

Al contestar cite
20221100027691



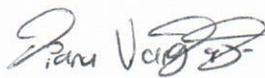
Tunja, Agosto 2022

Doctor
YAMIT NOE HURTADO NEIRA
Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad

Ref. Seguimiento Mapa de Riesgos por proceso con corte a junio de 2022.

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 87 de 1993 «*Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones*», La oficina Asesora de Control Interno le informa para los fines pertinentes, que se realizó informe de seguimiento de mapas de riesgos por proceso de la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja correspondiente al primer Semestre del 2022.

En este informe se evalúa el sistema de gestión de riesgos, analizando el diseño, efectividad y aplicación de los controles, validando que la línea estratégica, la primera línea y segunda línea de defensa cumplan con sus responsabilidades en la gestión de riesgos para el logro en el cumplimiento de los objetivos estratégicos, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 261 de 2022



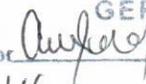
ATENTAMENTE

DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ
Asesora Control Interno
E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Anexo Informe 8 folios
C.C, Subgerencia Administrativa y financiera, Oficina Asesora de Servicios y procesos intervinientes.



E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
GERENCIA

Recibido por 
Hora: 08:16 Día: 23
Mes: Agosto Año: 2022



1950
100-100000

APPROXIMATELY 100-100000

THESE FIGURES ARE APPROXIMATE AND SHOULD NOT BE USED FOR EXACT CALCULATIONS. THE DATA IS BASED ON A LIMITED NUMBER OF SAMPLES AND MAY VARY SIGNIFICANTLY IN OTHER AREAS.

THESE FIGURES ARE APPROXIMATE AND SHOULD NOT BE USED FOR EXACT CALCULATIONS. THE DATA IS BASED ON A LIMITED NUMBER OF SAMPLES AND MAY VARY SIGNIFICANTLY IN OTHER AREAS.

APPROXIMATELY 100-100000

APPROXIMATELY 100-100000



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN
RAFAEL DE TUNJA**

1

**INFORME
SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS POR PROCESO CON CORTE A JUNIO
DE 2022**

**Elaborado
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

Tunja, agosto de 2022



INTRODUCCION

Teniendo en cuenta que con la expedición del Decreto 1499 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015", se crea un solo Sistema de Gestión y se alinea con el Sistema de Control Interno, hoy todas las entidades públicas requieren actualizar y/o implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, modelo que incorpora el Modelo Estándar de Control Interno MECI a través de la séptima dimensión del mismo.

Esta estructura requiere de un análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el modelo y su efectividad en relación con la estructura de control, este último, aspecto especial para garantizar el buen manejo de los recursos, que las metas y objetivos se cumplan y se mejore la prestación del servicio a los usuarios, ejes fundamentales para la generación de valor público. Dentro de dicho Modelo se encuentra el componente denominado Evaluación de Riesgos.

Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las unidades de control interno o quien haga sus veces, evaluando aspectos, tanto internos como externos, que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control.

Artículo 17 del Decreto N° 648 de 2017 que modifica el Artículo 2.2.21.5.3 del Decreto N° 1083 de 2015, donde se define los roles que debe cumplir las oficinas de Control interno de Gestión Los cuales juegan un papel fundamental, a través de la asesoría, acompañamiento técnico y de evaluación y seguimiento a los diferentes pasos de la gestión del riesgo, que van desde la fijación de la política de administración de riesgo hasta la evaluación de la efectividad de los controles

En el marco de lo expuesto y el Rol de evaluación de la gestión del riesgo, se presenta el siguiente informe, teniendo en cuenta el mapa de riesgos institucional consolidado, y la política de administración del riesgo de la E.S.E hospital universitario san Rafael de Tunja

OBJETIVO

Evaluar el sistema de gestión de riesgos, analizando el diseño, efectividad y aplicación de los controles, validando que la línea estratégica, la primera línea y segunda línea de defensa cumplan con sus responsabilidades en la gestión de riesgos para el logro en el cumplimiento de los objetivos estratégicos, de acuerdo a lo establecido en al Resolución 261 de 2022

3

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Revisar el adecuado diseño y ejecución de los controles para la mitigación de los riesgos que establecidos por parte de la Primer Línea de Defensa.
2. Hacer seguimiento a las actividades de control establecidas para la mitigación de los riesgos de los subprocesos que se encuentren documentadas y actualizadas.
3. Verificar cumplimiento compromisos mesas de trabajo realizadas para la identificación y actualización de los riesgos de proceso , realizada en el mes de junio de 2022

ALCANCES DE LA AUDITORIA

La evaluación aplica para todos los Procesos y Subprocesos de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja que tiene identificados riesgos de proceso, en lo que corresponde al primer semestre de la vigencia 2022

CRITERIOS DE EVALUACION

- Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- Artículo 17 del Decreto N° 648 de 2017 que modifica el Artículo 2.2.21.5.3 del Decreto N° 1083 de 2015, donde se define los roles que debe cumplir las oficinas de Control interno de Gestión.
- Ley 1474 de 2011, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión
- Guía para la administración del riesgo del departamento administrativo de la función pública. Versión 5
- Dimensión 7 Control Interno – Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG
- Resolución 261 de 2022 Política Administración de Riesgo.
- Circular de fecha 03 de junio de 2022 de realización de mesas de Trabajo para ajuste de mapas de riesgo de proceso- Oficina de planeación
- Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02

METODOLOGIA:

Para realizar el presente informe, la metodología adoptada consistió en verificar inicialmente la implementación de la primera y segunda línea de defensa de acuerdo a lo establecido en la Resolución 261 de 2022 Política Administración de Riesgo, además se verifica la estructura y diseño de los riesgos y controles teniendo en cuenta los establecido en la Guía de administración de riesgos y diseños de controles de la función pública Versión 5, posteriormente se realiza seguimiento al mapa de riesgos de procesos, con el fin de evaluar el cumplimiento de las acciones de control propuestas, para este efecto se trabajó sobre la información que fue recopilada por el área de planeación para la vigencia 2022, la cual consta de los mapas de riesgos y las evidencias de las acciones adelantadas en cada uno de los controles.

4

La Oficina de planeación emitió circular de fecha 03 de junio de 2022 de realización de mesas de Trabajo para ajuste de mapas de riesgo de proceso de acuerdo con informe de Seguimiento de mapas de riesgo de corrupción emitido por la oficina de control interno, e identificar riesgos en los procesos misionales, en cumplimiento a esta circular se realizo cronograma de trabajo y se realizaron las mesas en acompañamiento de la oficina de control interno en el mes de junio de 2022.

Para el informe se consultó también el informe de monitoreo realizado por planeación con corte al 30 de Junio de 2022.

Hace parte de este informe archivo denominado: "Evaluación del Mapa de riesgos – primer semestre de 2022", el cual contiene la matriz Excel donde se dejaron registradas las observaciones para cada uno de los 95 controles correspondientes a los 69 riesgos institucionales de los diferentes procesos del HUSRT

DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO

La política de administración del riesgo y la guía para la administración del riesgo, proporciona los lineamientos para la identificación, análisis, valoración, determinación de roles y responsabilidades de cada una de las líneas de defensa.

La E.S.E HUSRT por medio de la Resolución 261 de 2022, adopta la política para la administración del riesgo y se formula el documento "política de administración de riesgos" La gestión o Administración del riesgo establece los parámetros de manera sistemática para administrar los riesgos de la ESE HUSRT



1. SEGUIMIENTO A LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

La Política de Administración de Riesgos tiene definido dentro de su estructura, el objetivo; el alcance; los responsables y sus roles; los lineamientos para seguimiento y monitoreo, manejo de riesgo materializados

Se evidenció que mediante Acta No 1 de reunión extraordinaria del Comité de Coordinación de Control Interno y gestión de calidad, la Alta Dirección en cumplimiento de sus funciones, aprobó la modificación de la resolución 116 de 2022 con de fin de actualizar e incluir mapas de riesgos para los procesos misionales, teniendo en cuenta los hallazgos realizados por la Contraloría General de Boyacá.

Actualización realizada mediante la Resolución 261 del 30 de junio de 2022, evidenciada en el artículo tercero , párrafo 1 " La gestión del riesgo para todos los procesos incluidos los tercerizados de la entidad se realizará de acuerdo a lo establecido en la Guía de administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas versión 5 del 2020

Se evidenció la publicación de la política de administración de riesgos en la página web institucional en la siguiente ruta:
<https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/ckfinder/userfiles/files/Resoluciones/Resoluci%C3%B3n%20261%20de%202022%20la%20cual%20deroga%20la%20res%20116%20de%202022.pdf>

2. SEGUIMIENTO A LAS HERRAMIENTAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

En el sistema de gestión documental DARUMA se encuentra publicado el Procedimiento de Gestión y Administración de riesgos OADS-PR-11, dentro de sus actividades se encuentran descritas las etapas de identificación, análisis, evaluación, monitoreo y seguimiento de los controles establecidos, con el fin de prevenir o mitigar los eventos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y de procesos, Procedimiento con última actualización del 01 de julio de 2022

La actividad 15 del procedimiento indica que: Para riesgos de proceso y riesgos de los sistemas de Gestión se realiza un Primer seguimiento por primera línea de defensa desde el rol del Responsable del proceso (Autocontrol) presentando reporte de seguimiento a la oficina de planeación en formato OADS-F-36. Segundo seguimiento Segunda línea de defensa desde el rol de la oficina de Planeación (Autoevaluación), y un tercer seguimiento desde la tercera línea de defensa desde el Rol de la oficina de Control Interno, Para mapas de riesgo de corrupción el seguimiento y monitoreo es cuatrimestral y lo realiza la oficina de Control Interno. Para seguridad de la información el seguimiento se realiza semestralmente y lo realiza la oficina de TIC.

La actividad 16 indica: la Oficina de Planeación generar informe a nivel institucional de seguimiento a la gestión del Riesgo desde el rol de la Segunda Línea de Defensa

Para dar cumplimiento a esta actividad la oficina de planeación radica informe en la oficina de control interno el 19 de julio de 2022 con la referencia **Monitoreo Mapa de Riesgos de proceso desde la segunda línea de defensa a corte 30 de junio de 2022**

La gestión del riesgo para todos los procesos incluidos los tercerizados de la entidad se realizará de acuerdo a lo establecido en la Guía de administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas versión 5 de 2020

Adicionalmente la institución cuenta con el MANUAL DE GESTION DEL RIESGO **CÓDIGO:** OADS-M-02 actualizado el 07 de julio de 2022 y cuyo objeto general es. Establecer los parámetros para la gestión del riesgo en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, asegurando la trazabilidad y seguimiento a los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

3. MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Consultando la página web de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se encontró publicada la matriz OADS-F-13, la cual contiene en su estructura, los siguientes componentes: Identificación de riesgo, análisis del riesgo inherente, Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual, además, cuenta con fórmulas para establecer la valoración de los riesgos y la valoración de los controles

4. RESULTADO DE LA PARTICIPACION DE LAS LINEAS DE DEFENSA

Teniendo en cuenta la metodología establecida en la Resolución 261 del 30 de junio de 2022 y el Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere la participación de las tres líneas de defensa, por lo que en el presente informe se incluye anexo el seguimiento detallado realizado por cada una de las líneas, con el fin de verificar su desarrollo y efectividad.

6

PRIMERA LINEA DE DEFENSA.

Siguiendo los lineamientos de la Resolución 261 del 30 de junio de 2022, en el artículo 4 Responsabilidades del monitoreo y revisión de la gestión de riesgo, la Primera línea de defensa debe realizar seguimiento de autocontrol, dejando registro en el Formato de seguimiento y autocontrol de gestión de riesgos OADS-F-36.

SEGUNDA LINEA DE DEFENSA.

Siguiendo los lineamientos de la Resolución 261 del 30 de junio de 2022 en su artículo 5, se realizó un seguimiento en el segundo trimestre del año realizado por la oficina de planeación, suscrita al área de desarrollo de servicios, la cual presentó informe el 19 de julio de 2022, donde realiza seguimiento a los controles implementados en los mapas de riesgos de proceso.

Como resultado de la verificación del cumplimiento de las dos líneas de defensa se adjunta los siguientes anexos de los seguimientos realizados por procesos.

PROCESOS ESTRATEGICOS

PROCESO	RIESGOS	CONTROLES	SEGUIMIENTO 1a LINEA DE DEFENSA	SEGUIMIENTO 2a LINEA DE DEFENSA (Aplicación de los controles)	SEGUIMIENTO 3a LINEA DE DEFENSA
Direccionamiento Estratégico y humanización	1	1	100%	EN EJECUCION	Se verifica la redacción de los riesgos y controles los cuales cumplen con lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5
Gestión QHSE	2	4	100%	90%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se ajusta la redacción de los controles, soportes de controles y se crea un nuevo control
Gestión de investigación e innovación	2	2	0%	100%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se ajusta la redacción de los riesgos y los controles y se crea un nuevo riesgo y control, referente con la falta de supervisión a syllabus de rotación.
Gestión de talento humano	4	4	100%	75%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se ajusta la redacción de los controles, soportes de controles o evidencias
TOTAL	9	11	75%	88%	

Fuente: Propia – Revisión OACI seguimiento líneas de defensa

El seguimiento por parte de la primera línea de defensa de los procesos estratégicos, lo realizan 3 procesos de 4 que tiene identificados riesgos, **evidenciando que el proceso de Gestión de la investigación e innovación Incumple lo establecido en la Política de administración de riesgo y el Manual de gestión del riesgo el cual contempla lo siguiente:** Responsables de los procesos (Autocontrol) – Primer Línea de defensa- Encargados de realizar las acciones asociadas a los controles establecidos para cada uno de los riesgos identificados para su proceso, de acuerdo con la periodicidad establecida en la política de administración del riesgo de la entidad. Durante la aplicación de las acciones de seguimiento cada líder de proceso debe mantener la traza o documentación respectiva de todas las actividades realizadas, para



garantizar de forma razonable que dichos riesgos no se materializarán y por ende que los objetivos del proceso se cumplirán.

PROCESOS MISIONALES

PROCESO	RIESGOS	CONTROLES	SEGUIMIENTO 1a LINEA DE DEFENSA	SEGUIMIENTO 2a LINEA DE DEFENSA (Aplicación de los controles)	SEGUIMIENTO 3a LINEA DE DEFENSA
Gestión Clínica	2	3	No aplica seguimiento para el trimestre	No aplica seguimiento para el trimestre	Los procesos misionales identificaron riesgos y controles los cuales se diseñaron de acuerdo a lo establecido en la guía de administración de riesgos y controles definida por la función publica V- 5; en cuanto al diseño del riesgo se evidencia que inician con la Posibilidad de y posteriormente describe el Que?, como? y porqué? Adicionalmente se cuenta con un adecuada redacción de los controles los cuales en su estructura cuenta con un responsable de ejecutar el control y se describe la acción y el complemento.
Unidad de Cuidado Intensivo	2	3	No aplica seguimiento para el trimestre	No aplica seguimiento para el trimestre	
Gestión Quirúrgica	2	3	No aplica seguimiento para el trimestre	No aplica seguimiento para el trimestre	
Atención de Urgencias	2	3	No aplica seguimiento para el trimestre	No aplica seguimiento para el trimestre	
Enfermería	2	3	No aplica seguimiento para el trimestre	No aplica seguimiento para el trimestre	
Epidemiología y Salud Pública	1	1	No aplica seguimiento para el trimestre	No aplica seguimiento para el trimestre	
Apoyo servicios de salud-consulta externa	1	1	No aplica seguimiento para el trimestre	No aplica seguimiento para el trimestre	
Sistema de información y atención al usuario	2	2	100%	100%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se ajusta la redacción de los controles, soportes de controles y se establece plan de acción
TOTAL	14	19			

Fuente: Propia – Revisión OACI seguimiento líneas de defensa

El seguimiento por parte de la primera línea de defensa de los procesos misionales , lo realizo el proceso de Sistemas de información y atención al ciudadano diligenciando el formato de autocontrol en el cual se registra la respectiva aplicación de los controles, y el resultado de la misma, se cuenta con las respectivas evidencias y formato OADS-F-36.

Los demás proceso misionales no les aplica seguimiento para este semestre, teniendo en cuenta que mediante mesas de trabajo realizadas en el mes de junio de 2022, se identificaron riesgos específicos en los procesos misionales teniendo en cuenta las observaciones y recomendaciones de la auditoria internas (control interno) y externas (Contraloria General de Boyaca).

PROCESOS DE APOYO

PROCESO	RIESGOS	CONTROLES	SEGUIMIENTO 1a LINEA DE DEFENSA	SEGUIMIENTO 2a LINEA DE DEFENSA (Aplicación de los controles)	SEGUIMIENTO 3a LINEA DE DEFENSA
Gestión Financiera	11	17	0%	0%	<p>Se verifica la redacción de los riesgos y controles los cuales se ajustan de acuerdo a lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5, adicionalmente y analizando los hallazgos de las auditorías internas y externas es necesario identificar nuevos riesgos en el proceso financiero. Por tal razón y mediante mesas de trabajo se identifican nuevos riesgos de la siguiente manera:</p> <p>El Sub proceso de presupuesto tiene identificado un solo riesgo para la etapa de ejecución, por tal razón se identifico un para la etapa de planeación con sus respectivos controles</p> <p>El Subproceso contable tenía identificado un riesgo de proceso solo para la etapa de revelación por tal razón se identificó riesgo para la etapa de marco de referencia, reconocimiento, medición posterior, reviso y actualizo sus riesgos con sus respectivos controles.</p> <p>El subproceso tesorería, teniendo en cuenta que control interno realizo auditoria y como resultado se identifico 6 hallazgos los cuales solo uno tenía asociado riesgo con sus respectivos controles.</p>
Gestión Administrativa	15	17	35%	100%	<p>Se verifica la redacción de los riesgos y controles los cuales se ajustan de acuerdo a lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5, adicionalmente y analizando los hallazgos de las auditorías internas y externas es necesario identificar nuevos riesgos en el proceso. Por tal razón y mediante mesas de trabajo se identifican nuevos riesgos de la siguiente manera:</p> <p>Sub proceso de auditoria y cuentas medicas: Se identifican riesgos para cada etapa del proceso de glosas, Sub proceso de cartera se identifico riesgos y controles para cada etapa de recuperación de cartera (persuasiva, perjudico y juridico), Sub proceso de facturación se identifica un nuevo riesgo frente a errores en los registros del ingreso de pacientes.</p>
Gestión Documental	2	2	0%	50%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se ajusta la redacción de los riesgos, controles y soportes de evidencias
Gestión de la Tecnología	2	3	0%	100%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se ajusta la redacción de los controles y soportes de evidencias
Gestión Mantenimiento	2	2	100%	100%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se ajusta la redacción de los riesgos, controles y soportes de evidencias
Gestión de Suministros y Activos Fijos	3	4	0%	25%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se ajusta la redacción de los controles y soportes de evidencias
Gestión Jurídica	2	2	0%	50%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se ajusta la redacción de los controles
Gestión Servicios de apoyo-tercerizados	1	2	100%	100%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se ajusta la redacción de los controles y soportes de evidencias
Gestión de sistemas de información y comunicación	3	6	0%	100%	<p>Gestión de sistemas de información:</p> <p>Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se ajusta la redacción de los riesgos, controles y soportes de evidencias</p> <p>comunicaciones:</p> <p>Se verifica la redacción de los riesgos y controles los cuales cumplen con lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5, revisando la caracterización del proceso se hace necesario la identificación de un nuevo control</p>
Gestión contratación	4	4	0%	100%	<p>Se verifica la redacción de los riesgos y controles los cuales cumplen con lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5</p> <p>El proceso identifico riesgos para cada etapa del proceso contractuales establecidas en el manual de contratación de la entidad.</p>
TOTAL	45	59	24%	73%	



El seguimiento por parte de la primera línea de defensa de los procesos de apoyo, lo realizan 2 procesos de 10 que tiene identificados riesgos, evidenciándose que los siguientes procesos. Gestión financiera, Gestión administrativa, Gestión documental, Gestión de la tecnología, Gestión de suministros y activos fijos, Gestión de Jurídica, Gestión de sistemas de información y comunicación, Gestión contratación Incumple lo establecido en la Política de administración de riesgo y el Manual de gestión del riesgo el cual contempla lo siguiente: Responsables de los procesos (Autocontrol) – Primer Línea de defensa- Encargados de realizar las acciones asociadas a los controles establecidos para cada uno de los riesgos identificados para su proceso, de acuerdo con la periodicidad establecida en la política de administración del riesgo de la entidad. Durante la aplicación de las acciones de seguimiento cada líder de proceso debe mantener la traza o documentación respectiva de todas las actividades realizadas, para garantizar de forma razonable que dichos riesgos no se materializarán y por ende que los objetivos del proceso se cumplirán, actividad que se debe realizar diligenciando el Formato de seguimiento y autocontrol de gestión de riesgos OADS-F-36

En cuanto al seguimiento realizado por la segunda línea de defensa, se evidencia un cumplimiento de la aplicación de los controles del 73%, cabe aclarar que para el caso de los procesos de Gestión financiera, Administrativa y contractual, no se les realizó seguimiento a la aplicación del total de control en este semestre, teniendo en cuenta que mediante mesas de trabajo realizadas en el mes de junio de 2022, se identificaron riesgos específicos teniendo en cuenta las observaciones y recomendaciones de la auditoría internas (control interno) y externas (Contraloría General de Boyacá).

PROCESO DE EVALUACIÓN

	PROCESO	RIESGOS	CONTROLES	SEGUIMIENTO 1a LINEA DE DEFENSA	SEGUIMIENTO 2a LINEA DE DEFENSA (Aplicación de los controles)	SEGUIMIENTO 3a LINEA DE DEFENSA
PROCESOS EVALUACION	CONTROL INTERNO	2	5	No aplica seguimiento para el trimestre	No aplica seguimiento para el trimestre	El proceso de evaluación identificó riesgos y controles los cuales se diseñaron de acuerdo a lo establecido en la guía de administración de riesgos y controles definida por la función pública V- 5; en cuanto al diseño del riesgo se evidencia que inician con la Posibilidad de y posteriormente describe el Que?, como? y porqué? Adicionalmente se cuenta con un adecuada redacción de los controles los cuales en su estructura cuenta con un responsable de ejecutar el control y se describe la acción y el complemento.
	TOTAL	2	5			

El seguimiento por parte de la primera línea de defensa del proceso de Evaluación (control interno) no aplica seguimiento para este semestre, teniendo en cuenta que mediante mesas de trabajo realizadas en el mes de junio de 2022, se identificaron los riesgos y controles relacionados con el proceso.

5. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y CONTROLES

Conforme a la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – versión 5; esta etapa tiene como objeto identificar los riesgos que estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo, alcance y también, el análisis frente a los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.

11

Teniendo en cuenta lo anterior, y lo documentado en el informe de Monitoreo Mapa de Riesgos de proceso desde la segunda línea de defensa a corte 30 de junio de 2022, el cual detalla que para inicio de la vigencia 2022 se realizó mesas de trabajo con líderes de proceso a fin de desarrollar la actualización de matrices de riesgo de proceso, en el cual se identificó un total de 42 riesgos, en los procesos estratégicos, de apoyo y misionales con 51 controles asociados, así:

Macroproceso	Proceso	Riesgos	Controles	Acciones
Procesos Estratégicos	Direccionamiento Estratégico y Humanización	2	2	2
	Gestión QHSE	2	3	2
	Gestión Talento Humano	3	4	0
	Gestión de Investigación en Innovación	1	1	0
Procesos de Apoyo	Gestión Contratación	2	2	0
	Gestión Financiera	3	3	1
	Gestión Documental	2	2	0
	Gestión de Sistemas de Información y Comunicaciones	3	5	1
	Gestión Administrativa	12	15	7
	Gestión Tecnológica	2	3	2
	Gestión Jurídica	2	2	1
	Gestión de Mantenimiento	2	2	1
	Gestión Suministros y Activos Fijos	3	4	1
	Gestión Servicios de Apoyo	1	1	1
Proceso Misionañ	SIAU	2	2	1
Total		42	51	20

Posteriormente y teniendo en cuenta las observaciones y recomendaciones de auditoría internas y externas basados en la no identificación de riesgos de procesos misionales, así como algunos riesgos específicos en procesos de apoyo; surge la necesidad de actualizar los mapas de riesgos de procesos.

Teniendo en cuenta lo anterior la oficina de Planeación emite Circular de fecha 03 de junio de 2022 cuyo objetivo fue realización de mesas de Trabajo para ajuste de mapas de riesgo de proceso de acuerdo con informe de seguimiento de mapas de riesgo de corrupción emitido por la oficina de control interno, e identificar riesgos en los procesos misionales



Dando cumplimiento al cronograma de trabajo establecido se realizan mesas de trabajo en el mes de junio de 2022, la oficina asesora de control interno del HUSRT en su rol de asesoría acompaña estas mesas, en las cuales se elaboran e identifican mapas de riesgos en los procesos misionales, se ajustan mapas de riesgos en procesos de apoyo frente a identificación de riesgos específicos en algunos procesos según lo indicado por la contraloría, producto de las mesas de trabajo se generan compromisos a los cuales se realiza seguimiento a través de este monitoreo.

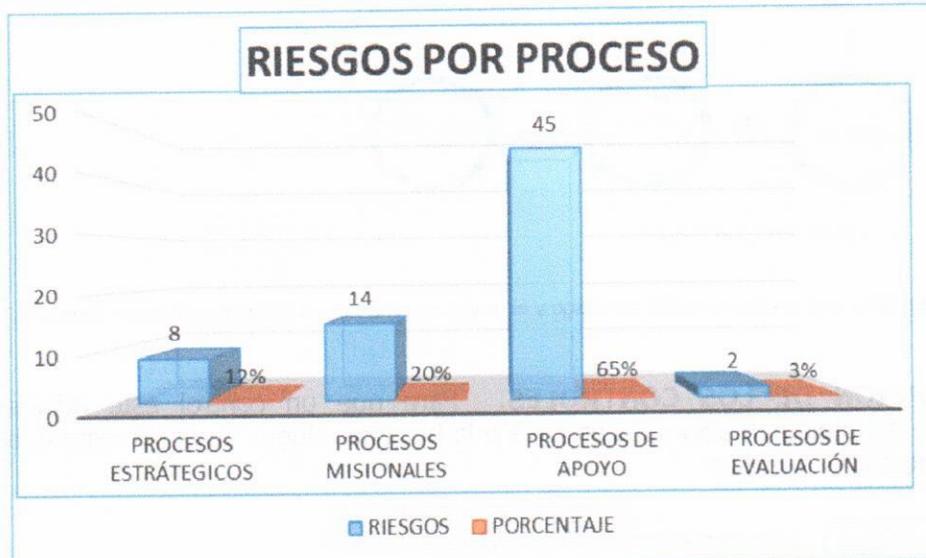
Como resultado de estas mesas de trabajo se identifican nuevos riesgos y controles los cuales se describen a continuación:

12

	PROCESO	RIESGOS 2021	RIESGOS IDENTIFICADOS MESAS DE TRABAJO JUNIO DE 2022	CONTROLES	ACCIONES
PROCESOS ESTRATEGICOS	Direccionamiento Estratégico y humanización	2		1	1
	Gestión QHSE	2		4	2
	Gestión de investigación e innovación	1		2	0
	Gestión de talento humano	3		4	0
PROCESO DE APOYO	Gestión Financiera	3	8	17	1
	Gestión Administrativa	12	3	17	6
	Gestión Documental	2		2	0
	Gestión de la Tecnología	2		3	2
	Gestión Mantenimiento	2		2	1
	Gestión de Suministros y Activos Fijos	3		4	1
	Gestión Jurídica	2		2	1
	Gestión Servicios de apoyo- TERCERIZADOS	1		2	1
	Gestión de sistemas de información y comunicación	3		6	1
	Gestión contratación	2	2	4	0
PROCESO MISIONAL	Gestión Clínica		2	3	1
	Unidad de Cuidado Intensivo		2	3	1
	Gestión Quirúrgica		2	3	1
	Atención de Urgencias		2	3	1
	Enfermería		2	3	1
	Epidemiología y Salud Pública		1	1	0
	Sistema de información y atención al usuario	2		2	1
	Apoyo servicios de salud		1	1	0
EVALUACION	Control Interno		2	5	0
	TOTAL	42	27	94	23

Fuente: Consolidado matrices de mapas de riesgos de los procesos del HUSRT

Se identificaron 27 nuevos riesgos, incluidos los procesos de servicios de apoyo (tercerizados) y 43 controles asociados respectivamente, dando cumplimiento a los lineamientos establecido en Guía para la administración del riesgo del departamento administrativo de la función pública. Versión 5, los cuales se encuentran distribuidos en sus 23 procesos de la siguiente manera:



13

Fuente: Consolidado matrices de mapas de riesgos de los procesos del HUSRT

6. RESULTADO SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO TERCERA LINEA DEFENSA – CONTROL INTERNO

Para la evaluación del estado de la gestión del riesgo la oficina Asesora de Control Interno del HUSRT se utilizó el archivo denominado: "Evaluación del Mapa de riesgos – primer semestre de 2022", el cual contiene la matriz Excel agregándole una columna de Observaciones Oficina de control interno primer semestre 2022. En este aparte se registraron las conclusiones del análisis metodológico del diseño del control, se realizan comentarios acerca de la materialización u ocurrencia del riesgo y se realizan recomendaciones con el fin de mejorar el proceso de administración del riesgo y la aplicación de la metodología dispuesta por el DAFP.

Esta verificación se realizó con base en las evidencias que los responsables de los procesos entregaron al área de planeación. En algunas ocasiones fueron tomadas otras evidencias que se encuentran publicadas en la página web del HUSRT y en las evaluaciones o Auditorías realizadas por control interno

Se anexa matriz Excel donde se dejaron registradas las observaciones para cada uno de los 95 controles correspondientes a los 69 riesgos institucionales de los diferentes procesos del HUSRT, en la cual se analizaron los siguientes criterios:



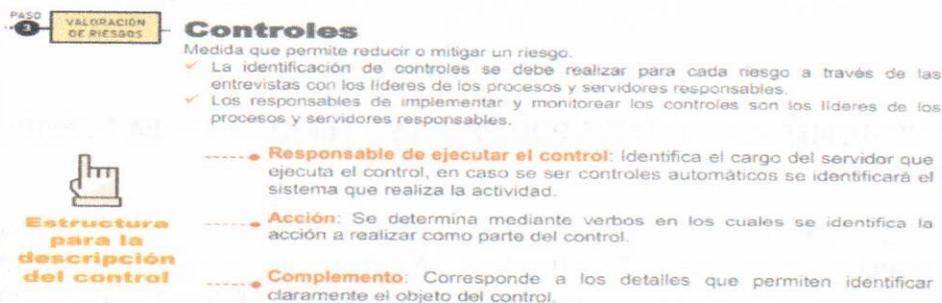
6.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS: La guía de administración de riesgo propone una estructura que facilita su redacción y claridad se inicia con **la posibilidad de** y se debe analizar los siguientes aspectos:



14

Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5

6.2 DESCRIPCIÓN DE LOS CONTROLES. Para que un control este adecuadamente diseñado y que su implementación sea efectiva a la hora de mitigar un riesgo éste debe cumplir con los siguientes lineamientos:



Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5

6.3 EFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

Al revisar la ejecución de los controles se encontró que, debido a que algunos procesos no suministran la información o la suministran de manera parcial o suministran evidencias que no corresponden al control, situación que no permite evaluar si el control ayuda a prevenir las causas que generan los riesgos, se declaran como no efectivos.

De acuerdo al seguimiento de este semestre, se detalla la efectividad de los controles de la siguiente manera:

CONTROLES EFECTIVOS			
	PROCESO	ID CONTROLES	EFFECTIVIDAD DE CONTROLES
PROCESOS ESTRATEGICOS	Direccionamiento Estrategico y humanización	5	EFFECTIVOS
	Gestión QHSE	2,3,4	EFFECTIVOS
	Gestion de investigación e innovacion	6, 7	EFFECTIVOS
	Gestion de talento humano	8,9,10 Y 11	EFFECTIVOS
PROCESOS APOYO DE	Gestión Financiera	24	EFFECTIVOS
	Gestión Administrativa	5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21	EFFECTIVOS
	Gestión de la Tecnología	57,58,59	EFFECTIVOS
	Gestión Mantenimiento	43,44	EFFECTIVOS
	Gestion de Suminsitros y Activos Fijos	55,56	EFFECTIVOS
	Gestión Jurídica	41,42	EFFECTIVOS
	Gestión Servicios de apoyo-TERCERIZADOS	45,46	EFFECTIVOS
	Gestión de sistemas de información y comunicación	47,48,49,50,51,52	EFFECTIVOS
	Getión contratación	1,2,3,4	EFFECTIVOS
PROCESOS MISIONALES	Sistema de información y atención al usuario	18,19	EFFECTIVOS

15

PARCIALMENTE EFECTIVOS Y/O NO EFECTIVOS				
PROCESOS APOYO DE	Gestión Documental	22,23	PARCIALMENTE EFECTIVOS	las evidencias suministradas no permiten evaluar la efectividad del control.
	Gestion de Suminsitros y Activos Fijos	53,54	PARCIALMENTE EFECTIVOS	las evidencias suministradas no permiten evaluar la efectividad del control.
PROCESOS ESTRATEGICOS	Gestión QHSE	1	PARCIALMENTE EFECTIVOS	las evidencias suministradas no permiten evaluar la efectividad del control.
	Talento humano	9	PARCIALMENTE EFECTIVOS	las evidencias suministradas no permiten evaluar la efectividad del control.
PROCESOS APOYO DE	Gestión Financiera-tesoreria	25,26	NO EFECTIVOS	No se adjuntaron evidencias para verificar el control.



CONTROLES NO EVALUADOS				
PROCESOS APOYO	DE Gestión financiera (Contabilidad-tesorería)	27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40	NO FUERON EVALUADOS	Teniendo en cuenta que los riesgos fueron identificados en el mes de junio de 2022, en este seguimiento se verifico la estructura y el diseño de los riesgos y de los controles los cuales cumplen con lo establecido en la Guía del DAFP. no aplica seguimiento y medición de la efectividad de los controles establecidos.
PROCESOS MISIONALES	Apoyo de Servicios de Salud- Consulta externa, urgencias, gestion clinica, gestión quirurgica, enfermería, UCI, epidemiología	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17	NO FUERON EVALUADOS	Teniendo en cuenta que los riesgos fueron identificados en el mes de junio de 2022, en este seguimiento se verifico la estructura y el diseño de los riesgos y de los controles los cuales cumplen con lo establecido en la Guía del DAFP. no aplica seguimiento y medición de la efectividad de los controles establecidos.
EVALUACION	Control interno	1,2,3,4,5	NO FUERON EVALUADOS	Teniendo en cuenta que los riesgos fueron identificados en el mes de junio de 2022, en este seguimiento se verifico la estructura y el diseño de los riesgos y de los controles los cuales cumplen con lo establecido en la Guía del DAFP. no aplica seguimiento y medición de la efectividad de los controles establecidos.



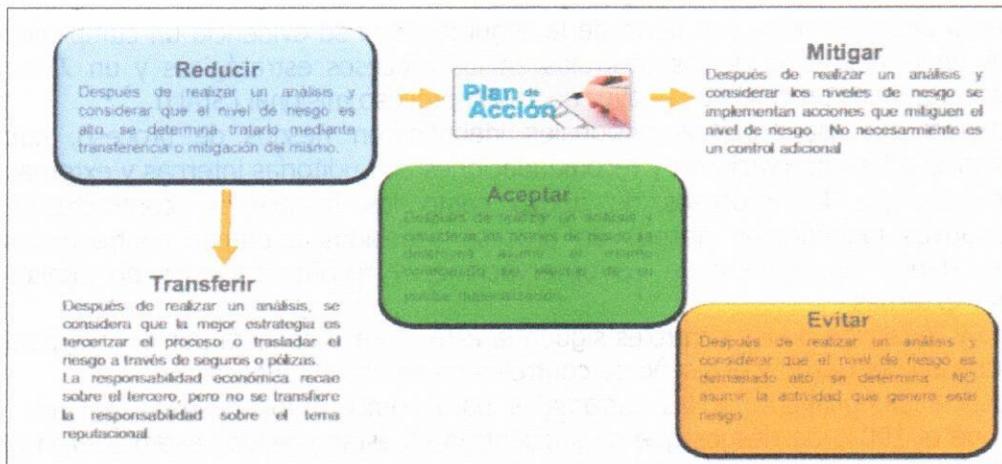
Fuente: propia-consolidado efectividad controles

Se evidencia que el 55% de controles asociados a los riesgos son efectivos, el 5% son parcialmente efectivo y el 2% no efectivos; para este seguimiento el 38% de controles asociados no fueron valorados teniendo en cuenta que la identificación de los riesgo fue realizada en el mes de junio de 2022.

6.3 ESTRATEGIAS PARA COMBATIR EL RIESGO:

17

Para efectos del mapa de riesgos, cuando se define la **opción de reducir**, se requerirá la definición de un plan de acción que especifique: responsable, fecha de implementación y fecha de seguimiento.



Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5

De los 69 riesgos identificados, 23 se encuentran en la opción de reducir, los cuales establecieron plan de acción para cada uno de ellos, acciones que serán objeto de seguimiento en el segundo semestre de 2022, debido a que surgen de la identificación de los nuevos riesgos por tal motivo se recomienda a los líderes de proceso dar cumplimiento a las acciones propuestas en los tiempos establecidos

7. RESULTADO SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO

Teniendo en cuenta el seguimiento realizado por las tres líneas de defensa, en la siguiente tabla se muestra el consolidado del seguimiento a la Gestión de Riesgos en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, y el detallado se anexa adjunto al informe, con el fin de que desde planeación y los líderes de proceso se realicen las mejoras correspondientes.

Hace parte del presente informe, archivo Excel en el que se encontrará la evaluación específica para cada uno de los noventa y cinco (94) controles establecidos en el mapa de riesgos institucional. Para mayor facilidad de búsqueda el archivo Excel está organizado por macroproceso como se encuentra en el mapa de procesos del HUSRT.

En el archivo Excel cada área encontrará las observaciones específicas de forma, de fondo y de orden metodológico según los soportes que fueron examinados en cada caso. Se recomienda tener esta información en cuenta para el próximo seguimiento realizado en el mes de diciembre.

18

De acuerdo al seguimiento a Riesgos realizado por la Oficina de control interno se concluye lo siguiente:

- ✓ De acuerdo al Seguimiento por parte de la segunda línea se evidencia un cumplimiento del 88% en la aplicación de los controles en los procesos estratégicos y un 73% de cumplimiento en los procesos de apoyo, un 100% proceso misional (SIAU)
- ✓ Se evidencia que los procesos misionales identificaron riesgos de proceso, dando cumplimiento a las observaciones y recomendaciones de auditorías internas y externas
- ✓ Se evidencia que los procesos de apoyo como los financieros, contractuales y administrativos identificaron riesgos de proceso asociados a etapas contractuales y contables dando cumplimiento a las observaciones y recomendaciones de auditorías internas y externas
- ✓ El diseño y redacción de los controles siguen la estructura propuesta por la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas
- ✓ Se evidencia cumplimiento a las estrategias para combatir los riesgos, teniendo en cuenta que el 100% de riesgos que se encuentran es estado reducir establecieron plan de acción
- ✓ 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.
- ✓ El seguimiento por parte de la primera línea de defensa la realizaron 13 procesos de los 23 que cuenta con Mapas de Riesgo, evidenciándose falta de autocontrol y debilidades en el seguimiento de los líderes de proceso.
- ✓ Verificada el software DARUMA, se pudo constatar que los mapas de riesgos se encuentran cargados a excepción del mapa de riesgos del proceso de gestión financiera (tesorería), debido a que a la fecha de este seguimiento no han documentado algunos controles identificados en las mesas de trabajo
- ✓ Se evidencia incumplimiento a los compromisos establecidos en las mesas de trabajo de identificación de riesgos de los siguientes procesos: Gestión financiera (tesorería), apoyo servicios de salud (consulta externa)

8. LINEAMIENTOS RIESGOS SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

La seguridad de la información en el Hospital Universitario San Rafael Tunja se viene realizando acorde al Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información MSPi, para cual se describen a continuación las actividades realizadas en el primer semestre del año 2022 las cuales fueron socializadas en los Comités de Gestión de desempeño realizados en el mes de marzo y junio de 2022, dando cumplimiento a lo establecido en la Política de administración del riesgo.

19

El grupo de apoyo de gobierno digital suministro información relacionada con el avance de la implementación del PETI, la cual fue socializada de la siguiente manera en los comités de gestión de desempeño.

En el comité de marzo de 2022, se socializaron los avances de los siguientes temas

1. Plan estratégico de TI, Vigencia 2022 PETI
2. Planes de seguridad y privacidad de la información 2022
3. Plan de tratamientos de seguridad y privacidad de la información.
4. Activos de Información, Actualización de la matriz Formato Matriz Levantamiento Activos De información (S-F-46), Cronograma para Levantamiento Activos de Información.

En el comité de junio de 2022, se Socializaron los siguientes temas:

- PETI actualizado plataforma Daruma S-M-03 Manual Plan Estratégico De Tecnología De La Información.
- Avances de Plan de Seguridad y privacidad de la información: Evidencias indicador 1560, 1559 curso virtual de seguridad de la información, Datos personales, controles del sistema de gestión de seguridad de la información.
Plataforma virtual <http://formacionvirtualesanrafaeltunja.gov.co/moodle/>.
- Plan de Riesgos de seguridad y privacidad de la información.
- Riesgos
- Hallazgos de Activos de la información HUSRT.
- Roles y responsabilidades

9. SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO AVANCE PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN PETI- CORTE JUNIO DE 2022

La oficina asesora de control interno realiza seguimiento al cumplimiento del Plan Estratégico De Tecnología De La Información PETI con corte a junio de 2022, de acuerdo a socialización realizada en los Comités de Gestión de desempeño.



Se evidencia Manual Plan Estratégico De Tecnología De La Información PETI actualizado plataforma DARUMA el 02 de junio de 2022, con el código S-M-03, en cual se encuentra publicado en el siguiente enlace:
<https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/document/view/id/5766>

FORMATO MATRIZ LEVANTAMIENTO ACTIVOS DE INFORMACION S-F-46, creado en DARUMA el 29 de marzo de 2022

Avances de Plan de Seguridad y privacidad de la información: curso virtual de seguridad de la información, controles del sistema de gestión de seguridad de la información.

Datos personales, Plataforma virtual <http://formacionvirtualesanrafaeltunja.gov.co/moodle/>

Medición indicador No 1559 **Cumplimiento de políticas de seguridad de la información en la entidad**, se evidencia medición con corte a junio de 2022 con un porcentaje de cumplimiento del 100%, información que se puede consultar en el siguiente enlace.

https://drive.google.com/file/d/1qbqub6ed_aTzyYuXC1ar0O6n5PEXXkvC/view con la siguiente observación del proceso "Teniendo en cuenta la vigencia de las Políticas de Seguridad de la Información en el aplicativo Daruma bajo el código S-M-02, se evidencia una tendencia estable respecto al cumplimiento de las mismas, después de obtener los datos de la encuesta analizada se observa que los funcionarios están aplicando las políticas de seguridad manteniendo la integridad y disponibilidad de la información acorde a lo establecido en las Políticas de Seguridad de la Institución"

Medición indicador No 1560 **Plan de sensibilización seguridad de la información** se evidencia medición con corte a junio de 2022, con un porcentaje de cumplimiento del 100%,

<https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/indicator/view/id/1560#approval-flow-container> con la siguiente observación del proceso "Para el Plan de sensibilización del año 2022, se elaboró y publicó en la plataforma virtual del Hospital un curso llamado "Seguridad y Protección de la Información en el HUSRT"; donde se incluye temas de Seguridad de la Información, Datos Personales, Políticas de Seguridad, Riesgos de Seguridad, el cual deberán realizar todos los funcionarios del hospital como se informó en el comité de Gobierno Digital. Se realizó reunión con Talento Humano y Psicología para elaborar nuevo cronograma y nueva estrategia para capacitar a personal nuevo que ingresa a laborar en el hospital. Se elaboró un tapiz y fue configurado como fondo de escritorio en los computadores con los tips de SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN. Se aplicó una encuesta y fue enviada por correo electrónico a todos los usuarios del Hospital con el fin de medir el grado de sensibilización sobre los tips de Seguridad de la Información. Se observa una tendencia creciente en cuanto al interés de los funcionarios por capacitarse en temas de seguridad de la información; como resultado se obtuvo una participación de 36 funcionarios en el curso virtual y 55 encuestados para un total de 86 funcionarios sensibilizados. Para el siguiente trimestre se proyecta incrementar el número de funcionarios sensibilizados. Se creó folleto para ser entregado a personal del hospital, relacionando temas como Seguridad de la Información Políticas de Seguridad y Tips que se deben tener en cuenta para la seguridad de la información en nuestra institución"

Plan de Riesgos de seguridad y privacidad de la información, con corte a junio no se habían identificado los riesgos asociados al proceso, pero se evidencia en acta de comité de Desempeño del mes de junio de 2022, socialización de la propuesta de la identificación.

Se evidencia informe del levantamiento de los activos de información realizada por procesos y Socializada en el Comité de Gestión de desempeño con corte a junio de 2022. Actividad con un cumplimiento del 100%

Se evidencia un avance en el cumplimiento de las actividades propuestas en el Plan estratégico de TI, del 100% en el primer trimestre y el 75% en el segundo trimestre; con un avance acumulado del año 2022 del 42%

En cuanto al cumplimiento de los proyectos de TI, se encuentran en ejecución y su avance será realizado en el Seguimiento del POA del segundo trimestre de 2022.

FORTALEZAS

La Institución cuenta con herramientas para la Gestión de los Riesgos: Política y Metodología para la Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos Institucional, Procedimientos y manuales relacionados con la Administración del riesgo.

El acompañamiento y asesoría que brinda la Oficina Asesora de Planeación en la formulación de riesgos y sus controles y en la consolidación y priorización en el mapa institucional.

El seguimiento continuo de la segunda y tercera línea de defensa, lo que contribuye al mejoramiento continuo

CONCLUSIONES

La gestión del riesgo para todos los procesos incluidos los tercerizados de la entidad se realizó de acuerdo a lo establecido en la Guía de administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas versión 5 del 2020

Resulta importante resaltar los avances institucionales que se han tenido en materia de Gestión del Riesgo. La aplicación de la metodología establecida por DAFP ya forma parte del "saber hacer" de la entidad y es un tema que gradualmente se ha insertado en su dinámica.

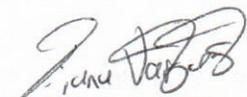
Se resalta también el papel que han tenido los profesionales que han tenido responsabilidades frente a la gestión de los controles en los mapas de riesgos, los cuales también han apropiado la metodología y los diferentes elementos a tener en cuenta para evitar la materialización de riesgos en la entidad.



En aras de evitar la materialización de riesgos y en concordancia con la cultura de autocontrol; recordar a los líderes de procesos que son ellos con el apoyo de su equipo los responsables de implementar y monitorear permanentemente los controles.

Anexo: Matriz de seguimiento "Evaluación del Mapa de riesgos – primer semestre de 2022"

22



DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ
Asesora de Control Interno
ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Proyectó: Claudia Stella Sáenz Jiménez
Profesional Universitario OACI