

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

1

INFORME

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

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, enero de 2025



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



8-7405030



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



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



SC-CER900254



SA-CER500814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

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

GENERALIDADES

2

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 Diciembre 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 SICOFS, – tercer cuatrimestre de 2024, tomando como referente los parámetros normativos y metodológicos vigentes a la fecha del seguimiento:

- 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.



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



8-7405030



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



- 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 SICOFS
- 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
- Programa de gestión del riesgo OADS-PG-02
- Formato OADS-F-41 MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)
- 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 SICOFS, 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 programa de gestión del riesgo OADS-PG-02 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



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



8-7405030



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



ALCANCE

Con el presente informe se realiza seguimiento al mapa de riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno SICOFS para el periodo comprendido entre el 1 de septiembre y 31 de diciembre 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.

4

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 ruta en línea asociada al correo de la coordinación de riesgos 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:



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



8-7405030



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



SC-CER906254

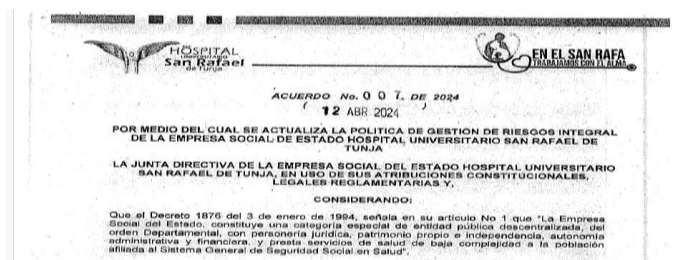


SA-CER500814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO



Fuente: Pantallazo Acuerdo 007 de 2024

5

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 SICOFS. 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 SICOFS

El día 03 de enero de 2025, 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 30 de diciembre de 2024



Fuente: Pantallazo Publicación página web



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



8-7405030



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



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

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 41 riesgos, 2 más que en el periodo anterior, asociados a los sub proceso de gestión ambiental y seguridad y salud en el trabajo. En la siguiente tabla se describe los riesgos y controles identificados por proceso.

6

Tabla 1. Numero de riesgos y controles

Proceso	Subproceso	RIESGOS	CONTROLES
Gestión de calidad	Calidad	1	2
Gestión de recursos físicos	ambiental	1	2
Talento humano	Seguridad y salud en el trabajo	1	2
Talento humano	Talento humano	5	6
Investigación	Investigación	1	1
Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	1	1
Atención ambulatoria	Atención ambulatoria	1	2
Quirófanos	Salas de Cirugía	1	2
Gestión farmacéutica	Gestión farmacéutica	3	4
Gestión jurídica	Gestión jurídica	1	1
Gestión financiera	Tesorería	3	3
Gestión financiera	Gestión financiera	1	1
Gestión de recursos físicos	Gestión de suministros y activos fijos	3	4
Gestión de contratación	Gestión de contratación	4	6
Gestión de la información	Gestión documental	1	2
Gestión de la información	Tecnologías de la información	3	5
Gestión de recursos físicos	Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento	2	5
Gestión financiera	Auditoría	2	2
Gestión financiera	Facturación	1	1
Gestión financiera	Cartera	3	3
Direccionamiento estratégico	Gestión comercial	1	1
Control interno	Control interno	1	2
TOTAL		41	58

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



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



8-7405030



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



ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

En la actualidad el mapa de riesgos SICOFS cuenta con un total de 41 riesgos, de los cuales 25 corresponden a corrupción, 3 de fraude, 4 de opacidad y 9 de soborno. Participación que se puede observar en la siguiente tabla y gráfica.

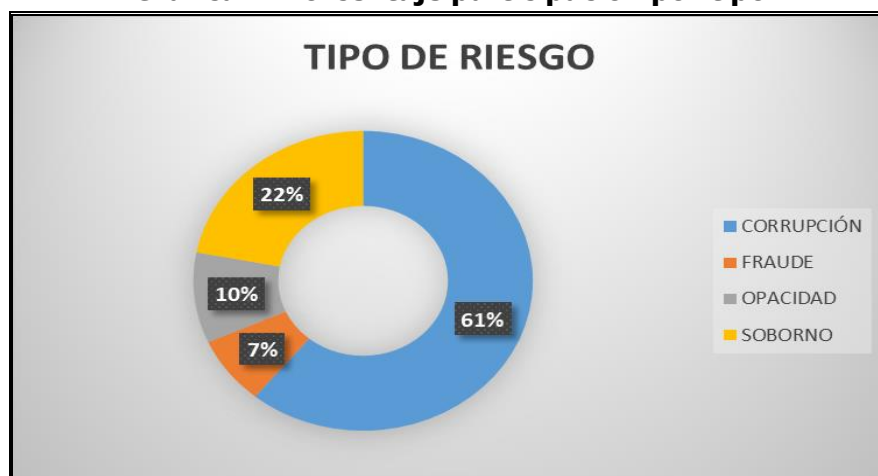
Tabla No 2 Riesgos por tipo

TIPO DE RIESGO	NUMERO	PORCENTAJE
CORRUPCIÓN	25	61%
FRAUDE	3	7%
OPACIDAD	4	10%
SOBORNO	9	22%
TOTAL	41	100%

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

7

Grafica 1. Porcentaje participación por tipo



Fuente: Mapa de riesgos formato OADS-F-14



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



8-7405030



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

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



SC-CER900254



SA-CER500814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

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:

Tabla No 3 Panorama de riesgos

Código del Riesgo	Zona de riesgo inherente	Zona de riesgo residual
CA-RC-01	Moderado	Moderado
GA-RC-01	Moderado	Moderado
SST-RC-01	Moderado	Moderado
TH-RC-01	ALTO	Moderado
TH-RO-01	Moderado	Moderado
TH-RC-02	ALTO	Moderado
TH-RC-03	Moderado	Moderado
TH-RC-04	ALTO	Moderado
INV-RO-01	Moderado	Moderado
SIAU-RS-01	ALTO	Moderado
CE-RC-01	ALTO	Moderado
QX-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	Moderado
AF-RS-02	ALTO	Moderado
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
S-RC-01	Moderado	Bajo
S-RC-02	ALTO	Moderado
S-RO-01	ALTO	Moderado

IB-RC-01	Moderado	Bajo
IB-RF-01	ALTO	Moderado
GRF-RC-01	Moderado	Moderado
AF-RC-02	Extremo	Alto
AF-RC-03	Extremo	Alto
AF-RC-04	ALTO	Moderado
AF-RS-03	ALTO	Moderado
AF-RS-04	ALTO	Moderado
AF-RS-05	ALTO	Moderado
AC-RS-01	ALTO	Moderado
OACI-RC-01	Moderado	Moderado

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

9

Tabla No 4 zona de riesgo inherente/residual

DESCRIPCIÓN	ZONA DE RIESGO INHERENTE				
	EXTREMA	ALTA	MODERADA	BAJA	TOTAL
RIESGOS CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO	3	26	12	0	41
	ZONA DE RIESGO RESIDUAL				
	0	3	36	2	41

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

De los 41 riesgos SICOFS identificados, en zona inherente tres (3) riesgos se encuentran ubicados en zona extrema, veintiséis (26) en zona Alta, doce (12) en zona moderada y Mediante el establecimiento y valoración de controles, se evidencia una disminución de la zona Extrema y Alto a nivel moderado y 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 programa de gestión del riesgo OADS-PG-02 **Primera línea de defensa (Autocontrol)**: Durante la aplicación de las acciones de seguimiento cada líder de proceso debe mantener la traza o documentación respectiva de todas las actividades realizadas, para garantizar de forma razonable que dichos riesgos no se materializarán y por ende que los objetivos del proceso se cumplirán, mediante el formato OADS-F-36 Seguimiento y Autocontrol Gestión de Riesgos / Primera Línea de Defensa.



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



8-7405030



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



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



SC-CER900254



SA-CER500814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

En el sistema de gestión documental DARUMA se encuentra publicado el formato OADS-F-36. FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN 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.

10

1.5 SEGUIMIENTO EFECTUADO POR LA SEGUNDA LÍNEA- GESTIÓN DEL RIESGO

La Segunda línea de defensa es la: Encargada de asegurar el adecuado diseño de los controles para la mitigación de los riesgos establecidos por la primera línea de defensa y su correcta aplicabilidad, validando que estos estén aportando al reducción o mitigación del riesgo, determinando las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de los mismos a fin de evitar que se materialicen. Realiza informe de seguimiento y monitoreo tomando como base el Formato OADS-F-36 y soportes cargados en la ruta dispuesta para el cargue de información respectiva. Utiliza OADS-F-41 MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS para presentar informe final.

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 tercer cuatrimestre 2024." el cual fue radicado en la oficina de control interno 09 de enero de 2025 cuyo objetivo fue: Realizar seguimiento y monitoreo a los riesgos y verificación de la aplicación de los controles propuestos en el mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno SICOFS código OADS-F-14 de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael Tunja.

La segunda línea de defensa realizó las siguientes actividades para dar cumplimiento al seguimiento:

- A través de correo electrónico se solicitó a la primera línea de defensa 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 / primera línea de defensa con fecha máxima de entrega al 03 de enero del 2025.
- 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.
- Realizaron acompañamiento a los procesos a fin de fortalecer el cargue de los soportes que evidencien la aplicación de los controles, así como recordar la importancia del cargue de soportes en versiones actualizadas.



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



8-7405030



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



- Mediante correo electrónico se socializó el formato OADS-F-36 formato seguimiento y autocontrol gestión de riesgos/primer línea de defensa y se realizó acompañamiento 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 uno de los riesgos objeto de seguimiento.

11

- 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 en el link <https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=171&seccion=nuestra-entidad&slug=mapa-de-riesgo-de-corrupcion,-opacidad,-fraude-y-soborno->

Como resultado seguimiento realizado por la segunda línea se concluyó lo siguiente:

Después de realizar la evaluación de los controles se observa que el 69% de los controles son Fuertes, el 29% son moderados y un 2% 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 5 calificación final del Control

CALIFICACIÓN FINAL DEL CONTROL	No. Controles	Porcentaje (%)
FUERTE	40	69%
MODERADO	17	29%
DEBIL	1	2%

Fuente. Informe monitoreo segunda línea tercer cuatrimestre 2024

De acuerdo con lo anterior, se observa que la segunda línea de defensa, cumplió con las responsabilidades mencionadas en Programa de gestión de riesgo OADS-PG-02: "Realiza informe de seguimiento y monitoreo tomando como base el formato OADS-F-36 y soportes cargados en la ruta dispuesta para el cargue de información respectiva".

1.6 RESULTADO DE LA EVALUACIÓN REALIZADA POR LA TERCERA LÍNEA DEFENSA A LOS RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO –SICOFS

Tercera línea de defensa: Realizar informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo en donde evalúa de manera independiente y objetiva los controles de 2ª línea de defensa, evalúa los controles de 1ª línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2ª línea de defensa, para asegurar su efectividad y revisar la efectividad de los



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



8-7405030



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



ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

controles, planes de mejora y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos de la institución para evitar la materialización de estos.; y eleva alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgos.

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 CÓDIGO: OADS-F-14 denominado: "MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO (SICOFS)", agregándole una columna de Observaciones Oficina de control interno tercer 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 alertas de mejora 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.**

12

Esta verificación se realizó con base en las evidencias cargadas por los procesos en en la ruta definida en la red institucional definida 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 SICOFS se concluyó lo siguiente:

Tabla No 6. OBSERVACIONES CONTROL INTERNO TERCER CUATRIMESTRE 2024

Identificación de riesgo			Evaluación del riesgo - Valoración de los controles	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO TERCER CUATRIMESTRE 2024
Subproceso	Código del Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	
Calidad	CA-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 tercer cuatrimestre de 2024, el responsable del control adjunta C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios (3) del formato C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS No se presentaron Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado y la resolución por ende cambio. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Calidad			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 tercer cuatrimestre de 2024, el responsable del control, adjunta Especificaciones técnicas, Propuestas no aportan Evaluación técnica definitiva C-F-31 del periodo evaluado Las evidencias aportadas no permiten verificar la adecuada aplicación del control (incompletas)



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



8-7405030



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



ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

ambiental	GA-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 tercer cuatrimestre de 2024, el responsable del control adjunta C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios (1) del formato C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS (1), lo cual permite observar que 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. Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado y la resolución por ende cambio. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
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 tercer cuatrimestre de 2024, el responsable del control adjunta 1 Evaluación técnica definitiva C-F-31 del periodo evaluado, aportan 2 pero uno no corresponde al periodo. 2. Especificaciones técnicas (2) 3. Propuestas (4) Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Seguridad y salud en el trabajo	SST-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 tercer cuatrimestre de 2024, el responsable del control adjunta formato C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS(2) suministro elementos de protección, y mantenimiento y relación de elementos de respuesta de emergencias pendiente formato C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios no se presentaron Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado y la resolución por ende cambio. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.



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 tercer cuatrimestre de 2024, el responsable del control, adjunta 1 Informe de Evaluación jurídica definitiva C-F-32 del periodo evaluado (1) 2 Evaluación técnica definitiva C-F-31 (1) Especificaciones técnicas 3 Propuestas Se recomienda ajustar control y los soportes de evidencias incluyendo el formato aportado según evaluación técnica C-F-32 Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
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 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 tercer 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. 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: modalidad prestación de servicios (34) personal en misión (140), planta (2) soportes que permiten evidenciar que el profesional de nómina verificó, cumplimiento de los requisitos. 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 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.
Talento humano	TH-RO-01	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 tercer cuatrimestre de 2024, El responsable del control informa que para este cuatrimestre no se realizaron procesos de contratación para actividades de bienestar social para personal de planta y suministro de dotaciones Para este periodo no se puede evaluar la aplicación del control
Talento humano	ERA CORRUPCIÓN - PASAN OPACIDAD		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 tercer cuatrimestre de 2024, El responsable del control informa que para este cuatrimestre no se realizaron procesos de contratación para actividades de bienestar social para personal de planta y suministro de dotaciones Para este periodo no se puede evaluar la aplicación del control



Talento humano	TH-RC-02	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 THF-67 Declaración de situaciones de conflicto de intereses servidor público o contratista, TH-F-92 Formato de declaración de intereses particulares del personal en misión	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el responsable del control informa que el personal de planta no aplica el diligenciamiento del formato TH-F-67, teniendo en cuenta que el funcionario diligencio la declaración de bienes y rentas 2003 de 2019 que no es potencial en conflictos de interés, este formato únicamente se diligencia cuando se reportan los conflictos. 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 tesorería. Se recomienda incluir en el control y los soportes la declaración de bienes y rentas 2013 de 2019 REITERATIVO Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Talento humano	TH-RC-03	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, recepciona 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	Con corte al tercer 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 (1) lo cual permite observar la adecuada aplicación del control en el periodo evaluado. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Talento humano	TH-RC-04	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.	El profesional de talento humano una vez radica la solicitud al correo electrónico realiza seguimiento a las mismas a través de la matriz de seguimiento de requisitos de formación continua del estándar de talento humano- personal en misión código TH-F-88 de acuerdo a lo descrito en el procedimiento TH-PR-53 verificación de títulos.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el responsable del proceso, adjunta como evidencia bases de datos de verificación de títulos y muestras de solicitudes de verificación y respuestas de las mismas, sin embargo, se aclara que esta verificación se debe realizar en el formato TH-F-88. Matriz de seguimiento de requisitos de formación continua del estándar de talento humano- personal en misión, documento que no fue aportado. Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, ya que no utilizan formato establecido (TH-F-88. Matriz de seguimiento de requisitos de formación continua del estándar de talento humano- personal en misión).



Investigación	INV-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	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta información por mes de los siguientes formatos: SEPTIEMBRE GAC-F-04 Consentimiento informado comité de bioética, sin diligenciar completamente, GAC-F-05 Carta de compromiso del comité de bioética e investigación adjuntan formato en versión desactualizada 3 y a la fecha está en versión 4 , GAC-F- 6 Formato de evaluación y seguimiento de evaluaciones en versión desactualizada 2 y a la fecha está en versión 3 y sin diligenciar completamente , GAC-F -14 Resumen de investigación versión desactualizada 2 y a la fecha está en versión 3 , Actas de comité de investigación y bioética (septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2024),no adjuntan listados de asistencia. Se recomienda para el caso del GAC-F- 6 Formato de evaluación y seguimiento de evaluaciones, asegurar que todos los espacios se diligencien (Visto bueno, fechas, contenido) Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, ya que utilizan formatos desactualizados y no están diligenciados completamente se recomienda permanentemente revisar y fortalecer el control para evitar la materialización del mismo.
Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	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 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".	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes documentos :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 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. REITERATIVO 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.



Atención ambulatoria	CE-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 Atención Ambulatoria 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 tercer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta: (2) formatos C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios fecha 28/08/2024, servicios especializados de otorrinolaringología y servicio especializado en cirugía general, a su vez adjuntan copi de contrato suscrito No 560 y 563 Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado y la resolución por ende cambio. Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo, sin embargo se sugiere actualizar el control de acuerdo a las observaciones de la OACI
Atención ambulatoria			La coordinación de Atención Ambulatoria, 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 tercer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunto: (2) formato C-F-31 Evaluación Técnica definitiva del periodo evaluado, con sus respectivas propuestas 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.
Salas de Cirugía	QX-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	El coordinador de Quirófanos 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 tercer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta: (2) formatos C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios Cirugía vascular y hemodinámica de los meses de noviembre y diciembre, como evidencia de que el responsable del control emite dicho documento. Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado y la resolución por ende cambio. Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo, sin embargo se sugiere actualizar el control de acuerdo a las observaciones de la OACI
Salas de Cirugía			El coordinador de quirófano 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)	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta formato C-F-31 Evaluación Técnica definitiva del periodo evaluado de SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA VASCULAR Y HEMODINÁMICA, como evidencia de que el responsable del control según necesidad, basada en los requisitos contractuales y especificaciones técnicas emite el Concepto Técnico Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.



Gestión farmacéutica	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	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	Con corte al tercer 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 (1) y 21 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-27Se recomienda ajustar control y soportes del control incluyendo el formato C-F-27 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD PARA CONTRATACIÓN DIRECTA - REITERATIVOSe 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
Gestión farmacéutica	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.	Los regentes y tecnólogos administrativos cotejan los inventarios aleatorios mensualmente a través del formato SF-F-58 "Control de inventarios y fechas de vencimiento" con el fin de garantizar que las existencias físicas sean concordantes con el saldo reportado por el sistema (SERVINTE)	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunto, 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 Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Gestión farmacéutica	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	La enfermera jefa durante la primera semana de cada mes verifica el estado actual de los medicamentos, dispositivos médicos (fecha de vencimiento, lote, y cantidad), la cual queda registrada en el formato SF-F-36 Y SF-F-38, teniendo en cuenta el procedimiento SF-PR-61 Custodia, verificación, uso y reposición del carro de paro y reservas autorizadas con el fin de verificar el estado actual y uso de los medicamentos y dispositivos médicos.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024,, el proceso adjunta muestra de los siguientes soportes de los: Formatos SF-F-36 Inventario de carro de paro, en versión diferente a la documentada en DARUMA a la fecha este documento se encuentra en versión 7 y adjuntan evidencias en versión 8 y para el caso del Formato SF-F-38 Listado de reserva autorizada de medicamentos y dispositivos médicos , adjuntan soportes en versión diferente a la documentada en DARUMA. Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, ya que no utilizan formato desactualizados
Gestión farmacéutica			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.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunto, Formatos SF-F-59 Auditoria de carros de paro diligenciados y como evidencia de que el químico farmacéutico realiza auditorías de carro de paro trimestralmente 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



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



8-7405030



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



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



SC-CER900254



SA-CER500814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Gestión jurídica	OAJ-RC-01	Posibilidad de providencias en contra de la institución, por ineffectivo 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	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos: Matriz general de procesos OAJ-F-18 del periodo evaluado, adjuntan Informe trimestral al Comité de Conciliación realizado en el mes de diciembre de 2024. 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 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.
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	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el responsable del control aporla 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 al mes de diciembre de 2024. Se evidencia que el control es efectivo, le apunta al riesgo y está funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.
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	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta FORMATO OADS-F-36 en donde se indica que se realizó seguimiento al proceso de reporte de información financiera a través de interfaces y que es insumo de la elaboración de Estados financieros correspondiente a los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2024, a través de matriz cargada como evidencia en el seguimientos a riesgos de índole contable verificada por control interno, para el caso de los Estados Financieros hasta el mes de noviembre se verificó su adecuada publicación mensual en la página web institucional. Se debe actualizar el control teniendo en cuenta que la resolución 048 del 2021, a la fecha esta derogada, se recomienda no describir número de resolución, sino resolución vigente, con el fin de no hacer cambios continuos en el mapa de riesgos El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6 Se evidencia que el control es efectivo, le apunta al riesgo y está funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.



Tesorería	AF-RS-01	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias y económicas por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para agilizar o demorar el pago.	El profesional de tesorería y/o el tecnólogo administrativo una vez se radica la cuenta validan que estas cumplan con los requisitos establecidos en el procedimiento AF-PR-44 Tramite de cuentas, según sea el caso se diligencia el formato AF-F-24 Constancia de radicación de cuentas de cobro y facturas de contratos de prestación de servicios para contratos por prestación de servicios y/o el formato AF-F-25 Constancia de radicación de cuentas de cobro de suministros y proveedores de servicios.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta formato AF-F-25 Constancia de radicación de cuentas de cobro de suministros y proveedores de servicios de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2024. Presentan formato AF-F-24 Constancia de radicación de cuentas de cobro y facturas de contratos de prestación de servicios de los meses de octubre, noviembre y diciembre. Los formatos gestionados del mes de diciembre no coinciden en cuanto a la versión y última fecha de actualización. Se evidencia que el proceso aplica el control, pero no de manera adecuada, ya que en el mes de diciembre no se utilizan los formatos en la versión y fecha aprobados en DARUMA.
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.	El profesional de tesorería y/o el tecnólogo administrativo una vez se radica la cuenta validan que estas cumplan con los requisitos establecidos en el procedimiento AF-PR-44 Tramite de cuentas, según sea el caso se diligencia el formato AF-F-24 Constancia de radicación de cuentas de cobro y facturas de contratos de prestación de servicios para contratos por prestación de servicios y/o el formato AF-F-25 Constancia de radicación de cuentas de cobro de suministros y proveedores de servicios.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta formato AF-F-25 Constancia de radicación de cuentas de cobro de suministros y proveedores de servicios de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2024. Presentan formato AF-F-24 Constancia de radicación de cuentas de cobro y facturas de contratos de prestación de servicios de los meses de octubre, noviembre y diciembre. Los formatos gestionados del mes de diciembre no coinciden en cuanto a la versión y última fecha de actualización. Se evidencia que el proceso aplica el control, pero no de manera adecuada, ya que en el mes de diciembre no se utilizan los formatos en la versión y fecha aprobados en DARUMA.
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 tercer 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 (septiembre, octubre, noviembre diciembre) lo que permite corroborar que hay coincidencia entre la certificación de recibido a satisfacción, la factura y el comprobante de ingreso) Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.



Gestión de 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 tercer cuatrimestre de 2024, el técnico administrativo del almacén adjunta los siguientes soportes: Muestra 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 septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2024), lo cual permite observar la adecuada aplicación del control. Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión de contratación	C-RC-01	Etapas de Selección: Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias, penales y fiscales debido a la vulneración a principios de la contratación pública a favor de un tercero en la selección del contratista	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.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, El responsable del control adjunta: 1. Excel matriz procesos contractuales del tercer cuatrimestre de 2024 2. Muestreo del formato diligenciado C-F-31 EVALUACIÓN TÉCNICA DEFINITIVA 3. 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) 4. Muestreo de propuestas oferentes y Respuestas de observaciones a requerimientos 5. Muestreo de actas de expedientes contractuales C-F-26 5. PANTALLAZOS DE CONVOCATORIAS PUBLICAS, REQUERIMIENTOS PUBLICADOS EN PAGINA WEB del periodo evaluado. 6. Muestreo de carpetas hojas de vida con toda la documentación. 7. Link de publicación en la página SECOP II, del período evaluado Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado y la resolución por ende cambio, adicionalmente se debe ajustar los soportes de las evidencias teniendo en cuenta que el formato TH- F-68 ENTREVISTA CONCEPTO TÉCNICO (SUPERVISOR), por solicitud del proceso de TH fue pasado Obsoleto 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 Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.



Gestión de contratación			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.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el responsable del control adjunta las siguientes soportes de la ejecución del control: (9) Actas de comité de contratación realizadas en el periodo evaluado 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. Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión de contratación	C-RC-02	Etapas de Ejecución: Posibilidad de investigaciones de carácter penal debido al favorecimiento a un tercero en la aceptación de bienes y/o servicios que no cumplan con las condiciones técnicas exigidas y/o las actividades del objeto contractual	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.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, El responsable del control adjunta: 1. Excel matriz procesos contractuales del segundo cuatrimestre de 2024 2. Muestra PDF Formatos C-F-04 informe de supervisión del periodo evaluado, (505, 514, 527, 543,567 y 620), 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. Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión de contratación	C-RS-01	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.	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.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024 el proceso adjunta los siguientes formatos: Listado de contratos de convocatoria pública y requerimientos, publicados en SECOP y página WEB, evaluación de los contratistas. Formato C-F-30 JURÍDICA, C-F-31 TÉCNICA del periodo evaluado, a la vez adjuntan soportes de formato C-F-29 INFORME EVALUACIÓN JURÍDICA DEFINITIVA, formatos que no se encuentran descritos en el control , ni en los soportes Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado y la resolución por ende cambio, adicionalmente incluir el formato C-F-29 INFORME EVALUACIÓN JURÍDICA DEFINITIVA Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.



Gestión de contratación			La secretaría técnica del comité de contratación según necesidad para el caso de convocatoria pública documenta a través de actas, el estudio del proceso y la selección del contratista.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el responsable del control adjunta las siguientes soportes de la ejecución del control: (9) Actas de comité de contratación realizadas en el periodo evaluado lo que permite evidenciar que la secretaría técnica del comité de contratación según necesidad, para el caso de convocatoria pública, documenta a través de actas. Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión de contratación	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.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, El responsable del control adjunta: 1. Excel matriz procesos contractuales del segundo cuatrimestre de 2024 2. PDF Formatos C-F-04, informe de supervisión del periodo evaluado,(muestra de los contratos 584,592,598,611,615,617,618,62,621,627 y 631) 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 Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Gestión 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 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.	Con corte al tercer 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 del periodo evaluado Se recomienda ajustar los soportes de evidencias incluyendo el formato GD-F-12 Testigo, lo anterior teniendo en cuenta que lo describen en el control REITERATIVOSe evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Gestión documental			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".	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, se presentan como evidencia por parte del responsable del proceso los formatos: AHC-F-06 «REGISTRO 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), sin embargo adjuntan soportes



				de formato GD-F-32 SOLICITUD COPIA HISTORIA CLÍNICA 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" a su vez se debe actualizar el procedimiento AHC-PR-05 SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA EN CONSULTA EXTERNA E INTERNACIÓN REITERATIVA, ya que este documento está anclado a este procedimiento. REITERATIVA Se evidencia que el proceso aplica el control, pero no de manera adecuada, ya que el formato utilizado no se encuentra establecido en el control, ni soportes de las evidencias y adicionalmente el procedimiento se encuentra desactualizado
Tecnologías de la información	S-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 del proceso de TIC genera los datos del sistema de información Servinte Clinical Suite Enterprise de acuerdo con el instructivo reporte de 2193 Ministerio de Salud 6.0. Los datos generados del sistema son publicados en archivo de Excel en la ruta: \\HSRTUNCLU\Estadísticas\Estadísticas\ para revisión y uso de la información por las diferentes áreas del hospital, mediante la protección contra escritura del archivo publicado y con permisos de acceso a las áreas directamente implicadas	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta informe de las Evidencias de Reporte Mensual Decreto 2193 del periodo evaluado, sin embargo no se pudo verificar la ruta ya que la describe el control nos envía a información del 2022 y a su vez adjuntan pantallazos de los 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. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva, sin embargo se recomienda actualizar el control y los soportes de los mismos (ruta de publicación) y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Tecnologías de la información			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 tercer 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. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Tecnologías de la información			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 tercer cuatrimestre de 2024, el líder del proceso adjunta los siguientes soportes: pantallazo de directorio activo de usuarios registrados, correspondiente al 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.
Tecnologías de la	S-RC-02	Posibilidad de sanciones	Los profesionales de talento humano a través de la plataforma GLPI junto con el	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta muestra de los siguientes



información		administrativas y disciplinarias por uso indebido de la información para obtener un beneficio particular.	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.	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. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Tecnologías de la información	S-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 Imagina. 6. SICOF RPM 7. Comprala 8. Cuórum	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos :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 (Daruma, Enterprise, Okarum, Orfeo, Servinte, Sicofo) Se recomienda ajustar el control y los soportes , teniendo en cuenta que no se describe el código del formato C-F-04 INFORME DE SUPERVISIÓN REITERATIVA Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento	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 tercer cuatrimestre de 2024, el líder del proceso adjunta soportes C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA, Anexo Especificaciones Técnicas (contrato 497,598,600,626), adjuntan también soportes del formato C-F-27, EL CUAL NO SE ENCUENTRA DENTRO DEL CONTROL Y LOS SOPORTES Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado y la resolución por ende cambio, adicionalmente incluir el formato C-F-27 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD PARA CONTRATACIÓN DIRECTA Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.



Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento			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 tercer cuatrimestre de 2024, el líder del proceso adjunta Formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva, contrato, anexo técnico, especificaciones técnicas y servicios posventa. (contrato 497,598,600,626), lo que permite observar que el líder de Biomédica, basado en la oferta de tecnologías del mercado realiza el análisis de especificaciones técnicas conforme a la necesidad del Hospital Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento			El líder de Biomédica conforme a la necesidad verifica el cumplimiento de las especificaciones técnicas de los equipos de acuerdo a la pertinencia y efectividad de la tecnología solicitada conforme a lo establecido en el procedimiento IB-PR-09 Análisis de Ingreso de nuevas Tecnologías mediante el formato IB-F-01 Proceso de validación de ingreso de Activos relacionados con equipos biomédicos	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el líder del proceso adjunta formato IB-F-01 Formato Proceso de validación de ingreso de Activos relacionado con equipos Biomédicos de fecha 04/10/2024 Grúa maxi move, pero no adjunta Acta de recibo del equipo a satisfacción Las evidencias aportadas no permiten verificar la adecuada aplicación del control (incompletas)
Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento			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 tercer cuatrimestre de 2024, el líder del proceso adjunta FORMATO C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD PARA REQUERIMIENTOS SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA, de los contratos 497,598,600 y 626), adjuntan explicación que no es clara y no corresponde al periodo evaluado, adicionalmente el control describe en el Manual de priorización para reposición de tecnología biomédica IB-M-03, el cual no se encuentra en el listado maestro de documentos DARUMA no permiten verificar la adecuada aplicación del control
Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento	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 las rondas diarias registradas en el formato IB-F-05 "Reporte diario de fallas de equipos biomédicos" y por los llamados de las áreas a través del aplicativo HRCATCH, al identificar el daño del equipo biomédico por mala manipulación al servicio responsable el diligenciamiento del formato F-54 "Reporte de daño de dotación hospitalaria, se diagnostica el equipo, se registra el reporte de mantenimiento correspondiente en el formato IB-F-24, se programa la capacitación en el servicio y se deja registro en el formato TH-F-15, con el fin de evitar la ocurrencia del evento.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el técnico biomédico adjunta los siguientes soportes: 1. Formato IB-F-05 "Reporte diario de fallas de equipos biomédicos" del periodo evaluado 2. Pantallazos llamados de las áreas a través del aplicativo CATCH 3. Formato TH-F-15 Asistencia de colaboradores a eventos de capacitación para crear conciencia en el buen uso de los equipos personal sala de partos de fecha 13 de noviembre de 2024 Pendiente adjuntar IB-F-24 Reporte De Mantenimiento Digital Catch y Formato IB-F-54 "Reporte de daño de dotación hospitalaria (adjuntan oficio) para el caso de este formato se recomienda verificarlo en DARUMA, teniendo en cuenta que aparece con código errado (F-54 REPORTE DE DAÑO DE DOTACIÓN HOSPITALARIA) Las evidencias aportadas no permiten verificar la adecuada aplicación del control



Gestión de suministros y activos fijos	GRF-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	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, El responsable del control adjunta: formatos diligenciados C-F-28 Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad, ecos (Sala de partos, Gases medicinales, Ocia, instalación llamados de enfermería), lo que permite observar que el líder de mantenimiento emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión de suministros y activos fijos			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 tercer cuatrimestre de 2024, el responsable del control adjunta: Evaluación Técnica definitiva C-F-31, Sala de partos, Gases medicinales, Ucia, instalación llamados de enfermería), No adjunta especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores Las evidencias aportadas no permiten verificar la adecuada aplicación del control (incompletas)
Auditoría	AF-RC-02	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 $\leq 4\%$ sobre la facturación neta de la vigencia	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el responsable del control aporta: 1. Pantallazos de actas de conciliación y muestreo de octubre, noviembre y diciembre en formatos AM-F-02 Acta de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones. 2. Muestra aleatoria de 4 actas de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones. Se observa que el formato AM-F-02 aportado de MEDISANITAS no tiene firma del gestor de conciliaciones, ni el formato AM-F-02 de fecha 6 de noviembre 2024 tiene firma de la auditoría de la policía. 2. Indicador mensual 546 Aceptación de glosa de la vigencia con cargue a noviembre de 2024, con resultado de cumplimiento de 1,13. 3. Informe III trimestre de análisis de aceptación de glosa. Se evidencia que se aplica el control, pero no es efectivo por no contener la totalidad de firmas del formato AM-F-02 y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Facturación	AF-RC-03	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 tercer cuatrimestre de 2024, el responsable del control aporta: 1. Soportes de Formato F-F-17 Control de evidencias por facturación revisada del periodo evaluado. 2. Actas de 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	AF-RC-04	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 perjudicado 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 Recauda Pagares.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el responsable del proceso aporta: 1. Actas de comité de cartera del periodo evaluado, en donde se puede observar el informe mensual de cartera y seguimiento a pagarés. El acta del mes de noviembre se adjuntó sin listado de firmas. 2. CAR-F-17 LISTA DE CHEQUEO SEGUIMIENTO A COBRO PERSUASIVOS 50%, radicados en diciembre 2024. 3. CAR-F-15 Lista de chequeo seguimiento a cobro persuasivos, incompleta ya que se encuentra diligenciada hasta el mes de abril de 2024. 4. CAR-F-16 Lista de chequeo verificación y seguimientos a pagares desde el año 2010 a 2024 Se evidencia que el proceso aplica el control, pero no de manera adecuada, ya que el formato CAR-F-15 no está elaborado con seguimiento a la fecha de este seguimiento.
Auditoría	AF-RS-03	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 $\leq 4\%$ sobre la facturación neta de la vigencia.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el responsable del control aporta: 1. Pantallazos de actas de conciliación y muestreo de octubre, noviembre y diciembre en formatos AM-F-02 Acta de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones. 2. Muestra aleatoria de 4 actas de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones. Se observa que el formato AM-F-02 aportado de MEDISANITAS no tiene firma del gestor de conciliaciones, ni el formato AM-F-02 con la auditoria de la policía y de fecha 6 de noviembre 2024. 3. Indicador mensual 546 Aceptación de glosa de la vigencia con cargue a noviembre de 2024, con resultado de cumplimiento de 1,13. 4. Informe III trimestre de análisis de aceptación de glosa. Se evidencia la aplicación del control, pero no es efectivo por la falta de firmas en el formato AM-F-02, se recomienda continuar con la implementación del control.
Cartera	AF-RS-04	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 tercer 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 diligenciado en versión desactualizada. *Actas de comité de cartera del mes de septiembre, octubre y noviembre de 2024, correspondientes al periodo evaluado, lo cual permite evidenciar que mensualmente se realiza la gestión para los cobros persuasivos. Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, ya que utilizan formatos desactualizados



Cartera	AF-RS-05	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 pagarés 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 tercer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos: Formatos CAR-F-16 " lista de chequeo verificación y seguimiento a pagares" y Acta de comité mensual de cartera de septiembre, octubre y noviembre de 2024 Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo.
Gestión comercial	AC-RS-01	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 tercer cuatrimestre de 2024, el coordinador y profesional de apoyo de la oficina comercial adjunta convenio con Asorsalud, Cárdenas visión y contrato interadministrativo con Policía Nacional) del periodo evaluado. En el segundo cuatrimestre cumplen con la acción establecida en el plan relacionada con: Documentar procedimiento de contratación y venta de servicios de salud, el cual se encuentra en listado maestro de documento de DARUMA con el código AC-PR-01 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.
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 auditoria OACI-F-02 y cuando se presente para su aprobación el Plan de trabajo de la Auditoria, 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 auditoria OACI-M-01, a través del Anexo 1 Declaración de Conocimiento código de Ética de la Auditoría Interna y la carta de representación de veracidad y oportunidad de la información OACI-F-06	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, el proceso adjunta los siguientes formatos :Plan Anual de auditoria 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 auditorias programadas para el tercer cuatrimestre las cuales relaciono a continuación: Auditoria realizada al proceso Gestión financiera, Inventarios, Cajas tesorería, contratación, sistemas de información) . Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control. El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 6 Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.



Control interno			El asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoria OACI-F-02 Verifica el grado de conformidad y cumplimiento frente a las disposiciones planificadas por la institución y los requisitos aplicables a éstos, según lo establecido en el procedimiento Realización de auditorías internas OACI-PR-02, mediante el formato OACI-F-04 Plan de auditoria OACI-F-04 Informe Final de Auditoria OACI-F-16	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024,, el proceso adjunta los siguientes formatos :Plan de auditoria OACI-F-04 vigencia 2024 , Informe final de Auditoria OACI-F-16 correspondientes a las auditorias realizada en el segundo cuatrimestre las cuales relaciono a continuación: Informe final auditoria Gestión financiera, Inventarios, Cajas tesorería, contratación, sistemas de información) Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control. Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.
-----------------	--	--	--	--

Fuente: Mapa de riesgos SICOFS OADS-F-14

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 DAFF, 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) evalúo 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:



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



8-7405030



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



ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Tabla No 8 Calificación controles OACI

CALIFICACIÓN FINAL DEL CONTROL	No. Controles	Porcentaje (%)
FUERTE	39	67%
MODERADO	16	27%
DEBIL	1	2%
NA	2	4%

Fuente. Propia insumo Seguimiento tercera línea

31

Como se puede observar en la anterior tabla de los 58 controles evaluados y verificados se observó que un 67% 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, un 2% esta clasificados como débiles, asociado a no cargue de las evidencias establecidas en el control. Resultados que se muestran a continuación.

Tabla No 9 calificaciones diseño controles OACI

Código del Riesgo	CALIFICACIÓN SEGUNDA LÍNEA	CALIFICACIÓN TERCERA LÍNEA
CA-RC-01	FUERTE	FUERTE
	FUERTE	MODERADO
GA-RC-01	FUERTE	FUERTE
	MODERADO	FUERTE
SST-RC-01	FUERTE	FUERTE
	FUERTE	FUERTE
TH-RC-01	FUERTE	FUERTE
	MODERADO	NA
TH-RO-01	MODERADO	NA
	MODERADO	NA
TH-RC-02	FUERTE	FUERTE
TH-RC-03	FUERTE	FUERTE
TH-RC-04	FUERTE	MODERADO
INV-RO-01	FUERTE	MODERADO
SIAU-RS-01	FUERTE	FUERTE
CE-RC-01	FUERTE	FUERTE
	FUERTE	FUERTE
QX-RC-01	FUERTE	FUERTE
	FUERTE	FUERTE
SF-RC-01	FUERTE	MODERADO



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



8-7405030



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



SC-CER906254

SA-CER560814

OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

SF-RF-01	FUERTE	FUERTE
SF-RF-02	MODERADO	MODERADO
OAJ-RC-01	FUERTE	MODERADO
AF-RC-01	FUERTE	FUERTE
AF-RO-01	FUERTE	FUERTE
AF-RS-01	FUERTE	MODERADO
AF-RS-02	FUERTE	MODERADO
A-RC-01	FUERTE	FUERTE
A-RC-02	MODERADO	FUERTE
C-RC-01	FUERTE	FUERTE
C-RC-02	MODERADO	FUERTE
C-RS-01	FUERTE	FUERTE
C-RS-02	MODERADO	FUERTE
GD-RC-01	FUERTE	MODERADO
S-RC-01	FUERTE	FUERTE
S-RC-02	FUERTE	FUERTE
S-RO-01	FUERTE	FUERTE
IB-RC-01	MODERADO	FUERTE
IB-RC-01	FUERTE	FUERTE
IB-RC-01	MODERADO	MODERADO
IB-RC-01	DÉBIL	DÉBIL
IB-RF-01	MODERADO	MODERADO
GRF-RC-01	FUERTE	FUERTE
GRF-RC-01	MODERADO	MODERADO
AF-RC-02	MODERADO	MODERADO
AF-RC-03	FUERTE	FUERTE
AF-RC-04	MODERADO	MODERADO
AF-RS-03	MODERADO	MODERADO
AF-RS-04	MODERADO	MODERADO
AF-RS-05	MODERADO	FUERTE
AC-RS-01	FUERTE	FUERTE
OACI-RC-01	FUERTE	FUERTE
OACI-RC-01	FUERTE	FUERTE

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 31 de diciembre 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.

33

Tabla No 10 Seguimiento planes 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	Con corte al tercer cuatrimestre de 2024, El responsable del control informa que para este cuatrimestre no se realizaron procesos de contratación para actividades de bienestar social para personal de planta y suministro de dotaciones
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	Adjuntan evidencias de manera trimestral de los informes 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	La coordinación de Atención Ambulatoria según necesidad emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio Se sugiere eliminar y/o replantear acción dado que describen lo establecido en el control
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	La coordinación de mantenimiento según necesidad emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio Se sugiere eliminar y/o replantear acción dado que describen lo establecido en el control



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



8-7405030



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



SC-CER900254

SA-CER500814

OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

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	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 Se sugiere eliminar y/o replantear acción dado que describen lo establecido en el control
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	Los abogados de la oficina jurídica realizan seguimiento diario a los procesos judiciales frente a términos para defensa técnica Se sugiere eliminar y/o replantear acción dado que describen lo establecido en el control
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.	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. Se sugiere eliminar y/o replantear acción dado que describen lo establecido en el control
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.	La contadora del HUSRT mensualmente valida la generación de interfaces del sistema de información SERVINTE de los procesos responsables. Se sugiere eliminar y/o replantear acción dado que describen lo establecido en el control
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	El líder de almacén según la necesidad verifica el cumplimiento contractual frente a las especificaciones técnicas de los bienes e insumos a ingresar Se sugiere eliminar y/o replantear acción dado que describen lo establecido en el control



Documentar procedimiento entrega de insumo y suministros	Coordinador de Almacén	Junio de 2024	Cuatrimestral	Procedimiento actualizado	Se verifico en listado maestro de documentos el día 03/01/2025, 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	Se recomienda ajustar el control y los soportes de las evidencias, teniendo en cuenta la actualización en DARUMA del formato F-28 "SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA" a su vez se debe actualizar el procedimiento AHC-PR-05 SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA EN CONSULTA EXTERNA E INTERNACIÓN REITERATIVA, ya que este documento está anclado a este procedimiento.
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	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. Se sugiere eliminar y/o replantear acción dado que describen lo establecido en el control
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	El analista principal diariamente verifica que los egresos generados estén efectivamente facturados. Se sugiere eliminar y/o replantear acción dado que describen lo establecido en el control
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 Auditoria realizada a cada proceso	Asesor oficina de control interno	Enero a diciembre 2024	Cuatrimestral	Declaración del conocimiento código de ética	Se sugiere eliminar y/o replantear acción dado que describen lo establecido en el control
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 y/o replantear acción dado que describen lo establecido en el control

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 dio 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 vigencia 2025

CONCLUSIONES

36

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

- Se cuenta con programa de gestión del riesgo OADS-PG-02, el cual Aplica a todos los procesos, subprocesos, servicios y colaboradores de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada tipo y clasificación de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa.
- Se identificaron 41 riesgos, se evidencia dos riesgos 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 31 de diciembre de 2024, está conformado por cuarenta y un (41) riesgos, 25 corresponden a corrupción, 3 fraude, 4 opacidad y 9 de soborno, los cuales tienen definidos un total de (58) cincuenta y ocho controles
- 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.
- 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,
- De acuerdo con la información que reportó la primera línea de defensa en la matriz de riesgos de corrupción con corte al 31 de diciembre de 2024, monitoreo realizado por la



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



8-7405030



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



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.

- De acuerdo a la severidad de la zona el riesgo inherente en la mayoría de riesgos se ubican en zona moderada (36) con porcentaje del (88%), seguida zona alta (3) con un porcentaje del (7%)
- 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 69% a un 67%, los controles caracterizados como fuerte, de un 29% a un 27%, los controles caracterizados como débiles se mantienen y se identificaron dos (2) que para este cuatrimestre no se les puede verificar la aplicación de los mismos.
- En cuanto a los planes de acción se observa la formulación de 15 acciones de manejo de riesgo, de las cuales, 1 se encuentra vencida (Gestión de activos fijos) y 14 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, reiteró mediante correo electrónico la 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

37

ALERTAS DE MEJORA

- Se recomienda ajustar los controles que dentro de su contenido citan lo establecido en resolución 173 de 2023 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019, lo anterior teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado y la resolución por ende cambio. Es importante que se describa solamente normatividad vigente, con el fin de no modificar el control cada vez que cambie esta.
- 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) relacionado con el Riesgo TH-RC-01 observación, adicionalmente ajustar el control del riesgo TH-RC-02 incluir en el control y los soportes la declaración de bienes y rentas 2013 de 2019. REITERATIVA
- Se recomienda ajustar control y soportes del control asociados al riesgo IB-RF-01, ya que cita el manual IB-M-03, el cual no se encuentra en el listado maestro de documentos DARUMA y los soportes aportados no coinciden con lo descrito en el control.



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



8-7405030



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



- Se recomienda ajustar el control asociado al riesgo 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.", esto teniendo en cuenta que citan la Resolución 048 de 2021, la cual a la fecha se encuentra derogada. Es importante que se describa solamente normatividad vigente, con el fin de no modificar el control cada vez que cambie esta.
- 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.
- Se recomienda al subproceso que dentro de sus controles tiene definido actividades relacionadas con la realización de comités, tener en cuenta lo establecido en el Artículo 4. METODOLOGÍA de la Resolución 371 de 2023, el cual establece que el acta del comité se legaliza con la firma del presidente y secretario del respectivo comité junto con el formato firmado asistencia C-F-129
- 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). REITERATIVO
- 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), 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 revisar y ajustar el tipo de riesgo y el propósito del riesgo identificado con el código TH-RO-01 "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."
- Se recomienda tener en cuenta lo establecido en el PROGRAMA DE GESTIÓN DE RIESGOS OADS-PG-02 "El resultado de la evaluación por la tercera línea de defensa, se toma como insumo para la construcción del mapa de riesgos para la siguiente vigencia, teniendo en cuenta situaciones como si se ha realizado modificaciones al proceso con el fin de determinar si estas generan ajustes en la identificación, análisis o valoración del riesgo"

39

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 TERCER CUATRIMESTRE RIESGOS SICOFIS-2024

CORDIALMENTE

ORIGINAL FIRMADO

DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ

Asesora de Control interno
ESE Hospital San Rafael de Tunja

Proyecto: Claudia Stella Sáenz Jiménez
Profesional Especializado OACI



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



8-7405030



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

