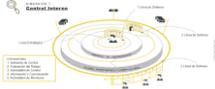


Nombre de la Entidad:	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Periodo Evaluado:	01 de Enero de 2024 al 30 de Junio de 2024



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	82%
---	-----

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	En proceso	La E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja dispone de un conjunto de metodologías, técnicas y mecanismos de índole administrativa y organizacional para la gestión de los recursos. Estos se encuentran implementados en el Sistema de Control Interno mediante la Resolución 123 de 2019. Dicha resolución establece la estructura de trabajo y la articulación con el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), a través de sus componentes: ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicaciones, y actividades de monitoreo. Los procesos de la E.S.E. trabajan de manera coordinada con el objetivo de lograr una mejora continua y un alcance eficaz de los objetivos y metas institucionales. La articulación de estos procesos en el marco del MECI garantiza una gestión integral que favorece la eficiencia operativa y la consecución de los fines institucionales.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El Sistema define medidas necesarias para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, riesgos y mecanismos de control que permitan alcanzar las metas propuestas. Sin embargo, es necesario mantener el seguimiento y control de los diferentes procesos institucionales y dar continuidad a la implementación del Sistema de Control Interno. Se requiere fortalecerlo en busca de su mejora continua.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja ha implementado el esquema de líneas de defensa dentro del Sistema de Control Interno, a través de la Resolución 123 de 2019, el Manual MECI y la Política de administración del riesgo. Se han asignado roles y responsabilidades para la línea Estratégica (Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno); Primera Línea (Líderes de proceso); Segunda línea (Oficina Asesora desarrollo de servicios en acompañamiento, con la oficina de planeación, líderes de los sistemas de gestión ambiental, Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo, líder de seguridad digital y líder de seguridad del paciente) y Tercera línea (Oficina de control interno). Sin embargo, es necesario continuar articulando las líneas de defensa y cumplir con los objetivos institucionales.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	si	77%	<p>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja:</p> <p>Aprobación y Seguimiento del Plan Anual de Auditoría: La entidad aprueba y supervisa el Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por la Oficina de Control Interno, lo que asegura una revisión continua y un control efectivo de las actividades.</p> <p>Resoluciones Importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Resolución 285 de 2023: Establece el "Comité Institucional de Coordinación de Control Interno". *Resolución 225 de 2024: Define roles frente al Sistema de Control Interno. *Resolución 371 de 2023: Reglamenta la metodología y el proceso de control y monitoreo del trabajo en equipo. *Política de Gestión de Riesgos Integral (Acuerdo No. 007 de 2024): Asegura una gestión proactiva de riesgos. *Publicación del Plan Estratégico de Talento Humano: Publicado en la página web de la entidad el 31 de enero de 2024, este documento abarca componentes clave como el plan de capacitaciones, plan de incentivos, medición del clima organizacional, planeación de talento humano, preparación para el retiro, evaluación de desempeño y programa de bienestar, todos con su respectivo cronograma de actividades. <p>Auditoría Interna: La auditoría interna fortalece la gestión del Talento Humano mediante la verificación del cumplimiento de los planes contenidos en el Plan Estratégico de Talento Humano. El informe de auditoría incluyó un análisis detallado del segundo semestre de 2023 y del primer trimestre de 2024, presentando no conformidades y áreas de mejora.</p> <p>Alertas de Mejora</p> <ul style="list-style-type: none"> *Actualización del Código: El código estaba desactualizado, lo cual requiere una revisión y actualización inmediata para alinearlo con las normativas vigentes. *Fortalecimiento de Comités de Convivencia: Es necesario asegurar una documentación adecuada y detallada que refleje fielmente las discusiones y decisiones tomadas en las actas de los comités de convivencia. *Área Disciplinaria Interna: Implementar un protocolo claro y efectivo para gestionar desviaciones y fortalecer los canales de denuncia de conflicto de interés para el cliente interno. *Seguridad de la Información: Considerar las recomendaciones emitidas por la Oficina de Control Interno en su informe de seguimiento de riesgos para fortalecer los procedimientos internos y prevenir riesgos informáticos. Asegurar la revisión continua y efectiva de los buzones de clientes internos y externos. *Línea de Denuncia Interna: Continuar con el análisis sobre la viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad. *Plan de Acción FURAG: Identificar y documentar las debilidades y fortalezas en la implementación del Código de Integridad mediante un plan de acción del Modelo de Planeación y Gestión. *Control de Formatos Desactualizados: Fortalecer los controles relacionados con la posibilidad de no conformidades por la utilización de formatos desactualizados, asegurando la adherencia a la norma fundamental y la concertación con el líder de procesos y procedimientos. *Evidencias y Documentación: Aportar evidencias debidamente diligenciadas, garantizando que sean legibles, completas, y que proporcionen evidencia de la conformidad con los requisitos, así como la operación eficaz y efectiva del sistema de Gestión de Calidad. 	77%	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Hospital Universitario San Rafael de Tunja ha promulgado varias resoluciones importantes, entre ellas: <ul style="list-style-type: none"> • La Resolución 285 de 2023 establece el "Comité Institucional de Coordinación de Control Interno". • La Resolución 123 del 2019, en su artículo 13, define roles frente al Sistema de Control Interno. • La Resolución 371 del 2023 reglamenta la metodología y el proceso de control y monitoreo del trabajo en equipo. • Además, la entidad cuenta con la política de gestión de riesgos integral (Acuerdo No. 015 de 2023). • Para el año 2023, se destaca el aumento en la percepción positiva del personal en relación con las actividades realizadas, especialmente en la intervención del clima laboral, con un porcentaje positivo del 83.14%. Sin embargo, se observa una baja participación del personal en la aplicación de la encuesta, y se identifica que la variable con menor calificación es el medio ambiente, mientras que la administración del talento humano recibe la mayor calificación. • INFORME EJECUTIVO POA TALENTO HUMANO PRIMER SEMESTRE DE 2023: El plan estratégico de Talento Humano tiene como objetivo fortalecer la gestión del Talento Humano, centrando sus esfuerzos en el desarrollo de competencias para satisfacer las necesidades de bienestar y formación, en concordancia con los lineamientos de MIPG en la dimensión del Talento Humano. Esto contribuirá al ámbito profesional, mejorando la calidad de la atención al usuario y generando valor público. <p>ALERTAS DE MEJORA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A partir de los resultados de FURAG, se recomienda identificar y documentar las debilidades y fortalezas en la implementación del Código de Integridad mediante un plan de acción del Modelo de Planeación y Gestión. • En la política de Integridad, se sugiere formular un plan de acción pertinente y socializarlo en comité para fortalecer la implementación y mejorar la calificación en el índice de medición de evaluación de desempeño institucional. • Con respecto a la política de Talento Humano, se insta a formular un plan de acción y socialización en comité para fortalecer la implementación y lograr una óptima calificación en el índice de medición de resultados de desempeño institucional. • Se debe realizar un informe sobre la apropiación de valores y principios del servicio público por parte de los servidores, incluyendo análisis de desviaciones, convivencia laboral y temas disciplinarios internos. • En el informe de plan anticorrupción, se recomienda finalizar la actividad de revisar y actualizar los instrumentos de gestión de la información. • Se sugiere incorporar riesgos y controles asociados en materia de integridad pública. • Se insta a realizar un análisis de viabilidad para establecer una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad, cumpliendo con lo descrito en el Anexo Técnico. • Se recomienda socializar y capacitar a los servidores en las actualizaciones normativas en materia de talento humano. • Es importante desarrollar jornadas de capacitación y/o divulgación sobre participación ciudadana, rendición de cuentas y control social para los servidores y contratistas. • Se sugiere implementar el eje de transformación digital en el Plan de Bienestar Social e Incentivos de la entidad. • Actualizar y diligenciar los formatos y procedimientos, como el código C-PR-04 evaluación de proveedores. <p>Estos pasos contribuirán al mejoramiento continuo y fortalecimiento del desempeño institucional en todas las áreas mencionadas.</p>	0%

Evaluación de riesgos	Si	91%	<p>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja</p> <p>Procedimientos Estandarizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> * OADS-PR-05: Elaboración del Plan de Desarrollo. * OADS-PR-06: Elaboración del Plan Operativo Anual Institucional. * OADS-PR-07: Elaboración del Plan Operativo Anual por Proceso. <p>Estos procedimientos aseguran el seguimiento del cumplimiento de metas por parte de la tercera línea y la socialización de los resultados en el Comité Institucional de Control Interno.</p> <p>Política de Gestión de Riesgos Integral:</p> <p>Adoptada mediante el Acuerdo No. 007 de 2024: Abarca toda la entidad, incluyendo regionales, áreas tercerizadas y otras instancias que impactan la prestación del servicio.</p> <p>Marco de Responsabilidades y Roles: Alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno". La segunda línea, liderada por la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios y la Coordinación de Riesgos Integral, desempeña un papel crucial en el monitoreo y revisión de la gestión de riesgos.</p> <p>Comunicación Regular: Al Comité de Coordinación de Control Interno sobre cambios e impactos en la evaluación del riesgo.</p> <p>Articulación entre Informes:</p> <p>Los informes realizados por la segunda y tercera línea son socializados con la alta dirección a través del Comité Institucional de Control Interno y el Comité de Gestión Integral. Esto asegura una comunicación efectiva y una toma de decisiones informada.</p> <p>Aspectos a Mejorar</p> <p>Incorporar Controles Asociados a Riesgos de Integridad Pública:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Fortalecer la gestión integral de riesgos mediante la implementación de controles específicos para los riesgos identificados en materia de integridad pública. <p>Actualización de Resoluciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Actualizar la Resolución 222 de 2021, la cual establece la planificación, evaluación y rendición del informe de gestión, para que adopte planes operativos de acuerdo a los lineamientos establecidos en el plan de desarrollo 2020-2024, conocido como "En el San Rafa se trabaja con el alma". <p>Fortalecer las Decisiones de la Alta Dirección:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Asegurar que las decisiones relacionadas con la materialización de riesgos sean sólidas y efectivas. <p>Obtención de Información para la Materialización del Riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Recopilar información de diversas fuentes como la Mesa de Ayuda de tecnología interna, el área de atención al usuario, PQRD, la Oficina Jurídica, líneas internas de denuncia y encuestas de percepción. Esto permitirá evaluar la percepción interna y externa sobre la entidad y sus prácticas. <p>*Cultura del Reporte de Cambios o Materialización de Riesgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Capacitar a los líderes y grupos de trabajo sobre la ocurrencia de eventos de riesgo y brindar asesoría necesaria para que se reporten de manera oportuna. Esto permitirá tomar decisiones efectivas frente a los controles y mejorar la respuesta ante materializaciones de riesgos. 	93%	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • La entidad cuenta con la Resolución 222 del 2021, que establece la planificación, evaluación y rendición de informes de gestión en el Hospital Universitario San Rafael de Tunja. Esta resolución impulsa la adopción de planes operativos en concordancia con los lineamientos del plan de desarrollo 2020-2024. La formulación de estos planes se realiza por procesos, servicios, unidades funcionales o programas estratégicos, coordinados por la Oficina de Desarrollo de Servicios, alineándose con las metas institucionales definidas en el plan de desarrollo. • La entidad cuenta con una Política de Gestión de Riesgos Integral adoptada mediante el Acuerdo No. 015 de 2023. Esta política abarca toda la entidad, incluyendo regionales, áreas tercerizadas y otras instancias que impactan la prestación del servicio. • La política de gestión de riesgos integral establece un marco de responsabilidades y roles alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno". La segunda línea, liderada por la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios, junto con la Coordinación de Riesgos Integral y otros responsables, desempeña un papel crucial en el monitoreo y revisión de la gestión de riesgos. La comunicación regular al Comité de Coordinación de Control Interno sobre cambios e impactos en la evaluación del riesgo es una práctica establecida. <p>ASPECTOS A MEJORAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incorporar controles asociados a los riesgos identificados en materia de integridad pública para fortalecer la gestión integral de riesgos. • Implementar herramientas que abarquen bases históricas para la gestión de eventos y indicadores clave de riesgo, mejorando así la capacidad de anticipar y gestionar posibles riesgos. • Para la materialización del riesgo, la entidad debe obtener información de diversas fuentes, como la selección de la Mesa de Ayuda de tecnología interna, el área o proceso de atención al usuario, PQRD, la Oficina Jurídica, líneas internas de denuncia, y encuestas de percepción. Esto permitirá evaluar la percepción interna y externa sobre la entidad y sus prácticas. • Fortalecer la cultura del reporte de cambios o materialización de riesgos. Esto implica capacitar a los líderes y grupos de trabajo sobre la ocurrencia de estos eventos y brindar la asesoría necesaria. La idea es que se reporten las materializaciones de los riesgos para tomar decisiones oportunas y efectivas frente a los controles. 	-2%
Actividades de control	si	79%	<p>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja:</p> <p>Política de Gestión de Riesgos Integral:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Acuerdo No. 007 de 2024: En el artículo quinto, se asignan responsabilidades y roles alineados con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno" y el MECI, garantizando una adecuada gestión del riesgo mediante acciones, métodos y procedimientos de control. <p>-El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo, con monitoreo por parte de la segunda línea y evaluación por la tercera línea. Se verifica que los responsables ejecuten los controles según lo diseñado, conforme a la política de administración de riesgos de la entidad.</p> <p>Segunda Línea de Defensa:</p> <p>Realiza seguimiento y monitoreo de la gestión del riesgo conforme al manual de gestión de riesgos OADS-M-02, utilizando el formato OADS-F-41. Presenta informes consolidados a todas las líneas de defensa.</p> <p>Tercera Línea de Defensa:</p> <p>Lleva a cabo un seguimiento independiente y objetivo a las primeras dos líneas de defensa, asegurando la efectividad y oportunidad de los controles. La Oficina de Control Interno presenta observaciones y recomendaciones de mejora sobre la identificación y mitigación de riesgos, cumpliendo con la Política Integral de Gestión del Riesgo.</p> <p>Alertas de Mejora</p> <p>*Informe Mensual en Software DARUMA:</p> <p>Se realiza un informe mensual sobre la operatividad y estado de los documentos en el Software DARUMA, asegurando la actualización y el control documental.</p>	79%	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se aprobó el plan anual de auditoría para la vigencia 2023, incluyendo auditorías internas y de certificación para ISO 9001:2015 Gestión de calidad, seguridad y salud en el trabajo ISO45001:2018, y gestión ambiental ISO14001:2015. • Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 015 de 2023), en su Artículo 5, se establece claramente la responsabilidad del monitoreo y revisión de la gestión de riesgos, alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno". Este proceso se desarrolla con el MECI mediante un esquema de asignación de responsabilidades y roles, garantizando así una adecuada gestión del riesgo. • Se realiza un informe sobre la operatividad y realización de documentos en el Software DARUMA y el estado de los documentos. • Existe un PROGRAMA DE GESTIÓN DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN, que describe actividades y su seguimiento porcentual a través de 6 indicadores. • El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo, con monitoreo por parte de la segunda línea y evaluación y seguimiento por parte de la tercera línea, acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad. Se verifica que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados. <p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • La entidad carece de matrices y roles de usuarios que sigan los principios de segregación de funciones. • No hay claridad sobre las situaciones específicas en donde no es posible segregarse adecuadamente las funciones. 	0%

			<p>Diseño y Evaluación de Controles:</p> <p>Alertas de mejora</p> <p>Segregación de Funciones:</p> <p>La entidad carece de matrices y roles de usuarios que sigan los principios de segregación de funciones, y no hay claridad sobre situaciones específicas donde no es posible segregar adecuadamente las funciones.</p> <p>Materialización de Riesgos y Debilidades en Controles:</p> <p>Auditorías internas durante el primer semestre de 2024 revelaron la materialización de riesgos y debilidades en los controles relacionados con la posibilidad de no conformidades por el uso de formatos desactualizados y falta de adherencia a la norma fundamental. Se deben fortalecer los controles y actualizar los documentos en la plataforma DARUMA.</p> <p>Alertas a la Alta Dirección:</p> <p>Es crucial generar y socializar alertas a la Alta Dirección sobre el informe de "Operatividad y realización de documentos en Software DARUMA y estado de los documentos" en el Comité de Gestión y Desempeño.</p> <p>Infraestructuras Tecnológicas y Gestión de Seguridad:</p> <p>Se debe continuar fortaleciendo las actividades de control relevantes sobre infraestructuras</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Es importante generar alertas a la Alta Dirección sobre el informe emitido "Operatividad realización de documentos en Software DARUMA y estado de los documentos" y socializarlas en el Comité de Gestión y Desempeño. • Se recomienda definir en la Política de Administración de Riesgos el esquema de líneas de defensa, identificando instancias responsables del seguimiento y monitoreo a la gestión del riesgo institucional, incluyendo líderes de planes, programas o proyectos, oficial de seguridad de la información, líder de contratación, líder de talento humano y líder de tecnologías, como instancias de segunda línea de defensa. 	
<p>Información y comunicación</p>	<p>si</p>	<p>68%</p>	<p>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja</p> <p>*Política de Operación de Comunicaciones: CO-PO-01: Define los niveles de autoridad y responsabilidad respecto a la comunicación interna y externa, asegurando una estructura clara y efectiva.</p> <p>*Subproceso de Comunicaciones: Dispone de documentos que facilitan la comunicación interna, mejorando su efectividad y alcance.</p> <p>*Cumplimiento del Plan de Mejoramiento: El profesional de la oficina de control interno verificó la documentación registrada en el software Daruma, relacionada con el Plan de Mejoramiento de la auditoría a comunicaciones, evidenciando que se dio cumplimiento a las acciones propuestas.</p> <p>Alertas de mejora</p> <p>*Gestión de Datos: La entidad necesita contar con un inventario y diccionario de datos, evaluar las capacidades y competencias en el uso y explotación de datos, y la implementación de lineamientos en materia de datos.</p> <p>*Participación de Líderes de Proceso: Buscar nuevas alternativas para involucrar a los diferentes líderes de proceso en la planeación y elaboración del plan de comunicaciones. Crear una herramienta con estrategias para la comunicación interna y externa.</p> <p>*Informe en el Comité Institucional: Presentar un informe en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno sobre los mecanismos implementados para que la Alta Dirección comunique los objetivos y metas estratégicos, involucrando a los funcionarios.</p> <p>*Operatividad de la Ventanilla Única: Desplegar actividades para poner en operatividad la ventanilla única, mejorando la eficiencia de las comunicaciones.</p> <p>*Seguridad de la Información: Identificar y mantener las condiciones para garantizar la seguridad de la información. Identificar los flujos de información (vertical, horizontal, externa).</p> <p>*Fortalecimiento de la Comunicación Interna: Mejorar la comunicación interna dirigida a la Alta Dirección y los mecanismos para dar a conocer los objetivos y metas estratégicas. Asegurar que todo el personal entienda su papel y evaluar la efectividad.</p> <p>*Evaluaciones Continuas: Realizar evaluaciones continuas para asegurar que las políticas estén alineadas con las necesidades cambiantes de la organización y se implementen efectivamente en todos los niveles.</p> <p>*Mecanismos de Quejas y Denuncias: Fortalecer y promover los mecanismos de quejas y denuncias anónimas de clientes internos. Implementar acciones específicas para mejorar su efectividad y asegurar respuestas adecuadas y oportunas.</p> <p>*Informes Semestrales del Subproceso de Comunicaciones: El líder del subproceso de comunicaciones debe rendir informes semestrales al Comité de Control Interno y/o al Comité de Gestión y Desempeño sobre la comunicación interna de la alta dirección. Analizar las debilidades del proceso.</p> <p>*Comunicación Externa: Continuar fortaleciendo los medios de comunicación externa para lograr mayor cobertura y eficiencia en las comunicaciones emanadas por la entidad.</p> <p>*Caracterización de Grupos de Valor: Contar con información suficiente de los procesos involucrados para lograr una correcta caracterización de los grupos de valor.</p> <p>*Auditoría al Subproceso de Comunicaciones: La oficina de control interno tiene proyectada efectuar</p>	<p>57%</p>	<p>*FORTALEZAS</p> <p>*Se realizó depuración de la estructura documental</p> <p>*Se creó el «MANUAL DE VENTANILLA ÚNICA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA» y cronograma de actividades para su despliegue.</p> <p>*La oficina de Control Interno dentro del Plan de Mejoramiento de la auditoría a comunicaciones verificó la implementación de procedimientos formatos y manual de comunicación</p> <p>DEBILIDADES</p> <p>*Con respecto a la gestión de datos, la entidad debe: Contar con un inventario y diccionario de datos; Evaluar las capacidades y competencias de la entidad con relación al uso y explotación de datos; Evaluar la implementación de lineamientos en materia de dato.</p> <p>El proceso cuenta con la POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES» CO-PO-01, Sin embargo, no se tienen claramente definidos los niveles de autoridad y responsabilidad</p> <p>*Se deben realizar evaluaciones continuas, para asegurar que las políticas estén alineadas con las necesidades cambiantes de la organización y que se estén implementando de manera efectiva en todos los niveles.</p> <p>Es necesario buscar nuevas alternativas para que los diferentes líderes de proceso, se involucren en la planeación de la elaboración del plan de comunicaciones y construir una herramienta que tenga estrategias para ejecutar durante la vigencia, en temas relacionados con la comunicación interna y externa.</p> <p>Se sugiere la presentación de un informe, en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, respecto a que mecanismos se están implementando para que la Comunicación Interna de la Alta Dirección, dé a conocer objetivos y metas estratégicos, y la forma en que se pueda involucrar a los funcionarios en este proceso.</p> <p>Se requiere desplegar las actividades que pongan en operatividad la ventanilla única</p> <p>Es importante que se identifique y se mantenga las condiciones para garantizar la seguridad de la información</p> <p>Identificar los flujos de la información (vertical, horizontal, hacia afuera de la entidad, entre otros)</p>	<p>11%</p>

Monitoreo	No	93%	<p>Reuniones Periódicas del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno: El comité se reúne regularmente para revisar y seguir los informes emitidos por la Oficina de Control Interno, así como el Plan Anual de Auditorías, buscando la mejora del Sistema de Control Interno. Durante estas reuniones, se socializan las evaluaciones independientes y el Informe Semestral de Control Interno, estableciendo compromisos y contribuyendo a la mejora continua.</p> <p>Auditorías y Seguimientos Periódicos: La Oficina de Control Interno realiza auditorías y seguimientos periódicos, analizando la ejecución del riesgo y los controles establecidos para evitar su materialización.</p> <p>Asesoría en la Formulación de Planes de Mejora: La Oficina de Control Interno brinda asesoría para la formulación de planes de mejora eficaces, contribuyendo a satisfacer las necesidades de los grupos de valor.</p> <p>Aspectos por Mejorar</p> <p>*Mejora de los Planes de Mejoramiento: Articular los mecanismos relacionados con los planes de mejoramiento resultantes de las auditorías de revisoría fiscal.</p> <p>Medidas Preventivas: Implementar medidas preventivas más robustas mediante capacitación continua para el personal en procedimientos internos y revisión periódica de controles, reduciendo riesgos de fraudes y errores operativos.</p> <p>* Fortalecer la toma de decisiones del comité institucional de coordinación de control interno en lo relacionado a: Plan estratégico de talento humano, SIGEP, fortalecer acciones implementadas para la prevención de fraude, fallas y procedimientos que afecten la gestión financiera , fallas y procedimientos que afecten la gestión administrativa , fallas o incumplimientos que afecten el servicio o atención ciudadano , mecanismos sobre el conflicto de interés.</p>	93%	<p>FORTALEZAS:</p> <p>* El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se reúne periódicamente para la revisión y seguimiento de los informes emitidos por la Oficina de Control Interno, así del Plan Anual de Auditorías, buscando la mejora del Sistema de Control Interno.</p> <p>*El comité institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, socializa las evaluaciones independientes y el Informe semestral de Control Interno con el fin de establecer compromisos y contribuir a la mejora continua.</p> <p>*La Oficina de Control Interno realiza auditorías y seguimientos periódicos donde se analiza la ejecución del riesgo y la operación controles establecidos para evitar su materialización.</p> <p>*La Oficina de Control Interno realiza asesoría para la Formulación de planes de mejora eficaces que contribuyan a satisfacer las necesidades de los grupos de valor.</p> <p>ASPECTOS POR MEJORAR:</p> <p>* La oficina de control interno continuara con la con la actualización del procedimiento planes de mejoramiento, mediante la coordinación entre áreas de Calidad y mejora continua .</p> <p>* Se debe ajustar la caracterización del proceso de control interno.</p> <p>* Se realizaran campañas de autocontrol direccionadas por la oficina de control interno</p> <p>*El jefe de Control Interno debe verificar durante la vigencia evaluada, el cumplimiento de las políticas, lineamientos y estrategias en materia de Talento Humano aplicadas por la entidad en lo relacionado a:</p> <p>A) Se asignaron los recursos presupuestales para atender el 100% de las necesidades de capacitación, bienestar y calidad de vida laboral.</p> <p>B) Se atendieron las causales de retiro estrictamente señaladas por la ley.</p> <p>C)Se evaluó el desempeño del 100% de los servidores de la entidad (de acuerdo con el sistema y formatos previstos para tal fin).</p> <p>D)Se analizó el aporte de la gestión del Talento Humano al cumplimiento de las metas y objetivos de la entidad y se emprendieron acciones para mejorar el desempeño de las personas.</p> <p>E) Se atendieron el 100% de situaciones escaladas al comité de convivencia laboral.</p> <p>F) Se evaluó el aporte de los procesos de capacitación, al mejoramiento de las competencias,</p>	0%
			 Firma Asesor de Control interno			