

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

**INFORME**

**SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y  
SOBORNO (SICOFS) SEGUNDO CUATRIMESTRE 2024**

**OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

**Tunja, septiembre de 2024**

## INFORME SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD FRAUDE Y SOBORNO SEGUNDO CUATRIMESTRE 2024

### GENERALIDADES

Con fundamento en lo establecido en el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, el Artículo 2 de la Ley 87 de 1993 y el Título 4º “Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano” del Decreto 1081 de 2015, que enuncia en su Artículo 2.1.4.6: “*Mecanismos de seguimiento al cumplimiento y monitoreo. El mecanismo de seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas de los mencionados documentos estará a cargo de las oficinas de control interno, para lo cual se publicará en la página web de la respectiva entidad, las actividades realizadas, de acuerdo con los parámetros establecidos...*”.

La Oficina de Control Interno, La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, realizó mediante el presente seguimiento la actividad: “*Realizar Seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción*” con corte a 30 de agosto de 2024, la cual hace parte del “*Componente 1: Gestión del riesgo de corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción*” del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) del Hospital; la actividad fue programada para ser realizada en los primeros diez (10) días hábiles de cada cuatrimestre; es así como se realizó el presente seguimiento del mapa de riesgos de corrupción, opacidad fraude y soborno de la entidad.

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, – segundo cuatrimestre de 2024, tomando como referente los parámetros normativos y metodológicos vigentes a la fecha:

- 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
- 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.
- 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
- formato OADS-F-41 Matiz de monitoreo
- Acuerdo 007 de 2024 “Por medio del cual se actualiza 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

## 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 establecidos en el Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02 y 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

Con el presente informe se realiza el seguimiento al mapa de riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno para el periodo comprendido entre el 1 de mayo y 30 de agosto de 2024, con el fin de dar cumplimiento a la actividad incluida dentro del primer componente del plan anticorrupción y de atención al ciudadano "Gestión del Riesgo de Corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción" establecida para esa vigencia.

## METODOLOGÍA:

Para realizar el presente seguimiento a la gestión del riesgo de Corrupción, opacidad, fraude y soborno, 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

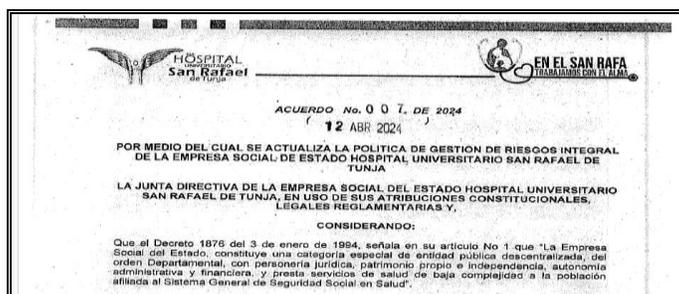
Para esta evaluación y seguimiento la Coordinadora Gestión de riesgo integral dispuso un Link para el cargue y consolidación de los informes y las evidencias que soportan los avances en la gestión del riesgo en cada una de los procesos, información compartida a esta Oficina y que junto con el Informe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

## 1. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

### 1.1 LINEAMIENTOS FRENTE A LA GESTIÓN DEL RIESGO- POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Mediante el Comité de gestión del riesgo integral realizado el 21 de marzo de 2024, se socializó los ajustes realizados a la Política de Gestión del riesgo integral, la cual fue aprobada en este comité, para su posterior presentación y aprobación por parte de la junta directiva.

Mediante el acuerdo 007 de 2024, se actualiza la Política de gestión de riesgo integral de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, como se evidencia en la siguiente imagen:



Fuente: Pantallazo Acuerdo 007 de 2024

Dentro de la política se establecen roles y responsabilidades frente a las acciones de administración del riesgo enfocados en las líneas de defensa; se establecen niveles de aceptación de riesgo, la metodología y criterios para medir la probabilidad e impacto, el cual incluye los criterios establecidos para los riesgos de corrupción. El establecimiento de Estrategias para combatir el riesgo se define lineamientos relacionados con la periodicidad de actualización y seguimiento del riesgo, la priorización del análisis para los riesgos residuales que son calificados en alto y extremo; y la actualización mediante recomendaciones o sugerencias pertinentes.

## 1.2 PUBLICACIÓN DEL MAPA DE RIESGO CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO

El día 04 de septiembre 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, FRAUDE Y SOBORNO (SICOFS), fue publicado el 31 de julio de 2024



La ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja publica mapas de riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF)

**Adjuntos:**

Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOFS)	Descripción	Ver archivo	Tamaño	Fecha
	Actualización versión del formato, ajustes códigos de los formatos e inclusión de riesgo (TH-FC-05) del proceso de gestión de talento humano, y actualización del procedimiento del riesgo GD-FC-01 de gestión documental.	 Ver archivo	169748 KB	Creado el 31 de julio de 2024 Última actualización 31 de julio de 2024
	Vigencia 2024	 Ver archivo	287881 KB	Creado el 4 de abril de 2024 Última actualización 4 de abril de 2024

Fuente: Pantallazo Publicación página web 04/09/2024

### 1.3 EVALUACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y VALORACIÓN

Gestión del riesgo acompañó y asesoró cada uno de los procesos en la elaboración de los mapas de riesgos, mediante la metodología establecida a través de la política de riesgos, se identificaron 39 riesgos, 1 más que en el periodo anterior, en el proceso de talento humano asociado a "Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias por celebrar contrato sin la verificación de títulos académicos del personal asistencial en misión, CPS, administrativos y de planta de la institución". En la siguiente tabla se describe los riesgos y controles identificados por proceso.

**Tabla 1. Numero de riesgos y controles**

MACRO PROCESOS	PROCESOS	RIESGOS	CONTROLES
<b>PROCESO ESTRATÉGICOS</b>	GESTIÓN QHSE	1	2
	GESTIÓN TALENTO HUMANO	5	5
	GESTIÓN DE INNOVACIÓN E INNOVACIÓN	1	1
<b>PROCESO DE APOYO</b>	GESTIÓN SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	2	2
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	7	7
	GESTIÓN FINANCIERA	4	2
	GESTIÓN TECNOLÓGICA	2	5
	GESTIÓN JURÍDICA	1	1
	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	4	6
	GESTIÓN DE MANTENIMIENTO	1	2
	GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	3	5
	GESTIÓN DOCUMENTAL	1	2
	<b>PROCESOS MISIONALES</b>	GESTIÓN FARMACÉUTICA	3
GESTIÓN QUIRÚRGICA		1	2
SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO		1	1
APOYO SERVICIOS DE SALUD		1	2
<b>EVALUACIÓN</b>	CONTROL INTERNO	1	2
<b>TOTAL</b>		39	51

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

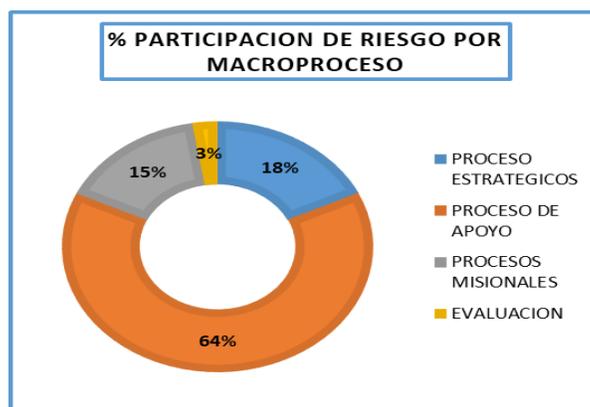
En la actualidad contamos con un total de treinta y nueve (39) riesgos y cincuenta (51) controles, distribuidos en 17 procesos con una participación por macro proceso así: Estratégicos 7 riesgos, misionales con 6 riesgos, Apoyo con 25 riesgos y evaluación con un 1 riesgo, participación que se puede observar en la siguiente tabla y gráfica.

**Tabla 2. Porcentaje participación por macro proceso**

MACRO PROCESO	RIESGOS CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO	% PARTICIPACIÓN
PROCESO ESTRATÉGICOS	7	18%
PROCESO DE APOYO	25	64%
PROCESOS MISIONALES	6	15%
EVALUACIÓN	1	3%
TOTAL	39	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

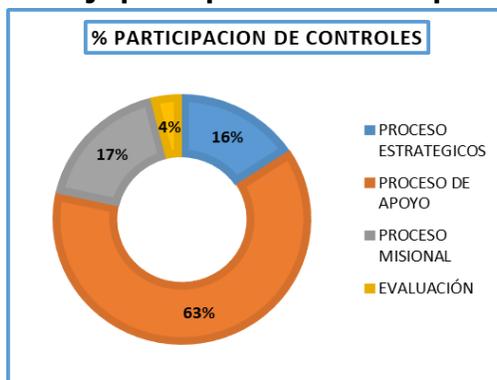
A continuación, se presenta la cantidad de controles asociados a los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno vigencia 2024, los cuales cuentan con un total de 51 controles distribuidos de la siguiente manera:

**Tabla 3. Porcentaje participación de los controles**

MACRO PROCESO	No CONTROLES	% PARTICIPACIÓN
PROCESO ESTRATÉGICOS	8	15%
PROCESO DE APOYO	32	63%
PROCESO MISIONAL	9	18%
EVALUACIÓN	2	4%
TOTAL	51	100%

Fuente: Matriz de riesgos de Corrupción, opacidad y fraude

**Grafica 2. Porcentaje participación controles por macro proceso**



Fuente: Matriz de riesgos de Corrupción, opacidad y fraude

El mapa de riesgo SICOFIS se encuentra debidamente actualizado desplegando en un total 39 riesgos, los cuales se encuentran clasificados por tipo de riesgo de la siguiente manera: 23 corresponden a corrupción, 3 fraude, 4 opacidad y 9 de soborno, se cuenta con 51 controles y 3 de los riesgos sin control dado que se encuentra en zona de riesgo inherente.

**Tabla 4. Clasificación por tipo de riesgos**

CLASIFICACIÓN POR TIPO DE RIESGO	TOTAL
CORRUPCIÓN	23
FRAUDE	3
OPACIDAD	4
SOBORNO	9

Fuente: Matriz de riesgos de Corrupción, opacidad y fraude

**Grafica 3. Porcentaje participación controles por macro proceso**



Fuente: Matriz de riesgos de Corrupción, opacidad y fraude

Como 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:

QHSE-RC-01	Moderado	Moderado
TH-RC-01	Alto	Moderado
TH-RC-02	Moderado	Moderado
TH-RC-03	Alto	Moderado
TH-RC-04	Moderado	Moderado
TH-RC-05	Alto	
GAC-RO-01	Moderado	Moderado
SIAU-RS-01	Alto	Moderado
ASS-RC-01	Alto	Moderado
GQR-RC-01	Alto	Moderado
SF-RC-01	Alto	Moderado
SF-RF-01	Alto	Moderado
SF-RF-02	Alto	Moderado
OAJ-RC-01	Moderado	Moderado
AF-RC-01	Extremo	Alto
AF-RO-01	Alto	Moderado
AF-RS-01	Moderado	
AF-RS-02	Alto	
A-RC-01	Alto	Moderado
A-RC-02	Alto	Moderado
C-RC-01	Alto	Moderado
C-RC-02	Alto	Moderado
C-RS-01	Alto	Moderado
C-RS-02	Alto	Moderado
GD-RC-01	Alto	Moderado
GSIC-RC-01	Moderado	Bajo
GSIC-RC-02	Alto	Moderado
GSIC-RO-01	Alto	Moderado
IB-RC-01	Moderado	Bajo
IB-RF-01	Alto	Moderado
MAN-RC-01	Moderado	Moderado
GAD-RC-01	Extremo	Alto
GAD-RC-02	Extremo	Alto
GAD-RC-03	Alto	Moderado
GAD-RS-01	Alto	Alto
GAD-RS-02	Alto	Moderado
GAD-RS-03	Alto	Moderado
GAD-RS-04	Alto	Moderado
OACI-RC-01	Moderado	Moderado

Fuente: Matriz de riesgos de Corrupción, opacidad y fraude

**Tabla No 5 zona de riesgo inherente/residual**

DESCRIPCION	ZONA DE RIESGO INHERENTE				
	EXTREMA	ALTA	MODERADA	BAJA	TOTAL
RIESGOS CORRUPCION, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO	3	26	10	0	39
	ZONA DE RIESGO RESIDUAL				
	0	4	30	2	36

Fuente: Matriz de riesgos de Corrupción, opacidad y fraude

De los 39 riesgos SICOFS identificados, en zona inherente se encontraban tres (3) riesgos se encuentran ubicados en zona extrema, veintiséis (26) en zona Alta, diez (10) en zona moderada y Mediante el establecimiento y valoración de controles, se logró una disminución en riesgo Extremo y Alto lo cual se logró llevar a riesgos de nivel moderado bajo

#### 1.4 SEGUIMIENTO EFECTUADO POR LA PARTE DE LA PRIMERA 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.

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 3, con última fecha de actualización 19 de julio de 2024.

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 que todos los sub procesos adjuntaron el formato establecido debidamente diligenciado.

#### 1.5 SEGUIMIENTO EFECTUADO POR LA SEGUNDA LINEA- GEESTIÓN DEL RIESGO

Gestión de riesgo desde el rol de la Segunda Línea de Defensa realizó informe "Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno segundo cuatrimestre 2024." el cual fue radicado en la oficina de control interno 05 de septiembre de 2024, "cuyo objetivo fue: Realizar seguimiento y monitoreo a los riesgos y verificación de los controles propuestos en el mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno SICOFS de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael Tunja.

En cumplimiento de lo establecido en la Política integral de gestión del riesgo la segunda línea de defensa realizó las siguientes actividades:

- Solicitud por medio de correo electrónico a la primera línea de defensa del cargue de las evidencias resultado de la aplicación de los controles definidos y el diligenciamiento del formato OADS-F-36 formato seguimiento y autocontrol gestión de riesgos / primera línea de defensa con fecha máxima de entrega al 02 de septiembre del 2024.
- Se reiteró correo electrónico de solicitud con el propósito de fortalecer la importancia y deber de cargue de los documentos que sustentan el monitoreo desde la segunda línea de defensa.
- Mediante correo electrónico se socializó el formato OADS-F-36 formato seguimiento y autocontrol gestión de riesgos/primera línea de defensa y acompañamiento desde la segunda línea de defensa en el cargue de información respectiva en los links compartidos a la primera línea de defensa y el mapa de riesgos SICOFS OADS-F-14.

- Aplicación del formato OADS-F-41 MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF) para evaluar el diseño de los controles de cada de los riesgos objeto de seguimiento
- Revisión y verificación de la información reportada por cada uno de los procesos y/o subprocesos vs comparación con lo registrado en el mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno publicado en la página web del hospital

Como resultado de monitoreo de la segunda línea se concluyó lo siguiente:

Después de realizar la evaluación de los controles se tiene que el 73% de los controles son Fuertes, el 19% son moderados y un 8% débiles, asociado al no cargue de las evidencias respectivas de los controles definidos, utilización de formatos que no están vigentes en DARUMA y al diligenciamiento incompleto de los controles, como se puede observar en la siguiente tabla

**Tabla No 6 calificación final del Control**

CALIFICACIÓN FINAL DEL CONTROL	No. Controles	Porcentaje (%)
FUERTE	35	73%
MODERADO	9	19%
DEBIL	4	8%

Fuente. Informe monitoreo segunda línea segundo cuatrimestre 2024

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"

### 1.6 RESULTADO DE LA EVALUACION REALIZADA POR LA TERCERA LINEA DEFENSA A LOS RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO –SICOFS

Para la evaluación del estado de la gestión del riesgo de corrupción, opacidad, fraude y soborno la oficina Asesora de control Interno del HUSRT utilizó el formato CODIGO: OADS-F-14 denominado: "MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO (SICOFS)", agregándole una columna de Observaciones Oficina de control interno segundo cuatrimestre 2024. 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 cargadas por los procesos en el drive dispuesto por la Gestión del riesgo, 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:

**Tabla No 7. OBSERVACIONES CONTROL INTERNO SEGUNDO CUATRIMESTRE 2024**

Subproceso	Código del Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO SEGUNDO CUATRIMESTRE 2024
Gestión de calidad	QHSE-RC-01	Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por favorecimiento a un tercero en la emisión de conceptos técnicos en la contratación asociada al proceso	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	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, los responsables de ejecutar adjuntan evidencias de C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad del servicio a contratar CALIDAD ( prestación de servicios especializados de auditoría interna de seguimiento a los sistemas de información) AMBIENTAL (C-F-28 SUMINISTRO RECARGA, MANTENIMIENTO E INSTALACIÓN DE ELEMENTOS DE RESPUESTA A EMERGENCIAS, ADQUISICIÓN DE ELEVADORES DE PACIENTES Y ACCESORIOS) periodo evaluado  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Gestión ambiental			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	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024 el líder de gestión ambiental adjuntan evidencias de propuestas y Evaluación Técnica definitiva C-F-31 (PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE MUESTREO Y ANÁLISIS FÍSICO QUÍMICO Y MICROBIOLÓGICO DE AGUA POTABLE, en versión desactualizada del periodo evaluado, lo que permite evidenciar que según la necesidad el líder del proceso basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el concepto técnico, sin embargo utiliza formatos desactualizados.  <b>Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, ya que utilizan formatos desactualizados se recomienda permanentemente revisar y fortalecer el control para evitar la materialización del mismo.</b>
Seguridad y salud en el trabajo			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	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el líder Seguridad y salud en el trabajo adjuntan evidencias de propuestas y Evaluación Técnica definitiva C-F-31 del periodo evaluado, lo que permite evidenciar que según la necesidad el líder del proceso basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el concepto técnico  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>

Gestión del talento humano	TH-RC-01	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)	La profesional de nómina y/o los profesionales delegados previo a la vinculación del personal revisan hojas de vida, cumplimiento de requisitos para la selección y vinculación del personal por medio del formato TH-F-45 Verificación requisitos de hoja de vida y habilitación el cual se formaliza a través de firma una vez cumpla con los requisitos allí definidos de acuerdo a lo establecido en el TH-PR-08 Procedimiento selección, ingreso y promoción de personal, TH-PR-05 procedimiento de verificación, manejo y control y custodia de historias laborales y el TH-PR-42 Procedimiento de selección de personal en misión.	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el proceso anexo como evidencia: Relación de contratos del periodo a evaluar, TH-F-45 Verificación requisitos de hoja de vida, Hojas de vida personal vinculada 4. Anexo Técnico personal en misión. TH-F-75 Base de datos para el registro de personal nuevo relación de personal contratado dentro del periodo en que se realiza el seguimiento como se muestra a continuación: modalidad prestación de servicios (34), personal en misión (140), respecto a personal de planta (1), soportes que permiten evidenciar que el profesional de nómina verificó, cumplimiento de los requisitos.  <b>Se recomienda ajustar en el control y los soportes de evidencias el nombre del formato (TH-F-45 verificación requisitos hoja de vida y habilitación) REITERATIVO</b>  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva, sin embargo se recomienda ajustar los documentos soporte, ya que no se encuentran acorde con el diseño del mismo.</b>
Gestión del talento humano	TH-RC-02	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.	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 C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria publica	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, El responsable del control adjunta formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública. de fecha 24 de junio de 2024, para actividades de bienestar social para personal de planta y suministro de dotaciones  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Gestión del talento humano			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	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, El responsable del control adjunta; Evaluación Técnica definitiva C-F-31 para contratar las actividades de bienestar social para personal de planta y suministro de dotaciones para personal de planta vigencia 2024  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Gestión del talento humano	TH-RC-03	Posibilidad de tráfico de influencias conflicto de intereses (amistad o enemistad, persona influyente) en el proceso de vinculación de personal para favorecer un tercero	El profesional de apoyo de talento humano aplica el instructivo TH-INS-01 de conflicto de interés para la vinculación de personal previo a la contratación. A través de los formatos TH-F-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	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el responsable del control informa que el personal de planta a la fecha no se ha reportado situación de conflicto de interés por tal razón no se ha diligenciamiento del formato TH-F-67, sin embargo, se cuenta que con el diligenciamiento de la declaración de bienes y rentas de la ley 2013 de 2019 que no es potencial en conflictos de interés, este formato únicamente se diligencia cuando se reportan los conflictos. El proceso no reporta si se presentaron conflictos relacionados con el personal de misión.  Para este periodo 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

				<p>tesorería.</p> <p>Se recomienda incluir en el control y los soportes la declaración de bienes y rentas de la ley 2103 de 2019</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>
Gestión del talento humano	TH-RC-04	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	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 de acuerdo a lo descrito en TH-PR-50 procedimiento de liquidación y pago cesantía parcial LEY 50 y el TH-PR-51 procedimiento de liquidación y pago de cesantía parcial retroactivas	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el responsable del proceso, adjunta como evidencia: Solicitud de cesantías, Certificado de cumplimiento de requisitos., autorización de pago de cesantías, Oficio autorización de pago de cesantías, Certificado de cumplimiento de requisitos, Registro fotográfico de visita de reconocimiento, documentos de personal de planta (3) lo cual permite observar la adecuada aplicación del control en el periodo evaluado.</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>
Gestión del talento humano	TH-RC-05	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias por celebrar contrato sin la verificación de títulos académicos del personal asistencial en misión, CPS, administrativos y de planta de la institución.		<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, no se cuenta con control asociado al riesgo, sin embargo, tiene establecida una acción que está relacionada con (Documentar procedimiento de verificación de títulos del personal asistencial en misión, cups, administrativos y de planta de la institución), documento que ya se cuenta documentado en DARUMA con el código TH-PR-53 VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</p>
Gestión de investigación e innovación	GAC-RO-01	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	El comité de investigación y bioética en investigación realizan la aprobación y seguimiento de las investigaciones de la ESE HUSRT anualmente cuando se traten de proyectos que tengan una duración de un año y para los proyectos con duración inferior se realizará el seguimiento al 50% del cronograma propuesto en el proyecto. 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	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos descargados de DARUMA: 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, Actas de comité de investigación y bioética (enero, febrero, marzo y abril de 2024), adjuntan Actas de comité de investigación y bioética de los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2024, con sus respectivos listados de asistencia.</p> <p>Se recomienda para el caso del formato GAC-F-05 CARTA DE COMPROMISO COMITÉ DE BIOETICA EN INVESTIGACIÓN, asegurar que todos los asistentes firmen ,</p> <p>En el caso de las actas de reunión del Comité de Ética,, cargadas en DARUMA, se evidencia que en el mes de Agosto el gerente no asistió y sin embargo aparece como aprobador del acta.</p> <p>Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, ya que utilizan formatos que no están diligenciados completamente se recomienda permanentemente revisar y fortalecer el control para evitar la materialización del mismo.</p>
Sistema de información y atención al usuario	SIAU-RS-01	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	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	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes :Formatos SIAU-F-13 MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMOS , SIAU- F-18 "MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN DE SUGERENCIAS POR SERVICIO Y POR FACTOR DE CALIDAD", del periodo evaluado, lo cual permite evidenciar que una vez se reciben la manifestaciones se realiza la adecuada clasificación</p>

			de consolidación de subgerencias 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 Tramité 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".	Se recomienda incluir en los soportes de evidencias el informe petición quejas y reclamos , teniendo en cuenta que se encuentra dentro de la descripción del control.  <b>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.</b>
Consulta externa	ASS-RC-01	Posibilidad de afectación del servicio por favorecimiento a terceros en la evaluación técnica final en la contratación que conlleven a investigaciones y sanciones disciplinarias	La coordinación de apoyos de servicios de salud y laboratorio clínico según necesidad 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	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el responsable del control adjunta formato C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios (Operación servicio medicina nuclear) de fecha 19/06/2024, soporte que permite evidenciar que según necesidad emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio.  <b>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.</b>
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica			La coordinación de apoyos de servicios de salud y laboratorio clínico, según necesidad basado en los requisitos contractuales y especificaciones técnicas emite el concepto técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica definitiva	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el responsable del control adjunta: Propuesta económica de MOYA HERMANOS, junto con la respectiva, Evaluación técnica definitiva C-F-31 y adicionalmente aportan Informe de evaluación jurídica definitiva en el formato C-F-29  <b>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.</b>
Gestión quirúrgica	GQR-RC-01	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	La coordinadora de gestión clínica según necesidad 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	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el responsable del proceso anexa como evidencia muestra de (3) C-F-27 «ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS» correspondientes al periodo evaluado ( hemodinamia, Osteocol y neumología) y del formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad , requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública.(MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO), lo que permite observar la adecuada aplicación del control por parte de La coordinadora de gestión clínica <b>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.</b>

			<p>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>La coordinadora de gestión clínica según necesidad, basada 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)</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el responsable del proceso anexa como evidencia formatos C-F-31 EVALUACIÓN TÉCNICA DEFINITIVA correspondientes al periodo evaluado de (hemodinamia, Osteocol y neumología) lo que permite observar que según necesidad, basada en los requisitos contractuales y especificaciones técnicas emite el Concepto Técnico</p> <p><b>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.</b></p>
Servicio farmacéutico	SF-RC-01	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias o detrimento patrimonial debido al favorecimiento a terceros mediante la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos	<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 segundo cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta, Relación contratos del periodo evaluado, (21) C-F-27 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD PARA CONTRATACIÓN DIRECTA, del formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad (no adjuntan evidencias) y 19 formatos C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva diligenciados del periodo evaluado, sin embargo se observa que el control describe el formato C-F-28 y adjuntan evidencias del formato C-F-27</p> <p><b>Se recomienda ajustar control y soportes del control incluyendo el formato C-F-27 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD PARA CONTRATACIÓN DIRECTA</b></p> <p><b>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.</b></p>
Servicio farmacéutico	SF-RF-01	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.	<p>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)</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta, formatos SF-F-58 "Control de inventarios y fechas de vencimiento diligenciados del periodo evaluado, lo cual permite observar que los regentes y tecnólogos administrativos realizan los inventarios aleatorios según lo describe el control, lo cual permite evidenciar la adecuada aplicación del control.</p> <p><b>Se evidencia que el proceso lleva un control y los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b></p>
Servicio farmacéutico	SF-RF-02	Posibilidad de investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias y afectación económica por hurto o pérdida de medicamentos y dispositivos médicos del carro de paro derivados de falta de principios y valores institucionales del personal responsable	<p>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.</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes soportes de los: Formatos SF-F-36 Inventario de carro de paro, Formato SF-F-38 Listado de reserva autorizada de medicamentos y dispositivos médicos par servicios correspondientes al periodo evaluado.</p> <p><b>Se sugiere ajustar el control, respecto a los responsables, ya que el manejo, custodia, control y seguimiento de carros de paro está a cargo de Enfermería y el de reserva autorizada está a cargo de enfermería y terapia respiratoria. Y son ellos quien debe reportar la información del diligenciamiento de los formatos y adjuntar como como mínimo un formato por mes de diferentes servicios.</b></p>

			El químico farmacéutico realiza auditorías de carro de paro trimestralmente por medio del formato SF-F-59 Auditoria de carros de paro de acuerdo a lo descrito en el procedimiento SF-PR-61 custodia, verificación, uso y reposición del carro de paro y reservas autorizadas.	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta, Formatos SF-F-59 Auditoria de carros de paro diligenciados y como evidencia de que los el químico farmacéutico realiza auditorías de carro de paro trimestralmente</p> <p>Se sugiere por parte del líder del proceso, incluir dentro del control y los soportes de evidencias el formato SF-F-115 SEGUIMIENTO CONTROL DE VENCIMIENTO CARRO DE PARO, con sus respectivos soportes de verificación de los (formatos SF-F-36 Inventario de carro de paro Formato SF-F-38 Listado de reserva autorizada de medicamentos y dispositivos médicos par servicios)</p> <p><b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo, sin embargo se sugiere actualizar el control y los soportes de acuerdo al desarrollo de la actividad de control</b></p>
Gestión jurídica	OAJ-RC-01	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	Los abogados de la oficina jurídica realizan seguimiento diario a los procesos judiciales frente a términos para defensa técnica y a la trazabilidad de los mismos conforme a lo establecido en el procedimiento OAJ-PR-05 Mediante matriz general de proceso OAJ-F-18	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos: Matriz general de procesos OAJ-F-18, No adjuntan Informe trimestral al Comité de Conciliación por parte de la secretaria técnica</p> <p>Sin embargo al verificar el procedimiento OAJ-PR-05 PROCESOS ADMINISTRATIVOS, no se encuentra articulado el formato OAJ-F-18 Matriz General de procesos, documento que permite evidenciar la aplicación del control, Se recomienda actualizar el procedimiento en mención. REITERATIVO</p> <p><b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo, sin embargo, se recomienda incluir los documentos soporte de la aplicación del control en el procedimiento establecido.</b></p>
Tesorería	AF-RC-01	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.	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	<p>Con corte al segundo cuatrimestre 2024. El responsable del control apporto Informe seguimiento cuentas por pagar del periodo evaluado, como soportes de la ejecución del control, en donde se evidencia que se realiza seguimiento a la antigüedad de cuentas por pagar</p> <p><b>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.</b></p>
Gestión financiera	AF-RO-01	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	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	<p>Con corte al segundo cuatrimestre 2024., el proceso adjunta los siguientes formatos Interfaces de los procesos de mayo, junio, julio y agosto de 2024 para el caso de los Estados Financieros se verifico su adecuada publicación en la página web institucional.</p> <p><b>El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6</b></p> <p><b>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.</b></p>
Tesorería	AF-RS-01	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias y económicas por recibir o solicitar cualquier dávida o beneficio a nombre propio o de terceros para agilizar o demorar el pago.		<p>Con corte al segundo cuatrimestre 2024., se identificó nuevo riesgo, el cual cuenta con un plan de acción "Documentar procedimiento central de cuentas asociadas actividades relacionadas para la recepción, revisión, verificación y control de todas las cuentas por pagar de la entidad, el cual debe incluir el formato específico a utilizar para dicho fin." el cual establecía como fecha de implementación el mes de abril de 2024.</p>

				Al consultar el listado maestro de documentos se dio cumplimiento a la acción establecida , por tal razón al corte del seguimiento, el control ya debería estar asociado al riesgo
Tesorería	AF-RS-02	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 contratista.		Con corte al segundo cuatrimestre 2024., se identificó nuevo riesgo, el cual cuenta con un plan de acción "Documentar procedimiento central de cuentas asociadas actividades relacionadas para la recepción, revisión, verificación y control de todas las cuentas por pagar de la entidad, el cual debe incluir el formato específico a utilizar para dicho fin." el cual establecía como fecha de implementación el mes de abril de 2024.  Al consultar el listado maestro de documentos se dio cumplimiento a la acción establecida , por tal razón al corte del seguimiento, el control ya debería estar asociado al riesgo
Gestión de suministros y activos fijos	A-RC-01	Posibilidad de incumplimiento de necesidades de la entidad debido al favorecimiento por la aceptación de bienes e insumos que no cumplan lo establecido contractualmente.	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 segundo cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos :El líder de almacén presenta evidencias en cumplimiento del procedimiento A-PR-01 Ingreso de Mercancías a través de facturas y certificaciones de recibido a satisfacción (Factura, Certificación de recibido a satisfacción, informe mensual de ingreso y egresos a contabilidad, lo que permite corroborar que hay coincidencia entre la certificación de recibido a satisfacción, la factura y el comprobante de ingreso)  <b>Se recomienda tener en cuenta los hallazgos identificados en la auditoría realizada por la OACI, asociado a estas actividades.</b>  <b>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.</b>
Gestión de suministros y activos fijos	A-RC-02	Posible detrimento patrimonial por uso indebido de los bienes de consumo en favorecimiento un tercero.	El técnico administrativo de almacén encargado del módulo de activos del sistema de información servinte 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 segundo cuatrimestre de 2024, el técnico administrativo del almacén adjunta los siguientes soportes: Solicitud de pedido de insumos de consumo realizado por SERVINTE, Comprobante de egreso Servinte/ módulo de activos Solicitud de pedido de insumos de consumo realizado por SERVINTE, Comprobante de egreso Servinte/ módulo de activos de los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2024), lo cual permite observar la adecuada aplicación del control.  <b>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.</b>

Gestión de contratación	C-RC-01	<p><b>Etapas de Selección:</b> 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</p>	<p>El coordinador de contratación según necesidad da aplicación 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.</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre 2024. El responsable del control adjunta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Excel matriz procesos contractuales del segundo cuatrimestre de 2024</li> <li>PDF PANTALLAZOS estudios previos y demás soportes asociados a la etapa precontractual. C-F-31, C-F-29, TH- F-68. (11 contratos suscritos en el periodo evaluado)</li> <li>PANTALLAZOS DE CONVOCATORIAS PUBLICAS, REQUERIMIENTOS PUBLICADOS EN PAGINA WEB del periodo evaluado.</li> </ol> <p>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</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>
Gestión de contratación			<p>La secretaria 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.</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el responsable del control adjunta las siguientes soportes de la ejecución del control: (13) Actas lo que permite evidenciar que la secretaria técnica del comité de contratación según necesidad, para el caso de convocatoria pública, documenta a través de actas, sin embargo se evidencia algunas actas sin las firmas correspondientes o sin diligenciar completamente.</p> <p><b>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.</b></p>
Gestión de contratación	C-RC-02	<p><b>Etapas de Ejecución:</b> 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</p>	<p>El supervisor o interventor de contrato de suministros a necesidad revisa y avala cada uno de los elementos que ingresan a la entidad, dejando registro en el formato C-F-04 " informe de supervisor" con el fin de que cumplan con criterios de calidad conforme al objeto contractual dando cumplimiento al Manual de supervisión e interventoría.</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, El responsable del control adjunta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Excel matriz procesos contractuales del segundo cuatrimestre de 2024</li> <li>PDF Formatos C-F-04 informe de supervisión del periodo evaluado, documentos que permiten evidenciar que el supervisor o interventor de contrato de suministros a necesidad revisa y avala cada uno de los elementos que ingresan a la entidad, sin embargo se evidencia la utilización de formatos desactualizados</li> </ol> <p><b>Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, ya que utilizan formatos desactualizados se recomienda permanentemente revisar y fortalecer el control para evitar la materialización del mismo.</b></p>
Gestión de contratación	C-RS-01	<p>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 de las evaluaciones distintos a la realidad, en contratos de convocatoria pública y requerimientos.</p>	<p>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 JURÍDICA, CF-31 TÉCNICA.</p>	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos:Listado de contratos de convocatoria pública y requerimientos, publicados en SECO y pagina WEB, evaluación de los contratistas. Formato C-F-30 JURÍDICA, C-F-31 TÉCNICA del periodo evaluado.<b>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.</b></p>

Gestión de contratación			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.	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el responsable del control adjunta las siguientes soportes de la ejecución del control: (13) Actas lo que permite evidenciar que la secretaria técnica del comité de contratación según necesidad, para el caso de convocatoria pública, documenta a través de actas, sin embargo se evidencia algunas actas sin las firmas correspondientes o son diligenciar completamente.</p> <p><b>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.</b></p>
Gestión de contratación	C-RS-02	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.	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.	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, El responsable del control adjunta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Excel matriz procesos contractuales del segundo cuatrimestre de 2024</li> <li>PDF Formatos C-F-04 informe de supervisión del periodo evaluado, documentos que permiten evidenciar que el supervisor o interventor de contrato de suministros a necesidad revisa y avala cada uno de los elementos que ingresan a la entidad, sin embargo se evidencia la utilización de formatos desactualizados</li> </ol> <p><b>Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, ya que utilizan formatos desactualizados se recomienda permanentemente revisar y fortalecer el control para evitar la materialización del mismo.</b></p>
Gestión documental			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, el Formato GD-F-20 Préstamo de documentos en archivos de gestión y el formato GD-F-12 Testigo.	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos: Diligenciamiento del formato GD- F-01 de control consulta y préstamos de documentos de archivo, , Formato préstamo Documentos Archivo de Gestión GD-F-20, Informe mensual del líder del proceso de gestión documental en plantilla desactualizada</p> <p>Se recomienda ajustar los soportes de evidencias incluyendo el <b>formato GD-F-12 Testigo, lo anterior teniendo en cuenta que lo describen en el control</b></p> <p><b>El control se encuentra bien diseñado, sin embargo se evidenció que no es aplicado y/o ejecutado adecuadamente ya que utilizan documentos desactualizados</b></p>
Gestión documental	GD-RC-01	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias y punitivas por utilización indebida y sustracción de la información física por parte del personal de la entidad	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-05 Solicitud de copia de historia clínica en consulta externa e internación, articulado al formato AHC-F-06 y F-28 "Solicitud copia de historia clínica".	<p>Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, 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», no adjuntan soportes del Formato F-28 "SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA" del periodo evaluado, para el caso de este formato se recomienda ajustar la codificación del formato de acuerdo a lo establecido en la norma fundamenta ( debe iniciar por el código del proceso)</p> <p>Se recomienda ajustar el control y las soportes de las evidencias, teniendo en cuenta la actualización en DARUMA del formato F-28 "SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA" REITERATIVA</p> <p><b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y sin embargo hay que ajustar en el control los documentos soportes</b></p>

Sistemas			El profesional del proceso de TIC genera los datos del sistema de información Servinte Clínica Suite Enterprise de acuerdo con el instructivo reporte de 2193 Ministerio de Salud 6.0. Los datos generados del sistema son publicados en archivo de Excel en la ruta: \\HSRTUNCLU\Estadísticas\Estadísticas para revisión y uso de la información por las diferentes áreas del hospital, mediante la protección contra escritura del archivo publicado y con permisos de acceso a las áreas directamente implicadas	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos: reportes del Informe de 2193 del periodo evaluado y 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 ejecución.  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Sistemas	GSIC-RC-01	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.	El profesional universitario designado para la creación de usuario, 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 Gestión de acceso a sistemas de información y/o plataformas institucionales. Dicho formato se anexa a la solicitud en la mesa de servicios (GLPI).	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta muestra de los siguientes formatos: CÓDIGO S-F-39 CON NOMBRE GESTIÓN DE ACCESO A SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y/O PLATAFORMAS INSTITUCIONALES (10), correspondientes al periodo evaluado.  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Sistemas			El profesional especializado designado 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 segundo cuatrimestre de 2024, el líder del proceso adjunta los siguientes soportes: pantallazo de directorio activo de usuarios registrados, correspondiente al periodo evaluado.  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Sistemas	GSIC-RC-02	Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por uso indebido de la información para obtener un beneficio particular.	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.	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta muestra de los siguientes formatos: CÓDIGO S-F-39 CON NOMBRE GESTIÓN DE ACCESO A SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y/O PLATAFORMAS INSTITUCIONALES (9) correspondientes al periodo evaluado, en donde se puede observar que se solicitan usuario para los funcionarios una vez son contratado.  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>

Sistemas	GSIC-RO-01	Posibilidad investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias y detrimento patrimonial por ataques cibernéticos que modifiquen la información guardada para obtener un beneficio particular.	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 segundo cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos: Contratos e informes de supervisión. contratos e informes de supervisión del periodo evaluado lo cual permite evidenciar que el supervisor realiza mensualmente seguimiento a los contratos de mantenimiento de los sistemas de información, sin embargo es importante recomendar el correcto diligenciamiento ya que se observa formato sin firma del supervisor  Se recomienda ajustar el control y los soportes , teniendo en cuenta que no se describe el código del formato <b>C-F-04 INFORME DE SUPERVISIÓN</b>  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Gestión tecnológica	IB-RC-01	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.	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 PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el líder del proceso, informa que en el periodo evaluado no se realizaron adquisiciones de tecnologías biomédicas por convocatorias públicas.  <b>Para este periodo no se puede evaluar la aplicación del control</b>
Gestión tecnológica			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.	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el líder del proceso, informa que en el periodo evaluado no se realizaron adquisiciones de tecnologías biomédicas por convocatorias públicas.  <b>Para este periodo no se puede evaluar la aplicación del control</b>
Gestión tecnológica			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 segundo cuatrimestre de 2024, el líder del proceso, informa que en el periodo evaluado no se realizaron Ingreso de nuevas Tecnologías  <b>Para este periodo no se puede evaluar la aplicación del control</b>

Gestión tecnológica			El líder de biomédica conforme a la necesidad del servicio realiza el diligenciamiento del formato IB-F-19 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA y IB-F-20 ESPECIFICACIONES POSVENTA DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA de la adquisición de tecnología de la institución. Conforme a lo establecido en el Manual de priorización para reposición de tecnología biomédica IB-M-03	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el líder del proceso, informa que en el periodo evaluado no se realizaron adquisiciones de tecnologías biomédicas  <b>Para este periodo no se puede evaluar la aplicación del control</b>
Gestión tecnológica	IB-RF-01	Posible afectación del servicio, investigaciones y sanciones disciplinarias por uso indebido y/o pérdida de equipos biomédicos por intereses personales	El técnico biomédico identifica el daño del equipo biomédico por mala manipulación a través de la 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 segundo cuatrimestre de 2024, el técnico biomédico adjunta los siguientes soportes: 1. Formato IB-F-05 "Reporte diario de fallas de equipos biomédicos" 2. Llamados de las áreas a través del aplicativo HRCATCH 3. IB-F-24 Reporte De Mantenimiento Digital Hrcatch 4. Formato IB-F-54 "Reporte de daño de dotación hospitalaria 5. Formato TH-F-15 Asistencia de colaboradores a eventos de capacitación del periodo evaluado,  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Gestión de mantenimiento	MAN-RC-01	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.	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  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	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, El responsable del control adjunta: formatos diligenciados C-F-28 Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad, ecos (tanque agua, mantenimiento cocinas, mantenimiento mobiliario y vehículos, suministro balas y reguladores), lo que permite observar que el líder de mantenimiento emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>  Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el responsable del control adjunta: Evaluación Técnica definitiva C-F-31, tanque agua, mantenimiento cocinas, mantenimiento mobiliario y vehículos, suministro balas y reguladores), lo que permite observar que el líder de mantenimiento basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el Concepto Técnico  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>

Auditoría de cuentas medicas	GAD-RC-01	Posibilidad de pérdida recursos económicos de la entidad y/o investigaciones y sanciones disciplinarias por recibir sobornos por aceptación de glosa a favor de las entidades responsables de pago	El Coordinador del proceso, auditores (Externo y de la ESE) y técnico de cuentas médicas, según necesidad levantan acta de reunión de análisis conjunto con las ERP 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 segundo cuatrimestre de 2024, el responsable del control aporta soportes de formato 1. AM-F-02 Acta de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones. Adjuntan pantallazos de actas de conciliación y muestreo de algunos formatos AM-F-02 2. Indicador mensual 546 Aceptación de glosa de la vigencia.3. Informe trimestral de análisis de aceptación de glosa. Se adjunta informe <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Facturación	GAD-RC-02	Posibilidad de pérdida de recursos económicos de la institución por NO facturar servicios prestados por intereses particulares	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 segundo cuatrimestre de 2024, el responsable del control aporta soportes de Formato F-F-17 Control de evidencias por facturación revisada. (consolida en una base de datos). el Informe mensual socialización de inconsistencias encontradas y planes de mejora a implementar, del 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.
Cartera	GAD-RC-03	Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de cartera puedan ser objeto de concusión en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago	El líder de cartera y técnico de cartera dan el trámite respectivo para el proceso administrativo de cobro según corresponda a cobro persuasivo en el formato CAR-F-17 "Lista de chequeo seguimiento a cobro persuasivos", cobro perjudico en el formato CAR-F-15 "Lista de chequeo seguimiento a cobro persuasivos", y en el formato CAR-F-16 "Lista de chequeo verificación y seguimientos a pagares" de acuerdo a necesidad conforme a lo descrito en el Procedimiento CAR-PR-12 Proceso de Cobro y Procedimiento CAR-PR-06 Recaudo Pagares.	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el responsable del proceso aporta: 1. Base de datos Pagares, Informe mensual de cartera, informe trimestral de estado de cartera (Pagares), Acta comité. del mes de julio y agosto de 2024 2. CAR-F-17 LISTA DE CHEQUEO SEGUIMIENTO A COBRO PERSUASIVOS 80%, formato que fue actualizado a versión 2, el 27 de marzo de 2024. Adjuntan evidencias en formato desactualizado 3. CAR-F-15 Lista de chequeo seguimiento a cobro persuasivos, corte julio de 2024 4. CAR-F-16 Lista de chequeo verificación y seguimientos a pagares corte julio de 2024  <b>Se evidencia que el proceso aplica el control, pero no de manera adecuada, ya que no utilizan formatos desactualizados</b>
Auditoría de cuentas medicas	GAD-RS-01	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	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	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el responsable del control aporta soportes de formato 1. AM-F-02 Acta de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones. adjuntan pantallazos de actas de conciliación y muestreo de algunos formatos AM-F-02  2. Indicador mensual 546 Aceptación de glosa de la vigencia.  3. Informe trimestral de análisis de aceptación de glosa. Se adjunta informe  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>

			vigencia.	
Cartera	GAD-RS-02	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.	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 segundo r cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos : Formato CAR-F-14 Matriz general de cartera por entidad, por cada entidad responsable de pago, el cual se encuentra en versión desactualizada, y Acta de comité de cartera del mes de mayo y junio de 2024, correspondientes al periodo evaluado, lo cual permite evidenciar que mensualmente se realiza la gestión para los cobros persuasivos.  <b>Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, ya que no utilizan formatos desactualizados</b>
Cartera	GAD-RS-03	Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de cartera puedan ser objeto de concusión en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago	El 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 Proceso de cobro el cual indica que mensualmente se socializa en comité de cartera.	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes: formatos CAR-F-16 " lista de chequeo verificación y seguimiento a pagares". y Acta de comité mensual de cartera de junio y julio de 2024, correspondiente al periodo evaluado  <b>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,</b>
Gestión comercial	GAD-RS-04	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.	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 segundo cuatrimestre de 2024, el coordinador y profesional de apoyo de la oficina comercio adjunta los siguientes formatos: Anexos técnicos. Acuerdo de voluntades, con ARL POSITIVA del periodo evaluado.  Se evidencia que cumplen con la acción establecida en el plan relacionada con: Documentar procedimiento de contratación y venta de servicios de salud.  <b>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.</b>
Control interno	OACI-RC-01	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.	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 segundo cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos :Plan Anual de auditoría OACI-F-02 vigencia 2024 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 segundo cuatrimestre las cuales relaciono a continuación: Auditoría realizada al proceso Almacén, Farmacia, Talento humano, epidemiología, financiera, mantenimiento) . 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  <b>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.</b>

Control interno		El asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoría 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 auditoría OACI-F-04 Informe Final de Auditoría OACI-F-16	Con corte al segundo cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos: Plan de auditoría OACI-F-04 vigencia 2024 , Informe final de Auditoría OACI-F-16 correspondientes a las auditorías realizada en el segundo cuatrimestre las cuales relaciono a continuación: Informe final auditoría Almacén, Farmacia, Talento humano, epidemiología, financiera,) Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control.  <b>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.</b>
-----------------	--	---	--

Fuente: Mapa de riesgos de corrupción, fraude y opacidad

Como resultado de la evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos de Corrupción, opacidad fraude y soborno 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 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”.

**Redacción del control:** "responsable de ejecutar el control + Acción + Complemento”

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:

**Tabla No 8 Calificación controles OACI**

CALIFICACIÓN FINAL DEL CONTROL	No. Controles	Porcentaje (%)
FUERTE	35	73%
MODERADO	13	27%
DEBIL	0	0%

Fuente. Propia Seguimiento tercera línea

Como se puede observar en la anterior tabla de los 48 controles evaluados y verificados se observó que un 73% 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 27% 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, aportan las evidencias en formatos desactualizados (obsoletos) y/o incompletas, resultados que se muestran a continuación.

**Tabla No 9 calificaciones diseño controles OACI**

No RIESGO	PROCESOS	CALIFICACIÓN DISEÑO DE CONTROL	OBSERVACIONES OACI
<b>QHSE-RC-01</b>	Gestión de QHSE	MODERADO	EL PROCESO SOPORTA EVIDENCIAS CON DOCUMENTOS OBSOLETOS Y/O EVIDENCIAS DE LA EJECUCIÓN DEL CONTROL INCOMPLETAS.
<b>SF-RC-01</b>	Gestión farmacéutica		
<b>OAJ-RC-01</b>	Gestión jurídica		
<b>C-RC-01,C-RC-02,C-RS-02</b>	Gestión de contratación		
<b>GD-RC-01</b>	Gestión documental		
<b>GAD-RC-03, GAD-RS-02</b>	Gestión administrativa-CARTERA		
<b>GAC-RO-01</b>	Gestión de investigación e innovación		

Fuente. Propia- Informe seguimiento tercera línea

Para los controles que fueron catalogados como débiles y moderados 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 ACCIÓN ASOCIADOS A LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN VIGENCIA 2024

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento al cumplimiento de las acciones propuestas en los planes de acción asociadas a los riesgos con corte 30 de agosto de 2024. Así mismo, realizó la verificación a través de la información suministrada por los procesos responsables de su ejecución, como resultado de este seguimiento se adjunta la siguiente tabla.

**Tabla No 10 Seguimiento plan de acción**

Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Indicador Producto	OBSERVACIONES OACI
Dar aplicación estricta a lo que establece las especificaciones técnicas y el Estudio de conveniencia y oportunidad	Coordinador de Talento Humano	Enero a diciembre 2024	Cuatrimestral	C-F-28 Estudio de conveniencia y oportunidad C-F-31 Evaluación técnica definida	Aportan evidencias del formato C-F-28 Estudio de conveniencia y oportunidad Dar aplicación estricta a lo que establece las especificaciones técnicas y el Estudio de conveniencia y oportunidad
Documentar procedimiento de verificación de títulos del personal asistencial en misión, cps, administrativos y de planta de la institución	Profesional universitario de talento humano	Agosto 2024	Cuatrimestral	Procedimiento actualizado	Procedimiento documentado en daruma con código: TH-PR-53 VERIFICACIÓN DE TÍTULOS
Realizar seguimiento al informe de trámite y respuesta a manifestaciones de inconformidad	Coordinador SIAU	Enero a Diciembre de 2024	Cuatrimestral	Informe de trámite y respuesta a manifestaciones de inconformidad	Se sugiere eliminar plan de acción dado que es el mismo control definido.
Dar aplicación estricta a lo que establece las especificaciones técnicas y el Estudio de conveniencia y oportunidad	Coordinación de apoyos de servicios de salud y Laboratorio Clínico	Enero a diciembre 2024	Cuatrimestral	C-F-28 Estudio de conveniencia y oportunidad C-F-31 Evaluación técnica definida	Se da aplicación estricta a lo que establece las especificaciones técnicas y el Estudio de conveniencia y oportunidad
Dar aplicación estricta a lo que establece las especificaciones técnicas y el Estudio de conveniencia y oportunidad	Coordinador de Mantenimiento	Enero a diciembre 2024	Cuatrimestral	C-F-28 Estudio de conveniencia y oportunidad C-F-31 Evaluación técnica definida	El responsable en el plan es La coordinadora de gestión quirúrgica. Se sugiere eliminar plan de acción dado que es el mismo control definido.

Verificar el cumplimiento de las especificaciones técnicas de medicamentos y dispositivos médicos.	Coordinador administrativo de farmacia	Enero a diciembre 2024	Cuatrimestral	C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva	Aportan evidencias del formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva. Se sugiere eliminar plan de acción dado que es el mismo control definido.
Realizar seguimiento al cumplimiento de los términos judiciales de acuerdo a la defensa técnica de la institución teniendo en cuenta la trazabilidad de procesos y las actividades programadas dentro de los mismos.	Asesor Jurídico	Enero a diciembre 2024	Cuatrimestral	OAJ-F-18 Matriz general de procesos	Se sugiere eliminar plan de acción dado que es el mismo control definido.
Realizar seguimiento a la antigüedad de cuentas por pagar según lo definido en Procedimiento AF-PR-36 Liquidación y giro de cuentas	Tesorería	Enero a diciembre 2024	Cuatrimestral	Informe seguimiento de cuentas por pagar.	Adjuntan evidencias de la aplicación del control del periodo evaluado (Informe seguimiento de cuentas por pagar)
Continuar con la validación de las interfaces generadas por los líderes de los procesos responsables	Contadora	Agosto de 2023	Cuatrimestral	Interfaces de los procesos Estados Financieros publicados.	Adjuntan evidencias de la aplicación del control del periodo evaluado (Interfaces de los procesos) y los Estados Financieros publicados, fueron consultados en página web
Documentar procedimiento central de cuentas asociadas actividades relacionadas para la recepción, revisión, verificación y control de todas las cuentas por pagar de la entidad, el cual debe incluir el formato específico a utilizar para dicho fin.	Coordinador de tesorería	Abril de 2024	Cuatrimestral	Documento elaborado	Procedimiento documentado el 22/05/2024 con código AF-PR-44 TRAMITE DE CUENTAS
Documentar procedimiento central de cuentas asociadas actividades relacionadas para la recepción, revisión, verificación y control de todas las cuentas por pagar de la entidad, el cual debe incluir el formato específico a utilizar para dicho fin.	Coordinador de tesorería	Abril de 2024	Cuatrimestral	Documento elaborado	Procedimiento documentado el 22/05/2024 con código AF-PR-44 TRAMITE DE CUENTAS
Verificar el cumplimiento contractual frente a las especificaciones técnicas de los bienes e insumos a ingresar	Líder de almacén	Enero a diciembre 2024	Cuatrimestral	Certificación de recibido a satisfacción Informe preliminar de auditoria OACI-F-17	Se verifico en listado maestro de documentos el día 05/09/2024 , aun no se encuentra documentado

Documentar procedimiento entrega de insumo y suministros	Coordinador de Almacén	Junio 2024	Cuatrimestral	Procedimiento actualizado	Se verifico en listado maestro de documentos el día 05/09/2024, aun no se encuentra documentado
Asociar el formato AHC-PR-05 SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA EN CONSULTA EXTERNA E INTERNACIÓN y F-28 "SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA" al procedimiento AHC-PR-05 Solicitud de copia de historia clínica en consulta externa e internación	Líder de Gestión Documental	Febrero a junio 2024	Cuatrimestral	Formato AHC-06 "registró relación solicitud y respuesta derechos de petición de acuerdo a la resolución vigente" procedimiento AHC-PR-05 Solicitud de copia de historia clínica en consulta externa e internación	En el procedimiento AHC-PR-05 Solicitud de copia de historia clínica en consulta externa e internación, citan formato AHC-F-06, pero no colocan el nombre de este, adicionalmente en el procedimiento no está descrito en los documentos soportes. Se sugiere revisar y actualizar.
Dar aplicación estricta a lo que establece las especificaciones técnicas y el estudio de conveniencia y oportunidad	Coordinador de Mantenimiento	Enero a diciembre 2024	Cuatrimestral	C-F-28 Estudio de conveniencia y oportunidad C-F-31 Evaluación técnica definida	Adjuntan evidencias de la aplicación estricta a lo que establece las especificaciones técnicas y el estudio de conveniencia y oportunidad o
Dar seguimiento y trazabilidad a las inconsistencias encontradas en la facturación	Líder de Facturación	Enero a diciembre 2024	Cuatrimestral	Informe mensual socialización de inconsistencias encontradas	Adjuntan como evidencia cumplimiento acción Informe mensual socialización de inconsistencias encontradas
Documentar procedimiento de contratación y venta de servicios de salud.	Coordinador de comercial y contratación de servicios de salud.	Marzo de 2023	Semestral	Procedimiento actualizado	Procedimiento documentado el 04/06/2024 con código AC-PR-01 VENTA DE SERVICIOS DE SALUD A LOS DIFERENTES CLIENTES
Validar la suscripción de la declaración de conocimiento código de Ética Auditoria Interna anexo 1 el cual debe hacer parte de los documentos de la Auditoría realizada a cada proceso	Asesor oficina de control interno	Enero a diciembre 2024	Cuatrimestral	Declaración del conocimiento código de ética Auditoria interna	Se sugiere eliminar plan de acción dado que es el mismo control definido.
Verificar la coherencia entre los objetivos propuestas en el plan de auditoria (OACI-F-04) y los informes preliminares y final presentado por el auditor	Asesor oficina de control interno	Enero a diciembre 2024	Cuatrimestral	Plan de auditoria OACI-F-04 Informe final de Auditoria OACI-F-16	Se sugiere eliminar plan de acción dado que es el mismo control definido.

Fuente: Matriz de riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno

Se recomienda dar cumplimiento a las acciones propuestas, esto teniendo en cuenta que el Proceso Gestión de suministros y activos fijos no dieron cumplimiento a lo proyectado en el plan de acción relacionado con: «Documentar procedimiento entrega de insumo y suministros»

Adicionalmente replantear y/o eliminar del plan de acción actividades que están definidas como lo describe el control, actualizado el mapa de riesgos

## CONCLUSIONES

Como resultado del seguimiento realizado por la tercera línea a los Riesgo de Corrupción, opacidad, fraude y soborno correspondiente al segundo cuatrimestre del año 2024 se concluye lo siguiente:

- Se cuenta con una política de riesgos, la cual incluye el esquema general para la administración del riesgo, basado en la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, y una versión actualizada en proceso de revisión y aprobación, dentro de la política están establecidas responsabilidades y funciones lo que permite identificar las acciones de las líneas de defensa y su cumplimiento.
- Se identificaron 39 riesgos, se evidencia un riesgo más que en el periodo anterior, los cuales fueron valorados en términos de probabilidad e impacto, para establecer el riesgo inherente; se identificaron y valoraron controles para cuantificar el riesgo residual. Igualmente, se identificaron riesgos priorizados para establecer acciones de manejo de riesgo, así las cosas, se puede evidenciar el cumplimiento del ciclo de riesgo para dar continuidad al seguimiento, el cual hace parte del presente informe
- El mapa de riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno al corte del 30 de agosto de 2024, está conformado por Treinta y nueve (39) riesgos, 23 corresponden a corrupción, 3 fraude, 4 opacidad y 9 de soborno, los cuales tienen definidos un total de ( 51) cincuenta y uno controles
- Tanto los riesgos como sus controles, de acuerdo con el reporte realizado en el formato OADS-F-41 MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO (SICOFS), fueron monitoreados por la segunda línea de defensa., para el caso de la primera línea un solo proceso no adjunto evidencias de la aplicación de los controles
- De los 39 riesgos identificados, 3 riesgos se encuentran sin control dado que se encuentra en zona de riesgo inherente, estos cuentan con plan de acción, 1 de ellos de tipo de soborno asociados a gestión financiera y están relacionados con la acción de "Documentar procedimiento central de cuenta asociadas actividades relacionadas para la

recepción, revisión, verificación y control de todas las cuentas por pagar de la entidad” ,un riesgo de corrupción asociado a gestión del talento humano, el cual tenía como plan de acción “Documentar procedimiento de verificación de títulos del personal asistencial en misión, CPS, administrativos y de planta de la institución”, y riesgo asociado a gestión comercial “documentar el procedimiento AC-PR-01 venta de servicios de salud a los diferentes clientes” acciones que se convertirán en el control una vez se aprueba y permitirá calcular el riesgo residual.

- De acuerdo con la información que reportó la primera línea de defensa en la matriz de riesgos de corrupción con corte al 30 de agosto de 2024, monitoreo realizado por la segunda línea y el seguimiento realizado por la tercera línea, se concluyó que, para el segundo 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 la totalidad de los subprocesos que tiene identificados riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno, lo cual permite observar una mayor adherencia al autocontrol por parte de la primera línea de defensa, respecto a lo identificado los cuatrimestres anteriores.
- De acuerdo a la severidad de la zona el riesgo inherente en la mayoría de riesgos se ubican en zona Alta (26) con un porcentaje del (67%), seguida de zona moderada (10) con porcentaje del (26%)
- Como 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: en zona Moderada, 31 riesgos con un porcentaje del (84%), zona alta 4 con un porcentaje de (11%), y en zona baja, 2 riesgos con un porcentaje del (5%).
- Se concluye que después de la evaluación independiente realizada por la Oficina asesora de control interno se replantea la calificación final de los controles realizada por la segunda línea de defensa, pasando de un 19% a un 27% los controles caracterizados como moderados y para el caso de los caracterizados como débiles fueron reclasificados como moderados.
- En seguimiento al plan de acción se observa la formulación de 19 acciones de manejo de riesgo, de las cuales 12 acciones se cumplieron, 2 están vencidas (Gestión de activos fijos) y 5 acciones deben ser redefinidas. Se recomienda implementar acciones que a futuro se conviertan en controles o acciones específicas que conlleven a la disminución de la probabilidad y/o impacto del riesgo.
- Se evidencio inoportunidad en el cargue de la información, esto teniendo en cuenta que la segunda línea de defensa, estableció un plazo para el cargue de las evidencias

resultado de la aplicación de los controles definidos y el diligenciamiento del formato OADS-F-36 formato seguimiento y autocontrol gestión de riesgos.

### **ALERTAS DE MEJORA**

- Se evidenció que los soportes adjuntados por algunos procesos no son suficientes para verificar la ejecución 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 Integral de Gestión de riesgos.
- Teniendo en cuenta que se dio cumplimiento a las acciones definidas con: "Documentar procedimiento central de cuenta asociadas actividades relacionadas para la recepción, revisión, verificación y control de todas las cuentas por pagar de la entidad" procedimiento que se encuentra vigente en DARUMA con código AF-PR-44, "Documentar procedimiento de verificación de títulos del personal asistencial en misión, CPS, administrativos y de planta de la institución", procedimiento que se encuentra vigente en DARUMA con código TH-PR-53 y Documentar procedimiento de contratación y venta de servicios de salud, procedimiento que se encuentra vigente en DARUMA con código AC-PR-01, se recomienda establecer el control respectivo y actualizar la matriz de riesgos, ya que para este seguimiento estas acciones ya se habían cumplido.
- Se recomienda a la segunda línea de defensa (Gestión del riesgo), actualizar el diseño de los controles y sus respectivos soportes de evidencias de los siguientes riesgos TH-RC-03, SF-RC-01, SF-RF-02, GD-RC-01 asociados a los procesos de (Gestión de talento humano, Gestión farmacéutica, Gestión documental ), esto teniendo en cuenta que mencionan responsables que no corresponden a la acción, documentos que no se encuentran en el listado maestro de documentos y /o incumplen con lo establecido en la Norma fundamental.
- 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. REITERATIVO

- Se recomienda al proceso Gestión documental, ajustar la codificación del formato F-28 "SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA de acuerdo a lo establecido en la norma fundamenta (debe iniciar por el código del proceso)
- Se recomienda dar cumplimiento a los plazos establecido en los planes de acción, lo anterior teniendo en cuenta que de los 19 acciones establecida 1 proceso no cumple con la acción propuesta
- Se recomienda a la segunda línea de defensa (Gestión del riesgo), Fortalecer el proceso de consolidación de evidencias de la ejecución y efectividad de los controles definidos por parte de los líderes de proceso y sus equipos de trabajo
- 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 a la segunda línea de defensa, tener en cuenta la adopción del nuevo mapa de procesos, según lo establecido en la resolución 330 de 2024

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.

## **ANEXO 1. SEGUIMIENTO SEGUNDO CUATRIMESTRE RIESGOS SICOFIS-2024**

**CORDIALMENTE**

**ORIGINAL FIRMADO**

**DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ**

Asesora de Control interno  
ESE Hospital San Rafael de Tunja

Proyecto: Claudia Stella Sáenz Jiménez  
Profesional Especializado OACI