RESOLUCIÓN No. 220 **DE 2025**

(03 JUN 2025)

Por medio de la cual se actualizó el Comité Institucional de Coordinación de control interno de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, En uso de sus atribuciones legales y estatutarias y

CONSIDERANDO:

Que el Decreto 1876 del 3 de enero de 1994 del Ministerio de Salud y Protección Social, señala en su artículo No 1 que *"La Empresa Social del Estado, constituye una categoría especial de entidad pública descentralizada, del orden Departamental, con personería jurídica, patrimonio propio e independencia, autonomía administrativa y financiera, y presta servicios de salud de baja complejidad a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud". Ministerio de salud y protección social.*

Que a través del Decreto 1243 de 1992 y el Decreto 001528 de 1995 de la Gobernación de Boyacá, por medio del cual la Gobernación de Boyacá, creó y reestructuró, respectivamente, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, constituyendo una categoría especial de entidad pública descentralizada, del orden Departamental, con personería jurídica, patrimonio propio e independencia, autonomía administrativa y financiera, adscrita a la Secretaria de Salud de Boyacá e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sometida al régimen jurídico previsto por la Ley 100 de 1993, Decreto 1876 de 1994 y en especial a la Ley 1474 de 2014, articulo 95, relativa a la obligatoriedad de observar los principios de la función administrativa.

Que la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, es una Entidad Pública, descentralizada del orden Departamental dotada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, según lo establecido en el Decreto de creación No. 050 de Enero 17 de 1996 de la Gobernación de Boyacá, cuyo objeto principal es la prestación de servicios de salud dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud conforme a las disposiciones contenidas en los artículos 174 y 175 de la Ley 100 de 1993 y demás normas que lo modifican y/o lo complementan.

Que la Ordenanza 044 del 6 de Diciembre del 2019 de la Asamblea Departamental de Boyacá, *"Por medio de la cual se modifica la denominación de la Empresa Social del Estado HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA y se dictan otras disposiciones"*; en su articulo primero define su nueva denominación "*Para todos los efectos lega, es y constitucionales la Empresa social del estado se denominara EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA*", esta denominación no implica la constitución de una nueva persona jurídica o trasformación de la naturaleza jurídica de la misma, definiendo la importancia del contexto universitario que determina el trabajo investigativo de la institución.

Que el Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del sector Salud, por medio del cual se compila las normas del sector Salud y en la Sección 4. Define las normas de las Empresas Sociales del Estado Subsección 1. Disposiciones generales sobre Empresas Sociales del Estado y en el Artículo 2.5.3.8.4.2.1 establece: Organización. Sin perjuicio de la autonomía otorgada por la Constitución Política y la ley a las Corporaciones Administrativas para crear o establecer las Empresas Sociales del Estado, estas se organizarán a partir de una estructura básica que incluya tres áreas, así:

a) *Dirección. Conformada por la Junta Directiva y el* ***Gerente****, tiene a su cargo mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales; identificar las necesidades esenciales y las expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender, definir la estrategia del servicio, asignar recursos, adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión institucional, sin perjuicio de las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la entidad.*

Que mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 011 del 14 de mayo de 2024 se aprueba y adopta el **PLAN DE GESTIÓN**, presentado por el Gerente de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja para el periodo 2024-2027."

Que Mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 012 del 13 de junio de 2024 se aprueba el **PLAN DE DESARROLLO** denominado **"SAN RAFA, ALMA VIDA Y CORAZÓN**, y plataforma estratégica; presentado por el Gerente de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, para el periodo 2024-2027."

El objetivo general del Plan de Gestión 2024-2027, es mejorar el desempeño de la entidad, enfocándose en la viabilidad financiera, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud prestados durante el periodo establecido. Este plan incluye metas específicas como el avance de procesos permanentes de mejoramiento continuo, evaluación y análisis de estrategias para cumplir con la misión, visión, objetivos y metas institucionales, respaldados por un equipo humano calificado y comprometido con los principios de excelencia en servicio.

Dentro de los objetivos específicos del plan de desarrollo 2024-2027 se encuentra el adelantar procesos permanentes de mejoramiento continuo a los procesos de gestión y desarrollo institucional, evaluar y analizar las estrategias que contribuyan al cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales, con un equipo humano calificado bajo principios y valores enfocados en la prestación de servicios con calidad.

Con la aprobación del plan de desarrollo denominado "SAN RAFA, ALMA VIDA Y CORAZÓN" y en relación con el diagnóstico Institucional se consolidó la misión de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael De Tunja, la cual se enmarca en brindar atención en salud integral al paciente y su familia, a través de un talento humano calificado, con enfoque inclusivo, digno y seguro, que contribuye al bienestar y satisfacción de la comunidad, con vocación académica y de mejoramiento continuo.

Que el artículo 13 de la Ley 87 de 1993 establece que los organismos y entidades del Estado, en sus diferentes órdenes y niveles, deben establecer un Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, de acuerdo con la naturaleza de las funciones propias de la organización.

Que en concordancia con lo anterior, el artículo 2.2.21.1.5 del Decreto 1083 de 2015 dispone que las entidades y organismos del Estado están obligadas a establecer un Comité Institucional de Coordinación de Control Interno como órgano asesor e instancia decisoria en los asuntos de control interno.

Que el artículo 2.2.23.1 de la misma norma señala que el Sistema de Control Interno se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades. El Control Interno es transversal a la gestión y desempeño de las entidades y se implementa a través del Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

Que el Decreto 648 de 2017 establece que "Las entidades que hacen parte del ámbito de aplicación de la Ley 87 de 1993, deberán establecer un Comité Institucional de Coordinación de Control Interno como órgano asesor e instancia decisoria en los asuntos del control interno... ".

Que el Decreto 1499 de 2017 establece "La actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a que hace referencia el artículo 5° de la Ley 87 de 1993"

Que por Resolución 371 del 28 de agosto de 2023 por medio de la cual se ajusta la metodología y reglamenta el proceso de "control y monitoreo del trabajo en equipo" en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja y se deroga la Resolución 181 del 5 mayo de 2021

Que en cumplimiento de las disposiciones legales enunciadas, es necesario crear el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y definir las reglas de su funcionamiento, como responsable del diseño de estrategias y políticas orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional en la entidad, de manera que pueda ejercer como facilitador para el mejoramiento continuo del mismo, y contribuir a impartir directrices que permitan la interacción efectiva del Jefe de la Oficina de Control Interno con las diferentes dependencias que la conforman

Que también se requiere incluir el objetivo del "Comité Institucional de Coordinación de Control interno de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja"

Por lo anteriormente expuesto,

RESUELVE:

CAPITULO I
DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA

ARTÍCULO 1°. ADICIONA OBJETIVO: El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno tiene como objetivo principal ser un órgano asesor, encargado de medir y evaluar la eficiencia y eficacia de los controles adoptados por la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, garantizando la adecuada implementación, funcionamiento y fortalecimiento del sistema de control interno de la entidad.

ARTÍCULO 2°. INTEGRANTES. Son integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E Hospital universitario San Rafael de Tunja:

- El Gerente (Presidente)
- Subgerente Administrativa y Financiera
- Subgerente de servicios de salud
- Asesor de Desarrollo de servicios
- Asesor de Control Interno

Parágrafo 1. El (a) Asesor (a) de Control Interno, tendrá derecho a voz pero no a voto, y actuará como Secretario Técnico del Comité.

Parágrafo 2. Podrán asistir como invitados, con voz pero sin voto, funcionarios o particulares que puedan hacer aportes en los asuntos tratados en el Comité.

ARTÍCULO 3°. – SESIONES DEL COMITÉ: El comité sesionara de forma ordinaria bimensual de acuerdo a la programación realizada con la gerencia y extraordinariamente cada vez que lo requiera, por citación de secretario técnico del Comité, en la sala de juntas de la gerencia de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, con el fin de verificar el cumplimiento de las tareas asignadas. De cada reunión se levantará un acta. Es responsabilidad de todos los miembros del comité asistir y participar activamente del mismo.

ARTÍCULO 4°. FUNCIONES DEL COMITÉ. El Comité Institucional de coordinación de Control Interno cumplirá las siguientes funciones:

1. Evaluar el estado del Sistema de Control Interno de acuerdo con las características propias de la entidad y aprobar las modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento de los sistemas a partir de la normatividad vigente, los informes presentados por el asesor de control interno y/o asesor de Desarrollo de servicios, organismos de control y las recomendaciones del equipo MECI.
2. Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la entidad presentado por el jefe de control interno o quien haga sus veces, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del plan de acuerdo con lo dispuesto en el estatuto de auditoría, basado en la priorización de los temas críticos según la gestión de riesgos de la Administración.
3. Aprobar el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética del auditor, así como verificar su cumplimiento.

4. Revisar la información contenida en los estados financieros de la entidad y hacer las recomendaciones a que haya lugar.

5. Servir de instancia para resolver las diferencias que surjan en desarrollo del ejercicio de auditoría interna.

6. Conocer y resolver los conflictos de interés que afecten la independencia de la auditoría;

7. Someter a aprobación del representante legal de (la entidad) la política de administración del riesgo previamente estructurada por parte de la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios, como segunda línea de defensa en la entidad; hacer seguimiento para su posible actualización y evaluar su eficacia frente a la gestión del riesgo institucional. Se deberá hacer especial énfasis en la prevención y detección de fraude y mala conducta.

8. Proporcionar información para conocer si el Sistema de Control Interno se encuentra presente y funcionando efectivamente.

9. Coordinar y asesorar el diseño de estrategias y políticas orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional, de conformidad con las normas vigentes y las características de cada organismo o entidad.

10. Impartir los lineamientos para la determinación, implantación, adaptación, complementación y mejoramiento permanente del Sistema de Control Interno.

11. Verificar la efectividad del sistema de control interno para procurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos, constatando que el control esté asociado a todas las actividades de la organización y que se apliquen los mecanismos de participación ciudadana, conforme a las directrices dadas por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno.

12. Evaluar, decidir y adoptar oportunamente las propuestas de mejoramiento del sistema de control interno que presente en sus informes la Oficina de control Interno.

13. Analizar los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones que presente el jefe de control interno de la entidad, a fin de determinar las mejoras a ser implementadas en la entidad.

14. Definir mejoras al Modelo Integrado de Planeación y Gestión implementado por la entidad, con especial énfasis en las actividades de control establecidas en todos los niveles de la organización, información que deberá ser suministrada al Comité de Gestión y Desempeño para su incorporación.

15. Analizar las recomendaciones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño en relación con las políticas de gestión y desempeño que puedan generar cambios o ajustes a la estructura de control de la entidad.

16. Las demás asignadas por el Representante Legal de (la entidad).

ARTICULO 5°. -FUNCIONAMIENTO. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se reunirá cada dos (2) meses de manera ordinaria y será convocado por el presidente del Comité, a través

del secretario técnico, o extraordinariamente cuando algún miembro lo solicite para tratar temas de carácter prioritario.

ARTICULO 6º. QUORUM. El comité podrá sesionar y deliberar siempre y cuando se encuentren presentes en cada reunión la mitad más uno de sus integrantes y las decisiones que se tomen serán por mayoría de votos. Al inicio de las reuniones, el secretario debe verificar la existencia del quórum para deliberar.

En caso de empate en la votación, el presidente del Comité toma la decisión.

ARTÍCULO 7°.- FUNCIONES DEL PRESIDENTE. El presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, tendrá las siguientes funciones:

a) Determinar la convocatoria para la realización de sesiones ordinarias y extraordinarias del Comité.

b) Presidir las reuniones y moderar la intervención de los miembros.

c) Firmar las actas del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

d) Designar funciones, responsabilidades o tareas a los miembros del Comité.

e) Recomendar y ordenar la realización de proyectos a que haya lugar relacionados con el control interno.

f) Promover la activa participación de sus miembros en cada uno de los proyectos y evaluar la realización de los mismos.

g) Asignar funciones al Comité en caso de ser requeridas.

ARTÍCULO 8°. FUNCIONES SECRETARIA TÉCNICA. Las funciones de la Secretaría Técnica del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno son:

a) Citar o convocar al Comité a sesiones ordinarias y extraordinarias de acuerdo a lo establecido por la Presidencia o a solicitud de uno de los miembros.

b) Invitar a sesiones a las personas que le indique el Comité o presidente.

c) Llevar las actas y el archivo del Comité.

d) Verificar la ejecución de las tareas aprobadas y asignadas en el Comité, recomendando los ajustes necesarios cuando haya lugar.

e) Custodiar, conservar y coordinar el archivo y control de las actas del Comité, así como de los demás documentos que se posean, tanto en medio físico como electrónico.

f) Las demás que le asigne el Comité.

ARTÍCULO 9°. - OBLIGACIONES DE LOS INTEGRANTES. Deberán asistir todos los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y demás personas que el Comité crea conveniente, quienes podrán asistir e intervenir en las reuniones para tratar los temas agendados y sugerir acciones para el mejoramiento.

a) Cumplir con los compromisos adquiridos.

b) Asistir puntualmente a todas las reuniones que sean convocadas; excepto cuando exista causa motivada de lo cual se comunicará al Comité y/o secretario (a) Comité.

c) Asesorar e investigar en casos que desde su competencia le correspondan.

d) Suministrar la información necesaria requerida por el Comité.

ARTÍCULO 10. IMPEDIMENTOS, RECUSACIONES O CONFLICTOS DE INTERÉS. Los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno están sujetos a las causales de impedimento y recusación previstas en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Cuando un miembro del Comité advierta que puede estar inmerso en una de las causales de impedimento, deberá informarlo inmediatamente al presidente del Comité, quien deberá decidir el impedimento. De aceptarlo, designará su remplazo y en el mismo acto ordenará la entrega de los documentos. Cuando el integrante del Comité no manifieste su impedimento, podrá ser recusado por el interesado, quien deberá aportar las pruebas que considere necesarias para decidir el impedimento. Cuando el impedimento recaiga en el presidente del Comité, la decisión se adoptará por la mayoría de los integrantes del Comité

CAPITULO II
ESTRUCTURA DE TRABAJO Y ARTICULACIÓN MECI

ARTÍCULO 11°.- LÍNEAS DE DEFENSA/TRABAJO. El Sistema de Control Interno estará a cargo de las siguientes líneas de defensa o trabajo para la gestión de este:

a. **LÍNEA ESTRATÉGICA:** Define el marco general para la gestión del control, y garantiza el cumplimiento de los planes de la entidad

b. **PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA:** Desarrolla e implementa procesos de control a través de su identificación, análisis, valoración, monitoreo y acciones de mejora.

c. **SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA:** Asegura que los controles y los procesos de gestión de riesgos implementados por la primera línea de defensa, estén diseñados apropiadamente y funcionen como se pretende.

d. **TERCERA LÍNEA DE DEFENSA**: Proporciona información sobre la efectividad del SCI, a través de un enfoque basado en el riesgo, incluido la operación de la primera y segunda línea de defensa.

ARTÍCULO 12°. -DE LA CONFORMACIÓN DE LAS LÍNEAS DE DEFENSA/TRABAJO, las líneas de defensa o trabajo estarán compuestas por los siguientes integrantes:

a. **LÍNEA ESTRATÉGICA:** Compuesta por la alta dirección y el Comité Institucional de Control Interno

b. **PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA:** Esta línea está bajo la responsabilidad, principalmente, de los líderes de Procesos, programas, procesos y proyectos y de sus equipos de trabajo entre los cuales se encuentran los siguientes según lo establecido en la estructura organizacional de la ESE

c. **SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA:** Oficina asesora Desarrollo de Servicios, en acompañamiento del subproceso de gestión del riesgo integral, coordinación y referente de la gestión de riesgos integral, coordinación de gestión clínica, líderes de los Sistemas de Gestión Ambiental, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Seguridad Digital y Seguridad del Paciente

d. **TERCERA LÍNEA DE DEFENSA**: Compuesta por la oficina de control interno

ARTÍCULO 13°. – DE LOS ROLES Y RESPONSABILIDADES DE LAS LÍNEAS DE DEFENSA/TRABAJO, cada línea de defensa desempeñara un rol especifico que contribuye al sostenimiento y mejoramiento del Sistema de control interno de acuerdo a lo establecido en el Manual Operativo de Gestión y Desempeño, frente a la séptima dimensión de Control Interno.

a. **PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA:** Orientar el desarrollo e implementación de políticas y procedimientos internos y asegurar que sean compatibles con las metas y objetivos de la entidad y emprender las acciones de mejoramiento en pro del logro de éstos

b. **SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA**: Monitorear la gestión de riesgo y control realizada por la primera línea de defensa, complementando su trabajo.

c. **TERCERA LÍNEA DE DEFENSA:** Proporcionar un aseguramiento basado en el más alto nivel de independencia y objetividad sobre la efectividad del SCI.

CAPITULO III
VIGENCIA Y DEROGATORIA

ARTICULO 14°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y modifica la Resolución 285 del 22 de julio de 2023 y deroga todas aquellas que le sean contrarias.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Tunja, a los 03 JUN 2025

GLORIA YANETH MANRIQUE ABRIL
GERENTE (E)

Proyectó: Diana Lizbeth Vargas González/ Asesor de control Interno
Reviso: Nelson Andrés Montero Ramírez / Asesor Jurídico Externo