

Al contestar cite  
202311100009261



Tunja, 12 Mayo del 2023

Doctor  
**GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZALEZ**  
Gerente  
**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**  
Ciudad



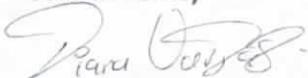
**E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA**  
**GERENCIA**  
Recibido por Nancy E  
Hora: 3:27 Día: 12  
Mes: 05 Año: 2023

**Ref : Seguimiento Mapa de Riesgos de corrupción – Primer cuatrimestre de 2023.**

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 primer cuatrimestre de 2023.

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 Resolución 141 de 2023, Política de Administración de Riesgos E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

Cordialmente,



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

Anexo Informe 16folios.  
C.C, Subgerencias. Oficina Asesora Desarrollo de servicios y procesos intervinientes.

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

1

**INFORME**

**SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE  
PRIMER CUATRIMESTRE 2023**

**OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

**Tunja, mayo de 2023**

## INFORME SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE PRIMER CUATRIMESTRE 2023

### GENERALIDADES

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

Para orientar la correcta identificación, análisis y evaluación del riesgo, La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta con la Política de Administración de Riesgos en la que se establecen lineamientos para la gestión de los mismos, incluidos los de corrupción, adoptando la metodología de la Guía de administración de riesgo y el diseño de controles Versión 5.

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

- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5, diciembre de 2020, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Resolución 141 de 2023, Política de Administración de Riesgos E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja
- Ley 1474 de 2011 “*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*”.
- Decreto 1499 de 2017 Modelo Integral de Planeación y Gestión. 7ª. Dimensión Control Interno.

- Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- Circular Externa No 202117000005-5 de 2021 en marco de SICOF
- Acuerdo 020 de 2022, por medio del cual se adopta el subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude SICOF de la E.S.E Hospital universitario san Rafael de Tunja
- Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02
- Manual contra el lavado de activos SARLAFT AF-M-02

3

## OBJETIVO

Evaluar la gestión de los Riesgos de Corrupción, opacidad y fraude 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. Evaluar si los controles se están aplicando de manera oportuna, si se realizan de forma confiable y si la evidencia presentada es pertinente y cumple con la actividad de control.
2. Identificar la Materialización de Riesgos en los diferentes Procesos y/o Subprocesos de la Entidad.

## ALCANCE

La evaluación a la gestión de riesgos de corrupción aplica para todos los procesos de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, tomando como base la información reportada en la Matriz de riesgos de corrupción y publicada en la página web institución, con corte al 30 de abril de 2023

## METODOLOGÍA:

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

Las acciones adelantadas se refieren a:

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

4

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

## 1. EVALUACIÓN GENERAL RIESGO DE CORRUPCIÓN OPACIDAD Y FRAUDE

### 1.1 Lineamientos frente a la gestión del riesgo

Se evidenció que el Comité Institucional de Coordinación de Control interno, como instancia estratégica, aprobó en el segundo comité realizado el 13 de marzo de 2023, la actualización de contenido de la Política de Administración de Riesgos, documento socializado por la Líder de riesgos teniendo en cuenta su contenido como: compromiso, Objetivo, alcance, metodología, tipo de riesgos, responsables, nivel de aceptación del riesgo, nivel para calificar la probabilidad y el impacto, tratamiento de riesgos.

Una vez aprobada la política por parte del comité, se emite la Resolución No 141 de 2023, "Por medio de la cual se deroga la Resolución 231 de 2022" y se ajusta la Política de administración de riesgos de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Resolución que su ARTÍCULO CUARTO METODOLOGIA, describe lo siguiente "Actualizar y dar continuidad a la implementación del Manual de administración de riesgos institucional, el cual se ajusta a los parámetros del Modelo integrado de planeación y gestión MIPG y a la Guía de Administración de Riesgos y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 5 de 2020 del DAFP"

Según la política los riesgos contemplados son: Riesgos de procesos, Riesgos de seguridad de la información, Riesgos del sistema de gestión ambiental, Riesgos para el sistema de Seguridad y salud en el trabajo, Riesgos asistenciales, Riesgos clínicos, Riesgo de lavados de activos y financiación del terrorismo, Riesgos de corrupción, opacidad y fraude.

Teniendo en cuenta que mediante el Acuerdo 020 de 2022, se adopta el subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude SICOF de la E.S.E Hospital universitario san Rafael de Tunja, la líder de Gestión del Riesgo, mediante acompañamiento a los responsables de procesos y/o subprocesos actualizaron el mapa de riesgos de corrupción opacidad y fraude según cronograma emitido a través de correo electrónico, para lo cual los proceso estratégicos, misionales de apoyo y de evaluación, identificaron y actualizaron los riesgos de corrupción opacidad y fraude para un total de 29 riesgos.

5

Producto de las mesas de trabajo realizadas se actualizo el mapa de riesgos de corrupción, fraude y opacidad a la versión No. 5, en el cual se identificaron 10 riesgos distribuidos de la siguiente manera:

MACROPROCESOS	PROCESOS	RIESGOS 2022	RIESGOS IDENTIFICADOS 2023	TOTAL
PROCESO ESTRATEGICOS	GESTION QHSE	1		1
	GESTION TALENTO HUMANO	2	2	4
	GESTION DE INNOVACION E INNOVACION		1	1
PROCESO DE APOYO	GESTION SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	1	1	2
	GESTION ADMINISTRATIVA	3		3
	GESTION FINANCIERA	1	1	2
	GESTION TECNOLOGICA	1	1	2
	GESTION JURIDICA	1		1
	GESTION DE CONTRATACION	2		2
	GESTION DE MANTENIMIENTO	1		1
	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN	1	2	3
	GESTION DOCUMENTAL	1		1
	PROCESOS MISIONALES	GESTION FARMACEUTICA	1	2
GESTION QUIRURGICA		1		1
APOYO SERVICIOS DE SALUD		1		1
EVALUACION	CONTROL INTERNO	1		1
TOTAL		19	10	29

Al consolidar el mapa de riesgos de corrupción, opacidad y fraude *SICOF*, en la actualidad contamos con un total de veintinueve (29) riesgos, distribuidos en 16 procesos con una participación por macro procesó así: Estratégicos de 6 riesgos, Misionales con 5 riesgos, Apoyo con 17 riesgos y evaluación con 1 riesgos, participación que se puede observar en la siguiente imagen.



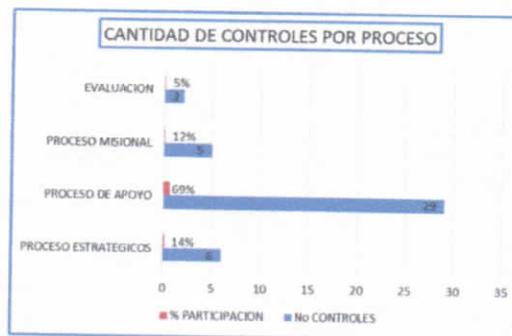
Fuente: Mapa de riesgos formato OADS-F-14

6

Conforme a las directrices metodológicas de la *Guía para la administración del riesgo del departamento administrativo de la función pública. Versión 5*, ante la identificación de riesgos inherentes, corresponde el diseño y la aplicación de controles orientados a una debida orientación de los componentes de probabilidad e impacto asociados al riesgo y de esta manera disminuirlos a límites razonables según sea el caso, llegando a un nivel de riesgo residual.

A continuación, se presenta la cantidad de controles asociados a los riesgos de corrupción, opacidad y fraude vigencia 2023, los cuales cuentan con un total de 42 controles distribuidos de la siguiente manera:

MACROPROCESO	No CONTROLES	% PARTICIPACION
PROCESO ESTRATEGICOS	6	14%
PROCESO DE APOYO	29	69%
PROCESO MISIONAL	5	12%
EVALUACIÓN	2	5%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>



Fuente: Matriz de riesgos de Corrupción, opacidad y fraude versión 5

De acuerdo a la información anterior se concluye que durante el primer cuatrimestre de la vigencia evaluada, los procesos que tienen mayor cantidad de controles asociados a los riesgos de corrupción, opacidad y fraude son; en primera mediada los procesos de apoyo con (29 controles), Procesos estratégicos con (6 controles), procesos misionales con (5 controles) y el proceso de evaluación con 2 controles.

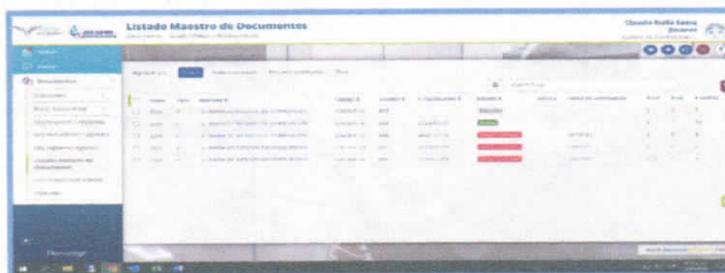
## 1.2 PUBLICACIÓN DEL MAPA DE RIESGO.

El día 03 de mayo de 2023, se revisa la página web institucional, sección de Nuestra entidad/Gestiona de calidad, y se evidencia que el MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF), fue publicado el 27 de abril de 2023.



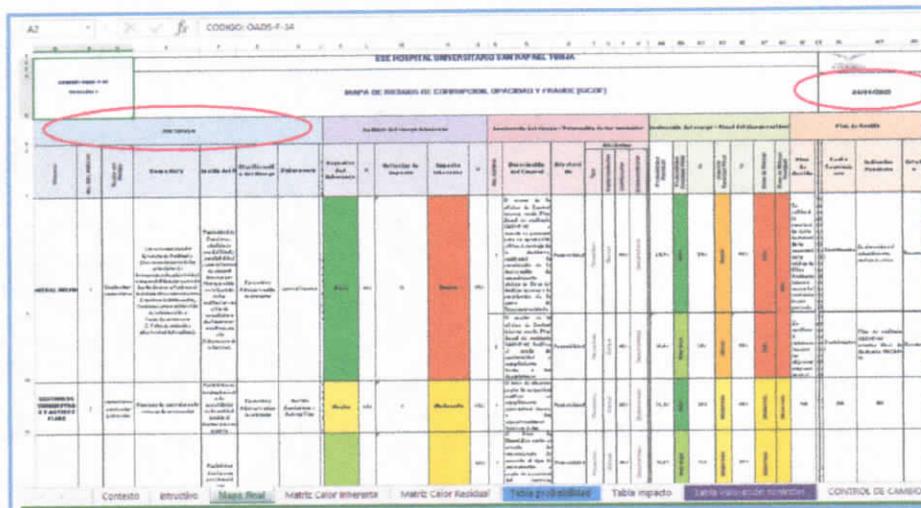
Fuente: Pantallazo Publicación página web 03/05/2023

Se identificó que todos los riesgos catalogados de "Corrupción, opacidad y fraude", se encuentran incorporados en el MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF) identificado con el código OADS-F-14, versión 5, sin embargo al verificar en el listado maestro de documentos, el día 03 de mayo de 2023, se observó que el formato OADS-F-14 se encontraba en estado de REVISIÓN, lo cual indica que fue publicado sin estar actualizado y vigente en el software DARUMA, incumpliendo con lo establecido en el numeral 8.5 DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS de la Norma Fundamental **«Nota 1. Ningún documento incluyendo los formatos puede ser socializado e implementado sin contar con su respectiva aprobación por parte de la Gerencia General y publicado en listado maestro de documentos del Software DARUMA en estado vigente.»**



Pantallazo listado maestro de documentos DARUMA 03/05/2023

Adicionalmente la estructura del formato fue ajustada, no cuenta con los títulos correspondientes, la fecha de actualización esta errada (24/04/2025) y el motivo de actualización no es claro... (Se cambia la tabla de impacto teniendo en cuenta la metodología de SICOF), ya que la metodología según Resolución 141 de 2023 "Política de administración de riesgos" es la definida en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5, lo cual indica que la tabla de impacto que se debe utilizar no puede ser ajustada.



Pantallazo Mapa de riesgos publicado página web 03/05/2023 formato versión 5 con fecha actualización 24/04/2025

El 03 de mayo de 2023 se verificó en el listado maestro de documentos, el estado del Manual de gestión de riesgos, Código: OADS-M-02 documento que ... "Establece los parámetros para la gestión del riesgo en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, asegurando la trazabilidad y seguimiento a los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales", evidenciándose que este documento se encontraba en estado de ELABORACIÓN, lo cual permite observar falta de planeación y articulación de las actividades realizadas de identificación de riesgos de fraude y opacidad, ya que no se encontraban los parámetros de estos riesgos en el Manual anteriormente mencionado y sin embargo fueron identificados e incluidos en la matriz que se encuentra publicada en la página web de la entidad.

Documentos Listado Maestro de Documentos

Claudia Stella Serna JIMENEZ

MAPA DE RIESGO DE CORRUPCIÓN

Id	Tip	Nombre	Edición	Verión	E. Aprobación	Estado	Stato	Fecha de eliminación	# UP	# L	# Notas
230	M	MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	0420-04-02	013		Eliminado			0	0	0
234	M	MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	0420-04-02	010	2020-01-08	Activo			0	12	14
236	M	MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	0420-01-02	008	2020-06-11	Eliminado		03/07/23	0	11	23
238	M	MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	0420-04-02	009	2020-07-01	Eliminado		11/02/22	0	4	6
235	M	MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	0420-04-02	007	2020-05-12	Eliminado		01/07/22	0	4	7
236	M	MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	0420-04-02	006	2020-04-20	Eliminado		14/04/22	0	10	18
233	M	MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	0420-04-02	005	2020-11-28	Eliminado		28-03/22	0	8	12
232	M	MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	0420-04-02	004	2020-11-02	Eliminado		10/07/21	0	7	23
238	M	MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	0420-04-02	003	2019-03-27	Eliminado		09/11/20	0	3	3

Pantallazo listado maestro de documentos DARUMA 03/05/2023

9

### 1.3 Seguimiento efectuado por la Línea estratégica Comité de Gestión y desempeño

Teniendo en cuenta lo establecido en la actividad 12 del procedimiento Gestión y administración de riesgos código OADS-PR-11, el cual establece...*Una vez consolidados Mapas de Riesgo se deben presentar en Comité de Gestión y desempeño los Mapas de Riesgo de los procesos aplicables, para su conocimiento y aprobación, para su posterior publicación en la página web, según lo establecido en la actividad 14 del mismo procedimiento.*

De acuerdo a lo anterior, se evidencia incumplimiento a los lineamientos del procedimiento en mención, ya que a la fecha no se han llevado a conocimiento y aprobación de dicho Comité el mapa de riesgos de corrupción, opacidad y fraude, el cual ya fue publicado en la página web, como se indicó en el numeral 1.2 de este informe.

### 1.4 Seguimiento efectuado por la Oficina Asesora Desarrollo servicios- Planeación

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

- Actualización de la Política para la Administración de Riesgos, que se realizó mediante la Resolución 141 del 27 de marzo de 2023, la cual enuncia en el artículo tercero la metodología se realizará de acuerdo a lo establecido en la Guía de administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas versión 5 – 2020
- Envió correo electrónico solicitando a los procesos y/o subprocesos el cargue de las evidencias resultantes de la aplicación de los controles definidos y la verificación del

seguimiento de primera línea de defensa con el diligenciamiento del formato OADS-F-36 con fecha máxima de entrega hasta el 28 de abril de 2023.

- Mediante circular y cronograma de trabajo se programaron mesas de trabajo con los referentes de los mapas de riesgos de corrupción, para la socialización de la política de administración de riesgos y la actualización del riesgo de corrupción, opacidad y fraude realizadas del 29 al 31 de marzo de 2023.
- Para el caso con los riesgos relacionados con Circular Externa No 202117000005-5 de 2021 en marco de SICOF se realizaron mesas de trabajo los días 11 y 12 de abril de 2023 con los líderes de los siguientes procesos: Talento humano, Sistemas, Almacén, Biomédica, Gestión académica, Financiera según actas adjuntas
- De acuerdo a lo establecido en la política de administración de riesgos, la Oficina de Planeación realiza monitoreo a los Riesgos de Corrupción Opacidad y Fraude correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia desde el rol de segunda línea de defensa.
- Verificación del seguimiento de primera línea de defensa con el diligenciamiento del formato OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSA

10

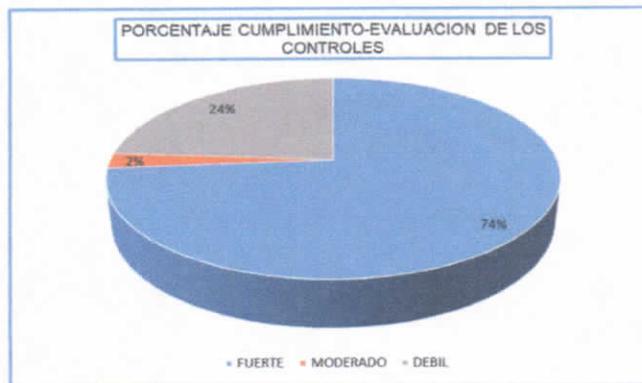
La segunda línea de defensa para el cumplimiento de las actividades de monitoreo utiliza metodología, compuesta por seis variables para su diseño, cuenta con un máximo de 100 puntos y resultado de la evaluación de diseño se obtiene como resultado una valoración del control en la escala definida en dicha guía; La metodología está basada en la Guía de Administración de Riesgos y el diseño de controles de la Función pública Versión 5, A su vez verifico la información reportada por cada uno de los procesos y/o subprocesos cruzándola con la registrada en el mapa de Riesgos de Corrupción Opacidad y Fraude publicado en la Página web de la institución.

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

- Se estableció que después de la evaluación del diseño y ejecución de los controles un 73.8% de los mismos se pueden evaluar o caracterizar como Fuertes, un 2.4% de los mismos se pueden evaluar o caracterizar como moderados y un 23.8% de los mismos se pueden evaluar o caracterizar como débiles es decir que estos últimos no garantizan el desplazamiento de la calificación del riesgo inherente a riesgo residual

CALIFICACION FINAL DEL CONTROL	No. Controles	Porcentaje (%)
<b>FUERTE</b> El control se ejecuta de manera consistente por parte del responsable	31	73,8
<b>MODERADO</b> El control se ejecuta algunas veces por parte del responsable	1	2,4
<b>DEBIL</b> El control no se ejecuta por parte del responsable	10	23,8

Fuente. Informe monitoreo segunda línea primer cuatrimestre 2023



- Sin embargo, no es posible obtener la información precisa teniendo en cuenta que al hacer el cálculo arroja 28 riesgos y no 29 como se indicó anteriormente, a su vez no es claro la formulación de la celda para calcular la zona residual ya que arrastran datos de otros riesgos; tener en cuenta que 3 riesgos pasan de Zona Inherente Alta a zona residual Extrema, esto puede radicar en que no se está teniendo en cuenta la valoración de los controles.
- Se debe tener en cuenta que la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas en su versión, establece que para el análisis del impacto de los riesgos de corrupción 19 criterios para calificarlos, igualmente establece que el análisis de impacto se realizará teniendo en cuenta solamente los niveles "moderado", "mayor" y "catastrófico", dado que estos riesgos siempre serán significativos; en este orden de ideas, no aplican los niveles de impacto insignificante y menor, por ende, se observa que la matriz no cumple con lo establecido en la guía de administración de riesgos

### 1.5 Seguimiento efectuado por la primera línea

Siguiendo los lineamientos de la Resolución 141 del 27 de marzo de 2032, en su artículo 5 Responsables del monitoreo y revisión de la gestión de riesgo, la Primera línea de defensa debe realizar seguimiento de autocontrol, dejando registro en el Formato de seguimiento y autocontrol de gestión de riesgos OADS-F-36, de acuerdo al monitoreo realizado por la segunda línea de defensa (Oficina de planeación) se evidenció que los siguientes procesos: Gestión administrativa/facturación, Gestión QHSE, Gestión de Innovación e investigación, no realizaron seguimiento por parte de la primera línea de defensa. Incumpliendo lo establecido en la Política de administración de riesgo y el Manual de gestión del riesgo el cual contempla lo siguiente: Responsables de los procesos (Autocontrol) – Primer Línea de defensa- Encargados de realizar las acciones asociadas a los controles establecidos para cada uno de los riesgos identificados para su proceso, de acuerdo con la periodicidad establecida en la política de administración del riesgo de la entidad. Durante la aplicación de las acciones de seguimiento cada líder de proceso debe mantener la traza o documentación respectiva de todas las actividades realizadas, para garantizar de forma razonable que dichos riesgos no se materializarán y por ende que los objetivos del proceso se cumplirán, mediante el formato OADS-F-36 Seguimiento y Autocontrol Gestión de Riesgos / Primera Línea de Defensa

12

Adicionalmente se verifica el diligenciamiento de este formato y se evidencia que la columna Resultado de indicador definido algunos procesos no la diligencian, no coinciden los riesgos identificados y las evidencias resultantes y el resultado de seguimiento no describe las acciones implementadas a fin de cumplir con el plan de acción y la aplicación de los controles definidos, formatos sin las firmas de elaboró y revisó

### 1.5 Seguimiento realizado Oficina Asesora de control Interno

La Oficina de Control Interno - OCI, a través del Rol "Evaluación a la gestión del Riesgo" proporciona aseguramiento objetivo a la Alta Dirección sobre el diseño y efectividad de las actividades de administración del riesgo, para ayudar a que sean gestionados apropiadamente. Para el efecto, la OCI ha establecido el Plan Anual de Auditorías vigencia 2023, con enfoque basado en riesgos, en el que se incorporan evaluaciones y seguimientos orientados a la verificación de la efectividad de los controles establecidos por los líderes de proceso, con el fin de garantizar la mitigación de los riesgos, incluidos los de corrupción, opacidad y fraude.

Adicionalmente, durante el primer cuatrimestre del año, la Oficina ha adelantado los primeros seguimientos al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC (enero y mayo de 2023), en cuyos informes se destaca la evaluación al Componente de Riesgos de Corrupción y sus actividades.

## RESULTADO DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS MAPAS DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE -SICOF

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

13

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

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

PROCESO	RIESGO	TIPO	CONTROLES	SEGUIMIENTO OACI PRIMER CUATRIMESTRE 2023
CONTROL INTERNO	Posibilidad de Sanciones, pérdida de credibilidad y confiabilidad en los informes de control interno por Manipulación en la Gestión de las auditorías con el fin de beneficiar o desfavorecer a un Proceso y/o Subproceso de la Entidad.	Corrupción	El asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoría OACI-F-02 y cuando se presente para su aprobación el Plan de trabajo de la Auditoría, verificará la suscripción de la declaración de conocimiento código de Ética del Auditor Interno y la suscripción de la carta de Representación de la veracidad de la información según lo establecido Manual de auditoría OACI-M-01, a través del Anexo 1 Declaración de Conocimiento código de Ética de la Auditoría Interna y la carta de representación de veracidad y oportunidad de la información OACI-F-06	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023 , el proceso adjunta los siguientes formatos Plan Anual de auditoría OACI-F-02 vigencia 2023, Declaración de Conocimiento código de Ética de la Auditoría Interna Anexo 1 de Código de Ética, Carta de representación de veracidad de la información OACI-F-06 ,Formato OACI-F-15 Compromiso de confidencialidad del Auditor , correspondientes a las auditorías programadas para el primer cuatrimestre las cuales relaciono a continuación: Auditoría realizada al proceso SIAU y Consulta externa. Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control.</p> <p>El riesgo y control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y controles versión 5</p> <p><b>Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p> <p><b>Se evidencia que los Criterios para calificar el impacto en riesgos de corrupción, no se ajusta a lo establecido en la Guía de administración de riesgos y controles versión 5, adicionalmente, la valoración del impacto fue analizado y calificado previamente por el proceso en la fase de descripción del riesgo y se observa que fue ajustado, el cual arrojaba una zona de riesgo residual alto, se recomienda tener en cuenta el análisis realizado por los responsables de los procesos.</b></p>

			<p>El asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoria OACI-F-02 Verifica el grado de conformidad y cumplimiento frente a las disposiciones planificadas por la institución y los requisitos aplicables a éstos, según lo establecido en el procedimiento Realización de auditorías internas OACI-PR-02, mediante el formato OACI-F-04 Plan de auditoria OACI-F-04 e Informe Final de Auditoria OACI-F-16</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023 , el proceso adjunta los siguientes formatos Plan de auditoria OACI-F-04 vigencia 2023 , Informe final de Auditoria OACI-F-16 correspondientes a las auditorias realizada en el primer cuatrimestre las cuales relaciono a continuación: Auditoria realizada al proceso SIAU y Consulta externa.</p> <p>Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control.</p> <p>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.</p>
<p><b>GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS</b></p>	<p>Posibilidad de incumplimiento de necesidades de la entidad debido al favorecimiento por la aceptación de bienes e insumos que no cumplan lo establecido contractualmente.</p>	<p>Corrupción</p>	<p>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.</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, El proceso presenta evidencia de 5 certificaciones de recibidos a satisfacción junto a facturas, las cuatro evidencias corroboran que hay coincidencia entre la certificación de recibido a satisfacción, la factura y el comprobante de ingreso, cumpliendo con las especificaciones técnicas de los bienes e insumos.</p> <p><b>Se evidencia que el control es efectivo, le apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada.</b></p> <p><b>Se recomienda actualizar el proceso A-PR-01 ya que se encuentra desactualizado en el sistema DARUMA</b></p> <p><b>Se evidencia que los Criterios para calificar el impacto en riesgos de corrupción, no se ajusta a lo establecido en la Guía de administración de riesgos y controles versión 5, en cuanto al diseño del riesgo de corrupción se debe describir claramente los componente de su definición (acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado)</b></p>
<p><b>GESTIÓN TECNOLÓGICA</b></p>	<p>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.</p>	<p>Corrupción</p>	<p>El líder de Biomédica emite el estudio de conveniencia de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en el estatuto interno de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos diligenciando el formato C-F-28 Estudio de conveniencia y oportunidad</p> <p>El líder de Biomédica, basado en la oferta de tecnologías del mercado realiza el análisis de especificaciones técnicas conforme a la necesidad del Hospital evaluando su pertinencia, por medio del Anexo técnico, Especificaciones Técnicas y Servicios Posventa, analizadas a través del formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva.</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023 , el proceso no adjunta evidencias, teniendo en cuenta que no se realizaron procesos de Contratación asociada a la adquisición de Equipos Médicos en este periodo</p> <p><b>El riesgo y el control está diseñado de acuerdo a los lineamientos de la guía de administración de riesgos y diseño de controles versión 5</b></p> <p><b>Se evidencia que los Criterios para calificar el impacto en riesgos de corrupción, no se ajusta a lo establecido en la Guía de administración de riesgos y controles versión 5, se recomienda replantear esta calificación teniendo en cuenta el impacto que generaría la ocurrencia de este riesgo.</b></p>

		<p>El líder de Biomédica conforme a la necesidad verifica el cumplimiento de las especificaciones técnicas de los equipos de acuerdo a la pertinencia y efectividad de la tecnología solicitada conforme a lo establecido en el procedimiento IB-PR-09, Análisis de Ingreso de nuevas Tecnologías mediante el formato IB-F-01 Proceso de validación de ingreso de Activos relacionados con equipos biomédicos</p>	
<p><b>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b></p>	<p><b>Etapas de Selección:</b></p> <p>de</p> <p>Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias, penales y fiscales debido a la vulneración a principios de la contratación pública a favor de un tercero en la selección del contratista</p>	<p>Corrupción</p> <p>El coordinador de contratación según necesidad da apelación al descrito en el estatuto interno de contratación por acuerdo No.11 de 2019, según cada modalidad de selección contractual, frente a los requisitos allí señalados para la selección de contratistas.</p> <p>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</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre 2023. El responsable del control adjunta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Excel matriz procesos contractuales periodo enero a marzo de 2023. Pendiente mes de abril de 2023</li> <li>2. PDF PANTALLAZOS estudios previos y demás soportes asociados a la etapa precontractual. C-F-31, C-F-29, TH- F-68. Se evidencia que el formato EVALUACIÓN TECNICA DEFINITIVA C-F-31, publicado en el listado maestro de documentos relaciona en el espacio (representante legal) al gerente anterior.</li> <li>3. PDF PANTALLAZOS CONTRATOS Y SUS DOCUMENTOS CONTRATOS PERIODO ENERO A ABRIL PUBLICADOS PAGINA SECOP II</li> <li>4. Muestra procesos publicados secop II (enlace 4 contratos)</li> <li>5. PANTALLAZOS DE CONVOCATORIAS PUBLICAS, REQUERIMIENTOS PUBLICADOS EN PAGINA WEB corte marzo</li> </ol> <p>Se evidencia la adecuada aplicación del control, teniendo en cuenta que el coordinador de contratación según modalidad de selección contractual, frente a los requisitos para la selección de contratistas adjunta los soportes establecidos, <b>sin embargo se recomienda al líder del proceso de contratación actualizar el formato EVALUACIÓN TECNICA DEFINITIVA C-F-31, y el espacio de representante legal, no colocar nombres</b></p> <p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, Frente al control establecido de documentar a través de actas el estudio del proceso y selección del contratista en las convocatorias públicas, el proceso responsable sustentó su ejecución allegando Acta de comité de contratación correspondientes el periodo en revisión, <b>sin embargo se evidencian debilidades en el diligenciamiento de las actas ya que la mayoría de ellas no cuenta con fechas y las firmas de Secretaria técnica y el presidente del comité, ni anexan firmas de los demás asistentes.</b></p> <p><b>Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, se recomienda permanentemente revisar y fortalecer el control para evitar la materialización del mismo</b></p>
<p><b>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b></p>	<p><b>Etapas de Ejecución:</b></p> <p>de</p> <p>Posibilidad de investigaciones de carácter penal debido al favorecimiento a un tercero en la aceptación de bienes y/o servicios que no cumplan con</p>	<p>Corrupción</p> <p>El supervisor o interventor del proceso revisa y avala cada uno de los elementos que ingresan a la entidad, con el fin de que cumplan con criterios de calidad, de igual forma hace seguimiento a las actividades que realizan los contratistas, conforme al objeto contractual dando cumplimiento estricto al Manual de supervisión e</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre 2023. El responsable del control adjunta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Excel matriz procesos contractuales periodo enero a abril de 2022.</li> <li>2. PDF PANTALLAZO DOCUMENTOS EJECUCION CONTRATOS PERIODO ENERO A ABRIL DE 2023</li> <li>3. Listas de chequeo formato C-F-37 contrato de prestación de servicios. <b>Sin las firmas de recibió y revisó profesional de contratación</b></li> </ol> <p><b>El control describe dar cumplimiento estricto al Manual de</b></p>

	las condiciones técnicas exigidas y/o las actividades del objeto contractual		Interventoría.	<b>supervisión e interventoría, documento aprobado mediante resolución, se recomienda actualizar el diseño del control y los soportes de evidencias con su respectiva codificación.</b>
<b>GESTION FINANCIERA</b>	Posibilidad de Sanciones de los Entes de inspección vigilancia y control por la Exclusión del giro a proveedores y contratistas para presionar y obtener algún beneficio personal.	Corrupción	El tesorero mensualmente aplica lo establecido en el Procedimiento AF-PR-36 liquidación y Giro de Cuentas a fin de realizar la priorización de pagos, conforme a la llegada de las facturas y a los plazos de pago. Resolución 048 de 2021	Con corte al primer cuatrimestre 2023. El responsable del control Tesorería allega como evidencia informe de seguimiento de cuentas por pagar suscrito por el tesorero en donde relaciona el valor de las cuentas por pagar, los valores cancelados y por pagar, informando que el mayor porcentaje de cuentas por pagar está concentrado en los meses de diciembre, noviembre y octubre de 2022, de otra parte en la vigencia 2023 se evidencia que las cuentas por pagar entre enero y abril de 2023 se concentran en mayor proporción en los dos últimos meses. Lo anterior evidencia el cumplimiento a la priorización de pagos de acuerdo a procedimiento AF-PR-36, por plazos y formas de pago contratados.  Se recomienda dentro del procedimiento AF-PR-36 generar un formato de seguimiento a cuentas por pagar.  <b>Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
<b>GESTION ADMINISTRATIVA</b>	Posibilidad de Pérdida Recursos económicos de la Entidad y/o Investigaciones y sanciones disciplinarias por recibir sobornos por aceptación de Glosa a favor de las entidades Responsables de Pago	Corrupción	El Coordinador del Proceso, Auditores (Externo y de la ESE) y Técnico de Cuentas Médicas, según necesidad levantan acta de reunión de análisis conjunto con las ERP con las cuales existen glosas reiteradas según lo establecido en el procedimiento AM-PR-03 Acta de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones, medido a través del indicador 546 Aceptación de glosa de la vigencia con una meta establecida <=4% sobre la facturación neta de la vigencia	Con corte al primer cuatrimestre 2023. El responsable del control aporta soportes de formato AM-F-02 Acta de levantamiento Y/O aceptación de glosa y devoluciones del periodo evaluado, <b>documento que no coincide con lo definido en los soportes de evidencia Código AM-F-03.</b>  El indicador 546 de aceptación de glosa suministrado, cuyo resultado es 0,10 indica que cumple con la meta establecida <=4% sobre la facturación neta de la vigencia. El indicador es efectivo y soporta el control diseñado para este riesgo.  <b>El proceso no envía Informe trimestral de análisis de aceptación de glosa ni las notas crédito mensuales con corte al presente seguimiento.</b>  <b>Teniendo en cuenta que el proceso no adjunto la totalidad de las evidencias , no se puede evaluar la efectividad del control; se recomienda al proceso actualizar el soporte de la evidencia, teniendo en cuenta que el código de identificación del formato Acta de levantamiento Y/O aceptación de glosa y devoluciones del periodo evaluado esta errado</b>
<b>GESTION ADMINISTRATIVA</b>	Posibilidad de Pérdida de Recursos económicos de la Institución por NO facturar servicios prestados por intereses particulares	Corrupción	El Analista principal diariamente verifica que los egresos generados estén efectivamente facturados, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento F-PR-15 Auditoría Administrativa, a través del formato F-F-17 Control de evidencias por facturación revisada	Con corte al primer cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso anexa como evidencia el formato F-F-17 con una muestra de la facturación revisada en el mes de marzo de 1631 facturas y prefecturas y del mes de abril relacionan 998 facturas y prefecturas, cumpliendo con las especificaciones del formato, se observa el seguimiento a cada una de las facturas y la correspondiente observación de auditoría para cada caso dejando evidencia de los hallazgos para subsanar y/o facturación limpia. <b>El proceso presentó ocho actas de socialización de las inconsistencias encontradas en la facturación, de aclaración de procedimientos facturados y acciones para mitigar el riesgo de glosa desde la facturación. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda mantener la implementación del control.</b>

<p><b>GESTION ADMINISTRATIVA</b></p>	<p>Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de cartera puedan ser objeto de concusión en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago</p>	<p>Corrupción</p>	<p>El líder de cartera y técnico de cartera dan el trámite respectivo para el proceso administrativo de cobro según sea el caso (persuasivo, pre jurídico y jurídico) y según necesidad conforme lo establece el Procedimiento CAR-PR-12 Proceso de Cobro y Procedimiento CAR-PR-06 Recauda Pagares</p>	<p>El proceso aportó actas de comité de cartera del periodo en seguimiento, así como el estado de cartera por edades y la base de datos de los pagarés; Por tanto, aportó todas las evidencias de acuerdo con el diseño del control para hacer seguimiento al proceso tal como se informa en los comités de cartera donde participan los líderes de cada área que se interrelacionan con cartera y se convierten en puntos de control. Igualmente en los comités se evidencia el cobro de cartera, de actas de conciliación y cobros persuasivos</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda mantener la implementación del control.</b></p> <p><b>Se evidencia que la tabla de impacto fue modificada y no está acorde a lo establecido en la Guía de administración de riesgos, adicionalmente, el impacto fue analizado y calificado previamente por el proceso a partir de las consecuencias identificadas en la fase de descripción del riesgo y se observa que fue ajustado, el cual arrojaba una zona de riesgo residual alto, es importante tener en cuenta el impacto que generaría la ocurrencia del riesgo tan significativo.</b></p>
<p><b>GESTION DOCUMENTAL</b></p>	<p>Posibilidad de Investigaciones y sanciones disciplinarias y punitivas por Utilización indebida y sustracción de la información física por parte del personal de la entidad.</p>	<p>Corrupción</p>	<p>El grupo de Gestión Documental verifica la competencia y cumplimiento de los pasos a seguir, para consulta y préstamo de documentos mediante los Procedimientos GD-PR-13 consulta de documentos en archivos de gestión documental y GD-PR-15 Préstamo de documento.</p> <p>El personal de HC verifica la solicitud y ejecuta los pasos a seguir para el préstamo y consulta de historias clínicas mediante el procedimiento AHC-PR-04.</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, el proceso adjunta los siguientes formatos actualizados y diligenciados: GD- F-01 «control consulta y préstamos de documentos de archivo (enero a abril de 2023), el Informe mensual del líder del proceso de gestión documental (enero-abril 2023) y el formato «Préstamo Documentos Archivo de Gestión» GD-F-20.</p> <p><b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b></p> <p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, se presentan como evidencia por parte del responsable del proceso los formatos : AHC-F-06 «Registro Relación solicitud y entrega de copias de Historia Clínica» y también se aporta evidencia del diligenciamiento del libro «control de préstamo interno de Historia Clínica» (15 libros) A través de los anteriores formatos se monitorean mes a mes las consultas de información que realizan las diferentes áreas del hospital, así como los préstamos de los documentos custodiados en el Archivo Central, realizando seguimiento y control de las devoluciones, informe que se entrega de manera periódica a la oficina de Desarrollo de Servicios</p> <p><b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b></p>
<p><b>GESTION JURIDICA</b></p>	<p>Posibilidad de providencias en contra de la institución, por ineffectivo seguimiento a procesos judiciales o favorecimiento a la parte demandante al ejercer una defensa judicial</p>	<p>Corrupción</p>	<p>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</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, se presentan como evidencia por parte del responsable del proceso Matriz OAJ-F-07 general de procesos, informe trimestral al comité de conciliación</p> <p><b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b></p>

<p><b>GESTION DE MANTENIMIENTO</b></p>	<p>Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada a la adquisición, mantenimiento de infraestructura hospitalaria y equipo industrial.</p>	<p>Corrupción</p>	<p>Según necesidad El líder de mantenimiento emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en el estatuto interno de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso anexa como evidencia (15) «ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA» de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio</p> <p><b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b></p>
			<p>Según la necesidad el líder de mantenimiento basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso anexa como evidencia un muestra de 11 formato C-F-31 EVALUACIÓN TECNICA DEFINITIVA</p> <p>Al verificar estos soportes se evidencia que los formatos aportados por el proceso se encuentra desactualizado respecto a lo documentado en el listado maestro de Daruma, el cual se encuentra en versión 2, adicionalmente se observa que modificaron el formato ya que omitieron el primer componente del formato denominado: "VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS Y REQUISITOS TÉCNICOS". <b>Se recomienda al responsable actualizarlo y no dejar nombre de representante legal en el modelo del formato.</b></p> <p><b>Igualmente la omisión de la verificación de documentos y requisitos se convierte en un favorecimiento al omitir este tipo información en la evaluación Técnica.</b></p>
<p><b>GESTION DE LA TECNOLOGIA Y LAS COMUNICACION ES</b></p>	<p>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.</p>	<p>Corrupción</p>	<p>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</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, se evidencia Informe de 2193 consolidado del primer trimestre, publicado en la ruta respectiva \\HSRTUNCLU\Estadísticas\Estadísticas\Estadísticas_2023\Decreto_2193_2023, y correos electrónicos de la gestión del reporte de novedades a las áreas respectivas. y del cual se aportó informe con pantallazos que evidencian su ejecución</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p> <p><b>Se evidencia que los Criterios para calificar el impacto en riesgos de corrupción, no se ajusta a lo establecido en la Guía de administración de riesgos y controles versión 5, adicionalmente, la valoración del impacto fue analizado y calificado previamente por el proceso en la fase de descripción del riesgo y se observa que fue ajustado, el cual arrojaba una zona de riesgo residual alto, se recomienda tener en cuenta el análisis realizado por los responsables de los procesos , y revalorar estos criterios teniendo en cuenta el impacto que generaría Posibilidad de Pérdida de recursos e imagen institucional</b></p>
			<p>El grupo de sistemas de información cuando se requiera asigna y define permisos a usuarios teniendo en cuenta lo establecido en el manual de Políticas de seguridad de la información S-M-02 en su apartado creación de cuenta y acceso a los sistemas de información dejando registro en el formato S-F-39 solicitud de creación de usuario. Dicho formato se anexa a la solicitud en la mesa de servicios (GLPI).</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestres de 2023, el responsable del proceso carga como evidencia en formato Excel, la relación a la gestión y administración de usuarios, así como también se anexa la evidencia de registro de estas solicitudes mediante el diligenciamiento del formato S-F-39 solicitud de creación de usuario, este formato se anexa a la solicitud en la mesa de servicios (GLPI).</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>

18

		<p>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</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestres de 2023, el proceso aporó la evidencia de acuerdo con lo solicitado en el control, en este sentido el proceso envía los pantallazos de directorio activo de usuarios registrados, correspondiente al periodo evaluado.</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>
<p><b>GESTION QHSE</b></p>	<p>Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada al proceso</p>	<p>Corrupción</p> <p>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 estatuto interno de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28</p>	<p>Para el corte correspondiente al primer cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso anexa como evidencia un ECO enviado por el proceso de Gestión Ambiental y diligenciado en el formato C-F-27 «estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios», sin embargo el control requiere que se diligencie el formato C-F-28 «Estudio previo de conveniencia y oportunidad requerimientos, subasta inversa o convocatoria pública». Así mismo las áreas de SST y calidad, no generaron procesos contractuales para el periodo evaluado.</p> <p><b>Se recomienda ajustar el control y los soportes de evidencia de este. Los documentos que soportan el control no se encuentran acorde con el diseño del mismo.</b></p> <p><b>Se evidencia que los Criterios para calificar el impacto en riesgos de corrupción, no se ajusta a lo establecido en la Guía de administración de riesgos y controles versión 5, adicionalmente, la valoración del impacto fue analizado y calificado previamente por el proceso en la fase de descripción del riesgo y se observa que fue ajustado, el cual arrojaba una zona de riesgo residual alto, se recomienda tener en cuenta el análisis realizado por los responsables de los procesos., y revalorar estos criterios teniendo en cuenta el impacto que generaría Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias</b></p>
		<p>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</p>	<p>Para el corte correspondiente al primer cuatrimestre de 2023, no se presenta ningún caso que genere dentro del proceso precontractual el registro en el formato C-F-31 «Evaluación Técnica definitiva» por parte de los procesos involucrados.</p>

<p><b>GESTION DE TALENTO HUMANO</b></p>	<p>Posibilidad de Investigaciones de los organismos de control, disciplinarias y sanciones pecuniarias por Favorecer a un aspirante en el acceso a un cargo sin el lleno de requisitos legales (personal de planta, CPS, empresa Temporal y Tercerizados asistenciales)</p>	<p>Corrupción</p>	<p>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. Anexo técnico de perfil</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023 el proceso anexo como evidencia relación de personal contratado dentro del periodo en que se realiza el seguimiento como se muestra a continuación: modalidad prestación de servicios (7) personal en misión (19) y para este cuatrimestre no se presentaron novedades respecto a personal de planta. Además se pudo evidenciar que el profesional de nómina verifico que los funcionarios de planta contratados en el periodo, cumplan con los requisitos, mediante de verificación en el formato TH-F-45 « verificación requisitos hoja de vida y habilitación "actividad que se realizó antes de la vinculación del profesional, en cumplimiento de dispuesto en el procedimiento TH-PR-08 Selección, ingreso y promoción de personal», adicionalmente se evidencio que las funcionarias encargadas de verificar el cumplimiento de los requisitos del personal en misión y contratistas, aplicaron el formato establecido. <b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soportan, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b></p>
<p><b>GESTION DE TALENTO HUMANO</b></p>	<p>Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada a lo relacionado con Capacitación, bienestar, uniformes y otros elementos, contratación con empresas de suministro de personal.</p>	<p>Corrupción</p>	<p>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 estatuto interno de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28</p> <p>Según la necesidad el líder de Talento Humano basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023 el proceso anexo como evidencia 7 ECO utilizando el formato C-F-27 «estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios», el control menciona que se debe presentar en el formato C-F-28 «Estudio previo de conveniencia y oportunidad requerimientos, subasta inversa o convocatoria pública». Evidenciando que el formato en el que se presenta la evidencia no concuerda con el solicitado en el control. <b>Se recomienda ajustar el control y los soportes de evidencia de este.</b></p> <p><b>Los documentos que soportan el control no se encuentran acorde con el diseño del mismo</b></p> <p><b>Se evidencia que los Criterios para calificar el impacto en riesgos de corrupción, no se ajusta a lo establecido en la Guía de administración de riesgos y controles versión 5, adicionalmente, la valoración del impacto fue analizado y calificado previamente por el proceso en la fase de descripción del riesgo y se observa que fue ajustado, el cual arrojaba una zona de riesgo residual alto, se recomienda tener en cuenta el análisis realizado por los responsables de los procesos, y revalorar estos criterios teniendo en cuenta el impacto que generaría Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias.</b></p> <p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023 el proceso apporto como evidencia formatos diligenciados Evaluación C-F-31 «Técnica definitiva» respecto a los procesos contractuales efectuados dentro del periodo evaluado. <b>Se constata que la evidencia presentada es efectiva frente al control, está alineada con el riesgo y su funcionamiento se realiza de forma adecuada.</b></p>

20

<p><b>APOYO SERVICIOS DE SALUD</b></p>	<p>Posibilidad de afectación del servicio por favorecimiento a terceros en la evaluación técnica final en la contratación que conlleven a investigaciones y sanciones disciplinarias</p>	<p>Corrupción</p>	<p>Según necesidad la coordinación de apoyos de servicios de salud y Laboratorio Clínico emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en el estatuto interno de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso Laboratorio clínico anexa como evidencia (7) C-F-28 «ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA» correspondientes al periodo evaluado. Adicionalmente el servicio de Imagenología anexa formato C-F-27, ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS (PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA ), <b>formato que al verificar en listado maestro de documentos DARUMA, debe ser revisado y/o actualizado ya que cuenta con el nombre de anterior gerente del hospital; a la vez este formato no se encuentra documentado dentro del control y los soportes del mismo.</b></p> <p><b>Recomendación:</b> Es necesario que el proceso responsable verifique y actualice el formato C-F-27, ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS (PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, respecto al representante legal , se recomienda no colocar nombres, adicionalmente ajustar el control y los soportes del mismo incluyendo los formatos utilizados de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio.</p>
			<p>Según necesidad la coordinación de apoyos de servicios de salud y Laboratorio Clínico y Laboratorio Clínico, basado en los requisitos contractuales y especificaciones técnicas emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso anexa como evidencia (7) formatos C-F-31 EVALUACIÓN TÉCNICA DEFINITIVA correspondientes al periodo evaluado, lo que permite evidenciar la aplicación del control.</p> <p>Sin embargo al verificar estos soportes se evidencia que los formatos de evaluación técnica C-F-31 aportados por el proceso no coincide con lo documentado en el listado maestro de Daruma, se observa que modificaron el formato ya que omitieron el primer componente del formato denominado: "VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS Y REQUISITOS TÉCNICOS".</p> <p>Se recomienda al proceso no modificar los documentos establecidos en nuestro Sistema de gestión documental.</p>
<p><b>GESTIÓN FARMACÉUTICA</b></p>	<p>Posibilidad de Investigaciones y sanciones disciplinarias o detrimento patrimonial debido al favorecimiento a terceros mediante la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos</p>	<p>Corrupción</p>	<p>El Coordinador Administrativo de farmacia por requerimiento analiza la viabilidad de la necesidad de adquisición de medicamentos y dispositivos y emite el requerimiento de acuerdo al tipo de contratación según lo establecido en el Procedimiento selección y adquisición de medicamentos y dispositivos médicos SF-PR-23 mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad y formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestres de 2023, el proceso adjunta, relación de contratos celebrados en el periodo evaluado (46) , estudio previo de conveniencia Y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, de medicamentos y dispositivos médicos diligenciados en el formato (CÓDIGO: C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD – REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PUBLICA), con sus respectivas Evaluaciones Técnicas Definitivas mediante el formato C-F-31.</p> <p><b>Se constata que la evidencia presentada es efectiva frente al control, está alineada con el riesgo y su funcionamiento se realiza de forma adecuada</b></p>

<p><b>GESTION QUIRURGICA</b></p>	<p>Posibilidad de afectación del servicio, Investigaciones y sanciones disciplinarias debido al favorecimiento a terceros mediante la emisión de la evaluación técnica final en la contratación</p>	<p>Corrupción</p>	<p>Según necesidad prestación de servicios emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en el estatuto interno de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-27 (ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS (JUSTIFICACIÓN TÉCNICA)</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso anexa como evidencia (9) C-F-27 «ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS» correspondientes al periodo evaluado, soportes de evidencias que no coinciden con la documentada en el control y los soportes. Adicionalmente al verificar el formato C-F-27, ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS <b>en listado maestro de documentos DARUMA, debe ser revisado y/o actualizado ya que cuenta con el nombre de anterior gerente del hospital;</b></p> <p><b>Recomendación: Es necesario que el proceso responsable ajustar el control y los soportes del mismo incluyendo los formatos utilizados de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio.</b></p> <p><b>Los documentos que soportan el control no se encuentran acorde con el diseño del mismo</b></p>
			<p>Según la necesidad la oficina de prestación de servicio, basado en los requisitos contractuales y especificaciones técnicas emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva (para entidades), TH-F-68 ENTREVISTA CONCEPTO TÉCNICO (SUPERVISOR) (CPS)</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso anexa como evidencia formatos C-F-31 EVALUACIÓN TÉCNICA DEFINITIVA correspondientes al periodo evaluado, No adjuntan evidencias del TH-F-68 ENTREVISTA CONCEPTO TÉCNICO (SUPERVISOR) (CPS).</p> <p>Se recomienda verificar el control y sus respectivos soportes de evidencias de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio.</p> <p><b>Los documentos que soportan el control no se encuentran acorde con el diseño del mismo</b></p>
<p><b>GESTION DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS</b></p>	<p>Posibilidad de uso indebido de los bienes de consumo, coadyuvando a un posible detrimento patrimonial</p>	<p>Corrupción</p>	<p>El técnico administrativo de almacén encargado del módulo de activos del sistema de información recibe las solicitudes de los procesos por el mismo sistema de información, genera la salida de almacén a través del comprobante de egreso, el cual es aprobado por el coordinador de almacén quien analiza la aprobación del mismo, el comprobante se entrega a los técnicos encargados de llevar el suministro a cada área quien hace la solicitud al encargado de bodega para solicitar el pedido, el cual es llevado a las áreas solicitantes.</p>	<p>El proceso aporta dieciséis comprobantes de egreso de servinte correspondientes al periodo a evaluar, debidamente firmados, la muestra avala el recibido a satisfacción en cada servicio y la verificación del coordinador de almacén en cuanto a las cantidades a utilizar en cada área.</p> <p><b>Se recomienda tener en cuenta lo establecido en la Guía de administración de riesgos y controles versión 5, en cuanto al diseño del riesgo de corrupción, se debe describir claramente los componente de su definición (acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado), se sugiere replantear el riesgo " Posible detrimento patrimonial por uso indebido de los bienes de consumo, en favorecimiento de un tercero."</b></p> <p><b>En cuanto al diseño del control, No existe relación entre la causa y el control identificado de tal forma que el control no mitigara el riesgo así esté operando. La OACI, recomienda rediseñar el control</b></p>
			<p>Para casos especiales en que no se realice el pedido por el módulo de servinte se hace a través del formato A-F-01 "Solicitud insumos almacén". que posterior se realiza el procedimiento anterior</p>	<p><b>Es importante verificar la celda de la zona de riesgo residual, (según matriz de calor residual) sería extremo lo cual afecta el tratamiento del mismo y el establecimiento de plan de acción; se evidencian errores de parametrización</b></p>
			<p>El coordinador ambiental realizara campañas de sensibilización para la racionalización del uso de papel</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso no adjunta evidencias de la ejecución del control</p> <p><b>Se recomienda tener en cuenta lo establecido en la Guía de administración de riesgos y controles versión 5, en cuanto al diseño del riesgo de corrupción, se debe describir claramente los componente de su definición (acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado), se sugiere replantear el riesgo " Posible detrimento patrimonial por uso indebido</b></p>

22

				de los bienes de consumo, en favorecimiento de un tercero." <p>En cuanto al diseño del control, No existe relación entre la causa y el control identificado de tal forma el control no mitigara el riesgo así esté operando y las evidencias soportes de la ejecución no son acordes al diseño del mismo. La OACI recomienda rediseñar el control y las evidencias del mismo.</p>
<b>GESTION DE TALENTO HUMANO</b>	posibilidad de tráfico de influencias conflicto de intereses (amistad o enemistad, persona influyente) en el proceso de vinculación de personal	Corrupción	El coordinador de talento humano aplica el instructivo TH-INS-01 instructivo conflicto de interés para la vinculación de personal.	<p>Para el corte al primer cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso, adjunta como evidencia, oficio radicado ante la oficina de gestión el riesgo de la institución en el cual solicita «[...]ampliar el plazo de implementación del plan de acción de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude (sicof), atendiendo que las fechas establecidas en el cronograma de seguimiento se encuentran sobre tiempo para darle cumplimiento, dado que estos riesgos fueron aprobados el 25 de abril de 2023 y solicitan el cargue de información a 28 de abril de 2023 y el seguimiento de las acciones quedo con fecha de 30 de abril de 2023. <b>Se recomienda tener en cuenta lo establecido en la Guía de administración de riesgos y controles versión 5, en cuanto al diseño del riesgo, se debe describir claramente los componente de su definición (acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado), adicionalmente el control no es claro y su diseño es inadecuada, no cumple con la estructura y las evidencias no son claras. Es importante verificar la celda de la zona de riesgo residual, (según matriz de calor residual)seria extremo lo cual afecta el tratamiento del mismo y el establecimiento de plan de acción; en los atributos no fue diligenciado el espacio de calificación.Es importante dar cumplimiento al plan de acción propuesto en los tiempos establecidos</b></p>
<b>GESTION DE TALENTO HUMANO</b>	Posibilidad de autorización de retiro parcial de cesantías sin el lleno de los requisitos previstos por ley.	Corrupción	El profesional universitario de talento humano aplica lo dispuesto en la ley 50 de 1990 y ley 394 de 1996 y reglamentarias cesantías del régimen retroactivo.	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, el responsable del proceso, adjunta como evidencia, oficio radicado ante la oficina de gestión el riesgo de la institución en el cual solicita «[...]ampliar el plazo de implementación del plan de acción de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude (sicof), atendiendo que las fechas establecidas en el cronograma de seguimiento se encuentran sobre tiempo para darle cumplimiento, dado que estos riesgos fueron aprobados el 25 de abril de 2023 y solicitan el cargue de información a 28 de abril de 2023 y el seguimiento de las acciones quedo con fecha de 30 de abril de 2023.</p> <p><b>Se recomienda tener en cuenta lo establecido en la Guía de administración de riesgos y controles versión 5, en cuanto al diseño del riesgo, se debe describir claramente los componente de su definición (acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado), adicionalmente el control no es claro y su diseño es inadecuada, no cumple con la estructura y no dejan un registro que permita evidencia la ejecución del mismo, el soporte de la evidencia en este caso (ley 50 de 1990 y ley 394 de 1996 y reglamentarios cesantías del régimen retroactivo.)</b></p> <p><b>Es importante verificar la celda de la zona de riesgo residual, (según matriz de calor residual) seria extremo lo cual afecta el tratamiento del mismo y el establecimiento de plan de acción; en los atributos no fue diligenciado el espacio de calificación.</b></p>

<p><b>GESTION DE LA TECNOLOGIA Y LAS COMUNICACIONES</b></p>	<p>Posibilidad de Uso indebido de la información para obtener un beneficio particular.</p>	<p><b>Corrupción</b></p> <p>Los profesionales de talento humano a través de la plataforma GLPI solicitan usuario para los funcionarios que ingresan, la oficina de tecnología de la información da respuesta.</p> <p>Cuando se retira el funcionario, los profesionales de talento humano envían la solicitud de cancelación del usuario.</p> <p>En el sistema de información SERVINTE cuenta con los LOG de auditoria donde se puede evidenciar la trazabilidad de los usuarios que usan la historia clínica.</p> <p>Se aplica el procedimiento S-PR-13 Gestión y administración de perfiles de usuario de sistema de información., sin embargo se requiere actualización del mismo</p>	<p>Dentro de las evidencias presentadas con corte al primer cuatrimestre de 2023, El proceso anexa pantallazo en los que se muestra listado de perfiles de usuarios asignados del periodo evaluado, y formato S-F-39 SOLICITUD CREACIÓN DE USUARIOS SISTEMAS DE INFORMACION, el cual no coincide con lo descrito en los soportes de evidencias. Los documentos que soportan el control no se encuentran acorde con el diseño del mismo</p> <p>Es necesario que en la descripción del riesgo de corrupción cuenten con los componentes de su definición según Guía de administración de riesgos y controles versión 5: (acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado). Se recomienda ajustar el diseño del riesgo, describiendo claramente sus componentes y a que información se refiere; adicionalmente el control no es claro y su diseño es inadecuada, ya describe varias actividades, interviene varios responsables como son. (Profesionales de talento humano y profesionales encargados de realizar la auditoria que realizan la trazabilidad de los usuarios que usan la historia clínica), con lo descrito en este control se pueden identificar más controles.</p> <p>Es importante verificar la celda de la zona de riesgo residual, (según matriz de calor residual) seria extremo lo cual afecta el tratamiento del mismo y el establecimiento de plan de acción; en los atributos no fue diligenciado el espacio de calificación.</p> <p>Se aclara que el nombre del proceso es "GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES"</p> <p>Se recomienda realizar la actualización del procedimiento S-PR-13 «Gestión y administración de perfiles de usuario de sistema de información» con el fin de dar cumplimiento al control y reventir la posible materialización del riesgo.</p>
<p><b>GESTION DE LA TECNOLOGIA Y LAS COMUNICACIONES</b></p>	<p>Posibilidad de ataques cibernéticos que modifiquen la información guardada.</p>	<p><b>opacidad</b></p> <p>El profesional universitario de Gestión de tecnología de la información y las comunicaciones deberá mantener vigente y realizar supervisión del contrato de mantenimiento de los sistemas de información:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Servinte clínica suite.</li> <li>2. Daruma salud,</li> <li>3.Orfeo</li> <li>4.Enterprise</li> <li>6.Sicof</li> <li>7.Comprobar</li> <li>8. Corum</li> </ol> <p>Imaging. RP</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, el proceso adjunto evidencia de los Contratos e informes de supervisión del periodo evaluado.</p> <p><b>Se recomienda ajustar el diseño del riesgo, describiendo claramente el beneficio privado, adicionalmente el control no es claro y su definición es inadecuada, ya que no ataca las causas que dieron origen al riesgo, analizar si los atributos de implementación son (Manuales o automáticos), verificar soportes de evidencias, ya que los informes de supervisión están codificados en nuestro sistemas de gestión documental.</b></p> <p><b>Es importante verificar la celda de la zona de riesgo residual, (según matriz de calor residual) seria extremo lo cual afecta el tratamiento del mismo y el establecimiento de plan de acción; en los atributos no fue diligenciado el espacio de calificación.</b></p> <p>Se aclara que el nombre del proceso es "GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES"</p> <p>Se recomienda al proceso cumplir con el cargue de evidencias, para los periodos determinados y poder realizar correcto seguimiento y evaluación al control establecido.</p>



<p><b>GESTION DE INVESTIGACION E INNOVACION</b></p>	<p>Posibilidad de concentración de poder que puede generar prácticas no éticas o de conflictos de interés en investigaciones desarrolladas en el HUSRT.</p>	<p>opacidad</p>	<p>El comité de investigación y bioética en investigación bajo la resolución 252 de 2020, quienes realizan la aprobación y seguimiento de las investigaciones de la ESE HUSRT.</p> <p>Adicional Se aplica el manual GAC-M-02 MANUAL PARA EL INVESTIGADOR.</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023 no es posible evaluar el control, debido a que la realización de este se da mediante a la actualización del GAC-M-02 «Manual para el investigador» y esta actualización tiene fecha de implementación el mes de agosto de 2023</p> <p><b>Se recomienda ajustar el diseño del control teniendo en cuenta lo establecido en la Guía de administración de riesgos y controles Versión 5, especificando a través de que realiza la aprobación y seguimiento de las investigaciones de la ESE HUSRT, ya que en los soportes de evidencias relacionan varios formatos.</b></p> <p><b>A la vez aclarar si lo descrito en el siguiente párrafo "Adicional Se aplica el manual GAC-M-02 MANUAL PARA EL INVESTIGADOR." es otro control o hace parte del mismo.</b></p> <p><b>Se recomienda al proceso dar cumplimiento al plan de acción, actualizando el manual y articulándolo con los formatos mencionados con objeto de realizar correcto seguimiento y evaluación al control establecido.</b></p> <p><b>Es importante verificar la celda atributos valoración de control no fue diligenciado el espacio de calificación. Se evidencian errores de parametrización</b></p>
<p><b>Gestión financiera</b></p>	<p>Posibilidad de presentar información contable financiera y no fidedigna en la calidad de información</p>	<p>opacidad</p>	<p>Los responsables dan aplicabilidad a la resolución 048 de 2021 políticas para mantener la sostenibilidad del sistema contable, además La contadora realiza verificación de la información suministrada por las dependencias MENSUALMENTE a través del sistema de información SERVINTE, además el revisor fiscal dictamina los estados financieros mensuales de la entidad.</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, gestión financiera adjunta como evidencia la publicación de estados financieros y de las ejecuciones presupuestales de enero a marzo de 2023 en el espacio web del hospital. Sin embargo, el control no garantiza la calidad de la información debido a que los riesgos se pueden presentar en la preparación de la información previa a la elaboración de informes.</p> <p><b>Se recomienda aportar evidencia de la verificación que hace contabilidad con las dependencias mensualmente como soporte para evaluar el riesgo, toda vez que en este punto se consolida la información que proviene de las demás áreas y que refleja las operaciones financieras de la entidad.</b></p> <p><b>Existen debilidades en el diseño del control, ya que su estructura no cuenta con los criterios de diseño (responsable, acción y complemento), no mitiga la causa que dio origen al riesgo por sí mismo</b></p> <p><b>Se recomienda ajustar el diseño del riesgo(incluir el beneficio privado) y el soporte de la evidencia ( Resolución 048 de 2021) no permite verificar la ejecución del control</b></p> <p><b>Es importante verificar la celda tratamiento teniendo en cuenta que en zona de riesgos extremo se debe elaborar plan de acción ; en los atributos no fue diligenciado el espacio de calificación. Se evidencian errores de parametrización</b></p>



<p><b>GESTIÓN FARMACÉUTICA</b></p>	<p>Posibilidad de afectación económica por hurto o pérdida de medicamentos y dispositivos médicos con alto valor comercial en el servicio farmacéutico derivados de falta de principios y valores institucionales del personal del servicio farmacéutico.</p>	<p>Fraude</p>	<p>Los regentes y tecnólogos administrativos realizan los inventarios aleatorios mensualmente a través del formato SF-F-58 "Control de inventarios y fechas de vencimiento", además aplica el procedimiento SF-PR-29 Realización de inventario físico de medicamentos y dispositivos médicos</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestres de 2023, el proceso adjunta, formatos SF-F-58 "Control de inventarios y fechas de vencimiento diligenciados del periodo evaluado, lo cual permite evidenciar que los regentes y tecnólogos administrativos realizan los inventarios aleatorios según lo describe el control</p> <p><b>Existen debilidades frente a la identificación de las causas, se recomienda efectuar un mayor análisis para determinar las situaciones que pueden ocasionar prácticas corruptas, qué reflejan un comportamiento evidentemente incorrecto, con el fin de facilitar el diseño de controles.</b></p> <p><b>Se recomienda ajustar el diseño del riesgo(incluir el beneficio privado) y el soporte de la evidencia no es el procedimiento, sino el formato por medio de la cual se aplica , para esta caso sería el formatos SF-F-58 "Control de inventarios y fechas</b></p>
<p><b>GESTIÓN FARMACÉUTICA</b></p>	<p>Posibilidad de afectación económica por hurto o pérdida de medicamentos y dispositivos médicos de los carro de paro derivados de falta de principios y valores institucionales del personal responsable</p>	<p>Fraude</p>	<p>Aplicar el procedimiento TRA-PR-53 "Custodia, verificación, uso y reposición de carro de paro y reservas autorizadas.</p>	<p>Con corte al primero cuatrimestre de 2023, el proceso adjunta soportes de formato SF-F-59 AUDITORIA CARRO DE PAROS, traslados medicamento carro de paros SERVINTE, informes Auditoría Kit de emergencia y carros de paro. <b>Los documentos que soportan el control NO se encuentran acorde con el diseño de control. Existen debilidades frente a la identificación de las causas, se recomienda efectuar un mayor análisis para determinar las situaciones que pueden ocasionar prácticas corruptas, qué reflejan un comportamiento evidentemente incorrecto, con el fin de facilitar el diseño de controles.</b></p> <p><b>Existen debilidades en el diseño del control, ya que su estructura no cuenta con los criterios de diseño (responsable, acción y complemento), no mitiga la causa que dio origen al riesgo por sí mismo, Se recomienda ajustar el diseño del riesgo(incluir el beneficio privado) y el soporte de la evidencia no es Aplicar procedimiento TRA-PR-53, sino el formato por medio de la cual se aplica el mismo que para esta caso sería el formatos SF-F-58 "Control de inventarios y fechas. Es importante verificar la celda tratamiento teniendo en cuenta que en zona de riesgos extremo se debe elaborar plan de acción ; en los atributos de la valoración del control no fue diligenciado el espacio de calificación. Se evidencian errores de parametrización</b></p>

<p><b>GESTIÓN TECNOLÓGICA</b></p>	<p>Posible uso indebido y/o pérdida de equipos biomédicos por intereses personales</p>	<p>Fraude</p>	<p>El técnico biomédico identifica el daño del equipo biomédico por mala manipulación a través de la rondas diarias registradas en el formato IB-F-05 "Reporte diario de fallas de equipos biomédicos" y por los llamados de las áreas a través del aplicativo HRCATCH, al identificar el daño del equipo biomédico por mala manipulación solitan al servicio responsable el diligenciamiento del formato F-54 "Reporte de daño de dotación hospitalaria, se diagnostica el equipo, se realiza el mantenimiento correspondiente, se programa la capacitación en el servicio y se deja registro en acta, con el fin de evitar la ocurrencia del evento.</p>	<p>Con corte al primer cuatrimestre de 2023, el proceso adjunta soportes de formato diligenciado IB-F-05 "Reporte diario de fallas de equipos biomédicos" de periodo evaluado, adicionalmente aporta evidencias del formato TH-F-15 asistencia de colaboradores a eventos de capacitación, en donde relaciona las actividades de capacitación realizadas a los servicios. <b>Formato que no se encuentra relacionado en el control, ni en los soportes de las evidencias. No adjunta soportes de los llamados de las áreas a través del aplicativo HRCATCH, ni del formato F-54 "Reporte de daño de dotación hospitalaria, acta de reunión. Los documentos que soportan el control NO se encuentran acorde con el diseño de control.</b></p> <p><b>Se recomienda ajustar el diseño del riesgo incluir el impacto que generaría el uso indebido y/o pérdida de equipos biomédicos. (Posibilidad de afectación económica), el diseño del control no ataca la causa identificada y dar cumplimiento al plan de acción establecido</b></p> <p><b>Es importante verificar la celda atributos valoración de control no fue diligenciado el espacio de calificación. Se evidencian errores de parametrización</b></p>
-----------------------------------	--	---------------	--	--

Fuente: Mapa de riesgos de corrupción, fraude y opacidad

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

El diseño de algunos riesgos y controles no se ajustan a lo establecido en la Guía de administración de riesgos y diseño de controles. versión 5

Se observa que algunos procesos no enviaron oportunamente las evidencias de la ejecución de los controles para los riesgos identificados.

Las observaciones generadas para los controles de los riesgos, se realizan teniendo en cuenta lo establecido para el diseño de controles, el control debe contener en su redacción una acción y complemento claro, que, de acuerdo con lo señalado por la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5 del DAFP, se refiere a: "La acción, se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control". "El complemento, corresponde a los detalles que permiten identificar claramente divulgar el objeto del control".

Se evidencia que, de los 42 controles identificados, el 38% es decir 16 controles son efectivos, cuentan con las evidencias necesarias y son adecuados, teniendo en cuenta lo anterior es

necesario replantear el diseño de los controles, adecuándolos a lo establecido en la Guía de administración de riesgos y diseño de controles. Versión 5

## CONCLUSIONES

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

28

1. Incumplimiento a lo establecido en la Resolución 141 de 2023, Política de Administración de Riesgos E.S.E Hospital universitario San Rafael de Tunja.
2. Incumplimiento a lo establecido en la Guía de administración de riesgos y controles versión 5, establece que para el análisis del impacto de los riesgos de corrupción, 19 criterios para calificarlos, igualmente establece que el análisis de impacto se realizará teniendo en cuenta solamente los niveles "moderado", "mayor" y "catastrófico", dado que estos riesgos siempre serán significativos; en este orden de ideas, no aplican los niveles de impacto insignificante y menor, por ende, se observa que la matriz no cumple con lo establecido en la guía de administración de riesgos.
3. Incumplimiento al Procedimiento GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS OADS-PR-11, Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02
4. Incumpliendo con lo establecido en el numeral 8.5 DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS de la Norma Fundamental «**Nota 1.** Ningún documento incluyendo los formatos puede ser socializado e implementado sin contar con su respectiva aprobación por parte de la Gerencia General y publicado en listado maestro de documentos del Software DARUMA en estado vigente.»
5. Se evidencia que los mapas de corrupción, opacidad y fraude fueron socializados mediante correo electrónico posteriormente a su publicación.
6. No se evidenció la identificación de riesgos relacionados con el (lavado de activos y financiación del terrorismo), a pesar que se encuentran relacionados en la Política de administración de riesgos actualizada recientemente, y adicionalmente es importante tener en cuenta lo documentado en el MANUAL CONTRA EL LAVADO DE ACTIVOS SARLAF, el cual establece lo siguiente «El alcance del presente manual, cubrirá a todas las áreas que de una u otra forma puedan ser usadas para el lavado de activos provenientes de actividades ilícitas, como lo son en especial, CONTRATACIÓN, FACTURACIÓN, ALMACEN, RECUPERACIÓN DE CARETRA, y en fin todos los procesos de ingreso de recursos, provenientes de la prestación de servicios de salud, arriendos, contratos de coparticipación, entre otros».

7. Se evidencian debilidades análisis del contexto interno y externo, teniendo en cuenta que no se contemplan factores internos y externos de todos los procesos, siendo esto el insumo para el análisis de las causas, contexto estratégico que se debía realizar mediante el formato OADS-F-38 Instrumento de planeación matriz dofa, identificando debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de acuerdo a los factores del contexto tanto internos como externos por proceso
8. Se evidencian debilidades en el análisis de las causas, algunos controles no mitigan la causa raíz, el diseño de los riesgos y controles no están acorde con la Guía de administración de riesgos y diseño de controles. Versión 5
9. Se evidencia que los Criterios para calificar el impacto en riesgos de corrupción, no se ajusta a lo establecido en la Guía de administración de riesgos y controles versión 5
10. Los soportes de evidencias relacionados en la matriz, no son coherentes con lo descrito en los respectivos controles.
11. Se evidencio que posterior a las mesas de trabajo con los procesos, se modificó la valoración del impacto inherente de algunos riesgos, el cual arrojaba una zona de riesgo residual alto, y fue calificado en zona moderada; afectando el tratamiento del mismo. Específicamente en los siguientes procesos: Control interno, Gestión tecnológica, Gestión administrativa.
12. De acuerdo a lo establecido en la guía el tratamiento a los riesgos de corrupción, establece que para las zonas residuales alto y extremo se debe formular plan de acción. Se evidenció en la matriz de riesgos que los siguientes procesos: Gestión de contratación, Gestión administrativa, Gestión farmacéutica se encuentran en zona alta y extrema y no se formuló plan de acción.
13. Mediante circular y cronograma de trabajo se programaron mesas de trabajo con los referentes de los mapas de riesgos de corrupción, para la socialización de la política de administración de riesgos y la actualización del riesgo de corrupción, sin embargo, al verificar las actas allegadas a esta oficina se evidencia que el proceso Gestión financiera no participo en esta socialización siendo este un proceso prioritario
14. Para el caso de las mesas de trabajo de identificación de riesgos de opacidad y fraude, no se evidencio la participación de procesos como mantenimiento, jurídica, gestión documental, gestión contractual y gestión administrativa, siendo estos procesos sensibles de los riesgos a los que pueden verse expuestos en el marco de la corrupción, opacidad y fraude, en articulación
15. Hace parte integral de este informe, la **Matriz de seguimiento "Evaluación del Mapa de riesgos – primer cuatrimestre de 2023"** matriz en donde se registraron las observaciones y recomendaciones para cada uno de los riesgos y sus controles. Algunas de las observaciones se encuentran en el presente informe porque se consideraron relevantes, pero la mayoría se deben consultar en la respectiva matriz.

16. Se recomienda a los líderes de proceso, verificar las evidencias presentadas para demostrar el cumplimiento de cada uno de los controles, dando cumplimiento a los tiempos establecidos, teniendo en cuenta que se evidenciaron formatos desactualizados lo que permite observar la falta de monitoreo por parte de los líderes de proceso

17. 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 corrupción

30

## RECOMENDACIONES

➤ La Oficina de Control Interno, como tercera línea de defensa, reitera recomendación identificada en seguimientos anteriores, Junto con los líderes de procesos, incorporar en los riesgos evaluados, cada uno de los siguientes componentes: **Acción u omisión+ uso del poder desviación de la gestión de lo público+ el beneficio privado**, con el fin de facilitar la identificación de riesgo de corrupción-opacidad y fraude y evitar que se presenten confusiones entre un riesgo de gestión y uno de corrupción, tal como lo establece la Guía de Administración de Riesgos del DAFP.

➤ Se recomienda a la primera y segunda línea de defensa tener en cuenta las observaciones y recomendaciones, identificadas en el seguimiento realizado a la efectividad de los controles, Excel anexo a este informe.

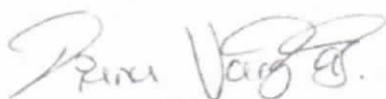
➤ Se recomienda a la oficina de planeación y/o encargados de la gestión del riesgo diseñar y poner en marcha las actividades o mecanismos necesarios para que los funcionarios y contratistas conozcan, debatan y formulen sus apreciaciones y propuestas sobre el proyecto del mapa de riesgos de corrupción, opacidad y fraude. Asimismo, dicha oficina adelantará las acciones para que la ciudadanía y los interesados externos conozcan y manifiesten sus consideraciones y sugerencias sobre el proyecto del mapa de riesgos, levantando la evidencia del proceso de socialización y publicarse sus resultados.

➤ Se recomienda documentar la herramienta utilizada por la Oficina de Planeación para realizar el monitoreo de riesgos de este cuatrimestre, articulandola al procedimiento y manual de administración de riesgos.

➤ Se recomienda revisar y ajustar matriz de riesgos de corrupción opacidad y fraude de acuerdo a lo establecido en la Guía de administración de riesgos y controles. Versión 5, específicamente en la valoración de los controles teniendo en cuenta que las fórmulas utilizadas no son claras, hay espacios sin diligenciar, errores de parametrización; lo cual impide determinar la zona residual del riesgo

- Se sugiere a la primera y segunda línea de defensa, en un próximo ejercicio de autocontrol o de revisión de riesgos adelantar la revisión de la redacción de los controles de tal forma que se evalúe el cumplimiento que se está dando a los criterios establecidos por la metodología adoptada según la Resolución 141 de 2023
- Se sugiere a la Oficina de Planeación y Gestión del riesgo, como segunda línea de defensa, continúe adelantando acompañamiento a la primera línea en la revisión de las causas asociadas a los riesgos
- Se enfatiza a los líderes de proceso 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 se realiza con el apoyo del líder de planeación.
- Se recomienda a la primera y segunda línea de defensa llevar a cabo los ajustes y modificaciones necesarias orientadas a mejorar el mapa de riesgos de corrupción después de su publicación y durante el respectivo año de vigencia. En este caso deberán dejarse por escrito los ajustes, modificaciones o inclusiones realizadas
- Se recomienda asegurar que al interior de los grupos de trabajo de los procesos y Subprocesos se reconozcan los riesgos y controles identificados
- Se recomienda socializar al equipo de trabajo de cada una de los procesos; los resultados de la verificación realizada según informe entregado por esta Oficina de Control.
- Se recomienda Garantizar el repositorio, custodia y disposición permanente de las evidencias de la ejecución de los controles establecidos en el mapa de riesgos.

**Anexo: Matriz de seguimiento "Evaluación del Mapa de riesgos de corrupción, opacidad y fraude" – primer cuatrimestre 2023**



**DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ**

Asesora de Control interno  
ESE Hospital San Rafael de Tunja

Proyecto: Claudia Stella Sáenz Jiménez- Auditor Salud OACI

