

Al contestar cite 20221100000701



Tunja,

Doctor

**YAMIT NOE HURTADO NEIRA**

Gerente

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

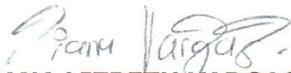
Ciudad

**Ref. Seguimiento Mapa de Riesgos por proceso, asistencial y de Corrupción a Diciembre de 2021.**

Cordial saludo Dr. Yamit

En cumplimiento a la Ley 87/1993, a la ley 1474/2011 y de conformidad con las funciones legales y de planeación de esta oficina, adjunto informe de seguimiento Mapa de Riesgos por proceso, asistencial y de Corrupción a diciembre de 2021.

Atentamente,



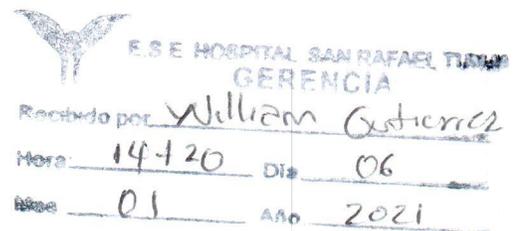
**DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ**

Asesora Control Interno

E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Anexo Informe \_10\_ folios.

C.C Subgerencias SSS,SAF,OADS



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



8-7405030



[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)  
e-mail: [Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co](mailto:Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co)



Tunja,

Doctor

**YAMIT NOÉ HURTADO NEIRA**

Gerente

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

Ciudad

**Referencia: Seguimiento Mapa de Riesgos por proceso, asistencial y de Corrupción a diciembre de 2021.**

### **OBJETIVO**

Realizar seguimiento y verificación a los controles propuestos en los mapas de riesgo por proceso, asistenciales y de Corrupción, en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, de acuerdo a las normas legales vigentes.

### **ALCANCES**

1. Verificar la gestión de las acciones de control definidas en los riesgos por proceso, asistenciales y Corrupción.
2. Evaluar los resultados de los indicadores de medición de los riesgos.
3. Determinar la calidad de los controles definidos y monitorear si las acciones realizadas tienden a gestionar los riesgos según las medidas de respuesta exigidas.
4. observaciones y recomendaciones.

### **SOPORTES**

- ✓ Mapa de riesgos por procesos.
- ✓ Mapa de riesgos asistenciales
- ✓ Mapa de riesgos de corrupción.
- ✓ Resolución 038 de 2020, Plan Anticorrupción.
- ✓ Resolución 091 de 2021 Administración de Riesgo.
- ✓ Guía para la administración del riesgo del departamento administrativo de la función pública.
- ✓ Demás normas aplicables.

### **AREAS INVOLUCRADAS EN EL PROCESO:**

Procesos y subprocesos con sus respectivos mapas de riesgos por proceso, asistenciales y corrupción vigente.

90



**METODOLOGIA:**

Se realiza verificación con cada uno de los coordinadores y líderes responsables de los mapas de riesgos por proceso, asistenciales y corrupción cuyo riesgo residual es alto o extremo, evaluando la efectividad de los controles implementados.

**1. SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO (ESTRATEGICOS Y DE APOYO)**

A continuación, se realiza seguimiento a la efectividad de los controles establecidos en cada uno de los procesos en cuanto a riesgos de proceso:

PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES		NUEVA VALORACIÓN ZONA DE RIESGO (RESIDUAL)	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO
	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN CONTROL	EVIDENCIA DEL CONTROL			
Gestión Financiera	Posibilidad de sanciones Disciplinarias, Pecuniarias por inoportunidad y calidad en el flujo de la información reportada por las áreas productoras de la misma hacia contabilidad.	Cada líder de proceso responsable de entregar información a contabilidad, envía por correo electrónico pantallazo de la interface, conforme a lo establecido en la Resolución interna 055 de 19 de febrero de 2020	Publicación de estados financieros oportuna e oportunamente Interface generada en Sistema del envío de la información.	Alto	83%	Se evidencia en página web la publicación de los estados financieros de julio a octubre de 2021.  Se evidencia que el control es efectivo y no se ha materializado el riesgo, sin embargo se tiene un desfase de un mes en la publicación de los estados financieros.
Gestión QHSE	Posibilidad de sanciones debido al reporte extemporáneo de información legal a antes de inspección vigilancia y control.(Supersalud y Superintendencia )	El líder de unidad de análisis y el líder de reporte de indicadores realiza seguimiento mensualmente a través de lo establecido en la Circular Interna Reporte de indicadores legales Aplicables y cumpliendo con los términos establecidos en el Instructivo de reporte de indicadores Software Daruma para la Gestión de la Calidad V2 OADS-INS-04 [OADS-PR-01] Gestión y Seguimiento de	Listados de reportes priorizados, Correos electrónicos, soporte de Cargue exitoso	Alto	100%	Se evidencia el listado priorizado de reporte de indicadores junto con el envío por correo electrónico y cargue exitoso de los indicadores de ley.  El control es eficaz y mitiga la materialización del riesgo.

		Indicadores - V4				
Dirección Estratégica y Humanización	Posibilidad de sanciones Administrativas y disciplinarias debido al incumplimiento de las metas establecidas frente a la planeación estratégica por falta de seguimiento	El profesional de Planeación realiza seguimiento a Planes operativos, trimestralmente mediante el Formato OADS-F-03 Plan Operativo por Procesos y utilizando la Herramienta Formato OADS-F-35 Matriz seguimiento indicadores Plan de Desarrollo	Informes trimestrales seguimiento POA. Acta de reunión de los compromisos generados cuando aplique el informe anual seguimiento plan de desarrollo	Alto	100%	Se evidencia OADS-F-35 Matriz seguimiento indicadores Plan de Desarrollo, la cual es alimentada de los informes de seguimiento a los planes operativos anuales.  El control es efectivo, mitiga la materialización del riesgo
Gestión Administrativa	Posibilidad de disminución en los ingresos por falta de seguimiento, debido a la extemporaneidad en la respuesta a glosa inicial	El coordinador de auditoría de cuentas médicas diariamente ingresa, designa y distribuye las glosas oficiadas para análisis y gestión conforme a lo establecido en el procedimiento AM-PR-04 Respuesta a Glosas y Devoluciones mediante el formato Semaforización de Glosas AM-F-05	Semaforización de Glosas AM-F-05 Repuesta a Glosas y Devoluciones AM-F-01 Informe trimestral de Glosas, Indicador 1340, Acta de comité de cartera.	Alto	100%	Se evidencia que realizan seguimiento mensual a la Codificación de glosas y devoluciones en el área de auditoría de Cuentas Médicas con el fin de clasificar dichas objeciones según concepto específico, general de la Res. 3047 de 2008, centro de costo institucional y fecha de factura.  El proceso alimenta trimestralmente el indicador 1341 identificación de causales de glosa y codificación por conceptos según normatividad vigente, por centros de costo y por fecha de factura y el informe trimestral del área donde se hace análisis de glosa por concepto, centro de costo y vigencia de la factura.  La identificación de la glosa se realiza en la respuesta de la misma, del valor total respondido en glosa a septiembre 30 de 2021 es \$27,491,730,474 el mismo valor se encuentra codificado al 100% por concepto general y específico, centro de costo y fecha de factura.
	Posibilidad de No reconocimiento de los servicios prestados debido a Falta de gestión de cuentas devueltas	El coordinador de Auditoría de cuentas médicas realiza trazabilidad mensualmente a la gestión de las devoluciones a través de la matriz AM-F-04	Seguimiento y Control de Gestión Devoluciones AM-F-04, Informe Comité Cartera, Informe Trimestral,	Extremo	100%	El área de Auditoría de Cuentas realiza seguimiento y control a la gestión a devoluciones realizada de manera mensual a través de la matriz de devoluciones y de allí se alimenta el indicador 1347 cuentas devueltas acumuladas totales.

*GA*



	Seguimiento y Control de Gestión Devoluciones	Indicador Cuentas gestionadas devueltas acumuladas totales 1347			Del total de Cuentas acumuladas totales a septiembre de 2021, se ha gestionado un valor de \$36,365,015,585 lo que equivale a un 78,9% superando la meta establecida (50%) y cumplimiento mayor al 100%. La tendencia en gestión a devoluciones es hacia la alta.
Posibilidad de demora en el flujo de recursos debido al no acuerdo de conciliación de glosas entre las partes por diferencia de conceptos	El coordinador de Auditoría de cuentas médicas mensualmente realiza Seguimiento y control de las glosas sin acuerdo de conciliación a través del formato AM-F-03 Matriz de glosas	Informe Trimestral, Remisión de Casos	Alto	100%	El control es efectivo y mitiga la materialización del riesgo. El área de Auditoría de Cuentas Médicas realiza seguimiento de los casos de difícil solución entre entidades por el equipo auditor a través de las matrices de glosas y devoluciones, cada auditor define de sus entidades a cargo que casos deben ser llevados a instancias de carácter jurídico para dirimir el conflicto. El control es efectivo y mitiga la materialización del riesgo.
Posibilidad de Pérdida de cartera por no presentar acreencia en debida forma	El líder de cartera realiza seguimiento a según necesidad a la Presentación del formato acreencia correctamente radicado ante la EAPB	Acta presentación de la acreencia	Extremo	100%	Se hace seguimiento al riesgo de intervención, medidas especiales y liquidación de las EAPB, proceden a atender a los requisitos de los agentes liquidadores con el fin de preparar anticipadamente la información y/o documentación requerida para la presentación de la acreencia. En el periodo comprendido de julio a diciembre del año en curso se presentó acreencia a Comparta en liquidación dentro de los términos legales establecidos por el agente liquidador. El control es efectivo y mitiga la materialización del riesgo.
Posibilidad de generación de glosa o devolución de cuentas por falta de autorización de servicios debido al reporte	El técnico de autorizaciones de urgencias emite y realiza el seguimiento al Anexo técnico 2 generado por servinte para recibir	Formato F-PR-12 (Anexo No.2) Formato F-PR-14 (Anexo No. 3) 3 envíos electrónicos.	Alto	100%	El control que se lleva por parte de la pre auditoría administrativa es una herramienta que ayuda a controlar el soporte incompleto de cuentas en lo que tiene que ver con autorizaciones de servicios prestados y esto a su

	inoportuno a las ERP	la autorización del servicio por parte de la ERP según lo establecido en el Procedimiento F-PR-12 Autorización de Atención Inicial de Urgencias y al Anexo técnico 3 según el procedimiento F-PR-14 Autorización de Servicios Posteriores a la Urgencia	Planillas de control de recibido por parte de facturación de cuentas soportadas y debidamente auditadas. Cuenta firmada por el responsable de la auditoria administrativa. INDICADORES: 1508 / 1541			vez mitiga el riesgo de devoluciones y reduce las glosas por este concepto. El mecanismo de correo electrónico con la relación de cuentas con visto bueno, agiliza el proceso de armado de cuentas y da certeza a facturación de poder radicarlas con éxito en las diferentes plataformas o de forma física a las ERP.  El control es efectivo y mitiga la materialización del riesgo
	Posibilidad de sanciones Disciplinarias, Pecuniarias por inoportunidad y calidad en el flujo de la información reportada por las áreas productoras de la misma hacia contabilidad.	El líder de cada proceso, quien es responsable de entregar información a contabilidad, envía por correo electrónico print de la interface, conforme a lo establecido en la Resolución interna 055 de 19 de febrero de 2020	Interface generada en Sistema evidencia del envío de la información	Alto	100%	Se evidencia que cada proceso (Facturación, Cartera y Auditoria), ha realizado las interfaces necesarias y solicitadas en cumplimiento a la Resolución en los términos establecidos.  El control es efectivo y mitiga la materialización del riesgo
Gestión Mantenimiento	Posibilidad de fallas a infraestructura, equipos industriales y/o mobiliario	El líder de mantenimiento y técnicos aplican, según cronograma, lo establecido en el Procedimiento Mantenimiento Preventivo a la Infraestructura y Dotación Hospitalaria MAN-PR-01 a fin de minimizar el fallo en los equipos.	Base de datos MAN-F-22 Indicador	Alto	98.40%	Se evidencia un cumplimiento de 98.4%  En septiembre se programaron 17 mantenimiento y se ejecutó el 100%.  En octubre programaron 16 y se ejecutaron 15 con un 93.75%, se reprogramo para diciembre el mantenimiento de la unidad manejadora de aire.  En noviembre se programaron 85 y se ejecutó el 100%.  En diciembre se programaron 50 y se ejecutó el 100%.  El control es efectivo y mitiga la materialización del riesgo.
Gestión de Sistemas de información y Comunicaciones	Posibilidad de Pérdida de credibilidad sobre los servicios que presta el Hospital por Divulgación en medios de comunicación de	El líder de comunicaciones verifica que la divulgación de comunicados de prensa en medios de comunicación externos sea	Comunicado de prensa, evidencias de medios de comunicación, soporte del medio comunicado,	Alto	100%	Se evidencia publicado en la página web los comunicados de prensa los cuales solo son emitidos por la oficina de comunicaciones con el visto bueno de la gerencia o subgerencia respectiva.

90

	información que no corresponde a la realidad de la institución	acorde con la información emitida y lo aprobado por la institución según lo establecido en el Procedimiento Divulgación de información a través de comunicado de prensa CO-PR-06 v2	oficio de rectificación.(en caso que aplique )			A la fecha del periodo evaluado se han divulgado 5 comunicados de prensa.  El control es efectivo y mitiga la materialización del riesgo.
Gestión de Contratación	Posibilidad de sanciones fiscales, disciplinarios, penales y civiles debido al no reporte oportuno de rendición de contratos en las plataformas destinadas por los entes de control y seguimiento.(PROCURADURIA, CONTRALORIA, SECOP)	El coordinador de contratación, mensualmente realiza el seguimiento de la publicación de contratos conforme a los términos establecidos en el Manual de contratación M-C-00	Listado de contratos al cierre de periodo evaluado, Publicación en plataformas (CONTRALORIA , SECOP) y página web de documentos inherentes a las etapas precontractual, contractual y poscontractual, envío de oficio a Procuraduría.	Extremo	100%	El proceso de contratación, publica en las plataformas de contraloría, SECOP, SIA observa los documentos de la etapa precontractual, contractual y el pos contractual, dando cumplimiento al manual de contratación y normatividad legal  El control es efectivo para mitigar la materialización del riesgo.
	Posibilidad de Sanciones Disciplinarias, fiscales y penales, detrimento patrimonial debido al incumplimiento de requisitos establecidos en el manual de contratación para la etapa precontractual	el coordinador de contratación revisa los estudios de conveniencia y oportunidad que enmarcan el inicio de proceso y da aplicación a lo contemplado en el Manual de contratación M-C-00	Listado relación de procesos contractuales en el periodo evaluado, Estudios previos, Documentos del contratista, Evaluación de la propuesta, respuesta a observaciones, acta de cierre del proceso, y demás soportes asociados a la etapa precontractual.	Alto	100%	El proceso de contratación revisa los documentos precontractuales teniendo en cuenta el manual de contratación, esto se puede evidenciar en la publicación en página web institucional y en el SECOP.  El control es efectivo para mitigar la materialización del riesgo
Sistema de Información y Atención al Usuario	Posibilidad de respuestas a quejas fuera de términos debido a la inoportunidad en la respuesta por parte de las áreas implicadas	El líder del proceso involucrado, así como el líder de la oficina de SIAU y jurídica deberán dar respuesta a la queja instaurada según el trámite y tiempos establecidos en la	Matriz SIAU-F-13 seguimiento quejas y reclamos	Alto	100%	Se evidencia en página web la publicación de los informes de seguimiento a PQRS, además se revisa la base de datos de seguimiento a quejas y reclamos, la cual se observa que se han radicado de julio a noviembre 62 quejas y 110 reclamos para un total de 172, los cuales se le dio

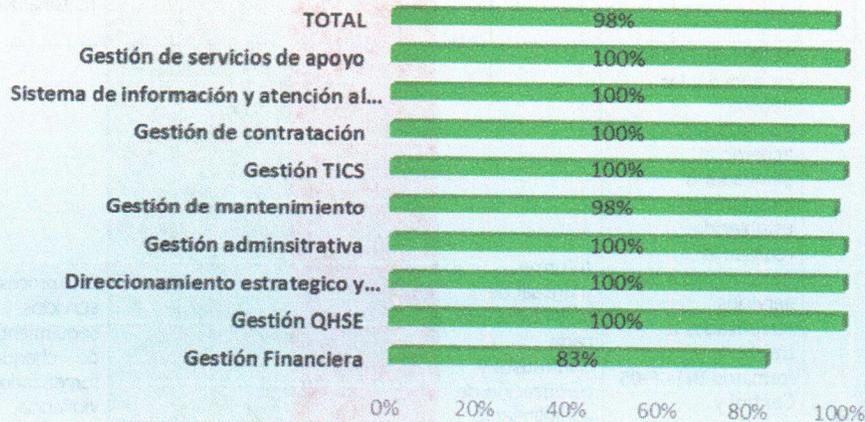
		Resolución 097 de 2020 y la Resolución 194 de 2018				respuesta dentro de los términos establecidos. Se evidencia que el control es efectivo, y mitiga la materialización del riesgo.
Gestión Servicios de apoyo	Posibilidad de afectación en la prestación del servicio por el No cumplimiento de las acciones establecidas para evaluar la gestión del tercerizados.	El líder de Servicios de apoyo y los apoyos administrativos, de acuerdo al planeador o cronograma establecido, realizan el seguimiento a los servicios tercerizados a través de los formatos INT- F-05 Control y seguimiento dietas facturadas servicio de alimentación; INT-F-06- Lista chequeo aseo y desinfección; INT-F-07 Lista chequeo seguridad y vigilancia; INT-F-08- Control de recorrido prendas sucias, conforme a lo establecido en el procedimiento INT-PR-02 Seguimiento al Servicio de Seguridad y Vigilancia, Aseo y Desinfección, Alimentación y lavandería	Informe mensual de actividades por cada Contratista y certificación de cumplimiento de actividades contractuales emitida por el apoyo a la interventoría, Acta de Compromisos, Listas de Chequeo INT-F-05, INT-F-06; INT-F-07; INT-F-08;	ALTO	100%	El proceso de gestión de servicios de apoyo realiza seguimiento a través de listas de chequeo a los servicios tercerizados de seguridad y vigilancia, aseo y desinfección, suministro de dietas y lavado de ropa hospitalaria, de los resultados de las inspecciones se generan acta de compromiso con los servicios tercerizados para subsanar los hallazgos encontrados.  El control es efectivo para mitigar la materialización del riesgo
<b>TOTAL</b>						<b>98%</b>

De acuerdo a la metodología establecida por la institución se realiza seguimiento y evaluación por parte de la oficina de control interno a los riesgos por proceso que se sitúan en Zona de Riesgo Alta y extrema, obteniendo los siguientes resultados:

Revisados los riesgos identificados en el mapa de riesgos de proceso administrativos de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se determinó un promedio de cumplimiento del 99% frente a las acciones establecidas para la mitigación de riesgo por proceso.



### MAPA DE RIESGOS DE PROCESO



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 proceso.

PROCESO	RIESGO MATERIALIZADO
Gestión financiera	0
Gestion QHSE	0
Direccionamiento estratégico y humanización	0
Gestión administrativa	0
Gestión de mantenimiento	0
Gestion de sistemas de información y comunicaciones	0
Gestión de contratación	0
Sistema de información y atención al usuario	0
Gestión servicios de apoyo	0
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>

## 2. SEGUIMIENTO RIESGOS ASISTENCIALES

La resolución 091 de 2021 "Política de riesgos", establece los parámetros para administrar los riesgos en al E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja. La gestión de riegos para los procesos misionales se desarrolla según lo establecido en el Programa de seguridad del paciente CA-PG-03.



En cuanto a los riesgos de los Programas Institucionales, se tienen identificados 67, de los cuales 11 en Riesgo Extremo, 19 en Riesgo Alto, 18 en Riesgo Moderado y 19 en Riesgo bajo. De acuerdo al seguimiento realizado a los programas Institucionales, los Programas: Amigos del corazón, Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Uso racional de antibióticos, Reactivovigilancia, Víctimas de violencia Trombolisis y B24, no han realizado revaloración de riesgos desde el año 2019, tampoco se tuvieron en cuenta las oportunidades de mejora del informe de riesgos realizado en diciembre de 2020 como tercera línea de defensa *"Se debe fortalecer el diseño del control debe incluir periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución, lo que permite realizar un seguimiento y valoración objetiva a cada actividad"*, los riesgos asistenciales son dinámicos y requieren gestión continua y seguimiento a la acciones establecidas al plan de control para verificar el impacto en la mitigación de los eventos relacionados con los riesgos.

El programa de Seguridad del Paciente ajusto la herramienta incluyendo periodicidad y responsable de la ejecución del plan de control, sin embargo no hay seguimiento a riesgos 2021 de primera línea ni segunda línea de los programas mencionados. Los programas Madre canguro, Piel sana y Soporte metabólico y Nutricional realizaron actualización de riesgos sin embargo deben ajustarse a la herramienta modificada por el Programa de Seguridad del paciente para el 2021.

RIESGOS PROGRAMAS INSTITUCIONALES						
PROGRAMA	RIESGO EXTREMO	RIESGO ALTO	RIESGO MODERADO	RIESGO BAJO	TOTAL	OBSERVACIONES
AMIGOS DEL CORAZÓN	0	3	1	1	5	Sin revalorar desde el 2019
B24	0	1		2	3	Sin revalorar desde el 2019
BUEN TRATO	3	1	2		6	Sin revalorar desde el 2019
FARMACOVIGILANCIA	0	2	1	1	4	Sin revalorar desde el 2019
TECNOVIGILANCIA	1	1	3	3	8	Sin revalorar desde el 2019
MADRE CANGURO	0	1	2	4	7	Sin revalorar desde el 2019
USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS	2	0	1	0	3	Sin revalorar desde el 2019
PIEL SANA	0	5	4	4	13	Se realiza REVALORACIÓN 2021
REACTIVOVIGILANCIA	1	1	1	2	5	Sin revalorar desde el 2019
SOPORTE METABÓLICO Y NUTRICIONAL		3	1	2	6	El líder del proceso realiza revaloración 2021, sin embargo se debe realizar revisión y aprobación con el Programa Seguridad del paciente.
TROMBOLISIS	4	1	2		7	Sin revalorar desde el 2019
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>67</b>	

De igual forma desde el 2019, se tiene identificados 34 riesgos en los servicios de: Imagenología (9), gastroenterología (5), CAPM (5), Patología (6) y laboratorio (9), sin embargo a excepción del laboratorio clínico no se ha realizado revaloración desde el 2019 ni seguimiento al plan de control en primera y

segunda línea de defensa, el laboratorio realizó un ajuste en 2020, sin embargo se recomendó revisar el plan de control por materialización de algunos riesgos.

SERVICIOS	RIESGO EXTREMO	RIESGO ALTO	RIESGO MODERADO	RIESGO BAJO	TOTAL	OBSERVACIONES
IMAGENOLÓGIA	3	3	1	2	9	Sin revalorar desde el 2019
GASTROENTEROLOGÍA	0		2	3	5	Sin revalorar desde el 2019
CAPM	0		5		5	Sin revalorar desde el 2019
PATOLOGÍA	0		2	4	6	Sin revalorar desde el 2019
LABORATORIO	3	4	2	0	9	Sin revalorar desde el 2020
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>34</b>	

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

A continuación, se realiza seguimiento a la efectividad de los controles establecidos en cada uno de los procesos en cuanto a riesgos de corrupción III cuatrimestre de 2021:

PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES		NUEVA VALORACIÓN ZONA DE RIESGO (RESIDUAL)	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO
	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN CONTROL	EVIDENCIA DEL CONTROL			
Gestión Financiera	Posibilidad de Sanciones de los Entes de inspección y vigilancia control por la Exclusión del giro a proveedores y contratistas para presionar y obtener algún beneficio personal.	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	Informe seguimiento plan financiero de cuentas por pagar.	Extremo	100%	Teniendo en cuenta el informe enviado por tesorería se puede observar que de septiembre a noviembre se han recepcionado:  Contratos de prestación de servicios: 202 Proveedores: 408 Servicios públicos: 75 Total: 685 cuentas  Se puede evidenciar que se tiene un desfase en la entrega oportuna de cuentas, por tal motivo no se presenta situación alguna de exclusión de giro a proveedores o contratistas, el proceso continua con sensibilización de los tiempos a los supervisores acorde con la



						Resolución 048 estableciendo fechas de entrega de cuentas y facturas para su respectivo pago.  El control es efectivo y mitiga la materialización del riesgo.
Gestión administrativa	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	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 que existen glosas reiteradas de según lo establecido en el procedimiento AM-PR-03 Acta de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones	AM-F-03 acta de levantamiento de glosa, indicador mensual, Informe trimestral de análisis de aceptación de glosa, notas crédito mensual.	Extremo	100%	Con corte a 30 de noviembre de 2021 se observa una glosa final de \$4.554.558.508 de un total facturado a la misma fecha de \$221.805.653.831, lo que corresponde al 2.05% de glosa aceptada, se evidencia que cumple con la meta establecida menor al 4%.  El control es efectivo y mitiga la materialización del riesgo.
	Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de cartera puedan ser objeto de concusión en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago	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	Base de datos Pagares, Informe mensual de cartera, informe trimestral de estado de cartera (Pagares), Acta comité.	Alto	100%	Se evidencia que el líder de cartera y los técnicos realizan los tramites respectivos para el control en su modalidad de persuasivo, pre jurídico y jurídico, los cuales se realiza seguimiento en comité de cartera que se realiza mensualmente.  El control es efectivo y mitiga la materialización del riesgo.
	Posibilidad de Pérdida de Recursos económicos de la Institución por NO facturar servicios prestados por intereses particulares	El profesional de facturación descarga de Servinte egresos pendientes por facturar y realiza Seguimiento semanal a través de informe generado del sistema y envía a cada líder responsable el	Informe de servinte de egresos sin facturar, Correo electrónico enviado	Extremo	100%	Se evidencia que se realiza verificación semanal de los egresos sin facturar, control establecido para que la Institución no incurra con posibles riesgos de subfacturación, toda vez que el informe se realiza para cada uno de los grupos de facturación lo cual permite la trazabilidad caso por caso y es enviado por correo electrónico para

		consolidado.				<p>solución del caso y seguimiento semanal.</p> <p>El control es efectivo y mitiga la materialización del riesgo.</p>
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.	<p>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, así como para la consulta de Historias clínicas 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.</p>	<p>Diligenciamiento del formato GD-F-01 de control consulta y préstamos de documentos de archivo Informe mensual del líder del proceso de gestión documental. Diligenciamiento de formato AHC-F-06 Registro Relación solicitud y entrega de copias de Historia Clínica Diligenciamiento de libro control de préstamo interno de Historia Clínica (15 libros) Formato Préstamo Documentos Archivo de Gestión GD-F-20</p>	<b>Extremo</b>	<b>100%</b>	<p><b>Octubre:</b> Atención a los usuarios internos que consultan el archivo central durante el mes, 7 áreas consultaron: TALENTO HUMANO 592 UC, CONTRATACION 42 UC, JURIDICA 63 UC, CONTABILIDAD 42 UC, TESORERIA 12 UC, FACTURACIÓN 54 UC y AHC 27 UC. Para un total de 791 unidades de conservación consultadas. En éste mes NO se presentó materialización del riesgo de corrupción mediante sustracción de documentación o manejo indebido de la información.</p> <p><b>Noviembre:</b> 6 áreas consultaron: TALENTO HUMANO 1.503 UC, CONTRATACION 34 UC, JURIDICA 19 UC, TESORERIA 26 UC, SISTEMAS 5 UC y AHC 2 UC. Para un total de 1589 se incrementó la consulta en el 50.22% frente a 791 unidades de conservación consultadas en el mes anterior. En este mes NO se presentó materialización del riesgo de corrupción mediante sustracción de documentación o manejo indebido de la información.</p> <p><b>Diciembre:</b> 5 áreas consultaron: TALENTO HUMANO 194 UC, CONTRATACION 37 UC, JURIDICA 211 UC, TESORERIA 2 UC y Auditoria Médica 2 UC. Para un total de 446 disminuyó la consulta en un 75.29% frente al mes anterior. En este mes NO se presentó</p>

901



						<p>materialización del riesgo de corrupción mediante sustracción de documentación o manejo indebido de la información.</p> <p>Se evidencia que el control es efectivo y mitiga la materialización del riesgo.</p>
Gestión de la tecnología	<p>Posibilidad de 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.</p>	<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 el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos</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</p>	Anexo Técnico , Estudio previo	Alto	100%	<p>De octubre a diciembre de 2021, el proceso de gestión de la tecnología, realiza 2 conceptos técnicos de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>servicio de validación y calificación de cabinas de flujo laminar, autoclaves y esterilizador de óxido de etileno</li> <li>Mantenimiento preventivo y correctivo con suministro de repuestos para autoclaves a vapor del servicio de esterilización.</li> </ol> <p>Se observa que los conceptos se realizan teniendo en cuenta los requerimientos del procedimiento IB-PR-09 Análisis de nuevas tecnologías.</p> <p>Se evidencia que el control es efectivo y mitiga la materialización del riesgo.</p>

<p>Gestión de mantenimiento</p>	<p>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</p>	<p>Según necesidad El líder de mantenimiento emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos</p>	<p>Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad</p> <p>Concepto técnico C-F-07, Especificaciones Técnicas, propuestas</p>	<p><b>Alto</b></p>	<p><b>100%</b></p>	<p>De septiembre a diciembre de 2021, el proceso de gestión de mantenimiento ha realizado 5 conceptos técnicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Arrendamiento de bodega farmacia y almacén</li> <li>2. Arrendamiento de concentradores oxígeno UMI</li> <li>3. Botellones de agua</li> <li>4. Llamados de enfermería 5 y 6 piso.</li> <li>5. Mantenimiento de redes de gases medicinales.</li> </ol> <p>Se evidencia que los conceptos técnicos emitidos por el proceso de mantenimiento se encuentran de acuerdo al manual de contratación y contiene las especificaciones requeridas.</p> <p>El control es efectivo para mitigar la materialización del riesgo.</p>
<p>Gestión Jurídica</p>	<p>Posibilidad de providencias en contra de la institución, por inefectivo seguimiento a procesos judiciales o favorecimiento a la parte demandante al ejercer una defensa judicial</p>	<p>Los abogados de la oficina jurídica realizan seguimiento a los procesos judiciales frente a términos para defensa técnica y a la trazabilidad de los mismos a través de la matriz General de procesos, conforme a lo establecido en el procedimiento OAF-PR-05</p>	<p>General de procesos, Base de datos, Informe de Comité de Conciliación</p>	<p><b>Alto</b></p>	<p><b>100%</b></p>	<p>Teniendo en cuenta los compromisos adquiridos en el acta de fecha 29 de septiembre, se revisa la actualización del procedimiento OAF-PR-05 y la codificación de la matriz General de procesos.</p> <p>Se revisa en el sistema de información Daruma, y se observa que aprobó el formato OAJ-F-18 IDENTIFICACION Y SEGUIMIENTO DE PROCESOS, y se actualizo el procedimiento OAJ-PR-05 PROCESOS ADMINISTRATIVOS, dando cumplimiento a los compromisos pactados.</p> <p>Se recomienda continuar con la implementación del procedimiento para mitigar la materialización del riesgo.</p>



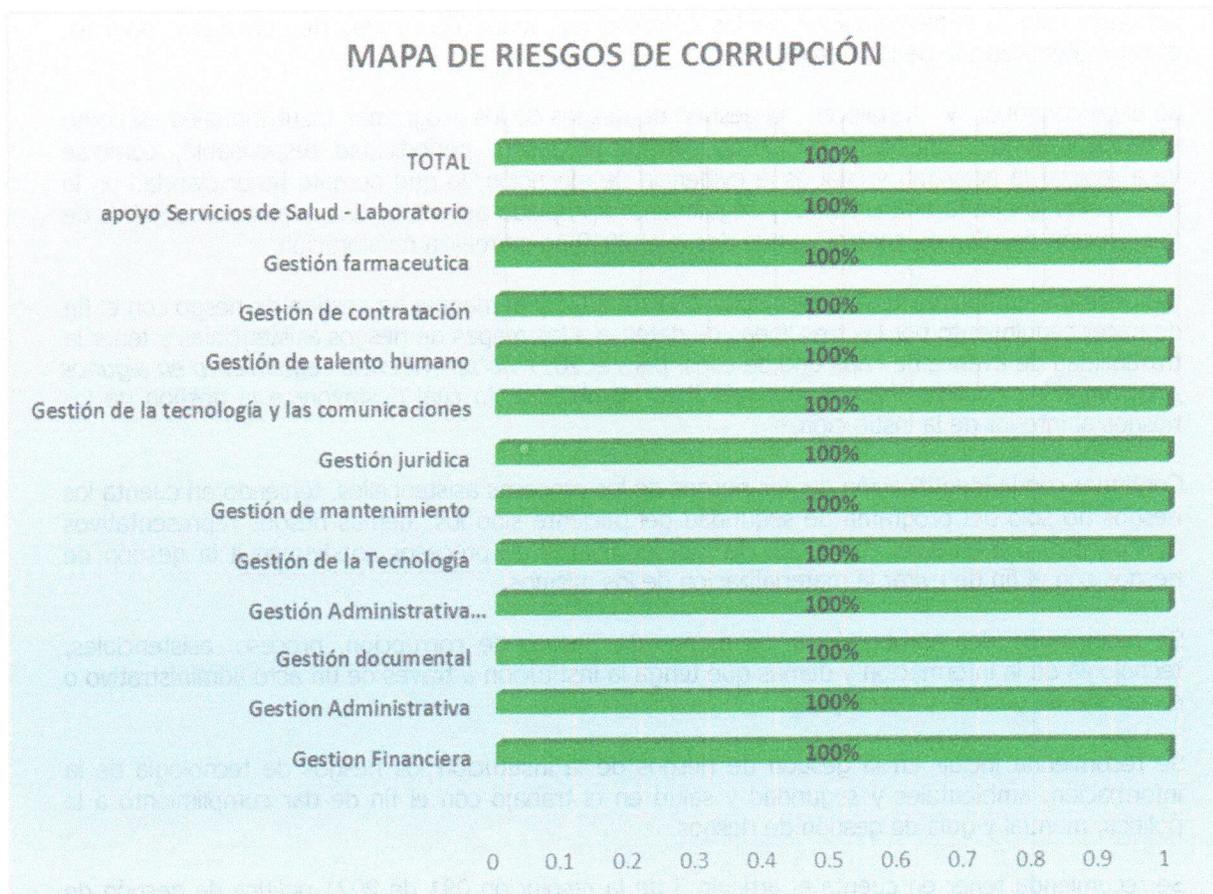

<p>Gestión de la tecnología y las comunicaciones</p>	<p>Posibilidad de Pérdida de recursos e imagen institucional debido a la alteración y sustracción de la Información registrada en los Sistemas de información (SERVINTE) por parte de uno o más colaboradores del proceso en favorecimiento de un tercero.</p>	<p>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</p>	<p>Informe de 2193 publicado en la ruta respectiva, correos electrónicos de la gestión del reporte</p>	<p><b>Alto</b></p>	<p><b>100%</b></p>	<p>Se evidencia la generación y envío de las estadísticas del reporte de 2193 de los meses septiembre, octubre y noviembre de 2021.</p> <p>El control es efectivo y mitiga la materialización del riesgo</p>
<p>Gestión de 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</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</p>	<p>Relación de contratos del periodo a evaluar TF-F-45 Verificación requisitos de hoja de vida Hojas de vida personal vinculado Anexo Técnico personal en misión ECO, Formato TH-F-45 Relación de contratos con número o Radicado</p>	<p><b>Extremo</b></p>	<p><b>100%</b></p>	<p>Se revisan 12 hojas de vida de la temporal, 2 hojas de vida de planta y 6 hojas de vida de CPS, se evidencia que cumplen con el procedimiento TH-PR-08 selección, ingreso y promoción de personal, TH-PR-42 Selección de personal en misión y manual de contratación.</p> <p>Se evidencia que el control es efectivo y mitiga la materialización del riesgo.</p>

		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.  Anexo técnico de perfil				
Gestión de contratación	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	El coordinador de contratación da aplicación a los descrito en el Manual de contratación C-M-00, según cada modalidad de selección contractual, frente a los requisitos allí señalados para la selección de contratistas.	Relación de contratos suscritos en el periodo evaluado, Publicación de la actividad contractual en el SECOP y pagina web, evaluación del contratista, respuesta a observaciones, acta de cierre del proceso, propuesta oferente, estudios previos y demás soportes asociados a la etapa precontractual. Formato C-F-31, C-F-29, TH- F-68	<b>Extremo</b>	<b>100%</b>	El proceso de contratación aplica los requisitos solicitados por el manual de contratación, producto de esto lo publica en la página web de la institución, y SECOP.  En el periodo evaluado se han realizado 110 contratos de prestación de servicios.  El control es efectivo para la mitigar la materialización del riesgo
	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	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 e	Listado de contratos, Informes de supervisión, documentos de ejecución del contrato	<b>Extremo</b>	<b>100%</b>	El proceso de contratación pública en el SECOP la certificación emitida por el supervisor del contrato, verifica que los contratos de suministro cumplan con lo estipulado en las cláusulas contractuales y concepto técnico.  En el periodo evaluado se han realizado 75 contratos de suministros.  El control es efectivo para la mitigar la materialización del riesgo

*Handwritten signature*

Gestión Farmacéutica	Posibilidad de Investigaciones y sanciones disciplinarias o detrimento patrimonial debido al favorecimiento a terceros mediante la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos	<p>interventoría.</p> <p>El director técnico de farmacia por requerimiento analiza la viabilidad de la necesidad de adquisición de medicamentos y dispositivos y emite el requerimiento de acuerdo al tipo de contratación según lo establecido en el Procedimiento selección y adquisición de medicamentos y dispositivos médicos SF-PR-23</p>	<p>Relación contratos del periodo evaluado, Estudio previo, conceptos técnicos, anexo técnico dispositivos médicos</p> <p>Listado de Proveedores Formato Evaluación de proveedores C-F-08</p>	<b>Extremo</b>	<b>100%</b>	<p>En el periodo evaluado el proceso de farmacia realizo 28 conceptos técnicos de proveedores de medicamentos, material médico quirúrgico y suministro de productos farmacéuticos de acuerdo con el procedimiento SF-PR-23 selección y adquisición de medicamentos y dispositivos médicos.</p> <p>El control es efectivo y mitiga la materialización del riesgo.</p>
apoyo Servicios de Salud - Laboratorio	Posibilidad de detrimento patrimonial por Favorecimiento de proveedores mediante conceptos técnicos	Según necesidad el líder de Laboratorio emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos Anexo Técnico Evaluación de Proveedores	Estudio de conveniencia y oportunidad, concepto técnico, anexo técnico evaluación de proveedores	<b>Alto</b>	<b>100%</b>	<p>El proceso de laboratorio clínico en el periodo evaluado realizó 4 conceptos técnicos teniendo en cuenta los requerimientos del manual de contratación.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suministro de pruebas moleculares para diagnostico sindromico para el laboratorio clínico.</li> <li>2. Prestación de servicio de exámenes especializados de laboratorio clínico.</li> <li>3. Suministro de pruebas moleculares para diagnostico sindromico para el laboratorio clínico.</li> <li>4. suministro de insumos y reactivos para las áreas de química, hormonas, inmunología especial, hematología, coagulación, TSH neonatal, electrolitos, uro análisis y microbiología del laboratorio clínico por método automatizado.</li> </ol> <p>El control es efectivo y mitiga la materialización del riesgo</p>
<b>CUMPLIMIENTO</b>					<b>100%</b>	

Los controles establecidos para la mitigación de riesgos de corrupción en la E.S.E Hospital Universitario san Rafael de Tunja, tienen un cumplimiento de 100%.



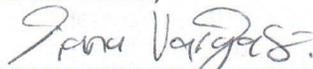
#### 4. RECOMENDACIONES

- ✓ Crear metodología para el reporte de materialización de riesgos administrativos con el fin de llevar trazabilidad de los mismos y generar plan de acción para mitigar o evitar la ocurrencia.
- ✓ Se reitera que teniendo en cuenta la emergencia sanitaria derivada del COVID-19, es necesario fortalecer y ajustar las acciones tendientes al cumplimiento de la Política de CERO CORRUPCIÓN, así mismo cumplir con los lineamientos establecidos en la CIRCULAR CONJUNTA No 100-008-2020, la cual contempla el levantamiento de riesgos de corrupción en el marco de la emergencia por COVID-19.



- ✓ Tener en cuenta las fechas establecidas para el reporte de la implementación de controles junto con sus evidencias para evitar retrasos en la emisión de informes por parte de la oficina de control interno.
- ✓ Continuar con la implementación de los controles del mapa de riesgos de corrupción para así evitar materialización de los riesgos.
- ✓ Se debe continuar y fortalecer la gestión de riesgos de los programas Institucionales así como el rediseño de los controles, el cual debe incluir propósito, periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución, lo que permite tener claridad en la descripción lo que facilita consulta y seguimiento apropiado así como una evaluación objetiva de la ejecución del plan de control ya que desde el 2019 no se realiza revaloración.
- ✓ Se debe dar cumplimiento a la resolución 091 de 2021 y al manual de gestión de riesgo con el fin de hacer seguimiento por las tres líneas de defensa a los mapas de riesgos asistenciales y tener la trazabilidad de avance de cada uno de ellos, para el 2021 *no se evidencia seguimiento en algunos programas de primera línea ni segunda línea de defensa*, lo cual desfavorece la gestión de los riesgos al interior de la institución.
- ✓ Continuar con la identificación de los riesgos de los procesos asistenciales, teniendo en cuenta los riesgos no solo del programa de seguridad del paciente sino los demás riesgos representativos que puedan presentarse, con el fin de que los líderes de procesos coadyuven a la gestión de riesgos con el fin de evitar la materialización de los mismos.
- ✓ Se recomienda dar aprobación a los mapas de riesgos de corrupción, proceso, asistenciales, tecnología de la información y demás que tenga la institución a través de un acto administrativo o en comité de gestión y desempeño.
- ✓ Se recomienda incluir en la gestión de riesgos de la institución los riesgos de tecnología de la información, ambientales y seguridad y salud en el trabajo con el fin de dar cumplimiento a la política, manual y guía de gestión de riesgos.
- ✓ Se recomienda tener en cuenta el artículo 3 de la resolución 091 de 2021 política de gestión de riesgos la cual menciona que *"Los mapas de riesgos se deben revisar y de ser necesario actualizar anualmente teniendo en cuenta los resultados de seguimiento y la efectividad de los controles. De igual manera cuando se presenten cambios en el entorno incluidos los cambios de legislación, cuando se inicien nuevos proyectos institucionales, deben revisarse los riesgos para así poder establecer los posibles cambios que se puedan generar y que impliquen mayores riesgos a tratar."*

Cordial Saludo,



**DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ**

Asesora de Control interno  
ESE Hospital San Rafael de Tunja

Proyecto: Ing. Dorisol Pamplona Vanegas/ Carolina Correa.