de defensa, dando seguridad al programa gestión del riesgo.</p> <p>* De acuerdo con la Resolución 1519 de 2020 del Ministerio de Tecnologías de la información y las Comunicaciones. La entidad realiza acciones para que la información que publica , cumpla con los criterios de accesibilidad para personas con discapacidad visual reducida o ciegos.</p> <p>*El subproceso TIC, para efectuar y actualizar el inventario de información relevante la entidad cuenta con: Resolución 239 de 2022 «Por medio de la cual se adopta el inventario de activos de información en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a la Ley estatutaria 1712 de 2014», el procedimiento «Inventario Clasificación y Etiquetado de Activos de Información» S-PR-24 y el «Manual Metodológico para el Levantamiento Activos de Información» S-M-12 y Formato matriz levantamiento activos de información S-F-47.</p> <p>* En el Plan de Gerencia de la Información con que cuenta la entidad, se identifica el ciclo de la información, componentes tecnológicos, fuentes de datos (primarios y secundarios) necesarios para la captura y procesamiento de la información, seguridad de la información entre otros aspectos. para tal efecto cuenta con las siguientes plataformas informáticas 1. Servinte, clinical suite., 2. Daruma Salud, 3. Orfeo, 4. Enterprise Imaging, 5. Sistema de información para mantenimiento HRCATCH, 6. SICOF ERP, 7 Mesa de servicios GLPI.</p> <p><b>Alertas de mejora</b></p> <p>* Se identificó fallas en la captura de información primaria y falta de oportunidad en las respuestas a solicitudes realizadas mediante mesa de servicios GLPI.</p> <p>*Seguridad de la Información: Si bien se cuenta con la estructura documental para cumplir con el habilitador de «Seguridad y privacidad de la información», es necesario que se fortalezcan los controles frente a las fallas existentes en cuanto a la captura de información primaria, ya que se está afectado la calidad de la información con que se alimentan los indicadores, y además se debe mejorar la oportunidad de respuesta de las solicitudes realizadas mediante mesa de trabajo GLPI.</p> <p>*Mecanismos de Quejas y Denuncias: Fortalecer y promover mecanismo de quejas y denuncias, respecto a canales de información interna para la denuncia anónima de posibles situaciones Irregulares, recomendando acciones específicas para mejorar su efectividad y asegurar una respuesta adecuada y oportuna.</p> <p>*Operatividad de la Ventanilla Única: Desplegar actividades para poner en operatividad la ventanilla única, mejorando la eficiencia de las comunicaciones.</p>	<p>68%</p>	<p><b>"FORTALEZAS</b></p> <p>*Se realizo depuración de la estructura documental</p> <p>*Se creo el «MANUAL DE VENTANILLA ÚNICA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA» y cronograma de actividades para su despliegue.</p> <p>*La oficina de Control Interno dentro del Plan de Mejoramiento de la auditoria a comunicaciones verifico la implementación de procedimientos formatos y manual de comunicación</p> <p><b>DEBILIDADES</b></p> <p>*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> <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> <p>*Se deben realiza 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> <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>3%</p>
			<p><b>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja:</b></p> <p>La Oficina de Control Interno, presenta ante el comité la aprobación del Plan Anual de Auditoria para el año 2024, en cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Ley 87 de 1993 y la Guía de Auditoría para Entidades Públicas, Este plan se estructura teniendo en cuenta los roles de control interno que son: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación a la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, así como la relación con entes externos de control.</p> <p>Objetivo: El propósito fundamental de este plan es definir y llevar a cabo las auditorías internas, informes de ley, seguimientos y asesorías necesarios para el ejercicio 2024. Con un enfoque claro en apoyar la consecución de los objetivos estratégicos de la entidad y evaluar el sistema de control interno. El plan anual de auditoria es aprobado el 29 de Enero del 2024.</p> <p><b>Para el segundo semestre del 2024 se relizaron las siguientes comites :</b></p> <p>Cuarto , Quinto y sexto Comité Institucional de coordinación de control Interno: Realizando seguimiento de la ejecución del plan anual de auditoria teniendo en cuenta el Avance de los roles Evaluación y Seguimiento, Rol de Evaluación de Gestión de Riesgo, Rol Enfoque Hacia la Prevención, Rol Liderazgo Estratégico,</p>		<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <p>* 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 Auditorias, buscando la mejora del Sistema de Control Interno.</p> <p>*El comité institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, socializa las evaluaciones independientes y el Informe semestral de Control Interno con el fin de establecer compromisos y contribuir a la mejora continua.</p> <p>*La Oficina de Control Interno realiza auditorias y seguimientos periódicos donde se analiza la ejecución del riesgo y la operación controles establecidos para evitar su materialización.</p> <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><b>ASPECTOS POR MEJORAR:</b></p> <p>* 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 .</p> <p>* Se debe ajustar la caracterización del proceso de control interno.</p> <p>* Se realizaron campañas de autocontrol direccionadas por la oficina de control interno</p> <p>*El jefe de Control Interno debe verificar durante la vigencia evaluada, el cumplimiento de las políticas, lineamientos y estrategias en materia de Talento Humano aplicadas por la entidad en lo relacionado a:</p> <p>A) Se asignaron los recursos presupuestales para atender el 100% de las necesidades de capacitación, bienestar y</p>	

Monitoreo	SI	93%	<p>Avance Relación Entes Externo.</p> <p>El comité Institucional de Coordinación de control Interno, se cuenta con la participación activa de los funcionarios de la Alta Dirección como miembros fundamentales en dicho comité.</p> <p>La Oficina de Control Interno actúa como un puente informativo, comunicando de manera efectiva las tareas y evaluaciones realizadas por las distintas líneas de defensa. En el Segundo semestre se realizan tres comités, donde se llevaron a cabo tareas y se efectuaron seguimiento a compromisos*.</p> <p>La oficina de control interno en su rol enfoque hacia la prevención establecida en el decreto 648 de 2017, realizó seguimiento y monitoreo a los planes de mejoramiento por fuente institucional con el fin de revisar el estado de avance de las acciones establecidas.</p> <p>Adicionalmente la oficina de control interno se articula con el modelo de mejoramiento con enfoque de acreditación y se realiza bajo el PAPAS que a continuación se describe por cada una de las fuentes de mejora establecidas: Indicadores, Auditoria externa, Autoevaluación seguridad del paciente, Eventos adversos, Autoevaluación y Acreditación, Referenciación competitiva, oportunidades de mejora, Revisoria fiscal</p> <p><b>Alertas de Mejora</b></p> <p>*Fortalecimiento de Comités de Convivencia: Es necesario asegurar una documentación adecuada y detallada que refleje fielmente las discusiones y decisiones tomadas en las actas de los comités de convivencia.</p>	93%	<p>calidad de vida laboral.</p> <p>B) Se atendieron las causales de retiro estrictamente señaladas por la ley.</p> <p>C) Se evaluó el desempeño del 100% de los servidores de la entidad (de acuerdo con el sistema y formatos previstos para tal fin).</p> <p>D) Se analizó el aporte de la gestión del Talento Humano al cumplimiento de las metas y objetivos de la entidad y se emprendieron acciones para mejorar el desempeño de las personas.</p> <p>E) Se atendieron el 100% de situaciones escaladas al comité de convivencia laboral.</p> <p>F) Se evaluó el aporte de los procesos de capacitación, al mejoramiento de las competencias, habilidades o conocimientos de los servidores.</p> <p>G) Se emprendieron acciones de mejora del clima, la convivencia y las relaciones laborales.</p>	0%
-----------	----	-----	--	-----	---	----

  
 Asesor de Control interno







