

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

1

INFORME

**SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD, FRAUDE Y
SOBORNO (SICOFS) TERCER CUATRIMESTRE 2023**

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, enero de 2024



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



INFORME SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD FRAUDE Y SOBORNO TERCER CUATRIMESTRE 2023

GENERALIDADES

En virtud de lo previsto en los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 124 de 2016, el Departamento Administrativo de la Función Pública ha diseñado estrategias encaminadas a garantizar la transparencia en la gestión y la prevención de posibles actos de corrupción a través del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC. Dentro del Plan; el componente asociado a “*Riesgos de Corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción*”, permite la identificación, análisis y control de los posibles factores generadores en estos riesgos, estableciendo las acciones necesarias para controlarlos.

Para orientar la correcta identificación, análisis y evaluación del riesgo, La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta con la Política de Gestión de Riesgos Integral en la que se establecen lineamientos para la gestión de los mismos, incluidos los de corrupción, opacidad, fraude y soborno, adoptando la metodología de la Guía de administración de riesgo y el diseño de controles Versión 6.

Así las cosas, la Oficina de Control Interno, en desarrollo del rol de “Evaluación de la gestión del Riesgo” y en cumplimiento del artículo 2.1.4.6 del Decreto 124 de 2016 “*mecanismos de seguimiento al cumplimiento y monitoreo*”; presenta el Informe de seguimiento de mapas de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno, – tercer cuatrimestre de 2023, tomando como referente los parámetros normativos y metodológicos vigentes a la fecha:

- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” Versión 6, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- 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 pública*”.
- Decreto 1499 de 2017 Modelo Integral de Planeación y Gestión. 7ª. Dimensión Control Interno.
- 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.
- Circular Externa No 202117000005-5 de 2021 en marco de SICOF

2



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



- Acuerdo 020 de 2022, por medio del cual se adopta el subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude SICOF de la E.S.E Hospital Universitario san Rafael de Tunja
- Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02
- Manual contra el lavado de activos SARLAFT AF-M-02
- Acuerdo 015 de 30 de junio de 2023 "Por medio del cual se adopta la política de gestión de riesgo integral de la Empresa social de Estado Hospital Universitario san Rafael de Tunja"
- Circular externa de la Superintendencia nacional de salud 20211700000004-5 de 2021

3

OBJETIVO

Evaluar la gestión de los Riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno, en cuanto a la aplicación de la metodología, cumplimiento de los controles establecidos, acciones de monitoreo, y administración del riesgo de corrupción de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, de acuerdo a las normas legales vigentes

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Revisar el adecuado diseño de los riesgos y controles identificados, de acuerdo a los lineamientos de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" Versión 6
2. Evaluar si los controles se están aplicando de manera oportuna, si se realizan de forma confiable y si la evidencia presentada es pertinente y cumple con la actividad de control.
3. Evaluar seguimiento realizado por la primera y segunda línea de defensa

ALCANCE

La evaluación a la gestión de riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno aplica para todos los procesos de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, tomando como base la información reportada en la matriz de riesgos de corrupción, opacidad y fraude y publicada en la página web institución, el 02 de enero de 2024



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



METODOLOGÍA:

Para realizar el presente seguimiento a la gestión del riesgo de corrupción, opacidad y fraude la Oficina de Control Interno debe asegurar que los controles sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva.

Las acciones adelantadas se refieren a:

- Determinar la efectividad de los controles.
- Mejorar la valoración de los riesgos.
- Mejorar los controles.
- Analizar el diseño e idoneidad de los controles y si son adecuados para prevenir o mitigar los riesgos de corrupción, opacidad y fraude
- Determinar si se adelantaron acciones de monitoreo.
- Revisar las acciones del monitoreo

4

Para esta evaluación y seguimiento la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios – coordinadora Gestión de riesgo integral dispuso un Link para el cargue y consolidación de los informes y las evidencias que soportan los avances en la gestión del riesgo en cada una de los procesos, información compartida a esta Oficina y que junto con el Informe de seguimiento y monitoreo realizado por la segunda línea de defensa, se convierten en insumo para la generación del presente informe.

1. EVALUACIÓN GENERAL RIESGO DE CORRUPCIÓN OPACIDAD Y FRAUDE

1.1 Lineamientos frente a la gestión del riesgo

Teniendo en cuenta lo establecido en la Circular externa de la Superintendencia Nacional de Salud 20211700000004-5 de 2021 POR LA CUAL SE IMPARTEN INSTRUCCIONES GENERALES RELATIVAS AL CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO ORGANIZACIONAL, EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y A SUS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS, la Empresa Social de Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja , adopta la política de gestión de riesgo integral mediante el Acuerdo 015 de 2023, documento por medio de la cual se deroga la resolución 141 del 2023 y se adopta la política de gestión de riesgos integral, la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja se compromete a gestionar los riesgos de manera integral por medio de estrategias que permitan evitar, reducir, mitigar, compartir, aceptar, controlar, minimizar y/o evitar la ocurrencia de eventos no deseados que puedan afectar positiva o negativamente el logro de los objetivos institucionales

Según la política los riesgos contemplados son: Riesgos de procesos, Riesgos de seguridad de la información, Riesgos del sistema de gestión ambiental, Riesgos para el sistema de Seguridad



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



y salud en el trabajo, Riesgos asistenciales, Riesgos clínicos, Riesgo de lavados de activos y financiación del terrorismo, Riesgos de corrupción, opacidad y fraude.

Mediante el Acuerdo 020 de 2022, se adopta el subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude SICOE de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, la líder de Gestión del Riesgo, mediante acompañamiento a los responsables de procesos y/o subprocesos actualizaron el mapa de riesgos de corrupción opacidad y fraude según cronograma emitido a través de correo electrónico, para lo cual los proceso estratégicos, misionales de apoyo y de evaluación, identificaron y actualizaron el mapa de riesgos de corrupción, fraude y opacidad, incluyendo riesgos de soborno.

5

La matriz de riesgos de corrupción, opacidad y fraude fue presentada y aprobada en comité de gestión de riesgos el 20 de diciembre del 2023, acta 001, con corte al anterior cuatrimestre contábamos con un total de veintinueve (29) riesgos y cuarenta y dos (42) controles, en la actualización realizada en el mes de diciembre de 2023, se identificaron 9 riesgos más de (soborno) y ocho (8) controles, distribuidos en los procesos de la siguiente manera:

Tabla 1. Numero de riesgos y controles

MACROPROCESOS	PROCESOS	RIESGOS	CONTROLES
PROCESO ESTRATEGICOS	GESTION QHSE	1	2
	GESTION TALENTO HUMANO	4	5
	GESTION DE INNOVACION E INNOVACION	1	1
PROCESO DE APOYO	GESTION SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	2	2
	GESTION ADMINISTRATIVA	7	7
	GESTION FINANCIERA	4	2
	GESTION TECNOLOGICA	2	4
	GESTION JURIDICA	1	1
	GESTION DE CONTRATACION	4	6
	GESTION DE MANTENIMIENTO	1	2
	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN	3	6
	GESTION DOCUMENTAL	1	2
	GESTION FARMACEUTICA	3	3
PROCESOS MISIONALES	GESTION QUIRURGICA	1	2
	SISTEMA DE ATENCION AL USUARIO	1	1
	APOYO SERVICIOS DE SALUD	1	2
EVALUACION	CONTROL INTERNO	1	2
TOTAL		38	50

Fuente: Propia consolidado Mapa de riesgos corrupción, opacidad y fraude

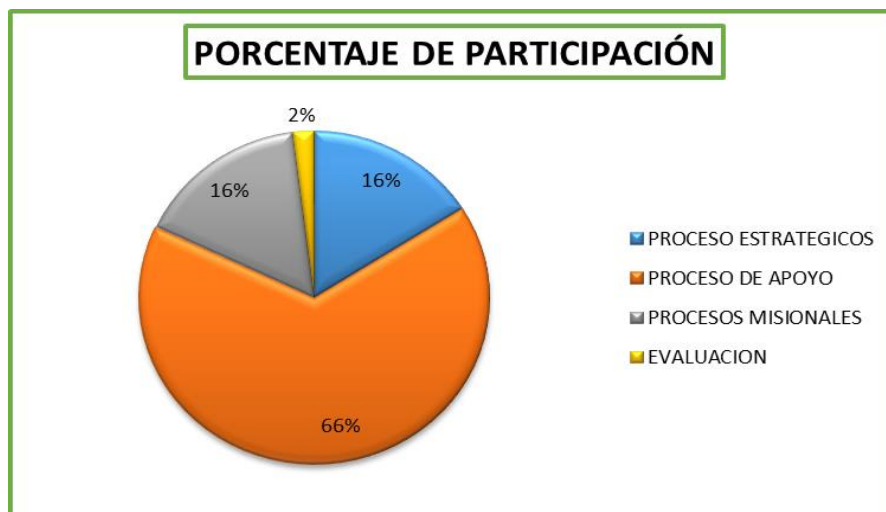
En la actualidad contamos con un total de treinta y ocho (38) riesgos y cincuenta (50) controles, distribuidos en 17 procesos con una participación por macro proceso así: Estratégicos y misionales con 6 riesgos, Apoyo con 25 riesgos y evaluación con 1 riesgo, participación que se puede observar en la siguiente tabla y gráfica.

Tabla 2. Porcentaje participación por macro proceso

MACROPROCESO	RIESGOS OPACIDAD, SOBORNO	CORRUPCION, FRAUDE Y	% PARTICIPACION
PROCESO ESTRATEGICOS	6		16%
PROCESO DE APOYO	25		66%
PROCESOS MISIONALES	6		16%
EVALUACION	1		2%
TOTAL	38		100%

Fuente: Propia consolidado Mapa de riesgos corrupción, opacidad y fraude

Grafica 1. Porcentaje participación por macro proceso



Fuente: Mapa de riesgos formato OADS-F-14

A continuación, se presenta la cantidad de controles asociados a los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno vigencia 2023, los cuales cuentan con un total de 50 controles distribuidos de la siguiente manera:

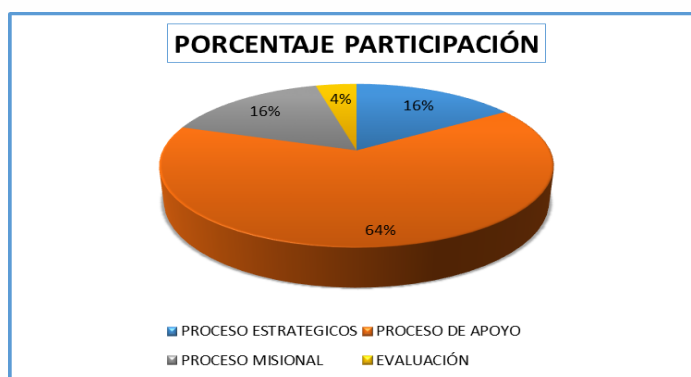
Tabla 3. Porcentaje participación de los controles

MACROPROCESO	No CONTROLES	% PARTICIPACION
PROCESO ESTRATEGICOS	8	16%
PROCESO DE APOYO	32	64%
PROCESO MISIONAL	8	16%
EVALUACIÓN	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente: Matriz de riesgos de Corrupción, opacidad y fraude versión 6

7

Grafica 2. Porcentaje participación por macro proceso



Fuente: Matriz de riesgos de Corrupción, opacidad y fraude versión 6

Los procesos que tienen mayor cantidad de controles asociados a los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno son; en primera mediada los procesos de apoyo con (32 controles), procesos estratégicos y misionales con (8 controles) respectivamente y el proceso de evaluación con (2 controles), es importante aclarar 2 de los riesgos asociados a soborno recientemente identificados no cuentan con controles asociados, pero tiene establecido plan de acción, cuyo producto generaría la identificación de los mismos.

Resultado de la aplicación del diseño e implementación de los controles, el panorama de los riesgos residuales reportados por el HUSRT, se presenta de la siguiente manera:

Tabla No 4 zona de riesgo inherente/residual

ZONA DE RIESGO	ZONA RIESGO INHERENTE	ZONA RIESGO RESIDUAL
EXTREMA	25	23
ALTO	13	13

Fuente: Matriz de riesgos de Corrupción, opacidad y fraude versión 6

De los 38 riesgos SICOF identificados, veinticinco (25) se encuentran ubicados en zona extrema y trece (13) en zona Alta y posterior a la aplicación y evaluación de controles se evidencia una disminución en la probabilidad de ocurrencia del ocho (8%) en zona de riesgo extrema y la zona de riesgo Alta se mantiene, siendo necesario continuar ejerciendo control sobre las causas asociadas a cada uno de ellos, involucrando en su gestión a todos los servidores públicos y contratistas pertenecientes a los Grupos Internos de Trabajo.

1.2 PUBLICACIÓN DEL MAPA DE RIESGO CORRUPCION, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO

El día 12 de enero de 2024, se revisa la página web institucional, sección Nuestra entidad/Gestiona de calidad, y se evidencia que el MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF), fue publicado el 02 de enero de 2024.



Fuente: Pantallazo Publicación página web 12/01/2023

Sin embargo al verificar el mapa publicado se observa MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF) identificado con el código OADS-F-14, versión 6 y que el motivo de la actualización fue por la inclusión de los riesgos de soborno, pero al verificar en el control de cambios se observa que no fue actualizado, adicionalmente la tabla de impacto no incluye la valoración de los riesgos de soborno. Se recomienda a la Segunda línea de defensa actualizar el mapa teniendo en cuenta estas observaciones.

1.3 SEGUIMIENTO EFECTUADO POR LA LÍNEA

En cuanto al seguimiento realizado por parte de la primera línea de defensa desde el rol del responsable del proceso (Autocontrol), según lo establecido en el Manual de gestión de Riesgo OADS-M-02 se debe diligenciar en el formato OADS-F-36. FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSA presentando reporte de seguimiento a la Segunda línea de defensa (coordinación de riesgos), el cual debe ser cargado en la ruta definida en la red institucional.

9

En el sistema de gestión documental DARUMA se encuentra publicado el formato OADS-F-36. FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSA, versión 2, con última fecha de actualización 26 de julio de 2023.

La Oficina asesora de control interno verifico, que los sub procesos adjunten el formato debidamente diligenciado y firmado en el link establecido para subir las respectivas evidencias de la ejecución de los controles, como resultado de este seguimiento se evidencio lo siguiente: De los 27 procesos, 26 adjuntaron soportes del diligenciamiento del formato establecido con sus respectivas firmas.

1.4 SEGUIMIENTO EFECTUADO POR LA OFICINA ASESORA DESARROLLO SERVICIOS- COORDINACION DE RIESGOS

Teniendo en cuenta su responsabilidad en el establecimiento de directrices y apoyo en el proceso de identificar, analizar, evaluar, tratar los riesgos, y llevar a cabo un monitoreo independiente al cumplimiento de las etapas de la gestión de riesgos, se identificó que la Oficina Asesora de Desarrollo de servicios- Coordinación del riesgo realizó las siguientes gestiones:

- Envío correo electrónico a los procesos y/o subprocesos solicitando el cargue de la información correspondiente a las evidencias de aplicación de los controles, en carpeta institucional compartida según la ruta de acceso: Windows+R copiando y pegando el link asignado a cada proceso, se debe adjuntar dicha información a más tardar **el día 05 de enero de 2024**, teniendo en cuenta que el informe final debe ser entregado a la tercera línea de defensa el 09 de enero.
- De acuerdo a lo establecido en la política de Gestión de riesgos integral, la Coordinación de riesgo realiza monitoreo a los Riesgos SICOFs correspondiente al tercer cuatrimestre de la vigencia desde el rol de segunda línea de defensa.



- Verificación del seguimiento de primera línea de defensa con el diligenciamiento del formato OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSA

La segunda línea de defensa para el cumplimiento de las actividades de monitoreo utiliza el formato OADS-F-41 MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS la cual establece que para que un control este bien diseñado debe cumplir con los siguientes parámetros:

10

- Existir un responsable asignado a la ejecución del control
- El responsable debe tener la autoridad y adecuada segregación de funciones en la ejecución del control
- El control debe tener una periodicidad definida para su ejecución
- El control debe tener un propósito que indique para qué se realiza (verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar)
- La fuente de información que se utiliza en el desarrollo del control es información confiable que permita mitigar el riesgo
- Se debe establecer qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control.
- Debe existir evidencia de la ejecución del control

A su vez verifico la información reportada por cada uno de los procesos y/o subprocesos cruzándola con la registrada en el mapa de Riesgos de Corrupción Opacidad, Fraude y soborno publicado en la Página web de la institución.

Como resultado de la evaluación de los controles la oficina de planeación concluye lo siguiente:

- Se estableció que después de la evaluación del diseño y ejecución de los controles un 96% de los mismos se pueden evaluar o caracterizar como Fuertes, un 2% de los mismos se pueden evaluar o caracterizar como moderados y un 2% de los mismos se pueden evaluar o caracterizar como débiles como se muestra en la siguiente tabla

Tabla No 6 Tabla de calificación final del Control

CALIFICACION FINAL DEL CONTROL	No. Controles	Porcentaje (%)
FUERTE El control se ejecuta de manera consistente por parte del responsable	48	96%
MODERADO El control se ejecuta algunas veces por parte del responsable	1	2%
DEBIL El control no se ejecuta por parte del responsable	1	2%



Fuente. Informe monitoreo segunda línea tercer cuatrimestre 2023

De acuerdo con lo anterior, se observa que la segunda línea de defensa, cumplió con las responsabilidades mencionadas en la Política de gestión de riesgo integral y del Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02 de la Entidad: "Realizar informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo"

11

1.5 RESULTADO DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS MAPAS DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE –SICOF

Para la evaluación del estado de la gestión del riesgo de corrupción, opacidad y fraude la oficina Asesora de control Interno del HUSRT utilizó el formato CODIGO: OADS-F-14 denominado: "MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD FRAUDE (SICOF)", agregándole una columna de Observaciones Oficina de control interno segundo cuatrimestre 2023. En este aparte se registraron las conclusiones del análisis metodológico del diseño del riesgo y del control, se realizan comentarios acerca de la materialización u ocurrencia del riesgo y se hacen recomendaciones con el fin de mejorar el proceso de administración del riesgo de corrupción y la aplicación de la metodología dispuesta por el DAFP. **Archivo que se anexa a este informe.**

Esta verificación se realizó con base en las evidencias cargas por los procesos en el drive dispuesto por la Oficina Asesora Desarrollo de servicios – Planeación, algunas fueron tomadas página web institucional del HUSRT y otras fueron allegadas a la oficina de control interno.

De acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina asesora de Control interno a los Riesgos de corrupción, opacidad y fraude se concluyó lo siguiente:

Subproceso	Descripción del Riesgo	Tipo de Riesgo	Descripción del Control	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO TERCER CUATRIMESTRE 2023
Control interno	Posibilidad de Sanciones, pérdida de credibilidad y confiabilidad en los informes de control interno por Manipulación en la Gestión de las auditorías con el fin de beneficiar o desfavorecer a un Proceso y/o Subproceso de la Entidad.	Corrupción	El asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoría OACI-F-02 y cuando se presente para su aprobación el Plan de trabajo de la Auditoría, verificará la suscripción de la declaración de conocimiento código de Ética del Auditor Interno y la suscripción de la carta de Representación de la veracidad de la información según lo establecido Manual de auditoría OACI-M-01, a través del Anexo 1 Declaración de Conocimiento código de Ética de la Auditoría Interna y la carta de representación de veracidad y oportunidad de la información OACI-F-06	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023 , el proceso adjunta los siguientes formatos : Plan Anual de auditoría OACI-F-02 vigencia 2023,Declaración de Conocimiento código de Ética de la Auditoría Interna Anexo 1 Código de Ética, Carta de representación de veracidad de la información OACI-F-06 ,Formato OACI-F-15 Compromiso de confidencialidad del Auditor , correspondientes a las auditorías programadas para el tercer cuatrimestre las cuales relaciono a continuación: Auditoría realizada al proceso Gestión contractual , Gestión Académica, gestión documental, arqueo cajas, Referencia y contra referencia, Facturación. Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control. El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6 Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



			El asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoria OACI-F-02 Verifica el grado de conformidad y cumplimiento frente a las disposiciones planificadas por la institución y los requisitos aplicables a éstos, según lo establecido en el procedimiento Realización de auditorías internas OACI-PR-02, mediante el formato OACI-F-04 Plan de auditoria OACI-F-04 e Informe Fina de Auditoria OACI-F-16	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023 , el proceso adjunta los siguientes formatos :Plan de auditoria OACI-F-04 vigencia 2023 , Informe final de Auditoria OACI-F-16 correspondientes a las auditorias realizadas en el tercer cuatrimestre las cuales relaciono a continuación: Auditoria realizada a los procesos Gestión contractual , Gestión académica, gestión documental, arqueo cajas, Referencia y contra referencia, Facturación. Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control. Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión Suministros y Activos Fijos	Posibilidad de incumplimiento de necesidades de la entidad debido al favorecimiento por la aceptación de bienes e insumos que no cumplan lo establecido contractualmente.	Corrupción	El líder de almacén según la necesidad verifica el cumplimiento contractual frente a las especificaciones técnicas de los bienes e insumos a ingresar según lo establecido en el procedimiento A-PR-01 Ingreso de Mercancías a través de facturas y certificaciones de recibido a satisfacción	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, El proceso presenta evidencias en cumplimiento del procedimiento A-PR-01 Ingreso de Mercancías a través de facturas y certificaciones de recibido a satisfacción (procedimiento que fue actualizado el 09/06/2023, adjuntando los siguientes soportes: Comprobantes contables, Saldos de activos fijos, Valor de libros en activo saldos, copias de contratos, certificaciones de recibidos a satisfacción junto a facturas, lo que permite corroborar que hay coincidencia entre la certificación de recibido a satisfacción, la factura y el comprobante de ingreso, El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6 Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión tecnológica	Posibilidad 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.	Corrupción	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 resolución 173 de 2023 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos diligenciando el formato C-F-28 Estudio de conveniencia y oportunidad 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, analizadas a través del formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva. El líder de Biomédica conforme a la necesidad verifica el cumplimiento de las especificaciones técnicas de los equipos de acuerdo a la pertinencia y efectividad de la tecnología solicitada conforme a lo establecido en el procedimiento IB-PR-09 Análisis de Ingreso de nuevas Tecnologías mediante el formato IB-F-01 Proceso de validación de ingreso de Activos relacionados con equipos biomédicos	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, el líder del proceso mediante correo electrónico de fecha 05 de Enero de 2024, informa que en el periodo evaluado no se realizaron adquisiciones de tecnologías biomédicas por convocatorias públicas. El riesgo y el control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y diseño de controles versión 6 Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda actualizar el soporte de la evidencia, ya que el nombre del formato C-F-28 es «ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA» Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, el líder del proceso mediante correo electrónico de fecha 05 de Enero de 2024, informa que en el periodo evaluado no se realizaron adquisiciones de tecnologías biomédicas por convocatorias públicas. El control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y diseño de controles versión 6 Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control. Con corte al tercer cuatrimestre de 2023 , el líder del proceso mediante correo electrónico de fecha 05 de Enero de 2024, informa que en el periodo evaluado no se realizaron adquisiciones de tecnologías biomédicas por convocatorias públicas.. El control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y diseño de controles versión 6 Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión de contratación	Etapas de Selección: 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	Corrupción	El coordinador de contratación según necesidad da apelación a los descrito en resolución 173 de 2021 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019, según cada modalidad de selección contractual, frente a los requisitos allí señalados para la selección de contratistas.	Con corte al tercer cuatrimestre 2023. El responsable del control adjunta:1. Excel matriz procesos contractuales corte 14 de diciembre de 2023. 2. PDF PANTALLAZOS estudios previos y demás soportes asociados a la etapa precontractual. C-F-31, C-F-29, TH- F-68. 3. PANTALLAZOS DE CONVOCATORIAS PUBLICAS, REQUERIMIENTOS PUBLICADOS EN PAGINA WEB Se evidencia la adecuada aplicación del control, teniendo en cuenta que el coordinador de contratación según modalidad de selección contractual, frente a los requisitos para la selección de contratistas adjunta los soportes establecidos, sin embargo se REITERA al líder del proceso de contratación actualizar los formatos en DARUMA C-F-28 Estudio conveniencia y oportunidad, Anexo Especificaciones Técnicas y Formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva, contrato, anexo técnico, especificaciones técnicas y servicios posventa, lo cual se puede observar en el anexo1

2



			La secretaria técnica del comité de contratación según necesidad, Para el caso de convocatoria pública, documentara a través de actas, el estudio del proceso y la selección del contratista	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, el responsable del control adjunta evidencias de la ejecución, aporta acta de comité de contratación correspondientes el periodo en revisión, sin embargo, se evidencian debilidades en el diligenciamiento de las actas ya que la mayoría de ellas no cuenta con fechas, hora, lugar y sin las firmas de secretaria técnica y el presidente del comité. REITERATIVO, a su vez se evidencia soportes de formato OADS-F-04 ACTA DE COMITE, desactualizado, teniendo en cuenta que la última actualización fue el 29 de agosto de 2023 lo cual se puede observar en el anexo1 Se evidencia que el proceso aplica el control, pero no de manera adecuada, se recomienda permanentemente revisar y fortalecer el control para evitar la materialización del mismo.
Gestión de contratación	Etapas de Ejecución: 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	Corrupción	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 interventoría.	Con corte al tercer cuatrimestre 2023. El responsable del control adjunta: 1. Excel matriz procesos contractuales corte 14 de diciembre de 2023. 2. PDF PANTALLAZO DOCUMENTOS EJECUCION CONTRATOS 3. Formatos C-F-04 informe de supervisión El control describe dar cumplimiento estricto al Manual de supervisión e interventoría, documento aprobado mediante resolución (RESOLUCIÓN 260 DE 2014), se recomienda actualizar el diseño del control y los soportes de evidencias con su respectiva codificación. REITERATIVA
Tesorería	Posibilidad de Sanciones de los Entes de inspección vigilancia y control por la Exclusión del giro a proveedores y contratistas para presionar y obtener algún beneficio personal.	Corrupción	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	Con corte al tercer cuatrimestre 2023. El responsable del control No apporto evidencias de la ejecución del control. No se puede evaluar la adecuada aplicación del control
Auditoría Cuentas Médicas	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	Corrupción	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 con las cuales existen glosas reiteradas según lo establecido en el procedimiento AM-PR-03 Acta de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones, medido a través del indicador 546 Aceptación de glosa de la vigencia con una meta establecida <=4% sobre la facturación neta de la vigencia	Con corte al tercer cuatrimestre 2023. El responsable del control aporta soportes de formato AM-F-02 Acta de levantamiento Y/O aceptación de glosa y devoluciones del periodo evaluado, indicador mensual 546 Aceptación de glosa de la vigencia, Informe tercer trimestre de análisis de aceptación de glosa, PENDIENTE INFORME CUARTO TRIMESTRE 2023 En el indicador 546 de aceptación de glosa suministrado, se observa que se cumple con la meta establecida <=4% sobre la facturación neta de la vigencia, en los meses de septiembre, octubre y noviembre. El indicador es efectivo y soporta el control diseñado para este riesgo. Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.
Facturación	Posibilidad de Pérdida Recursos económicos de la Institución por NO facturar servicios prestados por intereses particulares	Corrupción	El Analista principal diariamente verifica que los egresos generados estén efectivamente facturados, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento F-PR-15 Auditoría Administrativa, a través del formato F-F-17 Control de evidencias por facturación revisada	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, el responsable del control anexa como evidencia el formato F-F-17 control seguimiento de facturas del periodo evaluado, se constata el seguimiento a cada una de las facturas y la correspondiente observación de auditoría para cada caso dejando evidencia de los hallazgos para subsanar y/o facturación limpia. El proceso presentó actas de socialización de las inconsistencias encontradas en la facturación, de aclaración de procedimientos facturados y acciones para mitigar el riesgo de glosa desde la facturación de los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2023 Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.
Cartera	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	Corrupción	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 Recaudos Pagares	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso aportó actas de comité de cartera con corte a octubre de 2023, (pendiente noviembre y diciembre de 2023), formato CAR-F-08 estado de cartera corte a noviembre de 2023, formato CAR-F-16 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACION Y SEGUIMIENTOS A PAGARES, los formatos adjuntados no coinciden con los documentados en DARUMASE recomienda ajustar la descripción del control, teniendo en cuenta que no describe mediante que soportes se aplica el control, adicionalmente el proceso aporta evidencias del formato CAR-F-08 estado de cartera Y formato CAR-F-16 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACION Y SEGUIMIENTOS A PAGARES , documento que no se encuentra descrito en el control ni en los soportes de las evidencia. REITERATIVO

3



<p>Gestión documental</p>	<p>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>	<p>Corrupción</p>	<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 Préstamo de Documentos en archivos de gestión</p>	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, el proceso adjunta los siguientes formatos actualizados y diligenciados: GD- F-01 «control consulta y préstamos de documentos de archivo» corte noviembre de 2023, el Informe líder del proceso de gestión documental y el formato «Préstamo Documentos Archivo de Gestión» GD-F-20 corte noviembre de 2023</p> <p>El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6</p> <p>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando 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>Corrupción</p>	<p>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>Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, se presentan como evidencia por parte del responsable del proceso los formatos: AHC-F-06 «REGISTRÓ RELACIÓN SOLICITUD Y RESPUESTA DERECHOS DE PETICIÓN DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN VIGENTE», formato que no se encuentra asociado al procedimiento AHC-PR-04 consulta de historias clínica, adicionalmente se observa que en los soportes de evidencia el nombre del formato AHC-F-06, no coincide con lo documentado en DARUMA</p> <p>Se recomienda ajustarlo el diseño del riesgo incluyendo por medio de que documento se verifica la solicitud y ejecuta los pasos a seguir para el préstamo y consulta de historias clínicas, en cuanto a los soportes de las evidencias y el indicador, se recomienda corregir el nombre del formato AHC-F-06, por el que se encuentra en DARUMA (REGISTRÓ RELACIÓN SOLICITUD Y RESPUESTA DERECHOS DE PETICIÓN DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN VIGENTE)</p> <p>Se evidencia que los documentos que soportan el control, NO se encuentran acorde con el diseño del control.</p>
<p>Gestión 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>Corrupción</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 resolución 173 de 2023 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28</p> <p>Según la necesidad el líder de mantenimiento basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva</p>	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso anexa como evidencia muestra de (4) soportes del «formato C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA» de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio</p> <p>El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6</p> <p>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</p> <p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso anexa como evidencia una muestra de (4) formatos C-F-31 EVALUACIÓN TECNICA DEFINITIVA</p> <p>Al verificar estos soportes se evidencia que los formatos aportados por el proceso se encuentran desactualizados respecto a lo documentado en el listado maestro de Daruma, el cual se encuentra en versión 2. REITERATIVO</p> <p>Se evidencia que el proceso aplica el control, pero no de manera adecuada, se recomienda permanentemente revisar y fortalecer el control para evitar la materialización del mismo</p>

4



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254
PROGRAMA
MADRE CANGURO

SA-CER560814

OS-CER559527

Sistemas	Posibilidad de Pérdida de recursos e imagen institucional debido a la alteración de la Información registrada en los Sistemas de información por parte de uno o más colaboradores del proceso en favorecimiento de un tercero.	Corrupción	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\Estadística s\ para revisión y uso de la información por las diferentes áreas del hospital, mediante la protección contra escritura del archivo publicado y con permisos de acceso a las áreas directamente implicadas	Con corte al tercer cuatrimestres de 2023, se evidencia reportes del Informe de 2193 de los meses septiembre, octubre y noviembre de 2023, consolidado del tercer trimestre , publicado en la ruta respectiva \\HSRTUNCLU\Estadísticas\Estadísticas\Estadísticas_2023\Decreto_2193_2023, y correos electrónicos de la gestión del reporte de novedades a las áreas respectivas y del cual se aportó informe con pantallazos que evidencian su ejecuciónEl riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6 Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
			El grupo de sistemas de información cuando se requiera asigna y define permisos a usuarios teniendo en cuenta lo establecido en el manual de Políticas de seguridad de la información S-M-02 en su apartado creación de cuenta y acceso a los sistemas de información dejando registro en el formato S-F-39 solicitud de creación de usuario. Dicho formato se anexa a la solicitud en la mesa de servicios (GLPI).	Con corte al tercer cuatrimestres de 2023, el responsable del proceso carga como evidencia formatos con CODIGO S-F-39 CON NOMBRE SOLICITUD CREACIÓN DE USUARIOS SISTEMAS DE INFORMACION versión 3 , sin embargo al consultar en el listado maestro de documentos, se evidencia que este formato fue actualizado y se encuentra en versión 4 con un nombre diferente (GESTIÓN DE ACCESO A SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y/O PLATAFORMAS INSTITUCIONALES), lo cual no concuerda con la descripción del control y los soportes de las evidencias . Adicionalmente se recomienda ajustar el control, teniendo en cuenta que no describe el cargo del servidor que lo ejecuta. REITERATIVO Los documentos que soportan la ejecución del control NO se encuentran acorde con el diseño de control, lo cual no permite verificar la efectividad del mismo. REITERATIVO
			El grupo de sistemas cuando se requiera define parámetros para restringir y controlar la asignación y uso de derechos de acceso y establecer permisos según lo establecido en el procedimiento S-PR- 12 Gestión y Administración a través de directorio activo	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, el proceso aportó la evidencia de acuerdo con lo solicitado en el control, en este sentido el proceso envía pantallazo de directorio activo de usuarios registrados, correspondiente al periodo evaluado. Se recomienda ajustar el control, teniendo en cuenta que no describe el cargo del servidor que lo ejecuta. REITERATIVO Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
QHSE	Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada al proceso	Corrupción	Según necesidad El líder del proceso 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 resolución 173 de 2023 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública. y /o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios	Para tercer cuatrimestre de 2023, los responsables de ejecutar adjuntan evidencias de C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios ejecutadas en el periodo evaluado Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
			Según la necesidad el líder del proceso basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva	Para tercer cuatrimestre de 2023, los responsables de ejecutar adjuntan evidencias de Evaluación Técnica definitiva C-F-31 y propuestas del periodo evaluado Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Gestión del Talento Humano	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 (personal de planta, CPS, empresa Temporal y Tercerizados asistenciales)	Corrupción	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. 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 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	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023 el proceso anexa como evidencia relación de personal contratado dentro del periodo en que se realiza el seguimiento como se muestra a continuación: modalidad prestación de servicios (12) personal en misión (121), respecto a personal de planta (1) SSO Además se pudo evidenciar que el profesional de nómina verificó que los funcionarios de planta contratados en el periodo, cumplan con los requisitos, mediante de verificación en el formato TH-F-45 « verificación requisitos hoja de vida y habilitación "actividad que se realizó antes de la vinculación del profesional, en cumplimiento de dispuesto en el procedimiento TH-PR-08 « Selección, ingreso y promoción de personal", Procedimiento actualizado el 28 de noviembre de 2023. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.

5



<p>Gestión del Talento Humano</p>	<p>Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada a lo relacionado con Capacitación, bienestar, uniformes y otros elementos, contratación con empresas de suministro de personal.</p>	<p>Corrupción</p>	<p>respectivas firmas. Anexo técnico de perfil Según necesidad El líder de Talento Humano 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 la resolución 173 de 2021 donde se adopta Manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos mediante el formato Están los requisitos mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública. y/o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios Según la necesidad el líder de Talento Humano basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva</p>	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2023 el proceso informa que no se presentaron estudios de conveniencia para procesos de capacitación, bienestar, dotaciones o personal a través de temporales. Para este cuatrimestre no se puede evaluar la efectividad de los controles teniendo en cuenta que no se realizaron procesos de contratación relacionado con Capacitación, bienestar, uniformes y otros elementos, contratación con empresas de suministro de personal.</p>
<p>Consulta Externa Apoyo Diagnóstico y complementación Terapéutica</p>	<p>Posibilidad de afectación del servicio por favorecimiento a terceros en la evaluación técnica final en la contratación que conlleven a investigaciones y sanciones disciplinarias</p>	<p>Corrupción</p>	<p>Según necesidad la coordinación de apoyos de servicios de salud y Laboratorio Clínico 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 resolución 173 de 2023 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública. y/o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios Según necesidad la coordinación de apoyos de servicios de salud y Laboratorio Clínico y Laboratorio Clínico, basado en los requisitos contractuales y especificaciones técnicas emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva</p>	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, coordinación de apoyos de servicios de salud anexa Listado de contratación del último cuatrimestre y muestra aleatoria de formato C-F-27, ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6 Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</p> <p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, coordinación de apoyos de servicios de salud anexa muestra aleatoria formato CC-F-31 Evaluación técnica definida Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</p>
<p>Gestión farmacéutica</p>	<p>Posibilidad de Investigaciones y sanciones disciplinarias o detrimento patrimonial debido al favorecimiento a terceros mediante la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos</p>	<p>Corrupción</p>	<p>El Coordinador Administrativo 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 mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad y formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva</p>	<p>Con corte al tercer cuatrimestres de 2023, el proceso adjunta, relación de contratos celebrados en el periodo evaluado, muestra de estudios previo de conveniencia Y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio de medicamentos y dispositivos médicos diligenciados en el formato (CÓDIGO: C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA), con sus respectivas Evaluaciones Técnicas Definitivas mediante el formato C-F-31. Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</p>
<p>Gestión Quirúrgica</p>	<p>Posibilidad de afectación del servicio, Investigaciones y sanciones disciplinarias debido al favorecimiento a terceros mediante la emisión de la evaluación técnica final en la contratación</p>	<p>Corrupción</p>	<p>Según necesidad prestación de servicios 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 resolución 173 de 2023 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública. y /o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios</p>	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso anexa como evidencia muestra de (4) C-F-27 «ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS» correspondientes al periodo evaluado (Oncología; cirugía vascular, uci adulto y neurocirugía) y del formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública.(Osteocol), lo que permite observar la adecuada aplicación del control. El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6 Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</p>

6



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254
PROGRAMA
MADRE CANGURO

SA-CER560814

OS-CER559527

			Según la necesidad la oficina de prestación de servicio, basado en los requisitos contractuales y especificaciones técnicas emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva (para entidades), TH-F-68 ENTREVISTA CONCEPTO TÉCNICO (SUPERVISOR) (CPS)	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso anexa como evidencia formatos C-F-31 EVALUACIÓN TECNICA DEFINITIVA correspondientes al periodo evaluado de (Oncología; cirugía vascular, uci adulto, neurocirugía y osteocol) no adjuntan evidencias del TH-F-68 ENTREVISTA CONCEPTO TÉCNICO SUPERVISOR) (CPS). El control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6
Gestión de Suministros y activos fijos	Posible detrimento patrimonial por uso indebido de los bienes de consumo en favorecimiento un tercero.	Corrupción	El técnico administrativo de almacén encargado del módulo de activos del sistema de información se recibe las solicitudes de los procesos por sistema, genera la salida de almacén a través del comprobante de egreso, el cual es analizado y aprobado por el coordinador de almacén, el comprobante se entrega a los técnicos encargados de llevar el suministro a cada área	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023 el técnico administrativo aporta evidencias de Solicitud de pedido de insumos de consumo realizado por SERVINTE Y comprobantes de egreso de servinte correspondientes al periodo a evaluar, debidamente firmados, la muestra avala el recibido a satisfacción en cada servicio y la verificación del coordinador de almacén en cuanto a las cantidades a utilizar en cada área.El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6. Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Gestión de Talento Humano	posibilidad de tráfico de influencias conflicto de intereses (amistad o enemistad, persona influyente) en el proceso de vinculación de personal para favorecer un tercero	Corrupción	El coordinador de talento humano aplica el instructivo TH-INS-01 instructivo conflicto de interés para la vinculación de personal previo a la contratación. A través de los formatos THF-67 Declaración De Situaciones De Conflicto De Intereses Servidor Público O Contratista, TH-F-92 Formato De Declaración De Intereses Particulares Del Personal En Misión	Para el corte al tercer cuatrimestre de 2023, el responsable del control informa que no se han presentados posibles conflictos de interés en el desarrollo de las actividades de los servidores públicos con responsabilidades de supervisión de contratos, interventoría, contratación , ordenación del gasto, pagaduría o tesorería. El riesgo está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6 Se recomienda ajustar el control teniendo en cuenta que el responsable de la ejecución no es el coordinador de talento humano REITERATIVO Para este cuatrimestre no se puede evaluar la aplicación del control
Gestión de Talento Humano	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias por autorización de retiro parcial de cesantías sin el lleno de los requisitos previstos por ley para favorecer un tercero	Corrupción	El profesional universitario de talento humano una vez se requiere el retiro de las cesantías por parte del personal, recepción la solicitud de cesantías y verifica el cumplimiento de los requisitos, realiza visita de verificación, tramita legalización de los documentos para el pago de cesantías.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso, adjunta como evidencia: Oficios solicitud de cesantías, certificado de cumplimiento de requisitos, autorización de pago de cesantías, oficio autorización de pago de cesantías, certificado de cumplimiento de requisitos, documentos de personal de planta lo cual permite observar la adecuada aplicación del control en el periodo evaluado. Se recomienda ajustar el control teniendo en cuenta que el proceso ya elaboro el procedimiento TH-PR-50 LIQUIDACION Y PAGO CESANTIA PARCIAL LEY 50 Y TH-PR-51LIQUIDACION Y PAGO CESANTIA PARCIAL RETROACTIVAS.
Sistemas	Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por uso indebido de la información para obtener un beneficio particular.	Corrupción	Los profesionales de talento humano a través de la plataforma GLPI junto con el formato S-F-39 "Gestión de acceso a sistemas de información y/o plataformas institucionales" solicitan usuario para los funcionarios una vez son contratado de acuerdo a lo descrito en el procedimiento de gestión de usuarios para el acceso a sistemas de información y/o plataformas institucionales en donde se definen los lineamientos para la gestión de usuarios que acceden a los sistemas de información y/o plataformas institucionales del hospital. El líder de sistemas revisa los movimientos realizados en la historia clínica en el log de auditorías en SERVINTE cada que se reciben solicitudes específicas por alguna investigación o caso especial por correo electrónico, en donde se puede evidenciar la trazabilidad de los usuarios que ingresaron y lo que realizaron.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, el responsable del control carga como evidencia formatos con CODIGO S-F-39 CON NOMBRE SOLICITUD CREACIÓN DE USUARIOS SISTEMAS DE INFORMACION versión 3, sin embargo al consultar en el listado maestro de documentos, se evidencia que este formato fue actualizado y se encuentra en versión 4 con un nombre diferente (GESTIÓN DE ACCESO A SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y/O PLATAFORMAS INSTITUCIONALES), lo cual no concuerda con la descripción del control y los soportes de las evidencias . Los documentos que soportan la ejecución del control NO se encuentran acorde con el diseño de control, lo cual no permite verificar la efectividad del mismo. REITERATIVO Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, el proceso adjunto evidencia, pantallazos de log de auditoría (2) Se recomienda actualizar el control, teniendo en cuenta que no describe el procedimiento dentro del cual se desarrollan las actividades de control. REITERATIVO

7



Sistemas	Posibilidad de Investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias y detrimiento patrimonial por ataques cibernéticos que modifiquen la información guardada para obtener un beneficio particular.	Opacidad	El profesional universitario de Gestión de sistemas de información y comunicaciones mantiene vigente y realiza supervisión mensual de los contratos de mantenimiento de los sistemas de información de manera continua con el fin de garantizar la seguridad informática de cada uno de los sistemas de información. 1. Servinte clínica suite. 2. Daruma salud. 3. Orfeo. 4. Enterprise Imaging. 6. SICOF RP 7. Comprolab 8. Corum	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, el proceso adjunto evidencia de los contratos e informes de supervisión del periodo evaluado, lo cual permite verificar la adecuada aplicación del control. El riesgo está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6 Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Gestión de investigación e innovación	Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por concentración de poder que puede generar prácticas no éticas o de conflictos de interés en investigaciones desarrolladas en el HUSRT para beneficio de un tercero	Opacidad	El comité de investigación y bioética en investigación realizan la aprobación y seguimiento de las investigaciones de la ESE HUSRT. A través de los siguientes formatos: Actas de comité de investigación y bioética GAC-F-04 Consentimiento informado comité de bioética GAC-F-05 Carta de compromiso del comité de bioética e investigación GAC-F- 6 formato de evaluación y seguimiento de evaluaciones. GAC-F -14 Resumen de investigación	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023 , el responsable de la ejecución del control adjunta soportes de: Actas de comité de investigación y bioética de los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre reuniones en las cuales no hubo quorum Formatos GAC-F-04 Consentimiento informado comité de bioética, GAC-F-05 Carta de compromiso del comité de bioética e investigación, GAC-F- 6 formato de evaluación y seguimiento de evaluaciones, GAC-F -14 Resumen de investigación, diligenciados en versiones no vigentes en daruma Se recomienda ajustar el control teniendo en cuenta que no describe cada cuanto se realiza el control Los documentos que soportan la ejecución del control NO se encuentran acorde con el diseño de control, lo cual no permite verificar la efectividad del mismo. REITERATIVO
Gestión Financiera	Posibilidad de Investigaciones, sanciones administrativas y disciplinarias por presentar información contable y financiera no fidedigna por falencia en la calidad de información y para beneficiar un tercero	Opacidad	La contadora del HUSRT mensualmente valida la generación de interfaces del sistema de información SERVINTE de los procesos responsables teniendo en cuenta lo descrito en la resolución 048 de 2021 que los registros sean individuales y que se encuentren soportados en un documento fuente	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, La contadora del HUSRT adjunta como evidencia Interfaces de los procesos, pantallazos de la publicación mensual de los estados financieros, meses septiembre, octubre y noviembre de 2023. en el espacio web del hospital, se aclara que las evidencias de Interfaces de los procesos fueron adjuntadas posterior al monitoreo se la segunda línea. Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo
Gestión farmacéutica	Posibilidad de Investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias y afectación económica por hurto o pérdida de medicamentos y dispositivos médicos con alto valor comercial en el servicio farmacéutico derivados de falta de principios y valores institucionales del personal del servicio farmacéutico.	Fraude	Los regentes y tecnólogos administrativos cotejan los inventarios aleatorios mensualmente a través del formato SF-F-58 "Control de inventarios y fechas de vencimiento" con el fin de garantizar que las existencias físicas sean concordantes con el saldo reportado por el sistema (SERVINTE)	Con corte al tercer cuatrimestres de 2023, el proceso adjunta, formatos SF-F-58 "Control de inventarios y fechas de vencimiento diligenciados del periodo evaluado, lo cual permite evidenciar que los regentes y tecnólogos administrativos realizan los inventarios aleatorios según lo describe el control, lo cual permite evidenciar la adecuada aplicación del control Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Gestión farmacéutica	Posibilidad de Investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias y afectación económica por hurto o pérdida de medicamentos y dispositivos médicos de los carro de paro derivados de falta de principios y valores institucionales del personal responsable	Fraude	La enfermera jefa durante la primera semana de cada mes verifica el estado actual de los medicamentos, dispositivos médicos (fecha de vencimiento, lote, y cantidad), la cual queda registrada en el formato SF-F-36 Y SF-F-38, teniendo en cuenta el procedimiento SF-PR-61 Custodia, verificación, uso y reposición del carro de paro y reservas autorizadas con el fin de verificar el estado actual y uso de los medicamentos y dispositivos médicos.	Con corte al tercer cuatrimestres de 2023, el proceso adjunta soportes de formato SF-F-59 AUDITORIA CARRO DE PAROS, y formato SF-F-31 CONTROL DE FACTORES AMBIENTALES ,Formato SF-F-36 Inventario de carro de paro correspondientes al periodo evaluado. No adjuntan soportes del formato SF-F-38 Listado de reserva autorizada de medicamentos y dispositivos médicos para servicios Se recomienda ajustar el control, de acuerdo a la aplicación del mismo, teniendo en cuenta que los documentos que soportan la ejecución del control NO se encuentran acorde con el diseño de control. REITERATIVO

8



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254
PROGRAMA
MADRE CANGURO

SA-CER560814

OS-CER559527

Gestión tecnológica	Posible afectación del servicio, Investigaciones y sanciones disciplinarias por uso indebido y/o pérdida de equipos biomédicos por intereses personales	Fraude	El técnico biomédico identifica el daño del equipo biomédico por mala manipulación a través de las rondas diarias registradas en el formato IB-F-05 "Reporte diario de fallas de equipos biomédicos" y por los llamados de las áreas a través del aplicativo HRCATCH, al identificar el daño del equipo biomédico por mala manipulación solicitan al servicio responsable el diligenciamiento del formato F-54 "Reporte de daño de dotación hospitalaria, se diagnostica el equipo, se registra el reporte de mantenimiento correspondiente en el formato IB-F-24 , se programa la capacitación en el servicio y se deja registro en el formato TH-F-15 , con el fin de evitar la ocurrencia del evento.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023,El técnico biomédico adjunta las siguientes soportes correspondientes al periodo evaluado: formato IB-F-05 "Reporte diario de fallas de equipos biomédicos", llamados de las áreas a través del aplicativo HRCATCH, IB-F-24 Reporte De Mantenimiento Digital Hrcatch, formato IB-F-54 "Reporte de daño de dotación hospitalaria, Formato TH-F-15 Asistencia de colaboradores a eventos de capacitación, lo que permite evidenciar la adecuada aplicación del control. Se observa cumplimiento al plan de acción, respecto a la documentación del procedimiento "daño equipo biomédico por mala manipulación", documento que se encuentra cargado en DARUMA el 21/04/2023. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Gestión de contratación	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias, penales y fiscales en la etapa de selección por recibir dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros para emitir resultados distintos a la realidad, en contratos de convocatoria pública y requerimientos. Posibilidad de investigaciones de carácter penal en la etapa de ejecución por recibir dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros en la aceptación de bienes y/o servicios que no cumplan con las condiciones técnicas exigidas y/o las actividades del objeto contractual.	Soborno	El coordinador de contratación, con los intervinientes realizan las evaluaciones (jurídica, técnica) cuando se trate de convocatorias públicas dando aplicabilidad a la resolución 173 de 2023 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019, según cada modalidad de selección contractual, frente a los requisitos allí señalados para la selección de contratistas., evaluación consignada en el formato CF-30 JURIDICA, CF-31 TECNICA. La secretaría técnica del comité de contratación según necesidad para el caso de convocatoria pública documenta a través de actas, el estudio del proceso y la selección del contratista.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, El coordinador de contratación, adjunta los siguientes soportes correspondientes al periodo evaluado: Listado de contratos de convocatoria pública y requerimientos, publicados en SECOF y pagina WEB, evaluación de los contratistas, Formato C-F-30 JURIDICA y C-F-31 TECNICA, pantallazos de las publicaciones en página web y Secop de 4 convocatorias públicas y 13 requerimientos, lo que permite evidenciar la correcta aplicación del control. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo. Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, La secretaría técnica del comité de contratación, adjunta soportes de actas de Comité de contratación realizadas en el periodo, sin embargo, se evidencian debilidades en el diligenciamiento de las actas ya que la mayoría de ellas no cuenta con fechas, hora, lugar y sin las firmas de secretaría técnica y el presidente del comité. REITERATIVO, a su vez se evidencia soportes de formato OADS-F-04 ACTA DE COMITE, desactualizado, teniendo en cuenta que la última actualización fue el 29 de agosto de 2023 lo cual se puede observar en el anexo1 Se evidencia que el proceso aplica el control, pero no de manera adecuada, se recomienda permanentemente revisar y fortalecer el control para evitar la materialización del mismo. Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, los responsables del control adjuntan las siguientes evidencias: Listado de contratos, muestras de informe de supervisión código CF-04, del periodo evaluado, documento que permite certificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Cartera	Posibilidad de Investigaciones y sanciones disciplinarias y económicas por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para agilizar o demorar el pago.	Soborno	El supervisor que sea designado según la necesidad de los contratos aplica el formato C-F-04 informe de supervisión, donde certifica el cumplimiento de las obligaciones contractuales.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, se cuenta con plan de acción con la siguiente actividad " Documentar procedimiento central de cuenta asociadas actividades relacionadas para la recepción, revisión, verificación y control de todas las cuentas por pagar de la entidad" con fecha de cumplimiento marzo de 2024, por tal razón no se puede evaluar aplicación, ni efectividad del control.
Cartera	Posibilidad de Investigaciones y sanciones disciplinarias y económicas por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para efectuar un doble pago al mismo	Soborno		Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, se cuenta con plan de acción con la siguiente actividad " Documentar procedimiento central de cuenta asociadas actividades relacionadas para la recepción, revisión, verificación y control de todas las cuentas por pagar de la entidad" con fecha de cumplimiento marzo de 2024, por tal razón no se puede evaluar aplicación, ni efectividad del control.

9



	contratista.			
Auditoria Cuentas Médicas	Posibilidad de Pérdida Recursos económicos de la Entidad y/o Investigaciones y sanciones disciplinarias por recibir dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros por aceptación de Glosas a favor de las entidades Responsables de Pago	Soborno	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 con las cuales existen glosas reiteradas según lo establecido en el procedimiento AM-PR-03 Acta de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones, medido a través del indicador 546 Aceptación de glosa de la vigencia con una meta establecida <=4% sobre la facturación neta de la vigencia.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, los responsables del control adjuntan las siguientes evidencias: formato AM-F-02 acta de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones, Informe tercer trimestre de análisis de aceptación de glosa. Del periodo evaluado. En el indicador 546 de aceptación de glosa suministrado, se observa que se cumple con la meta establecida <=4% sobre la facturación neta de la vigencia, en los meses de septiembre, octubre y noviembre. El indicador es efectivo y soporta el control diseñado para este riesgo. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Cartera	Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de cartera pueden recibir dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago.	Soborno	El técnico de cartera mensualmente realiza la gestión para los cobros persuasivos registrándolo en el formato CAR-F-14 "Matriz general de cartera por entidad" de acuerdo al procedimiento del CAR-PR-12, trimestralmente se dejan los saldos globales en comité de cartera.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, El técnico de cartera, adjunta los siguientes soportes: Formato CAR-F-14 Matriz general de cartera por entidad, Acta de comité de cartera, correspondientes al periodo evaluado, lo cual permite evidenciar que mensualmente se realiza la gestión para los cobros persuasivos Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Cartera	Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de cartera puedan ser objeto de conclusión en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago	Soborno	El técnico de cartera mensualmente realiza cobro de pagares aplicando el formato CAR-F-16 " lista de chequeo verificación y seguimiento a pagares" teniendo en cuenta el procedimiento del CAR-PR-12 el cual indica que mensualmente se socializa en comité de cartera.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, el técnico de cartera adjunta los siguientes soportes: formatos CAR-F-16 " lista de chequeo verificación y seguimiento a pagares". Acta de comité mensual de cartera, correspondientes al periodo evaluado. Sin embargo, al comparar el formato CAR-F-16, con el documentado en DARUMA, se observa que es modificado en varias columnas. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo, se recomienda ajustar el formato utilizado de acuerdo a su aplicación.
Sistema de información y Atención del usuario	Posibilidad de Investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias por recibir cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros por omitir la gestión de PQR y reclamos realizados por alguna parte interesada	Soborno	El coordinador y el técnico de SIAU una vez se reciben la manifestaciones realiza la clasificación, consolidación de la información en los formatos SIAU-F-13 MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMOS y SIAU- F-18 "MATRIZ DE CONSOLIDACION DE SUGERENCIAS POR SERVICIO Y POR FACTOR DE CALIDAD", la incluye en informe mensual que se presenta a gerencia y tramitan cumpliendo con los tiempos de respuesta señalados en la Resolución 194 de 2018 vigente, de acuerdo a lo descrito en el procedimiento SIAU-PR-02 Tramite y respuesta a manifestaciones de inconformidad. El informe es publicado en la página web del hospital en el link de atención y servicios a la ciudadanía petición quejas y reclamos " informe".	Con corte al tercer cuatrimestres de 2023, los responsables del control adjunta los siguientes soportes como evidencia de la aplicación del control: Formatos SIAU-F-13 MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMOS, SIAU- F-18 "MATRIZ DE CONSOLIDACION DE SUGERENCIAS POR SERVICIO Y POR FACTOR DE CALIDAD" formato utilizado en versión diferente a la documentada en DARUMA el cual está en versión 3. Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, se recomienda permanentemente revisar y fortalecer los documentos utilizados en la aplicación del control.
Gestión Comercial	Posibilidad de recibir cualquier dádiva o beneficio para celebrar acuerdos de voluntades con determinadas personas jurídicas sin que cumpla con los requisitos mínimos para su selección ley 1438 de 2011 y decreto 441 de 2022.	Soborno	El coordinador y profesional de apoyo de la oficina comercial, verifican que se den cumplimiento de los requisitos de la normatividad vigente ley 1438 de 2011 y decreto 441 de 2022, sus anexos técnicos en el momento de suscribir el acuerdo de voluntades.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2023, el coordinador y profesional de apoyo de la oficina comercial, no adjunta soportes de la aplicación del control teniendo en cuenta que no se realizaron acuerdos de voluntades Riesgo y control diseñado de acuerdo a la Guía de gestión de riesgos. versión 6

Fuente: Mapa de riesgos de corrupción, fraude y opacidad



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254
PROGRAMA
MADRE CANGURO

SA-CER560814

OS-CER559527

Como resultado de la evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos de Corrupción-fraude y opacidad, se presentan observaciones y recomendaciones de mejora sobre la identificación de riesgos de esta tipología, así como para la definición y aplicación de controles, que permitan mitigar o reducir los riesgos de corrupción, opacidad y fraude como aporte en el fortalecimiento de la administración de riesgos del HUSRT, las cuales se pueden consultar en el **Archivo que se anexa a este informe.**

Las observaciones generadas para los controles de los riesgos, se realizan teniendo en cuenta lo establecido para el diseño de controles, el control debe contener en su redacción un responsable, una acción y complemento claro, que, de acuerdo con lo señalado por la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6 del DAFP, se refiere a:

Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad

La acción, se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control”.

El complemento, corresponde a los detalles que permiten identificar claramente divulgar el objeto del control”.

Teniendo en cuenta la anterior la tercera línea de defensa (Oficina de control Interno) evaluó de manera independiente y objetiva los controles de la segunda línea con el fin de asegurar que estos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, por tal razón de acuerdo a la evaluación realizada por esta oficina, se replantea la calificación final de los controles realizada en el Monitoreo de la segunda línea de defensa en la cual se evidenciaron debilidades en el diseño y ejecución de los controles, arrojando el siguiente resultado:

CALIFICACION FINAL DEL CONTROL	No. Controles	Porcentaje (%)
FUERTE El control se ejecuta de manera consistente por parte del responsable	37	74%
MODERADO El control se ejecuta algunas veces por parte del responsable	12	24%
DEBIL El control no se ejecuta por parte del responsable	1	2%

Fuente. Seguimiento tercero línea



Como se puede observar en la tabla de los 50 controles evaluados y verificados se observó que un 74% están clasificados como Fuertes, lo que indica que se han desarrollado de la forma en que se formularon, por quien se delegó como responsable y con las evidencias mencionadas en la matriz de riesgos; un 24% están clasificados como moderados lo que indica en la mayoría de veces que los documentos que soportan el control NO se encuentran acorde con el diseño del mismo, no aportan las evidencias o aportan las evidencias en formatos y un 2% de los mismos se evaluó como débil es decir que este último no garantizan el desplazamiento de la calificación del riesgo inherente a riesgo residual.

Grafica 5. calificación de controles



Fuente. Seguimiento tercero línea

A continuación, se muestran los subprocesos más críticos según la calificación realizada por la tercera línea

Tabla No 7 calificaciones controles

No RIESGO	PROCESOS	CALIFICACION DISEÑO DE CONTROL
26	GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	DEBIL
5,6,9,10,11,12,13,23,24,30,36	GESTION DE CONTRATACIÓN, GESTION FINANCIERA (TESORERIA), GESTION ADMINISTRATIVA (CARTERA), GESTION DOCUMENTAL, GESTION JURIDICA, GESTION DE MANTENIMIENTO, GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES	MODERADO

Fuente. Informe seguimiento tercera línea

Para los controles que no fueron catalogados como fuertes es necesario que se analice el anexo del presente informe y se tomen las acciones que permitan evaluar en que aspectos deben

fortalecerse las acciones de control y si es necesario realizar nuevamente la valoración del riesgo residual.

SEGUIMIENTOS PLANES DE ACCION ASOCIADOS A LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN VIGENCIA2023

La Oficina de Control Interno procedió realizó seguimiento al cumplimiento de las acciones propuestas en los planes de acción asociadas a los 38 riesgos de corrupción con corte al 31 de diciembre del 2023. Así mismo, realizó la verificación a través de la información suministrada por los procesos responsables de su ejecución, como resultado de este seguimiento se evidenció que los siguientes subprocesos no dieron cumplimiento a lo proyectado en el plan de acción.

23

Subproceso	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Indicador Producto	ESTADO
Tesorería	Realizar seguimiento a la antigüedad de cuentas por pagar según lo definido en Procedimiento AF-PR-36 Liquidación y giro de cuentas	Tesorero	Enero a diciembre de 2023	Cuatrimstral	Informe seguimiento de cuentas por pagar.	NO APORTO EVIDENCIAS EJECUCIÓN DE CONTROL
Gestión de Suministros y activos fijos	Documentar procedimiento entrega de insumo y suministros	Coordinador de Almacén	Junio de 2023	Cuatrimstral	Procedimiento actualizado	NO DIO CUMPLIMIENTO
Gestión de Talento Humano	Realizar cronograma de plan de acción de la política de conflicto de interés. Actualización del instructivo conflicto de interés.	Coordinador de Gestión de Talento Humano	Abril a mayo 2023	Cuatrimstral	Actividades ejecutadas / actividades planeadas.	NO DIO CUMPLIMIENTO

Fuente: Matriz de riesgos de Corrupción, opacidad y fraude versión 6



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



CONCLUSIONES

En concordancia a las actividades de seguimiento y evaluación ejecutadas por la Oficina de Control Interno en el marco del seguimiento al Mapa de Riesgo de Corrupción, opacidad, fraude y soborno correspondiente al tercer cuatrimestre del año 2023, se generan las siguientes conclusiones:

- Para el cuatrimestre septiembre– diciembre de la vigencia 2023, el Mapa de Riesgo de Corrupción, opacidad y fraude presentó una modificación consistente en la inclusión de riesgos de soborno, generando con corte a 31 de diciembre de 2023, una nueva actualización
- El mapa de riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno al corte del 31 de diciembre de 2023 está conformado por Treinta y ocho (38) riesgos, 23 del tipo corrupción, 3 de opacidad, 3 de fraude y 9 de soborno, los cuales tienen definidos un total de cincuenta (50) controles; tanto los riesgos como sus controles, de acuerdo con el reporte realizado en el formato o OADS-F-41 MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF), fueron monitoreados por la primera y segunda línea de defensa, a excepción de uno asociado al subproceso de tesorería al cual no se le realizó seguimiento porque no aportó evidencias de la aplicación del control.
- De acuerdo con la información que reportó la primera línea de defensa en la matriz de riesgos de corrupción con corte al 31 de diciembre de 2023, monitoreo realizado por la segunda línea y el seguimiento realizado por la tercera línea, se concluyó que, para el último cuatrimestre del año, no se presentó materialización de riesgos de corrupción.
- Se evidenció que el seguimiento por parte de la primera línea de defensa de los procesos, lo realizan 26 procesos de los 27 que tiene identificados riesgos de Corrupción, opacidad y fraude, lo cual permite observar una mayor adherencia al autocontrol por parte de la primera línea de defensa, respecto a lo identificado en los anteriores cuatrimestres del 2023.



RECOMENDACIONES

- Se evidenció que los soportes adjuntados por algunos procesos no son suficientes para verificar la aplicación del control o aportan soportes que no se encuentran acorde al diseño de control y en la mayoría de ocasiones utilizan documentos desactualizados y no están acorde a lo documentado en DARUMA, por tal razón se recomienda a la primera y segunda línea de defensa realizar un monitoreo adecuado y dar cumplimiento a las responsabilidades establecidas en la Política de Gestión de riesgos Integral.
- Se reitera la observación, realizada en los informes de los cuatrimestres respecto a “Se recomienda al líder del proceso de contratación actualizar los formatos C-F-27 Y C-F-28 Estudios de conveniencia de prestación de servicios y ECO Requerimientos, subasta inversa o convocatoria pública, respectivamente ya que al consultarlos en DARUMA, se observa que en la parte de la firma de gerente aparece el nombre del anterior ordenador del gasto
- Teniendo en cuenta que algunos controles, no cumplen con el diseño y estructura de acuerdo a lo establecido en **Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” Versión 6**, es necesario que los subprocesos soliciten acompañamiento de la segunda línea de defensa para mejorar en la implementación de la metodología adoptada por la entidad.
- Se recomienda a la Segunda línea de defensa (Gestión del riesgo), actualizar el formato OADS-F-14, teniendo en cuenta que debe cambiar de versión, nombre y fecha de acuerdo a los cambios realizados en el último cuatrimestre y para los casos de los riesgos 32 y 33 ajustar el subproceso responsable.
- Se recomienda a los procesos que adjuntan evidencias relacionadas con soportes de actas de reunión de Comités institucionales como: Comité de contratación, Comité de cartera, Comité de investigación y Bioética, dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 371 del 2023 “Control y monitoreo del trabajo en equipo MACROCOMITE”.
- Se recomienda a los líderes de proceso recordar que la utilización de documentos y formatos no vigentes ocasionado una no conformidad dentro del sistema de Gestión de Calidad, y un reproceso en el desarrollo de las diferentes actividades de los servicios.



- Se recomienda a la segunda línea de defensa (Gestión del riesgo), tener en cuenta las observaciones y recomendaciones, identificadas en los seguimientos realizados a la efectividad de los controles por parte de la tercera línea, garantizando que los controles sean eficaces y eficientes tanto en el diseño como en la operación”.
- Se recomienda al proceso Gestión documental actualizar el procedimiento AHC-PR-04 CONSULTA DE HISTORIA CLINICA, teniendo en cuenta que dentro del control no se observa el soporte de la evidencia aportada AHC-F-06 REGISTRÓ RELACIÓN SOLICITUD Y RESPUESTA DERECHOS DE PETICIÓN DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN VIGENTE
- Se recomienda al proceso Gestión Jurídica, actualizar el procedimiento OAJ-PR-05 PROCESOS ADMINISTRATIVOS, teniendo en cuenta no se encuentra articulado el formato OAJ-F-18 Matriz General de procesos, documento que permite evidenciar la aplicación del control.
- En algunos procesos se formularon planes de acción de acuerdo a lo descrito en la MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF) OADS-F-41, sin embargo, en el seguimiento realizado no se pudo evidenciar el monitoreo, ni trazabilidad de dichos planes.

Dado lo anterior, y basados en el rol de enfoque a la prevención, la Oficina de Control Interno de Gestión debe asegurar que los controles sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, por lo que se sugiere a la segunda línea, realizar mesas de trabajo con los procesos que a la fecha presentan debilidades en la gestión de riesgos, buscando mecanismos que faciliten el cumplimiento, y de esta forma evitar la materialización de riesgos por falta de gestión en sus controles.

Hace parte integral de este informe, **Anexo 1: Matriz de seguimiento Evaluación del Mapa de riesgos – tercer cuatrimestre de 2023**, documento en donde se registran las observaciones y recomendaciones para cada uno de los riesgos y sus controles. Algunas de las observaciones se encuentran en el presente informe porque se consideraron relevantes, pero la mayoría se deben consultar en la respectiva matriz.

ORIGINAL FIRMADO

DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ

Asesora de Control interno

ESE Hospital San Rafael de Tunja

Proyecto: Claudia Stella Sáenz Jiménez
Profesional Especializado OACI



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

