

Al contestar cite
20221100030071



Tunja, Agosto del 2022

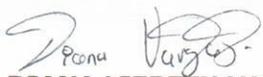
Doctor
YAMIT NOE HURTADO NEIRA
Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad

Ref : Seguimiento Mapa de Riesgos de corrupción -segundo cuatrimestre de 2022.

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

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

Cordialmente,



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

Anexo Informe 8 folios.
C.C Oficina Asesora Desarrollo de servicios, Subgerencias y procesos intervinientes.



E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
GERENCIA

Recibido por 
Hora: 15:30 Día: 09
Mes: 09 Año: 22



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



8-7405030



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



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

1

INFORME

**SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCION SEGUNDO CUATRIMESTRE
2022**

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Elaborado: Claudia Stella Sáenz Jiménez

Tunja, agosto de 2.022



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



8-7405030



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



INFORME SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCION SEGUNDO CUATRIMESTRE 2022

INTRODUCCION

Dando cumplimiento a las funciones propias de la oficina de control interno y al plan anual de auditorías vigencia 2022 se efectuó seguimiento a la matriz mapas de riesgos de corrupción; utilizando herramientas que permitieron recopilar la información sobre la implementación de controles por cada una de las dependencias, con el fin de evitar la materialización de los riesgos

2

El mapa de riesgos de corrupción permite a la entidad identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de corrupción, tanto internos como externos, estableciendo las acciones y medidas orientadas a controlarlos; con un análisis de causas, revisando los riesgos y la efectividad de los controles incorporados en el mapa de riesgos de corrupción del segundo cuatrimestre del 2022

Con el presente seguimiento se analiza el cumplimiento y avance de las actividades incluidas dentro del primer componente del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano "Gestión del Riesgo – Mapa de Riesgos de Corrupción", llevados a cabo por los responsables, durante el periodo comprendido entre mayo y agosto de 2022.

Es importante tener en cuenta que el presente informe está basado en la verificación de las acciones establecidas en la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, riesgos de gestión, corrupción y seguridad de la información V5, diciembre de 2020 documento que rige sobre la materia para las entidades del estado.

OBJETIVO

Evaluar la gestión de los Riesgos de Corrupción 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 y ejecución de los controles para la mitigación de los riesgos que se han establecido por parte de la Primer Línea de Defensa.
2. Hacer seguimiento a las actividades de control establecidas para la mitigación de los riesgos de los subprocesos que se encuentren documentadas y actualizadas.



ALCANCE

Comprende el seguimiento y evaluación a la gestión de riesgos de corrupción la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, durante el periodo comprendido entre el 1 de mayo al 30 de agosto de 2022

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

3

El presente seguimiento se realiza en virtud de lo establecido en el siguiente marco normativo:

- ❖ Artículo 17 del Decreto N° 648 de 2017 que modifica el Artículo 2.2.21.5.3 del Decreto N° 1083 de 2015, donde se define los roles que debe cumplir las oficinas de Control interno de Gestión.
- ❖ Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- ❖ la Ley 1474 de 2011 (artículo 73) y el Decreto 124 de 2016 (artículo 2.1.4.1.) que define las estrategias de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano
- ❖ Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 4 y 5. DAFF.
- ❖ Decreto 1499 de 2017 Modelo Integral de Planeación y Gestión. 7ª. Dimensión Control Interno
- ❖ MIPG. Dimensión 7 "Control Interno"
- ❖ Circular de fecha 03 de junio de 2022 de realización de mesas de Trabajo para la actualización de los mapas de riesgo de proceso y de corrupción - Oficina de planeación
- ❖ Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02

METODOLOGÍA:

Para realizar el presente seguimiento a la gestión del riesgo de corrupción, durante el II cuatrimestre 2022, se verificaron los diferentes soportes y evidencias con corte 30 de agosto de 2022, ejecutando las siguientes actividades:



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



8-7405030



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



- Mediante correo electrónico de fecha 26 de agosto de 2022, se solicitó a los procesos y subprocesos de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja los soportes de seguimiento a la ejecución de los controles y a las acciones emprendidas para fortalecer las actividades de control y monitoreo a la gestión del riesgo de corrupción
- Revisión de las matrices OADS-F-14 MAPA DE RIESGOS CORRUPCION por proceso en donde se encuentra la valoración cuatrimestral de riesgos de Corrupción, realizada por la oficina Asesora de Planeación.
- Verificación a la publicación del "Mapa de riesgos Institucional 2022" a través de la página web realizada
- Verificación de los soportes enviados por medio de correo electrónico, como evidencias de la ejecución de controles por parte de cada proceso y/o sub proceso.

4

RESULTADO DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

DEFINICIÓN Y ADOPCIÓN DE LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIEGOS.

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

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

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

Se evidenció la publicación de la política de administración de riesgos en la página web institucional en la siguiente ruta:
<https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/ckfinder/userfiles/files/Resoluciones/Resoluci%C3%B>



[3n%20261%20de%202022%20la%20cual%20deroga%20la%20res%20116%20de%202022.pdf](#)

IDENTIFICACION, ACTUALIZACIÓN Y PUBLICACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD

IDENTIFICACION RIESGOS DE CORRUPCION

5

En el marco del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano establecido en la Ley 1474 de 2011 (artículo 73) y el Decreto 124 de 2016 (artículo 2.1.4.1.) que define las estrategias de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano se definen los lineamientos para la identificación y valoración de riesgos de corrupción que hacen parte del componente 1: gestión del riesgo de corrupción.

Es importante recordar que el desarrollo de este componente se articula con los demás establecidos para el desarrollo del plan, ya que se trata de una acción integral en la lucha contra la corrupción.

En materia de riesgos asociados a posibles actos de corrupción, la Guía de administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas versión 5 – 2020 establece los siguientes aspectos:

- El riesgo de corrupción se define como la posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
- Los riesgos de corrupción se establecen sobre procesos.
- El riesgo debe estar descrito de manera clara y precisa. Su redacción no debe dar lugar a ambigüedades o confusiones con la causa generadora de los mismos.

De acuerdo a lo establecido en el No 4.2 la Guía de administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas versión 5 – 2020 "los Ajustes y modificaciones" el cual describe que después de su publicación y durante el respectivo año de vigencia, se podrán realizar los ajustes y las modificaciones necesarias orientadas a mejorar el mapa de riesgos de corrupción y las observaciones y recomendaciones de auditoría internas y externas basados en la no identificación de riesgos de procesos misionales y de corrupción, así como algunos riesgos específicos en procesos de apoyo; surge la necesidad de actualizar los mapas de riesgos de proceso y de corrupción.

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



Dando cumplimiento al cronograma de trabajo establecido se realizan mesas de trabajo en el mes de junio de 2022, la oficina asesora de control interno del HUSRT en su rol de asesoría acompaña estas mesas, en las cuales se elaboran e identifican riesgos de proceso y de corrupción, ajustando los mapas de riesgos en procesos estratégicos, de apoyo, misional y de evaluación.

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

6

| MACROPROCESO | PROCESO | RIESGOS 2021 | RIESGOS 2022 | No CONTROLES 2021 | No CONTROLES 2022 |
|------------------------------|---|--------------|--------------|-------------------|-------------------|
| PROCESOS ESTRATEGICOS | Direccionamiento Estratégico y humanización | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Gestión QHSE | 0 | 1 | 0 | 2 |
| | Gestión de investigación e innovación | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Gestión de talento humano | 1 | 2 | 1 | 3 |
| PROCESO DE APOYO | Gestión Financiera | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Gestión Administrativa | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | Gestión Documental | 1 | 1 | 2 | 2 |
| | Gestión de la Tecnología | 1 | 1 | 3 | 3 |
| | Gestión Mantenimiento | 1 | 1 | 2 | 2 |
| | Gestión de Suministros y Activos Fijos | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Gestión Jurídica | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Gestión Servicios de apoyo-TERCERIZADOS | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Gestión de sistemas de información y comunicación | 1 | 1 | 1 | 3 |
| | Gestión contratación | 2 | 2 | 2 | 3 |
| PROCESO MISIONAL | Gestión Clínica | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Unidad de Cuidado Intensivo | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Gestión Quirúrgica | 0 | 1 | 0 | 2 |
| | Atención de Urgencias | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Enfermería | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Epidemiología y Salud Pública | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Farmacia | 1 | 1 | 2 | 1 |
| | Sistema de información y atención al usuario | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Apoyo servicios de salud | 1 | 1 | 1 | 2 |
| EVALUACION | Control Interno | 0 | 1 | 0 | 2 |
| TOTAL | | 15 | 19 | 20 | 31 |

Fuente: Consolidado matrices OADS-F-14 MAPA DE RIESGOS CORRUPCION

ACTUALIZACIÓN MAPA RIEGOS INSTITUCIONAL

El mapa de riesgos Institucional fue actualizado con versión No. 3, el 05 de septiembre de 2022, en el cual se encuentran inmersos los riesgos de corrupción, después de las mesas de trabajo se identificaron 4 nuevos riesgos de corrupción y 11 controles asociados a los mismos, Para un total de 19 riesgos de corrupción y 31 controles; es de anotar que los riesgos de corrupción, se encuentran definidos como: "Posibilidad de que por acción u omisión, se use el poder para la desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado"; a la vez la descripción de los controles cumplen con los lineamientos establecidos, los cuales se encuentran en los siguientes procesos.

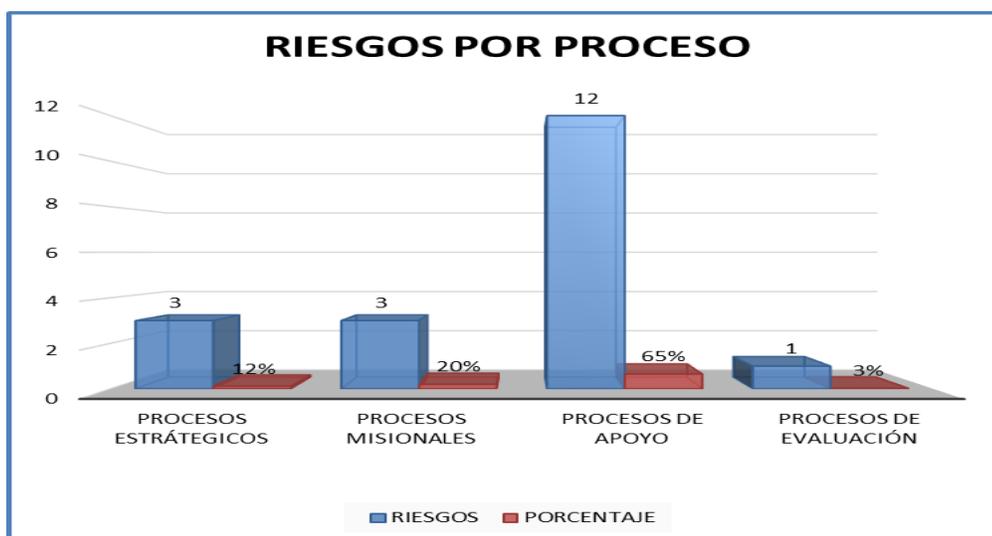
7

COMPOSICIÓN DEL MAPA DE RIEGOS DE CORRUPCIÓN POR MACROPROCESO

| MACROPROCESO | RIESGOS CORRUPCION | % PARTICIPACION TOTAL DE RIESGO | No CONTROLES | % PARTICIPACION TOTAL DECONTROLES |
|----------------------|--------------------|---------------------------------|--------------|-----------------------------------|
| PROCESO ESTRATEGICOS | 3 | 16% | 5 | 16% |
| PROCESO DE APOYO | 12 | 63% | 19 | 61% |
| PROCESO MISIONAL | 3 | 16% | 5 | 16% |
| EVALUACION | 1 | 5% | 2 | 7% |
| TOTAL | 19 | 100% | 31 | 100% |

Fuente: Consolidado mapas de riesgo por proceso

El mapa de riesgos está conformado por veinte (19) riesgos, de los cuales el 63% de éstos (12), se encuentran relacionados con procesos de apoyo a los que se les han definido el 61% (19) del total de los controles del mapa; el 16% de los riesgos (3), corresponden a procesos estratégico a los que se encuentran asociados el 16% (5) de los controles identificados; el 16% de los riesgos (3), corresponden a los procesos misionales a los cuales se les han definido el 16% de los controles del mapa (5) y finalmente, el 5% restante de los riesgos (1), corresponde a un riesgo de corrupción identificado proceso de evaluación para el cual se estableció el 7% de los controles del mapa (2).



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

8

PUBLICACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL – RIESGOS DE PROCESO Y DE CORRUPCION EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD

Se evidenció que la entidad realizó la publicación del Mapa de Riesgos Institucional 2022, a través de la página Web, en la sección de Nuestra entidad/Gestiona de calidad en el siguiente Link: <https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=171&seccion=nuestra-entidad&slug=mapa-de-riesgo-de-corrupcion>

RESULTADO DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS MAPAS DE RIESGO DE CORRUPCION.

Para la evaluación del estado de la gestión del riesgo de corrupción la oficina Asesora de control Interno del HUSRT utilizó el formato CODIGO: OADS-F-14 denominado: "Mapa de riesgo de corrupción2022", agregándole una columna de Observaciones Oficina de control interno segundo cuatrimestre. En este parte 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 realizan recomendaciones con el fin de mejorar el proceso de administración del riesgo de corrupción y la aplicación de la metodología dispuesta por el DAFP.

Esta verificación se realizó con base en las evidencias que los responsables de los procesos entregaron a la oficina asesora de control interno, algunas fueron tomadas página web del HUSRT y otras de la carpeta evidencias mapa de riesgos.

A continuación, se realiza seguimiento a la efectividad de los controles establecidos en cada uno de los procesos en cuanto a riesgos de corrupción II cuatrimestre de 2022:

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA
MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN 2022

| Referencia | Subproceso | Identificación del riesgo Descripción del Riesgo | Evaluación del riesgo - Valoración de los controles No. Control Descripción del Control | riesgo - Nivel del | | OBSERVACIONES OACI SEGUNDO CUATRIMESTRE 2022 | |
|------------|-------------------------------------|--|---|---|---|--|--|
| | | | | Zona de Riesgo Final | Tratamiento | | |
| | | | | Atributos | | | |
| | | | | Soporte Evidenciado | | | |
| 1 | Gestión Documental | Posibilidad de Investigaciones y sanciones disciplinarias y punitivas por Utilización indebida y sustracción de la información física por parte del personal de la entidad. | 1 | El grupo de Gestión Documental verifica la competencia y cumplimiento de los pasos a seguir, para consulta y préstamo de documentos mediante los Procedimientos GD-PR-13 consulta de documentos en archivos de gestión documental y GD-PR-15 Préstamo de documentos en Archivos de Gestión y realiza trazabilidad mediante los formatos GD- F-01 de control consulta y préstamos de documentos institucionales, y el Formato GD-F-20 Préstamo de Documentos en archivos de gestión. | Diligenciamiento del formato GD-F-01 de control consulta y préstamos de documentos de archivo Informe mensual del líder del proceso de gestion documental. Formato Préstamo Documentos Archivo de Gestión GD-F-20 | Extremo | Con corte al segundo cuatrimestre de 2022 , el proceso adjunta los siguientes formatos diligenciados GD-F-01 de control consulta y préstamos de documentos de archivo (mayo a agosto de 2022) No se observan las evidencias que soportan la aplicación del formato Préstamo Documentos Archivo de Gestión GD-F-20, ni adjunta Informe mensual del líder del proceso de gestion documental (mayo a agosto de 2022) Los documentos que soportan el control NO permiten evaluar la efectividad del control |
| | | | 2 | El personal de HC verifica la solicitud y ejecuta los pasos a seguir para el préstamo y consulta de historias clínicas mediante el procedimiento AHC-PR-04. | Diligenciamiento de formato AHC-F-06 Registro Relación solicitud y entrega de copias de Historia Clínica Diligenciamiento de libro control de préstamo interno de Historia Clínica (15 libros) | Extremo | El proceso adjunta formato diligenciado AHC-F-06 Registro Relación solicitud y entrega de copias de Historia Clínica, con corte a agosto de 2022 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. |
| 2 | Gestión Jurídica | Posibilidad de providencias en contra de la institución, por inefectivo seguimiento a procesos judiciales o favorecimiento a la parte demandante al ejercer una defensa judicial | 3 | 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 | OAJ-F-18 Matriz General de procesos, Informe trimestral al Comité de Conciliación por parte de la secretaria técnica | Alto | El proceso adjunta soporte magentico OAJ-F-18 Matriz General de procesos, en donde los abogados de la oficina jurídica realizan seguimiento diario a los procesos judiciales teniendo en cuenta la trazabilidad de procesos y las actividades programadas dentro de los mismos. Se evidencia que el proceso acato las recomendaciones del primer seguimiento, respecto a la descripción del control y sus respectivos soportes 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. |
| 3 | Gestión Suministros y Activos Fijos | 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 | 4 | 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 | Factura, Certificación de recibido a satisfacción; informe mensual de ingreso y egresos a contabilidad | Alto | Con corte al segundo cuatrimestre 2022. El responsable del proceso adjunta informe mensual de ingreso y egresos a contabilidad, comprobante de saldo y valor de activos fijos, evidencias de los registros en el sistema Serviente de los meses (mayo a agosto de 2022) Se evidencia facturas del mes de agosto a nombre de ARMANDO JAVIER SOLER SALCEDO, EAS SUMINISTROS EMPRESARIALES, con sus respectivos comprobantes de ingreso al almacén. Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada |
| 4 | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | Etapas de Selección: Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias, penales y fiscales debido a la vulneración a principios de la contratación pública a favor de un tercero en la selección del contratista | 5 | El coordinador de contratación según necesidad da aplicación a los descritos en el Manual de contratación C-M-00, según cada modalidad de selección contractual, frente a los requisitos allí señalados para la selección de contratistas. | Relación de contratos suscritos en el periodo evaluado, Publicación en el SECOP y pagina web, evaluación del contratista, respuesta a observaciones, acta de cierre del proceso, propuesta oferente, estudios previos y demás soportes asociados a la etapa precontractual. C-F-31, C-F-29, TH-F-68 | Extremo | Con corte al segundo cuatrimestre 2022. El responsable del control adjunta: 1. Excel matriz procesos contractuales periodo mayo a agosto de 2022 2. PDF PANTALLAZOS CONTRATOS Y SUS DOCUMENTOS CONTRATOS PERIODO MAYO A JUNIO DE 2022 PUBLICADOS PAGINA SECOP I 3. PDF PANTALLAZOS CONTRATOS Y SUS DOCUMENTOS CONTRATOS PERIODO AGOSTO DE 2022 PUBLICADOS PAGINA SECOP II (4contratos) 4. PANTALLAZOS DE CONVOCATORIAS PUBLICAS, REQUERIMIENTOS PUBLICADOS EN PAGINA WEB corte agosto de 2022 (30 requerimientos, 13 convocatorias públicas) 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 el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada |
| | | | 6 | La secretaria técnica del comité de contratación según necesidad, Para el caso de convocatoria pública, documentara a través de actas, el estudio del proceso y la selección del contratista | Actas de comité de contratación realizadas en el periodo evaluado | Extremo | Con corte al segundo cuatrimestre 2022. La secretaria técnica del comité de contratación adjunta Actas de Comité de Contratación realizadas el 03, 05, 11,17,18,20,23,24,26,31 de mayo, 03,08,14,16,21,23,24,29 de junio, 05,21,24,25,28 y 31 de agosto, lo cual permite evidenciar que se documenta a través de actas, el estudio del proceso y la selección del contratista. Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada |
| 5 | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | Etapas de Ejecución: Posibilidad de investigaciones de carácter penal debido al favorecimiento a un tercero en la aceptación de bienes y/o servicios que no cumplan con las condiciones técnicas exigidas y/o las actividades del objeto contractual | 7 | El supervisor o interventor del proceso revisa y analiza cada uno de los elementos que ingresan a la entidad; con el fin de que cumplan con criterios de calidad, de igual forma hace seguimiento a las actividades que realizan los contratistas, conforme al objeto contractual dando cumplimiento estricto al Manual de supervisión e interventoría. | Listado de contratos, Informes de supervisión, documentos de ejecución del contrato. | Extremo | Con corte a segundo cuatrimestre de 2022, el proceso adjunta Listado de contratos y la OACI verifica aleatoriamente los Informes de supervisión, documentos de ejecución del contrato, los cuales cuentan con los siguientes soportes: oficio designación supervisor, acta de inicio, Informes de supervisión, informe ejecución contrato; de los siguientes contratos: CTO 02,07,217,05,06,365,03,024,342 y 01 Para el caso de los Contratos de suministros, se revisan el contrato No 278 por convocatoria pública No 02 de 2022 y contrato No 292 por convocatoria pública No 07 de 2022, en donde se evidencia que el supervisor certifica que el objeto contractual se prestó a satisfacción Se evidencia la adecuada aplicación del control, teniendo en cuenta que el supervisor revisa y analiza cada uno de los elementos que ingresan a la entidad, con el fin de que cumplan con criterios de calidad, de igual forma hace seguimiento a las actividades que realizan los contratistas Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están |

9

| | | | | | | | | |
|----|--|---|----|---|--|---------|-------------------|--|
| 6 | Tesorería | Posibilidad de Sanciones de los Entes de Inspección y vigilancia y control por la Exclusión del giro a proveedores y contratistas para presionar y obtener algún beneficio personal. | 8 | El tesorerero 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 | Informe seguimiento plan financiero de cuentas por pagar. | Extremo | Reducir (mitigar) | <p>Con corte al segundo cuatrimestre 2022 El responsable del control adjunta informe seguimiento de cuentas por pagar y matriz de seguimiento mensual al saldo de la cuenta por pagar de periodo evaluado discriminado por proveedor.</p> <p>la OACI verifico aleatoriamente a través del software SERVINTE mediante el informe presupuestal de cuentas por pagar final vigencia por proveedor e informe presupuestal hoja de vida del contrato, la trazabilidad financiera por proveedor y por contrato con el fin de identificar facturas pagadas, obligaciones, ordenes de pago y giros realizados a cada cuenta por pagar teniendo en cuenta formas de pago y plazos establecidos contractualmente (Verificación aleatoria realizada a las cuentas por pagar de: ORARTIFEX,IMQUIRURGICOS SAS, TOP MEDICAL SYSTEM SA, ATE MEDICAL GROUP SAS.) Se evidencia cumplimiento al seguimiento de cuentas por pagar y la actualización del procedimiento AF-PR-36 Liquidación y giro de cuentas, sin embargo se sugiere incluir una actividad que describa (Realizar seguimiento a la antigüedad de cuentas por pagar) dejando como soporte el Informe seguimiento de cuentas por pagar adicionalmente documentarla en el software DARUMA la matriz de seguimiento e incluirla en el procedimiento en mención</p> <p>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo y se sugiere tener en cuenta las recomendaciones para continuar con la implementación del control.</p> |
| 7 | GESTIÓN TECNOLÓGICA | Posibilidad detrimento patrimonial por adquisición de equipos médicos de baja calidad debido al favorecimiento en la emisión de Conceptos Técnicos y Certificaciones en la Contratación asociada a la adquisición de Equipos Médicos, con beneficio lucrativo propio. | 9 | El líder de Biomedica emite el estudio de conveniencia al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos diligenciando el formato C-F-28 Estudio de conveniencia y oportunidad | C-F-28 Estudio conveniencia y oportunidad, Anexo Especificaciones Técnicas | Alto | Reducir (mitigar) | <p>Se evidencia que el responsable del proceso da cumplimiento a las recomendaciones del primer seguimiento respecto a la descripción del control. El proceso aporta evidencias de la aplicación del control utilizando el formato establecido C-F-28 aportando como evidencias los siguientes estudios de conveniencia y oportunidad los cuales incluyen las especificaciones técnicas. SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, SUMINISTRO DE BOLSA DE REPUESTOS Y DEMÁS CONSUMIBLES DE FECHA JUNIO DE 2022, SUMINISTRO DE SENSORES DE OXIMETRIA, CABLES, FILTROS, BATERIAS, CELDAS DE OXIGENO, VALVULAS DE AGOSTO DE 2022, SUMINISTRO DE BOMBILLERIA, PARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DE LOS DIFERENTES EQUIPOS BIOMEDICOS, SUMINISTRO DE REPUESTOS, PARTES, ACCESORIOS, CONSUMIBLES, PARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DE LOS VENTILADORES, SERVICIO DE CALIBRACION EQUIPOS BIOMEDICOS CONSIDERADOS INSTRUMENTOS DE MEDICION DE CUYA FINALIDAD PREVISTA ES LA DE MEDIR, PESAR O CONTAR, Y CALIBRACION DE PATRONES</p> <p>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</p> |
| | | | 10 | El líder de Biomedica, 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. | Formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva, contrato, anexo técnico, especificaciones técnicas y servicios posventa. | Alto | Reducir (mitigar) | <p>Se evidencia que el responsable del proceso da cumplimiento a las recomendaciones del primer seguimiento respecto a la descripción del control. El proceso aporta evidencias de la aplicación del control utilizando el formato establecido C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva SUMINISTRO DE BOMBILLERIA, PARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DE LOS DIFERENTES EQUIPOS BIOMEDICOS, SUMINISTRO DE REPUESTOS, PARTES, ACCESORIOS, CONSUMIBLES, PARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DE LOS VENTILADORES, SERVICIO DE CALIBRACION EQUIPOS BIOMEDICOS CONSIDERADOS INSTRUMENTOS DE MEDICION DE CUYA FINALIDAD PREVISTA ES LA DE MEDIR, PESAR O CONTAR, Y CALIBRACION DE PATRONES DE MEDICION, SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, SUMINISTRO DE BOLSA DE REPUESTOS Y DEMÁS CONSUMIBLES QUE SEAN REQUERIDOS PARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DEL VENTILADOR, SUMINISTRO DE SENSORES DE OXIMETRIA, CABLES, FILTROS, BATERIAS, CELDAS DE OXIGENO, VALVULAS DE AGOSTO DE 2022.</p> <p>Se evidencia que el responsable del proceso da cumplimiento a las recomendaciones del primer seguimiento respecto a la descripción del control.</p> |
| | | | 11 | El líder de Biomedica 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 | IB-F-01 Formato Proceso de validación de ingreso de Activos relacionado con equipos Biomédicos Acta de recibo del equipo a satisfacción | Alto | Reducir (mitigar) | <p>En el transcurso del segundo cuatrimestre del año 2022 el área de ingeniería biomédica no ha realizado ninguna adquisición de tecnología biomédica, embargo se realiza el envío de los conceptos técnicos y los estudios previos realizados hasta la fecha.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior no se puede verificar la efectividad de los controles en este seguimiento</p> <p>Se evidencia que el responsable del proceso da cumplimiento a las recomendaciones del primer seguimiento respecto a la descripción del control</p> |
| 8 | Gestión Mantenimiento | 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. | 12 | 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 el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28 | C-F-28 Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad | Alto | Reducir (mitigar) | <p>Con corte al segundo cuatrimestres de 2022, El líder de mantenimiento emitió 11 (ONCE) estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio en el formato C-F-28. Se evidencia cumplimiento a la recomendación del seguimiento anterior, respecto a la adecuada descripción del control y los soportes del mismo.</p> <p>Se evidencia que los control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada.</p> |
| | | | 13 | 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 | Evaluación Técnica definitiva C-F-31 Especificaciones Técnicas Propuestas | Alto | Reducir (mitigar) | <p>Con corte al segundo cuatrimestres de 2022, el proceso adjunta 11 Carpetas de Especificaciones Técnicas reportadas en el formato C-F-31 EVALUACION TECNICA DEFINITIVA</p> <p>Se evidencia cumplimiento a la recomendación del seguimiento anterior, respecto a la adecuada descripción del control y los soportes del mismo.</p> <p>Se evidencia que los control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada.</p> |
| 9 | GESTIÓN FARMACÉUTICA | Posibilidad de Investigaciones y sanciones disciplinarias o detrimento patrimonial debido al favorecimiento a terceros mediante la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos | 14 | 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 | Relación contratos del periodo evaluado, C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva | Extremo | Eliminar | <p>Con corte al segundo cuatrimestres de 2022, el proceso adjunta, relación de contratos del periodo evaluado, (16) estudio de conveniencia de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, de medicamentos y dispositivos médicos diligenciados en el formato (CODIGO: C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA OPORTUNIDAD REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA), con sus respectivas Evaluaciones Técnicas Definitivas mediante el formato C-F-31</p> <p>Se evidencia que el proceso no dio cumplimiento a una de las recomendaciones del seguimiento del primer cuatrimestre, respecto a la actualización del Procedimiento selección y adquisición de medicamentos y dispositivos médicos SF-PR-23, ya que dentro de sus documentos soportes no describe los formatos C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva.</p> <p>El proceso aporta soportes de la aplicación del control, sin embargo se sugiere tener en cuenta las recomendaciones para continuar con la implementación del control</p> |
| | | | 15 | Según necesidad el líder de Consulta Externa, Apoyo Diagnóstico y Laboratorio Clínico emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28 | C-F-28 Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad | Extremo | Reducir (mitigar) | <p>En el transcurso del segundo cuatrimestre del año 2022 el área de Laboratorio no ha realizado ninguna adquisición, por tal razón no se han emiso, Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad, ni Evaluación técnicas definidas</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior no aplica seguimiento y medición de la efectividad de los controles establecidos.</p> <p>Se evidencia que el riesgo esta descrito de manera clara y precisa y cumple con los componentes de su definición según guía (ACCION U OMISSION + USO DEL PODER + DESVIACION DE LA GESTION DE LO PUBLICO + EL BENEFICIO PRIVADO) y los controles esta bien definidos y cumplen con los lineamientos de la Guía de administración de riesgos y diseño de controles DAPP V-4.</p> |
| 10 | Consulta Externa Apoyo Diagnóstico complementación Terapéutica Laboratorio Clínico | 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 | 16 | Según la necesidad el líder de Consulta Externa, Apoyo Diagnóstico y Laboratorio Clínico, basado en los requisitos contractuales y especificaciones técnicas emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva | Evaluación Técnica definitiva C-F-31, Propuesta Económica | Extremo | Reducir (mitigar) | |

10

| | | | | | | | | |
|----|---|---|----|--|---|---------|-------------------|---|
| 11 | Calidad Seguridad y Salud en el Trabajo Gestión Ambiental | Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada al proceso | 17 | 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 el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28 | C-F-28 Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad del periodo evaluado | Alto | Evitar | El 16 de junio de 2022 según cronograma establecido por la Oficina de Planeación se realizó mesa de trabajo para la identificación de los riesgos de procesos y de corrupción de acuerdo a los lineamientos sobre los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 5 del DAFP, teniendo en cuenta lo anterior el proceso identificó un riesgo de corrupción y dos controles, relacionados con emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada al proceso Se evidencia que el riesgo esta descrito de manera clara y precisa y cumple con los componentes de su definición según guía (ACCIÓN U OMISSION + USO DEL PODER + DESVIACION DE LA GESTION DE LO PUBLICO + EL BENEFICIO PRIVADO) los controles esta bien definidos y cumplen con los lineamientos de la Guía de administración de riesgos y diseño de controles DAFP Para el presente seguimiento el proceso aporta evidencias de la aplicación del control utilizando el formato establecido C-F-28 del Subproceso Gestión ambiental, aportando los siguientes estudios de conveniencia y oportunidad los cuales incluyen las especificaciones técnicas respecto a la emisión de SUMINISTROS Y SOLUCIONES M&M - HECTOR JULIO CORREA, MAREES S.A.S E.S.PANALIZAR LABORATORIO FISICOQUIMICO LTDA- MAREES S.A.S E.S.P - ANASCOL S.A.S, con su respectivas Evaluación Técnica Definitiva utilizando el formato establecido C-F-31 Se evidencia que los controles son efectivos, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada. |
| | | | 18 | 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 | Evaluación Técnica definitiva C-F-31 del periodo evaluado Especificaciones Técnicas Propuestas | Alto | | |
| 12 | Gestión del Talento Humano | Posibilidad de Investigaciones de los organismos de control, disciplinarias y sanciones pecunarias 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) | 19 | La profesional de nómina procede a revisar los requisitos del candidato a ser vinculado cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento "selección, ingreso y promoción de personal TH-PR-08, manual de funciones y formato TH-F-45 el cual se formaliza a través de firma una vez cumpla con los requisitos allí definidos. Los profesionales delegados para la revisión de hojas de vida y cumplimiento de requisitos para la selección y vinculación del personal dan aplicación a los procedimientos "Verificación, manejo y control y custodia de historias laborales TH-PR-05" y " Procedimiento TH-PR-42 Selección de personal en misión", frente al cumplimiento de requisitos para su vinculación y cuyo resultado será la formalización del formato TH-F-45 con las respectivas firmas. | Relación de contratos del periodo a evaluar TF-F-45 Verificación requisitos de hoja de vida Hojas de vida personal vinculado Anexo Técnico personal en misión ECO, Formato TH-F-45 Relación de contratos con número o Radicado | Extremo | Evitar | Con corte al segundo cuatrimestres de 2022, el proceso adjunta relación de personal contratado en el periodo del seguimiento de la siguiente manera: por modalidad de prestación de servicios (17 contratistas), relación de personal en misión (96) y personal de planta (2) Se evidencia que la profesional de nómina verifica que los funcionarios de planta contratados en el periodo (medicos servicio social obligatorio) cumplan con los requisitos mediante la verificación requisitos de hoja de vida formato TF-F-45 antes de ser vinculado dando cumplimiento con lo establecido en el Procedimiento selección, ingreso y promoción de personal TH-PR-08, adicionalmente se evidencia que las profesionales encargadas de verificar el cumplimiento de los requisitos del personal de misión y contratistas aplicaron el formato establecido Se evidencia que los control ES efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada. |
| | | | 20 | 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 en el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28 | C-F-28 Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad | Alto | | En el mes de junio de 2022 según cronograma establecido por la Oficina de Planeación se realizó mesa de trabajo para la identificación de nuevos los riesgos de procesos y de corrupción de acuerdo a los lineamientos relacionados con posibles actos de corrupción, teniendo en cuenta lo anterior el proceso identificó un riesgo de corrupción con dos controles asociados , relacionados con emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada al proceso Se evidencia que el riesgo esta descrito de manera clara y precisa y cumple con los componentes de su definición según guía (ACCIÓN U OMISSION + USO DEL PODER + DESVIACION DE LA GESTION DE LO PUBLICO + EL BENEFICIO PRIVADO) los controles esta bien definidos y cumplen con los lineamientos de la Guía de administración de riesgos y diseño de controles DAFP V-4. Para el presente seguimiento el proceso aporta evidencias de la aplicación del control utilizando el formato establecido C-F-28, adjuntando estudios de conveniencia y oportunidad de MARCELO GARCIA MG MARCEL SAS Y COMFABOY Se evidencia que los control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada. |
| 13 | Gestión del Talento Humano | 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, y vinculación de personal a través de la empresa tercerizada | 21 | 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 | Evaluación Técnica definitiva C-F-31 Especificaciones Técnicas Propuestas | Alto | Reducir (mitigar) | Para el presente seguimiento el proceso aporta evidencias de la aplicación del control utilizando el formato Evaluación Técnica Definitiva utilizando el formato establecido C-F-31, especificaciones técnicas y propuestas, realizadas en el periodo de seguimiento de las siguientes empresas MARCELO GARCIA MG MARCEL SAS Y COMFABOY Se evidencia que los control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada. |
| | | | 22 | 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 | Informe de 2193 publicado en la ruta respectiva, correos electrónicos de la gestión del reporte (\hsrtunclu\Estadísticas)\Estadistic as\Estadísticas_2022\Decreto_2193_2022 | Alto | | Con corte al segundo cuatrimestres de 2022, se evidencia Reporte mensual Decreto 2193 del periodo evaluado y publicado en la ruta respectiva y correos electrónicos de la gestión del reporte de novedades a las áreas respectivas Se evidencia que los control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada. |
| 14 | Sistemas | Posibilidad de Pérdida de recursos e imagen institucional debido a la alteración de la Información registrada en los Sistemas de Información por parte de uno o más colaboradores del proceso en favorecimiento de un tercero. | 23 | El grupo de sistemas de información cuando se requiera asigna y define permisos a usuarios teniendo en cuenta lo establecido en el manual de Políticas de seguridad de la información S-H-02 en su apartado creación de cuenta y acceso a los sistemas de información dejando registro en el formato S-F-39 solicitud de creación de usuario | S-F-39 formato de solicitud de creación de usuarios | Alto | Reducir (mitigar) | El grupo de sistemas de información adjunta evidencias de solicitudes de creación de usuarios en el formato establecido S-F-39, solicitud de creación de usuario, lo cual permite evidenciar la correcta aplicación del control |
| | | | 24 | El grupo de sistemas cuando se requiera define parámetros para restringir y controlar la asignación y uso de derechos de acceso y establecer permisos según lo establecido en el procedimiento S-PR- 12 Gestión y Administración a través de directorio activo | Pantallazo directorio activo de usuarios registrados | Alto | | Con corte al segundo cuatrimestres de 2022, el proceso aporta soportes de Pantallazo directorio activo de usuarios registrados del mes de junio y agosto, se evidencia que el grupo de sistemas cuando se requiera define parámetros para restringir y controlar la asignación y uso de derechos de acceso Se evidencia que los control es efectivo, le apunta al riesgo y está funcionando en forma adecuada. |

| | | | | | | | | |
|----|---------------------------|--|----|---|---|---------|-------------------|--|
| 15 | control interno | Posibilidad de Sanciones, pérdida de credibilidad y confiabilidad en los informes de control interno por Manipulación en la Gestión de las auditorías con el fin de beneficiar o desfavorecer a un Proceso y/o Subproceso de la Entidad. | 25 | El asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoría OACI-F-02 y cuando se presente para su aprobación el Plan de trabajo de la Auditoría, verificará la suscripción de la declaración de conocimiento código de Ética del Auditor Interno y la suscripción de la carta de Representación de la veracidad de la información según lo establecido Manual de auditoría OACI-M-01 a través del Anexo 1 Declaración de Conocimiento código de Ética de la Auditoría Interna y la carta de representación de veracidad y oportunidad de la información OACI-F-06 | Plan Anual de auditoría OACI-F-02 Declaración de Conocimiento código de Ética de la Auditoría Interna Anexo 1 de Código de Ética Carta de representación de veracidad de la información OACI-F-06 Formato OACI-F-15 Compromiso de confidencialidad del Auditor | Alto | Reducir (mitigar) | En el mes de junio de 2022 según cronograma establecido por la Oficina de Planeación se realizó mesa de trabajo para la identificación de nuevos los riesgo de procesos y de corrupción de acuerdo a los lineamientos relacionados con posibles actos de corrupción, teniendo en cuenta lo anterior el proceso identifico un riesgo de corrupción con dos controles asociados, relacionados con la realización de auditorías internas y sus respectivos informes Se evidencia que el riesgo esta descrito de manera clara y precisa y cumple con los componentes de su definición según guía (ACCIÓN U OMISIÓN + USO DEL PODER + DESVIACIÓN DE LA GESTIÓN DE LO PÚBLICO + EL BENEFICIO PRIVADO) los controles está bien definidos y cumplen con los lineamientos de la Guía de administración de riesgos y diseño de controles DAFP V-4. Para el presente seguimiento el proceso aporta evidencias de la aplicación del control utilizando el formatos establecidos Plan Anual de auditoría OACI-F-02 de la vigencia 2022, carta de representación de veracidad y oportunidad de la información OACI-F-06 y Anexo 1 Declaración de Conocimiento código de Ética de la Auditoría Interna documentos soportes de las auditorías apertura das en el mes de julio y agosto Se evidencia que los control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada. |
| | | | 26 | El asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoría OACI-F-02 Verifica el grado de conformidad y cumplimiento frente a las disposiciones planificadas por la institución y los requisitos aplicables a éstos, según lo establecido en el procedimiento Realización de auditorías internas OACI-PR-02, mediante el formato OACI-F-04 Plan de auditoría OACI-F-04 e Informe Fina de Auditoría OACI-F-16 | Plan de auditoría OACI-F-04 Informe final de Auditoría OACI-F-16 | Alto | Reducir (mitigar) | Para el presente seguimiento el proceso aporta soportes de la aplicación del control utilizando los formatos establecidos y Plan Anual de auditoría OACI-F-02 de la vigencia 2022, OACI-F-04 Plan de auditoría OACI-F-04 e Informe de Auditoría OACI-F-05 documentos soportes de las auditorías apertura das en el mes de julio y agosto, en donde se observa que el asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoría OACI-F-02 Verifica el cumplimiento de lo establecido procedimiento Realización de auditorías internas OACI-PR-02 Se evidencia que los control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada. |
| 16 | Auditoría Cuentas Médicas | Posibilidad de Pérdida Recursos económicos de la Entidad y/o Investigaciones y sanciones disciplinarias por recibir sobornos por aceptación de Glosa a favor de las entidades Responsables de Pago | 27 | 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 reitearadas según lo establecido en el procedimiento AM-PR-03 Acta de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones, medido a través del indicador 546 Aceptación de glosa de la vigencia con una meta establecida <=4% sobre la facturación neta de la vigencia | AM-F-03 acta de levantamiento de glosa, indicador mensual 546 Aceptación de glosa de la vigencia, Informe trimestral de análisis de aceptación de glosa, notas crédito mensual. | Extremo | Evitar | Con corte al segundo cuatrimestre de 2022, el proceso adjunta: resultado de la medición del indicador 546 (aceptación de glosas) con corte a julio de 2022 el cual cumple con la meta institucional establecida de mantener el porcentaje de glosa final de la institución menor o igual al 4%. Cumplimiento de la meta del 100%, soportes que evidencian el continuo seguimiento por parte de los responsables del proceso. Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control. Se evidencia que el control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada. |
| | | | 28 | 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 | Formato F-F-17 Control de evidencias por facturación revisada | Extremo | Evitar | Con corte al segundo cuatrimestres de 2022, el proceso adjunta pantallazos de correos enviados en los cuales reporta los informes de preauditoría correspondientes de los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2022, diligenciados en el Formato F-F-17 Control de evidencias por facturación revisada, lo cual permite observar la aplicación adecuada del control por parte del Analista principal el cual verifica que los egresos generados estén efectivamente facturados, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento F-PR-15 Auditoría Administrativa Se evidencia que el proceso dio cumplimiento a una de las recomendaciones del seguimiento del primer cuatrimestre, respecto a la descripción del control y sus respectivos soportes. Se evidencia que el control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada. |
| 18 | Cartera | Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de carter a puedan ser objeto de concusión en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago | 29 | El líder de carter a y técnico de carter a dan el trámite respectivo para el proceso administrativo de cobro según sea el caso (persuasivo, prejudicial y jurídico) y según necesidad conforme lo establece el Procedimiento CAR-PR-12 Proceso de Cobro y Procedimiento CAR-PR-06 Recuado Pagares | Base de datos Pagares, Informe mensual de carter a, informe trimestral de estado de carter a (Pagares), Acta comité. | Alto | Evitar | Con corte al segundo cuatrimestres de 2022 el líder de carter a adjunta Base de datos Pagares (corte agosto) , Informe mensual de carter a (corte julio) informe trimestral de estado de carter a (Pagares), Acta comité carter a mayo y junio de 2022, lo cual permite evidenciar la adecuada aplicación del control por parte del líder el cual realiza un seguimiento y control permanente, verifica mes a mes estado de pagares, estado de carter a de cada una de las Entidades EAPB, se realiza cobro del 50% de radicación, cobro de actas de conciliación de glosas, cobros persuasivos de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento CAR-PR-12 Proceso de Cobro y Procedimiento CAR-PR-06 Recuado Pagares Se evidencia que el control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada. |
| 19 | Gestión Quirúrgica | 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 | 30 | Según necesidad prestación de servicios emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en el Manual de Contratación C-M-00 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28 | C-F-28 Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad | Extremo | Reducir (mitigar) | En el mes de junio de 2022 según cronograma establecido por la Oficina de Planeación se realizó mesa de trabajo para la identificación de nuevos los riesgo de procesos y de corrupción de acuerdo a los lineamientos relacionados con posibles actos de corrupción, teniendo en cuenta lo anterior el proceso identifico un riesgo de corrupción con dos controles asociados, relacionados con la emisión estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio Se evidencia que el riesgo esta descrito de manera clara y precisa y cumple con los componentes de su definición según guía (ACCIÓN U OMISIÓN + USO DEL PODER + DESVIACIÓN DE LA GESTIÓN DE LO PÚBLICO + EL BENEFICIO PRIVADO), los controles cumplen con los lineamientos de la Guía de administración de riesgos, sin embargo según las soportes aportadas por el proceso el código del formato utilizado es C-F-27, Se recomienda ajustarlo en la descripción del control , los soportes de la evidencia y el indicador de producto Para el presente seguimiento el proceso aporta evidencias de la aplicación del control utilizando el formato establecido C-F-27 estudios de conveniencia y oportunidad prestación de servicios de las siguientes especialidades: Hematología, Cirugía cabeza y cuello, gastroenterología, anestesiología, protección radiológica, unidad de cuidado intensivo neonatal, terapia respiratoria y interventor de servicio de urgencias, con sus respectivas Evaluación Técnica Definitiva utilizando el formato establecido C-F-31 Se evidencia que el control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada |
| | | | 31 | Según la necesidad la oficina de prestación de servicio, basado en los requisitos contractuales y especificaciones técnicas emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva | Evaluación Técnica definitiva C-F-31 Hojas de vida | Extremo | Reducir (mitigar) | |

Para la evaluación del adecuado diseño de controles se fundamentó en las siguientes variables, que permiten determinar si estos controles mitigan el riesgo:

- ✓ Tener definido el responsable de llevar a cabo la actividad de control.
- ✓ Tener una periodicidad definida para su ejecución
- ✓ Indicar cuál es el propósito del control.
- ✓ Establecer el cómo se realiza la actividad de control.
- ✓ Debe dejar evidencia de la ejecución del control

13

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

- ✓ Se evidencia que la oficina de planeación gestionó y lidero el proceso de administración de riesgos, Adicionalmente fue la encargada de consolidar el mapa de riesgos de corrupción 2022.
- ✓ Se dio cumplimiento a las recomendaciones del seguimiento del primer cuatrimestre del 2022 respecto a:
El diseño y redacción de los riesgos de corrupción siguen la estructura propuesta por la Guía los cuales se definen como la **posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.**

El diseño y redacción de los controles siguen la estructura propuesta por la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.

- ✓ la oficina de planeación encargada de la gestión del riesgo mediante mesas de trabajo realizadas en el mes de junio identifico y dio a conocer a los funcionarios y contratistas el mapa de riesgos de corrupción, los cuales posteriormente fueron socializados mediante correo electrónico.
- ✓ Se evidencia la publicación del Mapa de Riesgos en la página web de la entidad. (los Riesgos de corrupción están incluidos en el mapa de riesgos Institucional 2022 Versión 3
- ✓ Se evidencia cumplimiento a las estrategias para combatir los riesgos, teniendo en cuenta que el 100% de riesgos que se encuentran es estado reducir establecieron plan de acción
- ✓ De acuerdo a los seguimientos realizados por la tercera línea de defensa (Oficina de control interno) se pudo evidencia que no se han materializado riesgos de proceso.
- ✓ Para el cuatrimestre de mayo-agosto, el mapa de riesgos institucional presento dos actualizaciones, una del 29 de abril y otra del 27 de julio de 2022, teniendo en cuenta que en las mesas de trabajo del mes de junio de 2022, se identificaron nuevos riesgos y controles.



- ✓ Se recomienda al líder de planeación ajustar la matriz de riesgo de corrupción del proceso o Gestión Quirúrgica, teniendo en cuenta que en la descripción del control 1 el código del formato asociado presenta un error, el cual se describe en las observaciones del seguimiento realizado.
- ✓ Se recomienda actualizar el procedimiento AF-PR-36 Liquidación y giro de cuentas incluyendo una actividad que describa (Realizar seguimiento a la antigüedad de cuentas por pagar) dejando como soporte el Informe seguimiento de cuentas por pagar Adicionalmente documentarla en el software DARUMA la matriz de seguimiento e incluirla en el procedimiento en mención.
- ✓ Se reitera al subproceso de gestión documental, adjuntar la totalidad de las evidencias que soportan la aplicación del control según lo descrito en el mapa de riesgos, teniendo en cuenta que no evidencio soporte del formato Préstamo Documentos Archivo de Gestión GD-F-20, no adjunto Informe mensual del líder del proceso de gestión documental del periodo evaluado (mayo a agosto de 2022)
- ✓ Se evidencia que el proceso Gestión farmacéutica no dio cumplimiento a una de las recomendaciones del seguimiento del primer cuatrimestre, respecto a la actualización del Procedimiento selección y adquisición de medicamentos y dispositivos médicos SF-PR-23, ya que dentro de sus documentos soportes no describe los formatos C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva.

CONCLUSIÓN

Del seguimiento efectuado a la matriz de riesgos de la entidad, se concluye que, no se materializó ningún riesgo de corrupción, durante el segundo cuatrimestre 2022; sin embargo, es preciso por parte de los líderes realizar monitoreo a los mismos (primera línea de defensa) en coordinación con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación (segunda línea de defensa) y, de manera periódica se revisen los controles expuestos, se creen nuevos y/o robustecer los existentes.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer el seguimiento a los controles y acciones de la matriz de los Riesgos de Corrupción, con el propósito de afianzar la cultura del autocontrol al interior de los procesos y asegurar que los responsables de estos junto con sus equipos de trabajo realicen monitoreo y evaluación permanente a la gestión de este riesgo.
- Socializar al equipo de trabajo de cada una de las dependencias; los resultados de la verificación realizada según informe entregado por esta Oficina de Control a cada uno los procesos.



- Se enfatiza sobre la importancia que debe tener cada líder de proceso ya que debe realizar de manera periódica el análisis de la valoración de sus riesgos con el fin de comprobar que efectivamente los controles ejecutados están cumpliendo con el objetivo de reducir el riesgo y evitar su materialización, actividad que deberá ser apoyada por el líder de planeación
- Se recomienda comunicar al comité institucional de Coordinación de control interno y calidad los posibles cambios e impactos en la evolución de riesgo identificadas en los diferentes seguimientos y auditorias

15



DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ

Asesora de Control interno
ESE Hospital San Rafael de Tunja

Proyecto:
Claudia Stella Sáenz Jiménez- Auditor Salud OACI