

AMBIENTE DE CONTROL

La entidad debe asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. El Ambiente de Control es el fundamento de los componentes del control interno, se incluyen la integridad y valores éticos, la competencia (capacidad) de los servidores de la entidad; la manera en que la Alta Dirección asigna autoridad y responsabilidad, así como también el direccionamiento estratégico definido.

	Lineamiento 1: La entidad demuestra el compromiso con la integridad (valores) y principio+1186+C21:131+1186+C21:131+C21:131+C21:131	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas+C21:131/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Preséncia (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	
					No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Observaciones de la evaluación independiente (tener encuesta papel de líneas de defensa)
EJEMPLO	Aplicación del Código de Integridad. (incluye análisis de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad, u otros temas relacionados).	Dimensión Talento Humano Política Integridad	Se implementó el Código de Integridad acorde con el esquema definido de 5 valores y sus lineamientos de conducta y se desarrollaron ejercicios internos con talleres para la socialización e interiorización a todos los servidores y contratistas de la entidad.	1	1	Seguimiento al cumplimiento de la elaboración y socialización del Código de Integridad, con base en el informe presentando por la segunda línea de defensa (cuando aplique).	Se llevo a cabo un seguimiento a lo dispuesto en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, donde se determino la necesidad de estructurar el código de integridad siguiendo la metodología de Función Pública, para ello se delego como responsable del mismo al Secretario General. Se encontro que se realizaron ejercicios ludicos y participativos para la construcción de los 5 valores institucionales, cada mes se hacen campañas de interiorización de los mismo al personal de la entidad, teniendo como evidencia el compromiso de los funcionarios con el horario laboral, una reducción del ausentismo así como un bajo porcentaje de quejas por parte de los ciudadanos. Por otra parte, se realiza seguimiento mensual por parte del Secretario General al cumplimiento de las actividades propuestas en el cronograma.	3
					2	En el marco del Comité Institucional de Control Interno bimensualmente se contrastan quejas internas y externas sobre situaciones irregulares.		
					3	Se han analizado los temas más críticos acerca en relación con el ausentismo, acoso laboral, solicitudes de traslado y rotación del personal.		
					4			
					5			
					6			
					7			
					8			
	1.1 Aplicación del Código de Integridad. (incluye análisis de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad, u otros temas relacionados).	Dimensión Talento Humano Política Integridad	La E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuenta con Codido de Integridad que, el cual se puede consultar en el siguiente Link: https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=151&seccion=nuos-tra-entidad&slug=codigo-de-integridad Se cuenta con tres comites de convivencia laboral , uno del personal de planta creado mediante resolución No 382 de 2022, los otros dos corresponde a las empresas tercerizadas TEMPOLAB y CONSORCIO		1 Informe resultado COCOLA 2 Informe operativo dimensión talento humano politica de integridad 3 Informe seguimiento semestral mipg 4 Informe control interno disciplinario 5 lo a plan de mejoramiento talento humano codigo 6 7	Primera Línea de Defensa: Se realizaron informes trimestrales sobre el análisis y resultados de: Análisis de PQRSD, Informe resultado COCOLA de las empresas de servicios temporales y planta del HUSRT. Análisis de informe generado por SIAU. Frente a las conclusiones y recomendaciones se realizaron las acciones de mejora correspondientes. Se han realizado estrategias de divulgación y despliegue del código de integridad en los diferentes servicios del HUSRT, dando énfasis en servicios a donde no se habia tenido presencia o una frecuencia mayor. Se soportan con registro fotográfico y firmas de asistencias, videos, imaaen corporativa, publicidad impresa, premios y rifas, entre		

		<p>SAN RAFAEL Se cuenta con informes de convivencia de manera trimestral de los comites de: Planta, Tempolab y Consorcio, en donde se relaciona los tipos de quejas por presunto acoso laboral y su posible afectación al código de integridad. El comité institucional de control interno aprobo plan anual de auditoria, donde se incluye seguimiento a furag y se tendra en cuenta la politica de integridad, este se realizara en el segundo semestre</p>	3	8	<p>otros. Segunda Línea de Defensa: Se realizo seguimiento a través de los plan de acción de mipg realizado por la oficina de planeación encontrando lo siguiente para el periodo evaluado, ocho (8) actividades, de las cuales 1 no fue ejecutada, obteniendo un porcentaje de cumplimiento de la política del 85.7%. Tercera Línea de Defensa: *Para el primer trimestre de la vigencia 2025 se realiza seguimiento y cierre del plan de mejoramiento de la auditoria a Talento Humano cuyo objetivo era evaluar la efectividad de la implementación y actualización del código de integridad, evidenciando la existencia de riesgo asociado al código de Integridad de la entidad, de la misma forma se llevó a cabo seguimiento al mapa de riesgos de corrupción. * Adicionalmente, la Oficina de Control Interno Disciplinario realiza informe concerniente a la Dimensión de Talento Humano en relación con la Política de Integridad en lo relacionado faltas disciplinarias en</p>	3														
1.2 Mecanismos para el manejo de conflictos de interés.	Dimensión Talento Humano Política Integridad	<p>En la institución se tiene documentado TH-INS-01, V3 «Instructivo de manejo de conflictos de interés». : «Matriz de registro de solicitudes y/o trámites de conflicto de interés» OAJ-F-19 V01; y el formato TH-F-67 «Declaración de situaciones de conflicto de intereses servidor público o contratista»V03</p>	2	<table border="1"> <tr><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>Plan de acción furag mipg</td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td></tr> </table>	1		2	Plan de acción furag mipg	3		4		5		6		7		<p>Primera Línea de Defensa: La presente actividad se tiene programada para el segundo semestre de la vigencia 2025. Se anexa ruta cronograma de integridad, C:\CODIGO DE INTEGRIDAD\2025\PLAN ACCIO FURAG MIPG. Segunda Línea de Defensa: La oficina de planeación realizo seguimiento relacionado para el primer semestre y manifestó que no se reporta actividades para el periodo evaluado Tercera Línea de Defensa: *La Oficina de Control Interno realiza seguimiento a riesgos de corrupción, el cual con corte al primer cuatrimestre de 2025, el responsable del control informa que el personal de planta no aplica el diligenciamiento del formato TH-F-67, teniendo en cuenta que el funcionario diligencio la declaración de bienes y rentas 2003 de 2019 que no es potencial en conflictos de interés, este formato únicamente se diligencia cuando se reportan los conflictos, para este periodo no se han presentados posibles conflictos de interés en el desarrollo de las actividades de los servidores públicos con responsabilidades de supervisión de contratos, interventoría, contratación, ordenación del gasto, pagaduría o tesorería, sin embargo, es necesario que el proceso de Gestión de Talento Humano, establezca controles para la vinculación de personal a través de las temporales frente a la posibilidad de presentarse tráfico de influencias y conflicto de intereses (amistad o enemistad, persona influyente) en el proceso de vinculación de personal para favorecer a un tercero. *Mediante auditorías internas realizadas por la oficina de control interno en la vigencia 2025 se verifica aplicación y efectividad el formato C-F-10 formato de conocimiento del cliente y/o contraparte (sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo (SARLAFT). * Es importante que el proceso realice un plan de acción teniendo en cuenta las recomendaciones emitidas por furag para la vigencia 2024</p>	2
1																				
2	Plan de acción furag mipg																			
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
1.3 Mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada u otras situaciones que puedan implicar riesgos para la entidad.	Dimensión Información y Comunicación Política Transparencia y Acceso a la Información Pública Política Gestión Documental	<p>En concordancia con la Política de Gobierno Digital y el habilitador de Seguridad y Privacidad de la Información, la institución ha implementado mecanismos orientados a prevenir y detectar el uso inadecuado de información privilegiada, particularmente aquella relacionada con historias clínicas y datos personales, los cuales se encuentran formalizados en el Manual de Políticas de Seguridad de la</p>	1	S-M-02 Manual de Políticas de Seguridad de la Información. https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=p rocesos&option=verproceso&processoid=8053&h=S-M-02	<p>Primera Línea de Defensa: La institución utiliza mecanismos preventivos y de detección frente al uso inadecuado de información privilegiada, enmarcados en el Manual de Políticas de Seguridad de la Información (código S-M-02), el cual establece directrices para la protección, confidencialidad y uso adecuado de la información institucional y se aplican procedimientos como: S-PR-28: Control de Cambios de Actualización de</p>															

		<p>Información S-M-UJ, S-PR-13 Gestión de usuarios para el acceso a sistemas de información y/o plataformas institucionales, C-F-43 Acuerdo de confidencialidad de la información. S-M-18 Manual De Perfiles De Usuario Del Sistema De Información Servinte Clinical Suite S-F-46 Formato matriz levantamiento de activos de información. S-PR-30 Gestión de incidentes de seguridad de la información.</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1081 142 1108 261">2</td> <td data-bbox="1108 142 1358 261"> <p>S-PR-13 Gestión de usuarios para el acceso a sistemas de información y/o plataformas institucionales, https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoid=7133&hl=S-PR-13</p> </td> <td data-bbox="1362 142 1808 261"> <p>Sistemas de información, S-PR-13: Gestion de Usuarios para el Acceso a Sistemas de Información y/o Plataformas Institucionales, S-PR-30: Gestión de Incidentes de Seguridad de la Información. Adicionalmente, se hace uso de formatos como: S-F-39: Solicitud de Creación, modificación e inactivación de Usuarios en los diferentes servicios de TI, C-F-43: Acuerdo de Confidencialidad de la Información, exigido a los funcionarios con acceso a información sensible, S-F-46: Matriz de levantamiento de activos de información, para identificar y clasificar recursos críticos. S-</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1081 261 1108 358">3</td> <td data-bbox="1108 261 1358 358"> <p>C-F-43 Acuerdo de confidencialidad de la información. https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=10768&hl=C-F-43</p> </td> <td data-bbox="1362 261 1808 358"> <p>M-18 Manual de perfiles de usuarios al sistema de información clínico que determina los grupos y permisos de los usuarios en el sistema Servinte. Estos documentos permiten controlar el acceso, uso y modificación de la información institucional, minimizando riesgos y permitiendo la trazabilidad de las acciones realizadas sobre los sistemas de información.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1081 358 1108 456">4</td> <td data-bbox="1108 358 1358 456"> <p>S-M-18 Manual De Perfiles De Usuario Del Sistema De Información Servinte Clinical Suite https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoid=74164</p> </td> <td data-bbox="1362 358 1808 456"> <p>Gestión de riesgo desde el rol de la Segunda Línea de Defensa: " Informe de seguimiento al mapa de riesgos de seguridad de la información por parte de la Segunda Línea de Defensa," el cual fue radicado en la oficina de control interno 24 de enero de 2025</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1081 456 1108 570">5</td> <td data-bbox="1108 456 1358 570"> <p>S-F-46 Formato matriz levantamiento de activos de información. https://www.hospitaisanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=359&seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&slug=registros-de-activos-de-informacion</p> </td> <td data-bbox="1362 456 1808 570"> <p>Tercera línea de defensa La oficina de control interno realizo seguimiento al plan de mejoramiento producto de la auditoria al subproceso de TIC, mediante la cual se identificó, que se presenta reporte mensual de las fallas en la captura de información primaria las cuales son enviadas al proceso responsable, para tomar las medidas pertinentes para lograr tener información precisa, confiable y de calidad con que se alimentan los indicadores.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1081 570 1108 667">6</td> <td data-bbox="1108 570 1358 667"> <p>S-PR-30 Gestión de incidentes de seguridad de la información. https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoid=7813&hl=s-pr-30</p> </td> <td data-bbox="1362 570 1808 667"> <p>Así mismo se efectúa seguimiento en el primer trimestre de 2025 al plan operativo anual POA, encontrando que el subproceso TIC, cuenta con el indicador « Cumplimiento Plan de seguridad y privacidad de la información», sin embargo no se pudo realizar análisis debido a que la periodicidad de este indicador es semestral.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1081 667 1108 683">7</td> <td data-bbox="1108 667 1358 683"></td> <td data-bbox="1362 667 1808 683"> <p>La oficina Asesora de Control interno presento «NFORME SEGUIMIENTO MATRIZ DE RIESGO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL SEGUNDO SEMESTRE 2024» del cual se presentan algunas de las recomendaciones dadas en el informe:</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1081 683 1108 1170">8</td> <td data-bbox="1108 683 1358 1170"></td> <td data-bbox="1362 683 1808 1170"> <ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda revisar y ajustar el MANUAL METODOLÓGICO PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN S-M-11, de acuerdo a la actualización de la ISO 27002 – 2022 - Establecer estrategias que permita al personal de la entidad apropiarse de los conceptos que fundamentan la seguridad y privacidad de la información para su contextualización con el entorno laboral de la entidad, para que la seguridad de la información se convierta en cultura organizacional, al generar competencias y hábitos en todos los niveles (directivos, funcionarios, terceros) del Hospital Universitario San Rafael de Tunja. </td> </tr> </table>	2	<p>S-PR-13 Gestión de usuarios para el acceso a sistemas de información y/o plataformas institucionales, https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoid=7133&hl=S-PR-13</p>	<p>Sistemas de información, S-PR-13: Gestion de Usuarios para el Acceso a Sistemas de Información y/o Plataformas Institucionales, S-PR-30: Gestión de Incidentes de Seguridad de la Información. Adicionalmente, se hace uso de formatos como: S-F-39: Solicitud de Creación, modificación e inactivación de Usuarios en los diferentes servicios de TI, C-F-43: Acuerdo de Confidencialidad de la Información, exigido a los funcionarios con acceso a información sensible, S-F-46: Matriz de levantamiento de activos de información, para identificar y clasificar recursos críticos. S-</p>	3	<p>C-F-43 Acuerdo de confidencialidad de la información. https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=10768&hl=C-F-43</p>	<p>M-18 Manual de perfiles de usuarios al sistema de información clínico que determina los grupos y permisos de los usuarios en el sistema Servinte. Estos documentos permiten controlar el acceso, uso y modificación de la información institucional, minimizando riesgos y permitiendo la trazabilidad de las acciones realizadas sobre los sistemas de información.</p>	4	<p>S-M-18 Manual De Perfiles De Usuario Del Sistema De Información Servinte Clinical Suite https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoid=74164</p>	<p>Gestión de riesgo desde el rol de la Segunda Línea de Defensa: " Informe de seguimiento al mapa de riesgos de seguridad de la información por parte de la Segunda Línea de Defensa," el cual fue radicado en la oficina de control interno 24 de enero de 2025</p>	5	<p>S-F-46 Formato matriz levantamiento de activos de información. https://www.hospitaisanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=359&seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&slug=registros-de-activos-de-informacion</p>	<p>Tercera línea de defensa La oficina de control interno realizo seguimiento al plan de mejoramiento producto de la auditoria al subproceso de TIC, mediante la cual se identificó, que se presenta reporte mensual de las fallas en la captura de información primaria las cuales son enviadas al proceso responsable, para tomar las medidas pertinentes para lograr tener información precisa, confiable y de calidad con que se alimentan los indicadores.</p>	6	<p>S-PR-30 Gestión de incidentes de seguridad de la información. https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoid=7813&hl=s-pr-30</p>	<p>Así mismo se efectúa seguimiento en el primer trimestre de 2025 al plan operativo anual POA, encontrando que el subproceso TIC, cuenta con el indicador « Cumplimiento Plan de seguridad y privacidad de la información», sin embargo no se pudo realizar análisis debido a que la periodicidad de este indicador es semestral.</p>	7		<p>La oficina Asesora de Control interno presento «NFORME SEGUIMIENTO MATRIZ DE RIESGO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL SEGUNDO SEMESTRE 2024» del cual se presentan algunas de las recomendaciones dadas en el informe:</p>	8		<ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda revisar y ajustar el MANUAL METODOLÓGICO PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN S-M-11, de acuerdo a la actualización de la ISO 27002 – 2022 - Establecer estrategias que permita al personal de la entidad apropiarse de los conceptos que fundamentan la seguridad y privacidad de la información para su contextualización con el entorno laboral de la entidad, para que la seguridad de la información se convierta en cultura organizacional, al generar competencias y hábitos en todos los niveles (directivos, funcionarios, terceros) del Hospital Universitario San Rafael de Tunja. 	1
2	<p>S-PR-13 Gestión de usuarios para el acceso a sistemas de información y/o plataformas institucionales, https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoid=7133&hl=S-PR-13</p>	<p>Sistemas de información, S-PR-13: Gestion de Usuarios para el Acceso a Sistemas de Información y/o Plataformas Institucionales, S-PR-30: Gestión de Incidentes de Seguridad de la Información. Adicionalmente, se hace uso de formatos como: S-F-39: Solicitud de Creación, modificación e inactivación de Usuarios en los diferentes servicios de TI, C-F-43: Acuerdo de Confidencialidad de la Información, exigido a los funcionarios con acceso a información sensible, S-F-46: Matriz de levantamiento de activos de información, para identificar y clasificar recursos críticos. S-</p>																							
3	<p>C-F-43 Acuerdo de confidencialidad de la información. https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=10768&hl=C-F-43</p>	<p>M-18 Manual de perfiles de usuarios al sistema de información clínico que determina los grupos y permisos de los usuarios en el sistema Servinte. Estos documentos permiten controlar el acceso, uso y modificación de la información institucional, minimizando riesgos y permitiendo la trazabilidad de las acciones realizadas sobre los sistemas de información.</p>																							
4	<p>S-M-18 Manual De Perfiles De Usuario Del Sistema De Información Servinte Clinical Suite https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoid=74164</p>	<p>Gestión de riesgo desde el rol de la Segunda Línea de Defensa: " Informe de seguimiento al mapa de riesgos de seguridad de la información por parte de la Segunda Línea de Defensa," el cual fue radicado en la oficina de control interno 24 de enero de 2025</p>																							
5	<p>S-F-46 Formato matriz levantamiento de activos de información. https://www.hospitaisanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=359&seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&slug=registros-de-activos-de-informacion</p>	<p>Tercera línea de defensa La oficina de control interno realizo seguimiento al plan de mejoramiento producto de la auditoria al subproceso de TIC, mediante la cual se identificó, que se presenta reporte mensual de las fallas en la captura de información primaria las cuales son enviadas al proceso responsable, para tomar las medidas pertinentes para lograr tener información precisa, confiable y de calidad con que se alimentan los indicadores.</p>																							
6	<p>S-PR-30 Gestión de incidentes de seguridad de la información. https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoid=7813&hl=s-pr-30</p>	<p>Así mismo se efectúa seguimiento en el primer trimestre de 2025 al plan operativo anual POA, encontrando que el subproceso TIC, cuenta con el indicador « Cumplimiento Plan de seguridad y privacidad de la información», sin embargo no se pudo realizar análisis debido a que la periodicidad de este indicador es semestral.</p>																							
7		<p>La oficina Asesora de Control interno presento «NFORME SEGUIMIENTO MATRIZ DE RIESGO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL SEGUNDO SEMESTRE 2024» del cual se presentan algunas de las recomendaciones dadas en el informe:</p>																							
8		<ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda revisar y ajustar el MANUAL METODOLÓGICO PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN S-M-11, de acuerdo a la actualización de la ISO 27002 – 2022 - Establecer estrategias que permita al personal de la entidad apropiarse de los conceptos que fundamentan la seguridad y privacidad de la información para su contextualización con el entorno laboral de la entidad, para que la seguridad de la información se convierta en cultura organizacional, al generar competencias y hábitos en todos los niveles (directivos, funcionarios, terceros) del Hospital Universitario San Rafael de Tunja. 																							
<p>1.4 La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción.</p>	<p>Dimensión Talento Humano Política de Integridad</p>	<p>"Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo cuarto, metodología: " Actualizar y dar continuidad a la implementación del manual de gestión de riesgos integral (OADS-M-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, la complejidad del proceso de atención, incluyendo de esta forma la gestión de riesgos asistenciales y clínicos siendo para fundamental de la gestión institucional, por lo tanto no es una adopción textual de la guía del DAFy contempla las instrucciones impartidas de la circular externa de la superintendencia nacional de salud 2021170000004-5 de 2021, 2021170000005-5 de 2021 y 20215100000053-5 de 2022." en donde se contemplan los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno como tipo de riesgos institucionales "</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1081 1170 1108 1195">1</td> <td data-bbox="1108 1170 1358 1195"> <p>Formato OADS-F-36</p> </td> <td data-bbox="1362 1170 1808 1195"> <p>PRIMERA LINEA DEFENSA :En cuanto al seguimiento realizado por parte de la primera línea de defensa desde el rol del responsable del proceso (Autocontrol), según lo establecido en programa de gestión del riesgo OADS-PG-02 Primera línea de defensa (Autocontrol).</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1081 1195 1108 1252">2</td> <td data-bbox="1108 1195 1358 1252"> <p>Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno primer cuatrimestre 2025</p> </td> <td data-bbox="1362 1195 1808 1252"> <p>SEGUNDA LINEA DEFENSA : Gestión de riesgo desde el rol de la Segunda Línea de Defensa realizó informe "Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno primer cuatrimestre 2025. El cual se radicado en la oficina de control interno 12 de mayo de 2025 cuyo objetivo fue: Realizar seguimiento y monitoreo a los riesgos y verificación de la aplicación de los controles propuestos en el mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno SICOFIS código OADS-F-14 de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael Tunja.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1081 1252 1108 1276">3</td> <td data-bbox="1108 1252 1358 1276"> <p>Informe seguimiento de mapas de riesgos de corrupción, opacidad fraude y soborno primer cuatrimestre 2025</p> </td> <td data-bbox="1362 1252 1808 1276"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1081 1276 1108 1292">4</td> <td data-bbox="1108 1276 1358 1292"> <p>Mapa de riesgos corrupción</p> </td> <td data-bbox="1362 1276 1808 1292"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1081 1292 1108 1308">5</td> <td data-bbox="1108 1292 1358 1308"></td> <td data-bbox="1362 1292 1808 1308"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1081 1308 1108 1325">6</td> <td data-bbox="1108 1308 1358 1325"></td> <td data-bbox="1362 1308 1808 1325"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1081 1325 1108 1341">7</td> <td data-bbox="1108 1325 1358 1341"></td> <td data-bbox="1362 1325 1808 1341"></td> </tr> </table>	1	<p>Formato OADS-F-36</p>	<p>PRIMERA LINEA DEFENSA :En cuanto al seguimiento realizado por parte de la primera línea de defensa desde el rol del responsable del proceso (Autocontrol), según lo establecido en programa de gestión del riesgo OADS-PG-02 Primera línea de defensa (Autocontrol).</p>	2	<p>Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno primer cuatrimestre 2025</p>	<p>SEGUNDA LINEA DEFENSA : Gestión de riesgo desde el rol de la Segunda Línea de Defensa realizó informe "Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno primer cuatrimestre 2025. El cual se radicado en la oficina de control interno 12 de mayo de 2025 cuyo objetivo fue: Realizar seguimiento y monitoreo a los riesgos y verificación de la aplicación de los controles propuestos en el mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno SICOFIS código OADS-F-14 de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael Tunja.</p>	3	<p>Informe seguimiento de mapas de riesgos de corrupción, opacidad fraude y soborno primer cuatrimestre 2025</p>		4	<p>Mapa de riesgos corrupción</p>		5			6			7			
1	<p>Formato OADS-F-36</p>	<p>PRIMERA LINEA DEFENSA :En cuanto al seguimiento realizado por parte de la primera línea de defensa desde el rol del responsable del proceso (Autocontrol), según lo establecido en programa de gestión del riesgo OADS-PG-02 Primera línea de defensa (Autocontrol).</p>																							
2	<p>Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno primer cuatrimestre 2025</p>	<p>SEGUNDA LINEA DEFENSA : Gestión de riesgo desde el rol de la Segunda Línea de Defensa realizó informe "Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno primer cuatrimestre 2025. El cual se radicado en la oficina de control interno 12 de mayo de 2025 cuyo objetivo fue: Realizar seguimiento y monitoreo a los riesgos y verificación de la aplicación de los controles propuestos en el mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno SICOFIS código OADS-F-14 de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael Tunja.</p>																							
3	<p>Informe seguimiento de mapas de riesgos de corrupción, opacidad fraude y soborno primer cuatrimestre 2025</p>																								
4	<p>Mapa de riesgos corrupción</p>																								
5																									
6																									
7																									

			3	8	<p>TERCERA LINEA DEFENSA : Para la evaluación del estado de la gestión del riesgo de corrupción, opacidad, fraude y soborno la oficina Asesora de control Interno del HUSRT utilizó el formato CÓDIGO: OADS-F-14 denominado: "MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO (SICOFS)", agregándole una columna de Observaciones Oficina de control interno primer trimestre 2025</p>	3
--	--	--	---	---	--	---

<p>1.5 Análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad. NOTA: Si la entidad ya cuenta con esta línea en funcionamiento, establezca si ha aportado para la mejora de los mapas de riesgos o bien en otros ámbitos organizacionales.</p>	<p>Dimensión Dirección Estratégico y Planeación Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano</p>	<p>En la pagina web de la entidad diseño un espacio para informar sobre cualquier conducta que contravenga nuestro Código de Integridad o compartir cualquier inquietud relacionada. https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=151&seccion=usuarios-tra-entidad&slug=codigo-de-integridad</p>	1		<p>Primera Línea de Defensa: Se realiza creación de un espacio de denuncia sobre situaciones que afecten al código de integridad en la página web institucional, la cual además está siendo socializada por los diferentes servicios. Segunda Línea de Defensa: La oficina de planeación realizó informe semestral de mipg donde se observa una actividad relacionada con Mejorar en canal de denuncia anticorrupción; canal de denuncia página web institucional/ en la página web se generó la opción de denuncias frente a mecanismos anticorrupción, así como denuncias frente a la afectación de valores de código de integridad. Tercera Línea de Defensa: La Oficina de Control Interno evidenció el envío de los informes mensuales de la línea anticorrupción emitidos por el proceso de jurídica en el primer semestre de la vigencia 2025, adicionalmente observo el reporte trimestral de informe generados por el área de talento humano en lo relacionado con informe de buzón cliente interno y externo y el uso de buzones de denuncia generando recomendaciones sobre el procedimiento en proyección para asegurar su efectividad, así mismo sugiere la importancia de realizar seguimiento al canal de denuncias de anticorrupción asociado con el código de integridad</p>	3
			2			
			3			
			4			
			5			
			6			
			7			
			8			

Lineamiento 2: Aplicación de mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Fundamento (1/2/3)
				No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	

<p>2.1 Creación o actualización del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (incluye ajustes en periodicidad para reunión, articulación con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño).</p>	<p>Dimensión Control Interno Política de Control Interno</p>	<p>La resolución 220 del 2025 actualizo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja a través del siguiente link: https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=189&seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&slug=resoluciones Dentro de sus funciones se encuentra : - Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la entidad presentado por el jefe de Control Interno o quien haga sus veces, hacer sugerencias y seguimientos a las recomendaciones producto de la ejecución del plan de acuerdo con los dispuesto en el estatuto de auditoría, basado y la priorización de los temas críticos según la gestión del riesgo de la administración» Adicionalmente en la resolución 225 del 2024 , en su artículo primero se encuentra «aprobar Plan Anual de Auditoría ».</p>	Presente (1/2/3)			
			1	Acta numero 1 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno	En el acta del primer Comité Institucional de coordinación de control Interno, se sustento Avances de evaluación y seguimiento , rol de evaluación de gestión del riesgo, avance de liderazgo estratégico, se muestra que para la vigencia 2024 se dio cumplimiento a las actividades establecidas en el plan anual de auditorías.	
			2	Acta numero 2 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno	Segundo Comité Institucional de coordinación de control Interno. La asesora de Control Interno hace exposición al Seguimiento de Plan anual de Auditoría, relacionando el avance con corte a 28 de marzo del 2025, desarrolladas a través de los diferentes Roles de la oficina de Control Interno, en cuanto al Rol de Evaluación de Seguimiento presenta un total 59 actividades de las cuales se han ejecutado 16 actividades, (informes y auditorías) con un avance porcentual del 27% y con 39 actividades pendientes por desarrollar, para el Rol de Evaluación de Gestión del Riesgo con un total para la vigencia de 10 actividades, a la fecha se han realizado 4 actividades, con un cumplimiento del 40%, un faltante para este rol de 6 actividades, en cuanto al Rol de Enfoque hacia la prevención con un total de 3 actividades las cuales no se encuentran programadas para otro trimestre, así mismo en el Rol de liderazgo estratégico con 11 actividades programadas y ejecutadas, con un avance de cumplimiento del 100%.	
			3	Acta numero 3 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno		
			4			
			5			
			6			
			7			

			3	8	<p>Tercer Comité Institucional de coordinación de control Interno:</p> <p>La Asesora de Control Interno presentó una gráfica que ilustra el avance del Rol de Evaluación y Seguimiento, destacando los siguientes resultados:</p> <p>Auditorías: De las 10 auditorías aprobadas para la vigencia 2025, actualmente se encuentran en ejecución 4 auditorías correspondientes a las áreas de Presupuesto, Farmacia, Gestión Jurídica y Laboratorio Clínico</p> <p>Informes de Ley: Se han elaborado 10 de los 23 informes programados, alcanzando un cumplimiento del 43%.</p> <p>Seguimientos: Se han realizado 9 de los 26 seguimientos previstos para la vigencia, con un avance del 35%.</p>	3
2.2 Definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa	Dimensión Control Interno Política de Control Interno Líneas de defensa	<p>Para la definición del esquema de líneas de defensa, la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuenta con la siguiente documentación:</p> <p>* Resolución 123 del 2019, en el capítulo 2 se encuentra la estructura de trabajo de las líneas de defensa y adicionalmente.</p> <p>* Acuerdo 007 del 2024 «Por medio del cual se actualiza la política de gestión de riesgos integral de la empresa social de estado Hospital universitario San Rafael de Tunja y en su artículo 5 Definen la Responsabilidad teniendo en cuenta la línea estratégica de defensa, primera línea, segunda línea y tercera línea información que se encuentra publicada.</p> <p>* La resolución 220 del 2025 actualizo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, en su capítulo II, se encuentra la estructura de trabajo y articulación MECI, desarrollado a través de las tres líneas de defensa</p>	3	8	<p>1 OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / SEGUIMIENTO SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA</p> <p>2 MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN.</p> <p>3 INFORME SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS POR PROCESO CON CORTE A DICIEMBRE DE 2024- TERCERA LÍNEA DE DEFENSA</p> <p>4 ACTAS DE COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN CONTROL INTERNO</p> <p>5 ACTAS DE COMITÉ GESTIÓN DEL RIESGO</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>SEGUIMIENTO AL AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA'</p> <p>Se realiza seguimiento por parte de la primera línea de defensa, lo realizaron los 34 sub procesos, los cuales adjuntan el formato OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA.</p> <p>SEGUIMIENTO SEGUNDA LÍNEA: Gestión de riesgo realizó "Informe de seguimiento al mapa de riesgos de gestión y fiscales por parte de la segunda línea de defensa del segundo semestre del 2024," desde el rol de la Segunda Línea de Defensa semestralmente, el cual fue radicado en la oficina de control interno 26 de febrero de 2025.</p> <p>SEGUIMIENTO TERCERA LÍNEA: Esta verificación se realizó en base a las evidencias que soportan los avances en la gestión del riesgo en cada una de los procesos de la ESE, las cuales fueron cargadas en el Link que dispuso Gestión de riesgo, en algunas ocasiones fueron tomadas otras evidencias que se encuentran publicadas en la página web del HUSRT, plataforma Daruma y evaluaciones o Auditorías realizadas por control interno, informe que fue socializado en el comité institucional de control interno</p>	3
2.3 Definición de líneas de reporte en temas clave para la toma de decisiones, atendiendo el Esquema de Líneas de Defensa	Dimensión Control Interno Política de Control Interno Línea de Defensa Dimensión de Información y Comunicación	<p>Resolución 121 de 2025 «Por medio de la cual se ajusta la metodología y reglamenta el proceso de control y monitoreo del trabajo en equipo ».</p> <p>La resolución 220 del 2025 actualizo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, en su capítulo II, se encuentra la estructura de trabajo y articulación MECI, desarrollado a través de las tres líneas de defensa en el siguiente link: https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=189&seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&slug=resoluciones.</p> <p>En su artículo 12 Roles frente al Sistema de control Interno y teniendo en cuenta que el sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se estructura a través del MECI, se establecen los siguientes:</p>	3	8	<p>1 Acta número 1 del Comité Institucional de</p> <p>2 Acta número 2 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno</p> <p>3 Acta número 3 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>La Alta dirección realiza seguimiento del sistema de control interno a través de los comités Institucionales de coordinación de control interno.</p> <p>1- PRIMER COMITE DE CONTROL INTERNO 31 DE ENERO DEL 2025 SEGUIMIENTOS.</p> <p>-Informe de seguimiento al plan de mejoramiento con el organismo de control (Contraloría)</p> <p>Seguimiento planes de mejoramiento y Planes pendientes por suscribir Inventarios Farmacia, salas de cirugía, laboratorio clínico, mantenimiento, biomedica y almacén</p> <p>-Seguimiento Resultados FURAG</p> <p>-Seguimiento plan anticorrupción</p> <p>2 SEGUNDA COMITE DE CONTROL INTERNO 28 DE MARZO DEL 2025.</p> <p>La Jefe de la Oficina de Control Interno presenta ante los miembros del Comité Informes de Ley corte a 28 de marzo del 2025 los informes</p> <p>Informe de OADS, donde se detallan las acciones que se realizan, acciones adelantadas y</p>	3

		<p>Para el Tunja, se estructura a través del MIECI, se establecen los siguientes roles y responsabilidades principales para el sistema en cada una de las líneas de defensa:</p>	3	8	<p>Informe de FURASU, donde se detallan las penurias, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias gestionadas, junto con el respectivo seguimiento</p> <p>* Informe de Seguimiento al Comité de Conciliaciones, en el cual se abordan las actividades realizadas y los compromisos adquiridos para mejorar el proceso de conciliación dentro de la institución. Estos informes son esenciales para la toma de decisiones estratégicas y el fortalecimiento de la transparencia en la gestión.</p> <p>* Informe de Austeridad en el Gasto, enfocado en la evaluación del uso eficiente de los recursos.</p> <p>3 TERCER COMITE DE CONTROL INTERNO 28 DE MARZO DEL 2025.</p> <p>* Austeridad del Gasto.</p> <p>* Seguimiento Rendición de Cuentas.</p> <p>* Seguimiento SECOP y SIA</p> <p>* Seguimiento Planes de Mejoramiento.</p> <p>* Estrategia para fomentar la cultura del autocontrol</p> <p>* Evaluación plan desarrollo</p>	3
<p>Lineamiento 3: Establece la planeación estratégica con responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento. Así mismo a partir de la política de riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección.</p>	<p>DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO</p>	<p>Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación</p>	<p>Presente [1/2/20]</p>	<p>No.</p>	<p>EVIDENCIA DEL CONTROL</p> <p>Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno</p> <p>Observaciones de la evaluación independiente (tener encuesta papel de líneas de defensa)</p>	<p>Fundación [1/2/20]</p>
<p>3.1 Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo (Acorde con lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas). La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo.</p>	<p>Dimensione de Dirección Estratégico y Planeación Política de Planeación Institucional</p> <p>Dimension Control Interno</p>	<p>"Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo cuarto, metodología: "Actualizar y dar continuidad a la implementación del manual de gestión de riesgos integral (OADS-M-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, la complejidad del proceso de atención, incluyendo de esta forma la gestión de riesgos asistenciales y clínicos siendo para fundamental de la gestión institucional, por lo tanto no es una adopción textual de la guía del DAFP y contempla las instrucciones impartidas de la circular externa de la superintendencia nacional de salud 20211700000004-5 de 2021, 20211700000005-5 de 2021 y 202151000000053-5 de 2022, se definen 7 etapas estratégicas en la cual una hace referencia a "1. Realizar análisis de contexto interno y externo de la institución, y 6. Realizar seguimiento a la materialización de los riesgos."</p> <p>Se actualiza política de gestión de riesgos integral, asociada a normatividad, y cambio presentado de manual a programa de gestión de riesgos; esta fue presentada en comité de gestión de riesgo y comité Institucional de Coordinación de Control Interno para aprobación previo a socialización a junta directiva para aprobación final.</p> <p>*Programa de Gestión del Riesgo código: OADS-PG-02 Lineamientos para el manejo de Riesgos Materializados</p> <p>Formato de seguimiento y autocontrol gestión de riesgos/primer línea de defensa OADS-F-36"</p>	3	8	<p>1 Acta comité de gestión de riesgos - 08 de mayo</p> <p>2 Acta comité Institucional de Coordinación de Control Interno - 09 de mayo</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>Línea estratégica: Tiene dentro de sus funciones la aprobación de ajustes o modificaciones que se efectúen a las políticas, manuales, procedimientos y demás metodologías definidas relacionadas con la gestión del riesgo integral que se requiere por lineamientos externos. Se reviso desde el comité de gestión de riesgos y comité de coordinación de control interno los ajustes realizados por la segunda línea de defensa.</p> <p>Segunda línea de defensa: Tiene dentro de sus funciones elaborar, revisar, actualizar y presentar a comité de gestión de riesgos integral política, manual y demás metodologías definidas relacionadas con la gestión del riesgo integral y a junta directiva la política y demás metodologías que se requieran por lineamientos externos, y socializar política y metodologías de gestión de riesgos integral, capacitar a los líderes involucrados y desplegar a todo nivel. Actualizo la política de gestión de riesgos en el mes de abril, presento a comité de gestión de riesgos y comité de coordinación de control interno previo a presentación para aprobación por junta directiva.</p> <p>Tercera línea de defensa: Se presento la política institucional de gestión del riesgo la cual fue socializada en el comité de gestión de riesgo, para posterior verificación por la consultoría F&F</p>	3

<p>3.2 La Alta Dirección frente a la política de Administración del Riesgo definen los niveles de aceptación del riesgo, teniendo en cuenta cada uno de los objetivos establecidos.</p>	<p>Dimension Control Interno Política de Control Interno Linea Estrategica</p>	<p>"Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo cuarto, metodología: "Actualizar y dar continuidad a la implementación del manual de gestión de riesgos integral (OADS-M-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, la complejidad del proceso de atención, incluyendo de esta forma la gestión de riesgos asistenciales y clínicos siendo para fundamental de la gestión institucional, por lo tanto no es una adopción textual de la guía del DAFP y contempla las instrucciones impartidas de la circular externa de la superintendencia nacional de salud 2021170000004-5 de 2021, 2021170000005-5 de 2021 y 20215100000053-5 de 2022", se definen 7 etapas estratégicas en la cual una hace referencia a 4, Definir las estrategias para reducir, mitigar y/o transferir el riesgo y en su artículo</p> <p>sexto, NIVELES DE ACEPTACIÓN AL RIESGO: establezca las opciones para tratar y manejar los riesgos basada en la valoración de estos.</p> <p>Se actualiza política de gestión de riesgos integral, asociada a normatividad, y cambio presentado de manual a programa de gestión de riesgos; esta fue presentada en comité de gestión de riesgo y comité Institucional de Coordinación de Control Interno para aprobación previo a socialización a junta directiva para aprobación final.</p> <p>"Programa de Gestión del Riesgo código: OADS-M-02" 4. Definir las estrategias para evitar, reducir, aceptar y/o compartir el riesgo. 4.2. Estrategias NIVEL DE ACEPTACIÓN</p>	<p>3</p>	<p>1 Acta comité de gestión de riesgos - 08 de mayo</p> <p>2 Acta comité Institucional de Coordinación de Control Interno - 09 de mayo</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>Línea estratégica: Aprueba política que incluye los niveles de aceptación del riesgo. Comité institucional de Coordinación de sistema de Control Interno y Comité de gestión de riesgos aprobaron política de gestión de riesgos integral.</p> <p>Segunda línea de defensa: Realiza ajustes pertinentes asociados al artículo sexto de niveles de aceptación al riesgo, el cual fue presentado a junta directiva para aprobación final. Actualizó política y presentó a Comité institucional de Coordinación de sistema de Control Interno y Comité de gestión de riesgos en el mes de mayo.</p> <p>Tercera línea de defensa: Se presento la política institucional de gestión del riesgo la cual fue socializada en el comité de gestión de riesgo, para posterior verificación por la consultoria F&F</p>	<p>3</p>
<p>3.3 Evaluación de la planeación estratégica, considerando alertas frente a posibles incumplimientos, necesidades de recursos, cambios en el entorno que puedan afectar su desarrollo, entre otros aspectos que garanticen de forma razonable su cumplimiento.</p>	<p>Dimensión Evaluación de Resultados Política de Seguimiento y Evaluación al Desempeño Institucional Dimension Control Interno Lineas de defensa</p>	<p>Se cuenta con la resolución 559 de 2024 la cual establece los mecanismos de planeación, Evaluación y Redición de informes de gestión, así mismo se adoptan los planes Operativos, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el plan de desarrollo 2024-2027</p> <p>En el artículo octavo planes estratégicos institucionales de acuerdo con el ambiente de aplicación del modelo integrado de planeación y gestión los cuales deben publicarlos en la página web de la institución a más tardar al 31 de enero de cada año.</p> <p>La evaluación de planes estratégicos institucionales se realizará de forma trimestral por la oficina de planeación conforme a lo definido por las funciones del comité institucional de gestión y desempeño.</p>	<p>3</p>	<p>1 Informe de seguimiento al cumplimiento de la ejecución de los Planes Institucionales y Estratégicos conforme a lo establecido en el Decreto 612 de 2018 a corte 31 de Diciembre de 2024 y Seguimiento con corte 30 de junio de 2025 (pendiente informe)</p> <p>2 Informe Seguimiento a planes operativos anuales con corte 31 de marzo de 2025</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>Se realizo seguimiento al plan operativo anual por procesos, donde se verifico el nivel de cumplimiento en las metas planteadas por cada uno de los planes operativos vigentes, derivados del Plan de Desarrollo «SAN RAFA ALMA VIDA Y CORAZÓN». Para el primer trimestre del 2025, su metodología es Inspección revisión y verificación de información presentada por los procesos teniendo en cuenta el procedimiento Asesoría y evaluación de la gestión Institucional Código OACI-PR-03</p>	<p>3</p>
<p>Lineamiento 4: Compromiso con la competencia de todo el personal, por lo que la gestión del talento humano tiene un carácter estratégico con el despliegue de actividades clave para todo el ciclo de vida del servidor público –ingreso, permanencia y retiro.</p>	<p>DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO</p>	<p>Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación</p>	<p>Presente (1/2/3)</p>	<p>No.</p> <p>Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno</p>	<p>EVIDENCIA DEL CONTROL</p> <p>Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)</p>	<p>Fundamento (1/2/3)</p>
<p>4.1 Evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano.</p>	<p>Dimensión de Talento Humano Política Gestion Estrategica del Talento Humano Dimension de Control Interno Lineas de Defensa</p>	<p>Se cuenta con el Programa estratégico del Talento humano, TH-PG-01. «PROGRAMA DE GESTION INTEGRAL Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO» el cual puede ser consultado en el siguiente link: https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/adjuntos/5.pdf</p>	<p>Presente (1/2/3)</p>	<p>1 PROGRAMA DE GESTION INTEGRAL Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p>	<p>Primera Línea de Defensa: Se realizó el seguimiento a la matriz denominada Plan Estratégico TH 2024, y se aportaron las evidencias. Adicionalmente se desarrolló lo definido en el POA, se adjunta evidencia</p> <p>Segunda Línea de Defensa: A través de su plan de acción, el Plan Estratégico de Talento Humano, incluyó tres (3) actividades, estratégicas esenciales para fortalecer el programa en el periodo evaluado, las cuales tienen un porcentaje de cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercera Línea de Defensa: La oficina de control interno realiza verificación y da cierre de plan de mejoramiento de auditoría a la Gestión del talento humano 2024, analizando las evidencias aportadas por los procesos, subprocesos y programas internos que requieren capacitación continua; lleva a cabo seguimiento de la aplicación de las políticas y estrategias de talento humano, conforme a los lineamientos del Decreto 612 del 2018, para garantizar una adecuada articulación en el plan estratégico de talento humano, teniendo en cuenta la metodología, seguimiento, evaluación y cumplimiento de los indicadores establecidos.</p>	<p>Presente (1/2/3)</p>

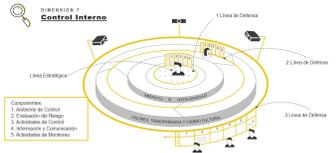
			3	8	Inducción, seguimiento, evaluación y cumplimiento de los indicadores establecidos, adicionalmente se revisan las evidencias aportados en el Informe POA primer semestre 2025, para el periodo evaluado no fue posible contar con la planeación estratégica de Talento Humano	2
4.2 Evaluación de las actividades relacionadas con el Ingreso del personal.	<p>Dimension de Talento Humano Política Gestion Estrategica del Talento Humano</p> <p>Dimension de Control Interno Lineas de Defensa</p>	<p>Para ejecutarlas acciones relacionadas con este ítem, la institución y específicamente el área de talento humano, cuenta con los siguientes procedimientos: Selección, ingreso y Promoción de personal, código TH-PR-08- V8 Vinculación laboral, código TH-PR-17- V7</p> <p>Programa de Inducción y Reinducción: Código TH-PR-01-V9: Programas para nuevos empleados y para quienes cambian de puesto, garantizando la comprensión de responsabilidades y funcionamiento institucional</p>	3	8	<p>Primera Línea de Defensa: Existen tres procedimientos para el proceso de selección el TH-F-08, TH-F-42 Y TH-F-42, los cuales dependen del tipo de vinculación en la institución. Todos deben cumplir con la lista de requisitos general establecida en el formato TH-F-75, el formato TH-F-45 se adjunta en cada hoja de vida del personal que va ser vinculado.</p> <p>Tercera Línea Defensa: Se realiza verificación del cumplimiento de tarea establecida en el plan de mejora de la auditoría Talento Humano 2024, igualmente se observa actualización en el mapa de riesgos asociados al ingreso, adicionalmente se evidencia diligenciamiento razonable del formato TH-F-45 verificación de requisitos de hoja de vida y habilitación y la aplicación de procedimientos relacionados con selección, ingreso y promoción de personal, Vinculación laboral, así como los programa de inducción y reinducción. Adicionalmente se realizó apertura de la auditoría cuyo objetivo es el siguiente « Verificar y evaluar el cumplimiento de la gestión del área de Talento Humano, frente a los aspectos relacionados con carrera administrativa en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja», asimismo es importante tener en cuenta las recomendaciones emitidas por furag una de ellas es «Verificar y evaluar el cumplimiento de la gestión del área de Talento Humano, frente a los aspectos relacionados con carrera administrativa en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja»</p>	2
4.3 Evaluación de las actividades relacionadas con la permanencia del personal.	<p>Dimension de Talento Humano Política Gestion Estrategica del Talento Humano</p> <p>Dimension de Control Interno Lineas de Defensa</p>	<p>“El proceso de talento humano, efectúa la evaluación a la permanencia del personal, mediante la aplicación de los siguientes procedimientos.</p> <p>Plan institucional de capacitación código: TH-PR-02 v12</p> <p>Medición clima laboral código: TH-PR-37 v5</p> <p>Plan de bienestar social e incentivos código: TH-PR-04 v6</p> <p>Trámite de comisiones de servicio código: TH-PR-16 v5</p> <p>Programación y liquidación de vacaciones código: TH-PR-07 v5</p> <p>Autorización de libranzas y créditos para el personal de planta global de la E.S.E código: TH-PR-13 v7”</p>	3	8	<p>Primera Línea de Defensa: A la fecha se esta consolidado el informe correspondiente al primer semestre 2025</p> <p>Segunda Línea de Defensa: A través de su plan de acción, el Plan de Bienestar, incluyó diez (10) actividades estratégicas esenciales para fortalecer el programa en el periodo evaluado, sin embargo, las cuales tienen un porcentaje de cumplimiento del 100%</p> <p>Tercera Línea de Defensa: La Oficina de Control interno hace verificación de cumplimiento al plan de mejora resultado de auditoría a Talento Humano 2024, así mismo revisa avances en lo relacionado actividades Clima laboral, Plan de bienestar social e incentivos y demás actividades plasmadas en el cronograma de bienestar primer semestre de la vigencia 2025.</p> <p>Para este semestre no fue posible verificar la evaluación de las actividades de permanencia del personal</p>	2
4.4 Analizar si se cuenta con políticas claras y comunicadas relacionadas con la responsabilidad de cada servidor sobre el desarrollo y mantenimiento del control interno (1a línea de defensa)	<p>Dimension de Talento Humano Política Gestion Estrategica del Talento Humano</p> <p>Dimension de Control Interno Lineas de Defensa</p>	<p>Cuenta con la política de operación donde refiere: contenidos del plan de capacitación y actividades de bienestar, inducción general y específica</p>	3	8	<p>Tercera línea de defensa</p> <p>La oficina de control interno realiza verificación y cierre del plan de mejoramiento producto de la auditoría realizada al proceso de Talento Humano 2024, respecto al cumplimiento en la rendición de informes PQRSD Información por quejas o denuncias de los grupos de valor de la entidad, Informes internos (Informes del comité de convivencia, Informes de la comisión de personal, Informes de la oficina de control interno disciplinario, informes de auditoría)</p>	3

			8			
4.5 Evaluación de las actividades relacionadas con el retiro del personal.	Dimension de Talento Humano Política Gestion Estrategica del Talento Humano Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	Para las actividades referentes al retiro del personal, el proceso de Talento Humano, cuenta con el procedimiento «RETIRO DEL SERVICIO» TH-PR-09 V.5.	3	1 2 3 4 5 6 7 8	Primera Línea de Defensa: Se realiza encuesta de retiro al personal; el personal prepensionable cuenta con actividades de retiro; se realiza anualmente informe de retiro. Tercera Línea de Defensa: La Oficina de Control Interno observo actividades dispuestas en el cronograma de bienestar, no se programan actividades para el primer semestre 2025, por lo tanto no es posible contar con una evaluación	2
4.6 Evaluar el impacto del Plan Institucional de Capacitación - PIC	Dimension de Talento Humano Política Gestion Estrategica del Talento Humano Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	La entidad cuenta con un procedimiento de Plan Institucional de capacitación cuyo objeto es: Contribuir al fortalecimiento de competencias laborales, conocimientos, habilidades de formación y de capacitación, enmarcadas en la mejora en la prestación de los servicios de salud a los usuarios y sus familias, el eficaz desempeño de las funciones cargo, teniendo en cuenta la protección del ambiente y el autocuidado de la salud PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN CÓDIGO: TH-PR-02 V12 Se encuentra publicado el PIC, a través del siguiente enlace: https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/adjuntos/6.pdf	3	1 2 Plan de Bienestar 3 4 5 6 7 8	Primera Línea de Defensa: Se tiene evaluación del impacto 2024, de la capacitación orientada al cumplimiento de los indicadores de eficacia, los cuales se formulan por plan de formación. Par la vigencia 2024 el resultado fue del 83%. Segunda Línea de Defensa: A través de su plan de acción, el Plan de Bienestar, incluyó cuarenta y tres (43) actividades estratégicas esenciales para fortalecer el programa en el periodo evaluado, sin embargo, las cuales tienen un porcentaje de cumplimiento del 99%. Tercera Línea de Defensa: La Oficina de Control Interno verificación de cumplimiento al plan de mejora se genera recomendaciones basadas en las no conformidades, buscando mejorar la gestión y efectividad de los programas de capacitación, así mismo se validará el cumplimiento a la publicación del cronograma de capacitación 2025, y se realizara seguimiento a través del Plan Operativo Anual primer semestre 2025.	2
4.7 Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo.	Dimension de Talento Humano Política Gestion Estrategica del Talento Humano Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	En el proceso de contratación y en Manual tiene establecido que dentro del estudio previo de conveniencia y oportunidad se debe realizar el análisis de riesgo propio de cada proceso y modalidad de contratación así como la forma de mitigarlo adicionalmente se tiene establecido el procedimiento «Evaluación de proveedores» C-PR-04 V03 y los formato C-F-22	3	1 2 3 4 5 6 7 8	Primera Línea de Defensa: La oficina de talento humano trabaja de la mano con las empresas temporales, de lo cual mensualmente emite un certificado de cumplimiento. Tercera Línea de Defensa: La Oficina de Control Interno lleva a cabo auditoría de contratación 2024, en la cual se verifica el diligenciamiento y la adherencia al formato C-F-22 Informe de Actividades Contratistas y procedimiento «Evaluación de proveedores» C-PR-04, así como evaluación de riesgo de gestión adicionalmente la oficina contempla dentro de su Plan anual 2025 realizar auditoría al proceso Gestión Contratación y continuar con el seguimiento y evaluación de riesgo.	3
Lineamiento 5: La entidad establece líneas de reporte dentro de la entidad para evaluar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)
5.1 Acorde con la estructura del Esquema de Líneas de Defensa se han definido estándares de reporte, periodicidad y responsables frente a diferentes temas críticos de la entidad.	Dimension de Información y Comunicación Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	*Resolución 559 de 2024 en su artículo 2 establece los roles de autocontrol y autoevaluación de los líderes de proceso o unidades funcionales para la evaluación de planes operativos anuales, así como el monitoreo a la autoevaluación, que realiza la segunda línea de defensa que para el caso sería desarrollo de servicios, y un seguimiento final que realiza la oficina de control interno como tercera línea de defensa Resolución 225 de 2024 « Por medio de la cual se definen los lineamientos institucionales para que la Oficina de control interno cumpla con las actividades de evaluación independiente y auditoría interna de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja».		1 Primer Comité Institucional de coordinación de control Interno 2 Segundo Comité Institucional de coordinación de control Interno 3 Tercer Comité Institucional de coordinación de control Interno 4 5 6 7	*PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA: Se tiene establecido un formato OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA*. SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA: Realiza Seguimiento segunda línea de defensa Mapa de Riesgos de Gestión cuyo objetivo es verificar « Realizar seguimiento y verificación de los controles propuestos en el mapa de riesgos de gestión de la ESE Hospital Universitario San Rafael Tunja.» TERCERA LÍNEA DE DEFENSA:	

		* Acuerdo 007 del 2024 «Por medio del cual se actualiza la política de gestión de riesgos integral de la empresa social de estado Hospital universitario San Rafael de Tunja y en su artículo 5 Definen la Responsabilidad teniendo en cuenta la línea estratégica de defensa, primera línea, segunda línea y tercera línea información que se encuentra publicada.	3	8	TERCERA LINEA DEFENSA Los recomendaciones son socializadas en el Comité institucional de coordinación de control interno PLANES OPERATIVOS ANUALES: Mediante Resolución 559 de 2024 la cual establece los mecanismos de Planeación, Evaluación y Rendición de Informes de Gestión, se establece el rol de cada una de las líneas de defensa, frente al monitoreo y seguimiento de Planes operativos Anuales	1
5.2 La Alta Dirección analiza la información asociada con la generación de reportes financieros.	Dimensión de Control Interno Línea de Estratégica	"La entidad cuenta con la Resolución 121 de abril 01 de 2025 que deroga Resolución 371 de 2023, por la cual se ajusta la metodología y reglamenta el proceso de «control y monitoreo de trabajo en equipo» comité. Para los comités de gerencia esta: Comité directivo, comité de conciliación y defensa Judicial, comité de coordinación de control interno y comité institucional de gestión y desempeño, adicionalmente están los comités de subgerencia administrativa y financiera, entre los que se encuentran el comité de sostenibilidad financiera y evaluación y valoración de bienes y el comité de cartera. En los comités mencionados se revelan las cifras y hechos económicos mas relevantes de estados financieros, cifras por depurar, estados de cartera, glosas, acciones jurídicas de cobro y conciliaciones, facturación, inventarios de insumos y de activos fijos, bajas de activos, cuentas por pagar, entre otros que contribuyen a la toma de decisiones por parte de la alta gerencia."	3	1 2 3 4 5 6 7 8	A través del comité de sostenibilidad financiera que se reúne trimestralmente son presentados los estados financieros con corte al último mes cerrado, resultados que son analizados y sobre los cuales se toman medidas de control cuando es necesario, así mismo son presentadas y estudiadas las bajas de activos para recomendar a gerencia la aprobación de la baja. A este comité se llevan igualmente los indicadores financieros que permiten mostrar a la alta dirección la medición de factores económicos determinantes en la toma de decisiones. Para el primer semestre de 2025 se cuenta con el acta No. 1 y 2. Se cuenta con el comité de cartera que se reúne mensualmente en donde se presenta y analiza el comportamiento de cartera, facturación, el recaudo, glosas, devoluciones y seguimiento jurídicos de cobro de cartera. Este comité conformado por los líderes de cada una de las áreas involucradas con la cartera de la entidad es insumo para la toma de decisiones por parte de la alta dirección en materia financiera, para el primer semestre de 2025 se cuenta con las actas de comité de los meses de enero, febrero, marzo, abril y mayo de 2025. Control interno participa en los dos comités en calidad de invitado.	3
5.3 Teniendo en cuenta la información suministrada por la 2a y 3a línea de defensa se toman decisiones a tiempo para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos.	Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa	Se cuenta con el Procedimiento «Asesoría y evaluación de la gestión institucional» OACI-PR-03, que en la actividad # 11 «realizar acta de compromiso con los responsables de las metas por indicador con calificación e 1% a 59% en formato Cod: OADS-F-09 o que presenten desviaciones frente al periodo evaluado» y esta actividad se realizara « dentro de la semana siguiente a la emisión del informe definitivo de planes operativos» Resolución 121 de 2025 «Por medio de la cual se ajusta la metodología y reglamenta el proceso de "control y monitoreo del trabajo en equipo" – en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja y se deroga la resolución 371 de 2023»	3	1 2 3 4 5 6 7 8	Segunda línea de defensa: Realiza monitoreo a planes operativos anuales de primer trimestre del 2025, el informe de seguimiento que emite la oficina de control interno, es presentado en comité de control interno, A si mismo se sustenta al comité Institucional de control interno los siguientes temas. primer comité institucional de coordinación de control interno: *Informe de seguimiento al plan de mejoramiento con el organismo de control (Contraloría) *Seguimiento planes de mejoramiento y Planes pendientes por suscribir Inventarios Farmacia, salas de cirugía, laboratorio clínico, mantenimiento, biomédica y almacén *Seguimiento Resultados FURAG *Seguimiento plan anticorrupción AVANCE ROL DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN EL RIESGO Seguimiento a Mapas de Riesgos de SICOF Seguimiento a los Mapas de Riesgo Contables AVANCE ROL LIDERAZGO ESTRATÉGICO Comités (interinstitucionales e institucionales)	3
5.4 Se evalúa la estructura de control a partir de los cambios en procesos, procedimientos, u otras herramientas, a fin de garantizar su adecuada formulación y afectación frente a la gestión del riesgo.	Dimensión de Gestión con Valores para Resultado Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos Dimensión Control Interno Líneas de Defensa	"Se evalúa la estructura de control a partir de la solicitud de cambios por los procesos los cuales han sido llevados al Comité Institucional de Control Interno para su aprobación por parte de la tercera línea de defensa en interlocución con la Primera y Segunda Línea de defensa "La validación de los documentos y su oportuna actualización está enmarcada en los siguientes documentos": CA-M-00 Norma fundamental. CA-PR-06 Control de documentos CA-PR-08 Control de registros	3	1 2 3 4 5	PRIMERA LINEA DE DEFENSA La primera línea diligencia el formato OADS-F-36«FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS SEGUNDO TRIMESTRE: Se realiza informe Operatividad realización de documentos en el software almera y estados de documentos TERCERA LINEA DE DEFENSA informes de auditoría realizadas por control interno durante el primer semestre de 2025 Informe de riesgos primer semestre	

		CA-PR-05 Actualización de normograma." Manual de de auditoria Manual de riesgos Política de riesgos	3	6 7 8	Materialización I proceso GESTIÓN QHSE identico el riesgo "Posibilidad de no conformidades por la utilización de formatos desactualizados por falta de adherencia a la norma fundamental", con las siguientes causas asociadas (No aplicación de los mecanismos de control establecidos para asegurar la aplicación de formatos actualizados en los procesos institucionales, Falta de adherencia a la norma fundamental), riesgo y controles identificados sin la intervención y concertación con el lider de procesos y procedimientos.	3
5.5 La entidad aprueba y hace seguimiento al Plan Anual de Auditoria presentado y ejecutado por parte de la Oficina de Control Interno.	Dimension Control Interno Linea Estrategica	La resolución 220 del 2025 actualizo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja a través del siguiente link: https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=189&seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&slug=resoluciones En sus funciones se encuentra Aprobar el plan anual de auditoria de la entidad presentado por el jefe de control interno o quien haga sus veces hacer sugerencias y seguimientos a las recomendaciones productos de la ejecución del plan de acuerdo con los dispuesto en el estatuto de auditoria, basado y la priorización de los temas criticos según la gestión del riesgo de la administración. Adicionalmente en la resolución 225 del 2024, en el artículo 1 se encuentra que dentro de sus roles y responsabilidades frente al sistema de control interno se encuentra aprobar plan anual de auditoria responsabilidad de la linea estratégica	3	1 2 3 4 5 6 7 8	Se realiza la priorización para la consolidación de los aspectos evaluables o unidades auditables que conformará el universo de auditoria, por lo que se deberá registrar el universo de auditoria en la matriz de priorización, de tal forma que en las filas aparezcan las unidades auditables, y en las columnas se incorporen los criterios de priorización, esto con el fin de determinar las unidades auditables más importantes, es decir, con mayor nivel de criticidad. Esta se realiza a través del formato OACI-F-08, posterior a esta priorización se expone el objetivo del plan anual de auditoria que es el siguiente: Establecer el programa anual de auditoria de la oficina Asesora de Control Interno, que permita relacionar de manera ordenada el aseguramiento, consulta y actividades de evaluación independiente de manera integral y objetiva a la gestión que realizará el equipo de control interno para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad. Acta numero 1 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno: Primer Comité Institucional de coordinación de control Interno se realiza la aprobación de plan de mejoramiento de fecha 31 de enero del año 2025. Acta numero 2 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno seguimiento con corte a marzo. Acta numero 3 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno seguimiento con corte a Abril	3
5.6 La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional.	Dimension Control Interno Linea Estrategica	La resolución 220 del 2025 actualizo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja a través del siguiente link: https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=189&seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&slug=resoluciones . Se hace seguimiento bimensual y se analizan los informes de control interno		1 2 3 4 5	La Alta dirección realiza seguimiento del sistema de control interno a través de los comites Institucionales de coordinación de control interno. 1- PRIMER COMITE DE CONTROL INTERNO 31 DE ENERO DEL 2025 SEGUIMIENTOS. -Informe de seguimiento al plan de mejoramiento con el organismo de control (Contraloría) Seguimiento planes de mejoramiento y Planes pendientes por suscribir Inventarios Farmacia, salas de cirugía, laboratorio clínico, mantenimiento, biomédica y almacén -Seguimiento Resultados FURAG -Seguimiento plan anticorrupción 2 SEGUNDA COMITE DE CONTROL INTERNO 28 DE MARZO DEL 2025. La Jefe de la Oficina de Control Interno presenta ante los miembros del Comité Informes de Ley corte a 28 de marzo del 2025 los informes - evaluación del sistema de control, interno contable 2024 de la E.S.E. Hospital universitario	

			6		<p>San Rafael de Tunja con el fin de establecer la existencia de controles y su efectividad en cuanto a confiabilidad, comprensibilidad, relevancia y presentación de la información contable y financiera en cada una de las etapas del ciclo contable, "Informe Semestral de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno, conforme al Decreto 2106 de 2019, en el que se analiza el desempeño y las mejoras en la gestión institucional, "Informe de PQRSO, donde se detallan las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias gestionadas, junto con el respectivo seguimiento</p> <p>* Informe de Seguimiento al Comité de Conciliaciones, en el cual se abordan las actividades realizadas y los compromisos adquiridos para mejorar el proceso de conciliación dentro de la institución. Estos informes son esenciales para la toma de decisiones estratégicas y el fortalecimiento de la transparencia en la gestión.</p> <p>* Informe de Austeridad en el Gasto, enfocado en la evaluación del uso eficiente de los recursos.</p>	
			7			
		3				3
			8			



EVALUACIÓN DE RIESGOS

Este componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales. La condición para la evaluación de riesgos es el establecimiento de objetivos, vinculados a varios niveles de la entidad, lo que implica que la Alta Dirección define objetivos y los agrupa en categorías en todos los niveles de la entidad, con el fin de evaluarlos

Lineamiento 6: Definición de objetivos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados: i)Estratégicos; ii)Operativos; iii)Legales y Presupuestales; iv)De Información Financiera y no Financiera.	DIMENSION O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	Evaluación	
				No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno			Observaciones de la evaluación independiente (tener encuesta papel de líneas de defensa)
6.1 La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos.	Dimension de Direccionamiento Estratégico y Planeación. Política de Planeación Institucional	*Resolución 589 del 2024 por lo cual se fija la planeación evaluación y rendición del informe de gestión en La E.S.E Hospital universitario san Rafael de Tunja, en su artículo primero se fija « adoptar planes operativos de acuerdo a lineamientos establecidos en el plan de desarrollo 2024-2027 « San Rafa, Alma, vida y corazón». Artículo primero: se deben formular los planes operativos por procesos, bajo coordinación de la oficina de desarrollo de servicios de acuerdo con las metas institucionales definidas en el plan de desarrollo, las cuales se operativizan a través de los POAS mediante indicadores que propenderán por el alcance de las metas institucionales, articulándolos con el artículo octavo se cuentan con planes estratégicos institucionales de acuerdo con el ámbito de aplicación del modelo integrado de planeación y gestión y esto se deberá publicar en la página web de la institución. Es importante mencionar que el Artículo 2 de esta resolución establece: Autocontrol y autoevaluación donde se menciona que los procesos deberán realizar reporte dentro de los primeros diez días hábiles del mes siguiente, en su Artículo Cuarto establece que la oficina Asesora de Desarrollo de servicios consolida reporte de autoevaluación POAS y finalmente la oficina de control interno realiza evaluación de los planes operativos. Se cuenta con los procedimientos OADS-PR-05 elaboración Plan de Desarrollo, OADS-PR-06 Elaboración Plan operativo Anual Institucional y OADS-PR-07 Elaboración Plan Operativo Anual por Proceso Mediante acuerdo. ASESORIA Y EVALUACION DE LA GESTION INSTITUCIONAL: Realizar seguimiento y evaluación de los planes operativos anuales por proceso y servicios con el fin de verificar el cumplimiento de las metas establecidas según lo establecido en el Plan de Desarrollo.	3	1	Oficio Seguimiento Poa con los Soportes Respectivos Con Corte 31 de marzo de 2025	*PRIMERA LÍNEA DEFENSA: Los procesos con Planes Operativos deben entregar el reporte de su autoevaluación dentro de los 10 primeros días hábiles del mes siguiente al corte del periodo evaluado, ante la oficina Asesora de Desarrollo de Servicios en Archivo magnético con los respectivos soportes. Para el casos especiales como Indicadores financieros, Seguridad del paciente, Adherencia Guía Práctica Clínica y Modelo de atención se tendrán en cuenta las fechas estipuladas en la resolución 589 de 2024. SEGUNDA LÍNEA DEFENSA. La oficina Asesora de Desarrollo de Servicios consolidará los reportes de autoevaluación de POA recibidos de los procesos, y enviará la información consolidada a la oficina de control interno, para esto se utilizó la herramienta : Plan Operativo Anual TERCER LÍNEA DEFENSA: Se realizo seguimiento al plan operativo anual por procesos, donde se verifico el nivel de cumplimiento en las metas planteadas por cada uno de los planes operativos vigentes, derivados del Plan de Desarrollo «SAN RAFA ALMA VIDA Y CORAZÓN». Para el primer trimestre del 2025, su metodología es Inspección revisión y verificación de información presentada por los procesos teniendo en cuenta el procedimiento Asesoría y evaluación de la gestión Institucional Código OACI-PR-03 INFORME DE EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO 2024-2027 «San Rafa, alma, vida y corazón Evaluar la implementación de las estrategias definidas en el Plan de Desarrollo 2024-2027 “San Rafa Alma, vida y corazón” conforme a las metas de producto, para la vigencia 2024.	3	Mantenimiento del control
				2	Herramienta Plan Operativo			
				3	Informe de Seguimiento Plan Operativo Por Procesos			
				4				
				5				
				6				
				7				
				8				
6.2 Los objetivos de los procesos, programas o proyectos (según aplique) que están definidos, son específicos, medibles, alcanzables, relevantes, delimitados en el tiempo.	Dimension de Gestion con Valores para Resultado Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	La evaluación de resultados es parte del proceso de la planificación estratégico en la gestión Este método de evaluación es basado en la comparación entre los resultados previstos y los realizados, teniendo como parámetro los indicadores de desempeño definidos. La entidad cuenta herramienta de Plan Operativo Anual por procesos en el formato OADS-F-03, en el cual se establecen los indicadores de impacto para lograr las metas definidas en Plan de Desarrollo y sobre el cual se realizan seguimientos trimestrales al cumplimiento sus metas individuales, los cuales cuentan con sus respectivas fichas técnicas La entidad cuenta con el instructivo de gestión de indicadores, el cual permite orientar la forma de realizar el correcto reporte, analisis, asignacion de fallas, y elaboracion de planes de acción, con el fin de garantizar un adecuado analisis de la calidad para la mejora continua de la entidad	3	1	Caracterizaciones de procesos las cuales indican los objetivos claros de cada proceso, las cuales estan en proceso de actualización	*PRIMERA LÍNEA DEFENSA: Los procesos, servicios, Generan sus Caracterizaciones, orientados en norma fundamental y plantilla predefinida teniendo en cuenta el ciclo P.H.V.A SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA: Desde el componente de procesos prioritarios se cuenta con ciclo documental que incluye revisión técnica para validación de caracterizaciones. *Los líderes de proceso miden indicadores según la periodicidad establecida en las fichas técnicas , establecidas modulo indicadores Se realizan informes mensuales y trimestrales de la gestión de indicadores de todos los procesos TERCERALÍNEA DE DEFENSA: Se realizo auditorias , relacionada con * Gestión de farmacia, * Proceso de Gestión financiera /Presupuesto	3	Mantenimiento del control
				2	Para los indicadores se tiene definido un procedimiento para creación de los indicadores, el cual establece la estructura del mismo (ficha técnica)			
				3				
				4				
				5				
				6				
				7				

					<p>Gestión Jurídica, " Apoyo diagnósticoLaboratorio clínico, donde se analizaron los indicadores de los procesos y subprocesos</p>		
6.3 La Alta Dirección evalúa periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para la Entidad.	<p>Dimension de Direccionamiento Estratégico y Planeación.</p> <p>Política de Planeación Institucional</p> <p>Dimension Control Interno Línea Estratégica</p>	<p>Se cuenta con la resolución 559 de 2024 donde se adoptan los planes Operativos, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el plan de desarrollo 2024-2027 "San Rafa, Alma, Vida y Corazón". Y se definen los mecanismos de Planeación, Evaluación y Rendición de Informes de Gestión en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, Artículo octavo: planes estratégicos institucionales: de acuerdo con el ambiente de aplicación del modelo integrado de planeación y gestión los cuales deben publicarlos en la página web de la institución a más tardar al 31 de enero de cada año.</p> <p>La evaluación de planes estratégicos institucionales se realizará de forma trimestral por la oficina de planeación conforme a lo definido por las funciones del comité institucional de gestión y desempeño.</p> <p>Mediante informe de seguimiento de planes operativos anuales, emitido por la oficina de control interno, la alta dirección realiza monitoreo al cumplimiento de los objetivos</p>	<p>1 Comité Institucional de coordinación de control interno</p> <p>2 Actas de cierre de Auditoría</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>Se realizó socialización del informe POA cuarto trimestre de 2024, en el comité directivo.</p> <p>Se realiza socialización en el comité institucional de control interno.</p> <p>Adicionalmente se realiza cierre de auditorías con los subgerentes administrativo y financiero y subgerente de salud , con el fin de explicar las no conformidades de las siguientes auditorías, " Gestión de farmacia, " Proceso de Gestión financiera /Presupuesto "Gestión Jurídica, " Apoyo diagnósticoLaboratorio clínico</p>	3	Mantenimiento del control	
Lineamiento 7: Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad <u>evidencia</u> que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instruccivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presupuesto (1/2023)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionamiento (1/2023)	Evaluación
			No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)		
7.1 Teniendo en cuenta la estructura de la política de Administración del Riesgo, su alcance define lineamientos para toda la entidad, incluyendo regionales, áreas territorizadas u otras instancias que afectan la prestación del servicio.	<p>Dimension de Direccionamiento Estratégico y Planeación.</p> <p>Política de Planeación Institucional</p>	<p>Se cuenta con Política de gestión de riesgos integral, adoptada acuerdo No. 007 de 2024, en su artículo tercero menciona el alcance: "Aplica a todos los procesos, subprocesos, servicios y personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada tipo y clasificación de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa." y trae implícito consigo las instancias que interactúan en la prestación del servicio las cuales se despliegan dependiendo del tipo y categoría del riesgo mencionados en el artículo cuatro de la misma.</p>	<p>1 Acuerdo No. 007 de 2024</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>Segunda línea de defensa: Actualiza política la cual ya tiene incluido dentro del alcance a todos los procesos, subprocesos, servicios y personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada tipo y clasificación de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa</p>	3	Mantenimiento del control	
7.2 La Oficina de Planeación, Gerencia de Riesgos (donde existan), como 2a línea de defensa, consolidan información clave frente a la gestión del riesgo.	Dimension Control Interno Líneas de Defensa	<p>"Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la segunda línea frente a la gestión del riesgo, en cabeza de la oficina asesora de desarrollo de servicios, con apoyo de Coordinación de riesgos integral, profesional especializado de apoyo de gestión de riesgos, oficial de cumplimiento o persona encargada de SICOFS y SARLAFT/PADM, coordinación de gestión clínica, líder TIC y líder de seguridad del paciente, específicamente "realizar informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el manual" en donde se consolida información importante referente a la gestión del riesgo que permiten generar mejoras frente a los resultados encontrados.</p> <p>Informe monitoreo y seguimiento riesgos de gestión y fiscales segundo semestre 2024</p> <p>Informe monitoreo y seguimiento riesgos de seguridad de la información segundo semestre 2024</p> <p>Informe monitoreo y seguimiento riesgos SICOFS tercer cuatrimestre 2024</p> <p>Informe monitoreo y seguimiento riesgos SICOFS primer cuatrimestre 2025</p> <p>Informe monitoreo y seguimiento riesgos SARLAFT segundo semestre 2024</p> <p>Formato OADS-F-40 Mapa de riesgos de gestión y fiscales</p> <p>Formato OADS-F-14 Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOFS)</p> <p>Formato AF-F-23 Mapa de riesgo de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva - SARLAFT/PADM</p> <p>Formato S-F-51 MATRIZ DE RIESGO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN - MSPI - GOBIERNO DIGITAL</p>	<p>1 Acta 001 del comité de gestión de riesgos</p> <p>Acta 003 del comité de gestión de riesgos</p> <p>2 Mapa de riesgos de gestión y fiscales 2024</p> <p>Mapa de riesgos de seguridad de la información 2024</p> <p>3 Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOFS) 2024</p> <p>Mapa de riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo/ Proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT/PADM) 2024</p> <p>4 "Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.</p> <p>"OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión</p> <p>5 "Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024</p> <p>"OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos seguridad de la información</p> <p>6 "Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2024 desde la segunda línea de defensa</p> <p>"OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS tercer cuatrimestre 2024</p> <p>7 "Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda línea de defensa</p> <p>"OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2024</p> <p>8 Mapa de riesgos SICOFS 2025</p> <p>Acta extraordinaria comité de gestión de riesgos</p>	<p>Primera línea de defensa: Realiza cargue de evidencias correspondientes a los controles definidos y el formato OADS-F-36 diligenciado en carpetas dispuestas en red como base para el seguimiento de la segunda y la tercera línea de defensa.</p> <p>Segunda línea de defensa: Realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el programa de gestión de riesgos OADS-PG-02, utiliza formato OADS-F-41 y consolida información en informe el cual es presentado a todas las líneas de defensa, para el primer semestre se realizó informe de Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024, Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024, Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2024 desde la segunda línea de defensa, Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda línea de defensa.</p>	3	Mantenimiento del control	
7.3 A partir de la información consolidada y reportada por la 2a línea de defensa (7.2), la Alta Dirección analiza sus resultados y en especial considera si se han	Dimension Control Interno Líneas de Defensa	<p>"Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y</p>	<p>1 Acta 001 del comité de gestión de riesgos</p> <p>Acta 003 del comité de gestión de riesgos</p>	<p>Línea estratégica: Revisan, validan y supervisan el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; realimentan a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizan seguimiento a la</p>			

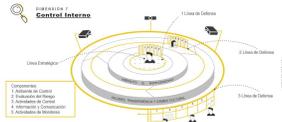
presentado materializaciones de riesgo.		roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la Línea estratégica - Alta dirección en el marco del comité institucional de Coordinación de sistema de Control Interno, comité de gestión de riesgos integral y junta directiva; específicamente: "Revisar, validar y supervisar el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; Reorientar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizar seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso"	2 3	<p>2 Mapa de riesgos de gestión y fiscales 2024 Mapa de riesgos de seguridad de la información 2024</p> <p>3 Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOFIS) 2024 Mapa de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo/ Proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAF/TPADM) 2024</p> <p>4 "Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024." "OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión"</p> <p>5 "Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024." "OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión"</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso, en el comité de gestión de riesgos y el comité de coordinación de control interno. Los resultados fueron evaluados en el comité de gestión de riesgos de enero y mayo.	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)
7.4 Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente.	Dimension de Direcciónamiento Estratégico y Planeación. Política de Planeación Institucional Dimension Control Interno Lineas de Defensa	"Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo cuarto, metodología: "Actualizar y dar continuidad a la implementación del manual de gestión de riesgos integral (OADS-M-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, la complejidad del proceso de atención, incluyendo de esta forma la gestión de riesgos asistenciales y clínicos siendo para fundamental de la gestión institucional, por lo tanto no es una adopción textual de la guía del DAFP y contempla las instrucciones impartidas de la circular externa de la superintendencia nacional de salud 20211700000004-5 de 2021, 20211700000005-5 de 2021 y 202151000000053-5 de 2022." se definen 7 etapas estratégicas en la cual una hace referencia a "6. Realizar seguimiento a la materialización de los riesgos. Se actualiza política de gestión de riesgos integral, asociada a normatividad, y cambio presentado de manual a programa de gestión de riesgos, esta fue presentada en comité de gestión de riesgo y comité Institucional de Coordinación de Control Interno para aprobación previo a socialización a junta directiva para aprobación final. "Programa de gestión de riesgos código: OADS-PG-02 Lineamientos para el manejo de Riesgos Materializados Formato de seguimiento y autocontrol gestión de riesgos/primer línea de defensa OADS-F-36"	1 2 3 4 5 6 7 8	<p>1 Acuerdo No. 007 de 2024</p> <p>2 Programa de Gestión del Riesgo código: OADS-PG-02</p> <p>3 Acta de capacitación en el diligenciamiento del formato OADS-F-36</p> <p>4 Informes de monitoreo- segunda línea</p> <p>5 Informe seguimiento efectividad de controles tercera línea</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	Primera línea de defensa: Reporta la materialización del riesgo en caso de presentarse en el OADS-F-36 y plantea acciones inmediatas. Segunda línea: Tiene en cuenta la materialización del riesgo, informes de tercera línea y formatos de hallazgos riesgos suministrado por control interno en la actualización de los riesgos institucionales. Tercer línea de defensa: En los seguimientos incluye los riesgos materialización y sugiere actualizaciones asociadas a estos, y a lo encontrado en las auditorías, alimentado en formato correlación hallazgo riesgo y compartido para tener en cuenta en las actualizaciones de los riesgos y es informado en el comité institucional de coordinación de control interno.	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)
7.5 Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas.	Dimension de Evaluación de Resultados Política de Seguimiento y evaluación al Desempeño Institucional. Dimension Control Interno Lineas de Defensa	Se cuenta con el Programa de Gestión del Riesgo código: OADS-PG-02 en el cual se estableció « Una vez materializado un riesgo, el líder del proceso procederá de manera inmediata a aplicar las actividades que permitan dar continuidad del servicio o el restablecimiento del mismo (si es el caso), se debe reportar en el seguimiento que realiza cada líder de proceso a través del formato OADS-F-36, para lo cual se documenta un plan de Mejora y se ajustaran y/o replantearán los riesgos y/o controles del proceso, para lo cual se debe establecer un plan de acción que permita generar acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora»	3	<p>1 Programa de Gestión del Riesgo código: OADS-PG-02</p> <p>2 Acta de capacitación en el diligenciamiento del formato OADS-F-36</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	Primera línea de defensa: Describe las acciones implementadas ante la materialización de riesgo en el OADS-F-36 Segunda línea de defensa: Realiza seguimiento desde el OADS-F-36, información utilizada para los diferentes informes de seguimiento Tercer línea de defensa: Realiza seguimiento a las acciones desde las auditorías y los seguimientos que realiza a los riesgos	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)
Lineamiento 8: Evaluación del riesgo de fraude o corrupción. Cumplimiento artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción.	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad <u>evidencia</u> que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	Evaluación
8.1 La Alta Dirección acorde con el análisis del entorno interno y externo, define los procesos, programas o proyectos (según aplique), susceptibles de posibles actos de corrupción.	Dimension de Direcciónamiento Estratégico y Planeación. Política de Planeación Institucional	"Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo cuarto, metodología: "Actualizar y dar continuidad a la implementación del manual de gestión de riesgos integral (OADS-M-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, En el artículo quinto, responsables, el monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimiento de control y de gestión del riesgo: - Primer línea de defensa: " Identificar y evaluar los riesgos de acuerdo con la metodología definida para cada tipo según aplicabilidad. - Segunda línea de defensa: " Realizar reportes internos y externos, de prevención y detección de la corrupción, opacidad, fraude y soborno del hospital cuando aplique. Tercera línea de defensa: Medir entre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas"	3	<p>1 Seguimiento Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOFIS) 2025</p> <p>2 Plan de trabajo gestión de riesgos integral 2025</p> <p>3 Seguimiento riesgo SICOF, primer cuatrimestre del 2025</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p>	Primera línea de defensa: Dentro de sus funciones tiene el análisis de contexto interno y externos de la institución, previo a la identificación de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales, este análisis se realiza con el acompañamiento de planeación. Segunda línea de defensa: dentro de sus funciones realiza acompañamiento a la primera línea de defensa en la gestión del riesgo, se tomó como base el análisis de la primera línea en la actualización de los riesgos. Tercer línea de defensa: dentro de sus funciones identifica y evalúa cambios que pueden tener impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna.; alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas; y elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgos	3	Mantenimiento del control

		- i ercer linea de defensas: "Avertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas avaluadas.	8				
8.2 La Alta Dirección monitorea los riesgos de corrupción con la periodicidad establecida en la Política de Administración del Riesgo.	Dimension de Control Interno Linea Estrategica	"Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo cuarto, metodología: "Actualizar y dar continuidad a la implementación del manual de gestión de riesgos integral (OADS-M-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, En el artículo quinto, responsables, el monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimiento de control y de gestión del riesgo: - Línea estratégica: Comité institucional de coordinación de sistema de control interno: Reorientar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles. Comité de gestión de riesgos: Realizar seguimiento a la implementación del ciclo de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso." Se actualiza política de gestión de riesgos integral, asociada a normatividad, y cambio presentado de manual a programa de gestión de riesgos; esta fue presentada en comité de gestión de riesgo y comité Institucional de Coordinación de Control Interno para aprobación previo a socialización a junta directiva para aprobación final.	3	1 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2024 desde la segunda línea de defensa 2 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS Primer cuatrimestre 2025 3 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2024 desde la tercera línea de defensa 4 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la tercera línea de defensa 5 Acta 001 del comité de gestión de riesgos integral Acta 002 del comité de gestión de riesgos integral Acta 003 del comité de gestión de riesgos integral 6 Acta 3 Comité Institucional de control interno 7 8	Primera línea de defensa: Dentro de sus funciones tiene el análisis de contexto interno y externos de la institución, previo a la identificación de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales, este análisis se realiza con el acompañamiento de planeación. Segunda línea de defensa: dentro de sus funciones realiza acompañamiento a la primera línea de defensa en la gestión del riesgo, se tomó como base el análisis de la primera línea en la actualización de los riesgos. Primera línea de defensa: Dentro de sus funciones realiza autocontrol de los riesgos identificados. Segunda línea de defensa: dentro de sus funciones realiza reportes internos y externos de prevención y detección de la corrupción, la opacidad, el fraude y soborno del hospital cuando aplique; monitorea y revisa los riesgos identificados y realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el manual. Tercera línea de defensa: dentro de sus funciones realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el manual; alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas; y elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgos. Línea estratégica: Dentro de sus funciones realiza seguimiento a la implementación del ciclo de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso. En primer y tercer comité de gestión de riesgos, se presentaron informes de SICOFS tercer cuatrimestre 2024 y primer cuatrimestre 2025.	3	Mantenimiento del control
8.3 Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas.	Dimension de Contro Interno Lineas de Defensa	Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo cuarto, metodología: Actualizar y dar continuidad a la implementación del manual de gestión de riesgos integral (OADS-M-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja. En el artículo quinto, responsables, el monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimiento de control y de gestión del riesgo: Línea estratégica: - Comité institucional de coordinación de sistema de control interno. - Comité de gestión de riesgos integral. - Junta directiva Primera línea de defensas: - Líderes de procesos /subproceso/ servicios/ programas y funcionarios Segunda línea de defensas: - Oficina asesora Desarrollo de servicios. Coordinación de riesgos integral. Profesional especializado de apoyo de gestión de riesgos. - Oficial de cumplimiento o persona encargada SICOFS y SARLAFT/PADM - Coordinación de gestión clínica. - Líder TIC. - Líder de seguridad del paciente Se actualiza política de gestión de riesgos integral, asociada a normatividad, y cambio presentado de manual a programa de gestión de riesgos; esta fue presentada en comité de gestión de riesgo y comité Institucional de Coordinación de Control Interno para aprobación previo a socialización a junta directiva para aprobación final. Tercer línea: - Asesora oficina de Control interno. - Profesional de control interno Los responsables cuentan con la responsabilidad frente a la gestión del riesgo en el mismo." Mediante acuerdo 012 de junio del 2022 la junta directiva designa oficiales de cumplimiento para los sistemas de SARLAFT/PADM Y SICOFS. Mediante resolución 051 del 23 de febrero del 2024 se actualiza el oficial de cumplimiento de SARLAFT/PADM Mediante resolución 305 del 11 de julio de 2024 se actualiza el oficial de cumplimiento del PTEE	3	1 Política de gestión de riesgos integral - Acuerdo 007 de 2024 2 Acuerdo 012 del 02 de junio del 2023 3 AF-M-02 Manual contra lavado de activos SARLAFT/PADM y SICOFS 4 Manual de gestión de riesgo OADS-M-02 5 Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOFS) 2025 6 Mapa de riesgos de SARLAFT/PADM 2025 7 Resolución 305 del 2024 Actualización Oficial de cumplimiento PTEE 8	"Primer línea de defensa: Dentro de sus funciones esta aplicar los controles operativos correspondientes a la actividad del proceso que este a su cargo. Segunda línea de defensa: Se cuenta con el oficial de cumplimiento para SICOFS el cual realiza reportes internos y externos de prevención y detección de la corrupción, opacidad, fraude y soborno del hospital cuando aplique. Tercera línea de defensa : Se realiza seguimiento cuatrimestral de Riesgos SICOFS revisando: Lineamientos frente a la gestión del riesgo, seguimiento efectuado por la primera línea, Seguimiento efectuado por la oficina Asesora desarrollo de salud-coordinadora de riesgos y resultado de evaluación realizada por la tercera línea de defensa"	3	Mantenimiento del control
8.4 La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora.	Dimension de Control Interno Linea Estrategica	" Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del		1 Acta 001 del comité de gestión de riesgo integral Acta 002 del comité de gestión de riesgos integral Acta 003 del comité de gestión de riesgos integral Acta 002 del comité de control interno			

		<p>participación en la definición y ejecución de las estrategias, planes y procedimientos de control y de gestión de riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la Línea estratégica - Alta dirección en el marco del comité institucional de Coordinación de sistema de Control Interno, comité de gestión de riesgos integral y junta directiva; específicamente: "Revisar, validar y supervisar el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; Reorientar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizar seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso"</p>		<table border="1"> <tr> <td>2</td> <td>Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.</td> <td rowspan="8"> <p>Línea estratégica: Revisan, validan y supervisan el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; reorientan a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizan seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso; en el comité de gestión de riesgos y el comité de coordinación de control interno. Se evalúan los informes presentados desde segunda línea de defensa en comité de gestión de riesgos de enero, marzo y junio, y los presentados desde la tercera línea de defensa en el comité de coordinación de control interno.</p> <p>Primera línea de defensa: Toma en cuenta observaciones asociadas a la mejora de los controles de los informes de seguimiento de segunda y tercera línea de defensa, los cuales son implementados en las actualizaciones de los riesgos.</p> <p>Segunda línea de defensa: Incluye observaciones de mejora resultado del seguimiento de los riesgos para tener en cuenta en la actualización del riesgo.</p> <p>Tercera línea: Deja observaciones y sugerencias asociadas a la mejora de los controles en informes de seguimientos para que sean tenidos en cuenta en la actualización de la primer línea de defensa con el acompañamiento de la segunda línea de defensa.</p> </td> <td rowspan="8">3</td> <td rowspan="8">Mantenimiento del control</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda y a línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la segunda y línea de defensa</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS Primer cuatrimestre 2025</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda línea de defensa</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre del 2024</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2024 desde la tercera línea de defensa</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la tercera línea de defensa</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>Informe de seguimiento riesgos de gestión y seguridad de la información segundo semestre 2024 desde la tercera línea de defensa</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>Informe de seguimiento SICOFS del tercer trimestre del 2024 desde la tercera línea de defensa</td> </tr> </table>	2	Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.	<p>Línea estratégica: Revisan, validan y supervisan el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; reorientan a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizan seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso; en el comité de gestión de riesgos y el comité de coordinación de control interno. Se evalúan los informes presentados desde segunda línea de defensa en comité de gestión de riesgos de enero, marzo y junio, y los presentados desde la tercera línea de defensa en el comité de coordinación de control interno.</p> <p>Primera línea de defensa: Toma en cuenta observaciones asociadas a la mejora de los controles de los informes de seguimiento de segunda y tercera línea de defensa, los cuales son implementados en las actualizaciones de los riesgos.</p> <p>Segunda línea de defensa: Incluye observaciones de mejora resultado del seguimiento de los riesgos para tener en cuenta en la actualización del riesgo.</p> <p>Tercera línea: Deja observaciones y sugerencias asociadas a la mejora de los controles en informes de seguimientos para que sean tenidos en cuenta en la actualización de la primer línea de defensa con el acompañamiento de la segunda línea de defensa.</p>	3	Mantenimiento del control	3	OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales	4	Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda y a línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.	5	Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la segunda y línea de defensa	6	OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS Primer cuatrimestre 2025	7	Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda línea de defensa	8	OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre del 2024	9	Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2024 desde la tercera línea de defensa	10	Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la tercera línea de defensa	11	Informe de seguimiento riesgos de gestión y seguridad de la información segundo semestre 2024 desde la tercera línea de defensa	12	Informe de seguimiento SICOFS del tercer trimestre del 2024 desde la tercera línea de defensa		
2	Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.	<p>Línea estratégica: Revisan, validan y supervisan el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; reorientan a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizan seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso; en el comité de gestión de riesgos y el comité de coordinación de control interno. Se evalúan los informes presentados desde segunda línea de defensa en comité de gestión de riesgos de enero, marzo y junio, y los presentados desde la tercera línea de defensa en el comité de coordinación de control interno.</p> <p>Primera línea de defensa: Toma en cuenta observaciones asociadas a la mejora de los controles de los informes de seguimiento de segunda y tercera línea de defensa, los cuales son implementados en las actualizaciones de los riesgos.</p> <p>Segunda línea de defensa: Incluye observaciones de mejora resultado del seguimiento de los riesgos para tener en cuenta en la actualización del riesgo.</p> <p>Tercera línea: Deja observaciones y sugerencias asociadas a la mejora de los controles en informes de seguimientos para que sean tenidos en cuenta en la actualización de la primer línea de defensa con el acompañamiento de la segunda línea de defensa.</p>	3	Mantenimiento del control																											
3	OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales																														
4	Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda y a línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.																														
5	Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la segunda y línea de defensa																														
6	OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS Primer cuatrimestre 2025																														
7	Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda línea de defensa																														
8	OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre del 2024																														
9	Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2024 desde la tercera línea de defensa																														
10	Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la tercera línea de defensa																														
11	Informe de seguimiento riesgos de gestión y seguridad de la información segundo semestre 2024 desde la tercera línea de defensa																														
12	Informe de seguimiento SICOFS del tercer trimestre del 2024 desde la tercera línea de defensa																														
<p>Lineamiento 9: Identificación y análisis de cambios significativos</p>	<p>DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO</p>	<p>Explicación de cómo la Entidad <i>auditada</i> que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instruccivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación</p>	<p>Presente (1/2/3)</p>	<p>EVIDENCIA DEL CONTROL</p>	<p>Función auditada (1/2/3)</p>	<p>Evaluación</p>																									
<p>9.1 Acorde con lo establecido en la política de Administración del Riesgo, se monitorean los factores internos y externos definidos para la entidad, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes.</p>	<p>Dimensión de Direccionamiento Estratégico Política de Planeación Institucional</p>	<p>"Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo cuarto, metodología: Actualizar y dar continuidad a la implementación del manual de gestión de riesgos integral (OADS-M-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, la complejidad del proceso de atención, incluyendo de esta forma la gestión de riesgos asistenciales y clínicos siendo para fundamental de la gestión institucional, por lo tanto no es una adopción textual de la guía del DAFP y contempla las instrucciones impartidas de la circular externa de la superintendencia nacional de salud 20211700000004-5 de 2021, 20211700000005-5 de 2021 y 202151000000053-5 de 2022." en donde se contemplan las etapas estratégicas para la implementación y despliegue de la política, específicamente: Realizar análisis de contexto interno y externo de la institución e identificar los riesgos a todo nivel.</p> <p>En el artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad y periodicidad, específicamente para las etapas anteriormente mencionadas de manera anual"</p> <p>Programa de gestión de riesgos OADS-PG-02 Informes de seguimiento de los diferentes tipos y líneas de defensa del cual se tienen en cuenta las conclusiones y sugerencias en la actualización de los riesgos. Formatos de relación hallazgo riesgos suministrado por la oficina de control interno para ser tenidos en cuenta en la actualización de los riesgos.</p> <p>Se actualiza política de gestión de riesgos integral, asociada a normatividad, y cambio presentado de manual a programa de gestión de riesgos; esta fue presentada en comité de gestión de riesgo y comité Institucional de Coordinación de Control Interno para aprobación previo a socialización a junta directiva para aprobación final.</p>	<p>3</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Acta 001 del comité de gestión de riesgo integral Acta 002 del comité de gestión de riesgos integral Acta 003 del comité de gestión de riesgos integral</td> <td rowspan="8"> <p>Primera línea de defensa: Dentro de sus funciones tiene el análisis de contexto interno y externos de la institución, previo a la identificación de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales, este análisis se realiza con el acompañamiento de planeación.</p> <p>Segunda línea de defensa: dentro de sus funciones realiza acompañamiento a la primera línea de defensa en la gestión del riesgo, se tomó como base el análisis de la primera línea en la actualización de los riesgos.</p> <p>Tercera línea de defensa: dentro de sus funciones identifica y evalúa cambios que pueden tener impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna; alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas; y elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgos. Se realiza matriz hallazgo riesgo Auditoría gestión presupuestal</p> </td> <td rowspan="8">3</td> <td rowspan="8">Mantenimiento del control</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Mapa de riesgos de gestión y fiscales 2025 Mapa de riesgos de índole contable 2025 Mapa de riesgos de seguridad de la información 2025</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOFS) 2025 Mapa de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo/ Proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT/PADM) 2025</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Informe de monitoreo y seguimiento mapa de riesgos de gestión desde la segunda línea y tercera línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024. OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea y tercera línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS primer cuatrimestre 2025</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2024</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Formato correlación hallazgo riesgo</td> </tr> </table>	1	Acta 001 del comité de gestión de riesgo integral Acta 002 del comité de gestión de riesgos integral Acta 003 del comité de gestión de riesgos integral	<p>Primera línea de defensa: Dentro de sus funciones tiene el análisis de contexto interno y externos de la institución, previo a la identificación de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales, este análisis se realiza con el acompañamiento de planeación.</p> <p>Segunda línea de defensa: dentro de sus funciones realiza acompañamiento a la primera línea de defensa en la gestión del riesgo, se tomó como base el análisis de la primera línea en la actualización de los riesgos.</p> <p>Tercera línea de defensa: dentro de sus funciones identifica y evalúa cambios que pueden tener impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna; alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas; y elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgos. Se realiza matriz hallazgo riesgo Auditoría gestión presupuestal</p>	3	Mantenimiento del control	2	Mapa de riesgos de gestión y fiscales 2025 Mapa de riesgos de índole contable 2025 Mapa de riesgos de seguridad de la información 2025	3	Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOFS) 2025 Mapa de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo/ Proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT/PADM) 2025	4	Informe de monitoreo y seguimiento mapa de riesgos de gestión desde la segunda línea y tercera línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024. OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales	5	Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.	6	Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea y tercera línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS primer cuatrimestre 2025	7	Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2024	8	Formato correlación hallazgo riesgo								
1	Acta 001 del comité de gestión de riesgo integral Acta 002 del comité de gestión de riesgos integral Acta 003 del comité de gestión de riesgos integral	<p>Primera línea de defensa: Dentro de sus funciones tiene el análisis de contexto interno y externos de la institución, previo a la identificación de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales, este análisis se realiza con el acompañamiento de planeación.</p> <p>Segunda línea de defensa: dentro de sus funciones realiza acompañamiento a la primera línea de defensa en la gestión del riesgo, se tomó como base el análisis de la primera línea en la actualización de los riesgos.</p> <p>Tercera línea de defensa: dentro de sus funciones identifica y evalúa cambios que pueden tener impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna; alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas; y elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgos. Se realiza matriz hallazgo riesgo Auditoría gestión presupuestal</p>	3	Mantenimiento del control																											
2	Mapa de riesgos de gestión y fiscales 2025 Mapa de riesgos de índole contable 2025 Mapa de riesgos de seguridad de la información 2025																														
3	Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOFS) 2025 Mapa de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo/ Proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT/PADM) 2025																														
4	Informe de monitoreo y seguimiento mapa de riesgos de gestión desde la segunda línea y tercera línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024. OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales																														
5	Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.																														
6	Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea y tercera línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS primer cuatrimestre 2025																														
7	Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2024																														
8	Formato correlación hallazgo riesgo																														
<p>9.2 La Alta Dirección analiza los riesgos asociados a actividades tercerizadas, regionales u otras figuras externas que afecten la prestación del servicio a los usuarios, basados en los informes de la segunda y</p>	<p>Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa</p>	<p>Se cuenta con Política de gestión de riesgos integral, adoptada acuerdo No. 007 de 2024, en su artículo tercero menciona el alcance: "Aplica a todos los procesos, subprocesos, servicios y personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada tipo y clasificación de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa." y trae implícito consigo las instancias que interactúan en la prestación del</p>		<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Acta 001 del comité de gestión de riesgo integral Acta 002 del comité de gestión de riesgos integral Acta 003 del comité de gestión de riesgos integral</td> </tr> </table>	1	Acta 001 del comité de gestión de riesgo integral Acta 002 del comité de gestión de riesgos integral Acta 003 del comité de gestión de riesgos integral																									
1	Acta 001 del comité de gestión de riesgo integral Acta 002 del comité de gestión de riesgos integral Acta 003 del comité de gestión de riesgos integral																														

tercera línea de defensa.		servicio las cuales se despliegan dependiendo del tipo y categoría del riesgo mencionados en el artículo cuatro de la misma. Se encuentra publicada en el siguiente link: https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=310&seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&slug=informes-de-seguimiento-a-mapas-de-riesgo	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1037 144 1073 224">2</td> <td data-bbox="1073 144 1438 224">Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea y tercera línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024. OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales</td> <td data-bbox="1444 144 1814 224">Segunda línea de defensa: Actualiza política de gestión del riesgo la cual ya tiene incluido dentro del alcance el cual incluye a todos los procesos, subprocesos, servicios y personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada tipo y clasificación de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa.</td> <td data-bbox="1814 144 1953 224"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 224 1073 303">3</td> <td data-bbox="1073 224 1438 303">Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2025 desde la segunda y tercera línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2024</td> <td data-bbox="1444 224 1814 303">"Línea estratégica: Aprueba política que incluye los niveles de aceptación del riesgo. Aprobó política de gestión de riesgos integral por medio de acuerdo 007 del 2024.</td> <td data-bbox="1814 224 1953 303"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 303 1073 367">4</td> <td data-bbox="1073 303 1438 367">Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2024 desde la tercera línea de defensa</td> <td data-bbox="1444 303 1814 367">Segunda línea de defensa: Realiza ajustes pertinentes asociados al artículo sexto de niveles de aceptación al riesgo, el cual fue presentado a junta directiva para aprobación final. Actualizó política y presentó a junta directiva en el mes de abril.</td> <td data-bbox="1814 303 1953 367">3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 367 1073 446">5</td> <td data-bbox="1073 367 1438 446">Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la tercera línea de defensa</td> <td data-bbox="1444 367 1814 446">Tercer comité institucional de control interno: La oficina de control interno manifiesta ante el Comité su participación y acompañamiento en la aprobación de la Política de Gestión de Riesgo Integral Actualizada y el Manual de Gestión de Riesgos Integral, que se surtió en el comité de gestión de riesgos del 21 de marzo.</td> <td data-bbox="1814 367 1953 446"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 446 1073 526">6</td> <td data-bbox="1073 446 1438 526">Informe de seguimiento riesgos de gestión y seguridad de la información segundo semestre 2024 desde la tercera línea de defensa</td> <td data-bbox="1444 446 1814 526"></td> <td data-bbox="1814 446 1953 526"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 526 1073 574">7</td> <td data-bbox="1073 526 1438 574"></td> <td data-bbox="1444 526 1814 574"></td> <td data-bbox="1814 526 1953 574"></td> </tr> </table>	2	Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea y tercera línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024. OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales	Segunda línea de defensa: Actualiza política de gestión del riesgo la cual ya tiene incluido dentro del alcance el cual incluye a todos los procesos, subprocesos, servicios y personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada tipo y clasificación de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa.		3	Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2025 desde la segunda y tercera línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2024	"Línea estratégica: Aprueba política que incluye los niveles de aceptación del riesgo. Aprobó política de gestión de riesgos integral por medio de acuerdo 007 del 2024.		4	Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2024 desde la tercera línea de defensa	Segunda línea de defensa: Realiza ajustes pertinentes asociados al artículo sexto de niveles de aceptación al riesgo, el cual fue presentado a junta directiva para aprobación final. Actualizó política y presentó a junta directiva en el mes de abril.	3	5	Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la tercera línea de defensa	Tercer comité institucional de control interno: La oficina de control interno manifiesta ante el Comité su participación y acompañamiento en la aprobación de la Política de Gestión de Riesgo Integral Actualizada y el Manual de Gestión de Riesgos Integral, que se surtió en el comité de gestión de riesgos del 21 de marzo.		6	Informe de seguimiento riesgos de gestión y seguridad de la información segundo semestre 2024 desde la tercera línea de defensa			7											
2	Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea y tercera línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024. OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales	Segunda línea de defensa: Actualiza política de gestión del riesgo la cual ya tiene incluido dentro del alcance el cual incluye a todos los procesos, subprocesos, servicios y personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada tipo y clasificación de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa.																																	
3	Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2025 desde la segunda y tercera línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2024	"Línea estratégica: Aprueba política que incluye los niveles de aceptación del riesgo. Aprobó política de gestión de riesgos integral por medio de acuerdo 007 del 2024.																																	
4	Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2024 desde la tercera línea de defensa	Segunda línea de defensa: Realiza ajustes pertinentes asociados al artículo sexto de niveles de aceptación al riesgo, el cual fue presentado a junta directiva para aprobación final. Actualizó política y presentó a junta directiva en el mes de abril.	3																																
5	Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la tercera línea de defensa	Tercer comité institucional de control interno: La oficina de control interno manifiesta ante el Comité su participación y acompañamiento en la aprobación de la Política de Gestión de Riesgo Integral Actualizada y el Manual de Gestión de Riesgos Integral, que se surtió en el comité de gestión de riesgos del 21 de marzo.																																	
6	Informe de seguimiento riesgos de gestión y seguridad de la información segundo semestre 2024 desde la tercera línea de defensa																																		
7																																			
9.3 La Alta Dirección monitorea los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos.	Dimension de Control Interno Línea Estratégica	"Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la línea estratégica, desde el comité institucional de coordinación de control interno, la función de realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; desde el comité de gestión de riesgos, realizar seguimiento del ciclo de gestión de riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos de planes de mejoramiento cuando sea el caso, y que en el artículo sexto, niveles de aceptación al riesgo, se define realizar seguimiento, asignar tratamiento acorde a lo evaluado de todos los riesgos sin importar la zona de riesgo residual en la que se encuentre"	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1037 574 1073 621">1</td> <td data-bbox="1073 574 1438 621">Acta 001 del comité de gestión de riesgo integral Acta 003 del comité de gestión de riesgos integral</td> <td data-bbox="1444 574 1814 621">Actas Cuarta Comites institucional de coordinacion de control interno realizadas en la vigencia.</td> <td data-bbox="1814 574 1953 621"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 621 1073 669">2</td> <td data-bbox="1073 621 1438 669">Comité Institucional de coordinación de control interno</td> <td data-bbox="1444 621 1814 669">Como resultado del seguimiento realizado por la tercera línea a los Riesgo de Corrupción, opacidad, fraude y soborno correspondiente al tercer cuatrimestre del año 2024 se concluye lo siguiente:</td> <td data-bbox="1814 621 1953 669"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 669 1073 716">3</td> <td data-bbox="1073 669 1438 716">Seguimiento al Cronograma Plan Anual de Auditorías</td> <td data-bbox="1444 669 1814 716">- Se cuenta con programa de gestión del riesgo OADS-PG-02, el cual Aplica a todos los procesos, subprocesos, servicios y colaboradores de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada tipo y clasificación de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa.</td> <td data-bbox="1814 669 1953 716">3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 716 1073 763">4</td> <td data-bbox="1073 716 1438 763">Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte de 30 diciembre del 2024.</td> <td data-bbox="1444 716 1814 763">"El mapa de riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno al corte del 31 de diciembre de 2024, está conformado por cuarenta y un (41) riesgos, 25 corresponden a corrupción, 3 fraude, 4 opacidad y 9 de soborno, los cuales tienen definidos un total de (58) cincuenta y ocho controles.</td> <td data-bbox="1814 716 1953 763"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 763 1073 810">5</td> <td data-bbox="1073 763 1438 810">Informe semestrales de control interno riesgo</td> <td data-bbox="1444 763 1814 810"></td> <td data-bbox="1814 763 1953 810"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 810 1073 857">6</td> <td data-bbox="1073 810 1438 857"></td> <td data-bbox="1444 810 1814 857"></td> <td data-bbox="1814 810 1953 857"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 857 1073 904">7</td> <td data-bbox="1073 857 1438 904"></td> <td data-bbox="1444 857 1814 904"></td> <td data-bbox="1814 857 1953 904"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 904 1073 951">8</td> <td data-bbox="1073 904 1438 951"></td> <td data-bbox="1444 904 1814 951"></td> <td data-bbox="1814 904 1953 951"></td> </tr> </table>	1	Acta 001 del comité de gestión de riesgo integral Acta 003 del comité de gestión de riesgos integral	Actas Cuarta Comites institucional de coordinacion de control interno realizadas en la vigencia.		2	Comité Institucional de coordinación de control interno	Como resultado del seguimiento realizado por la tercera línea a los Riesgo de Corrupción, opacidad, fraude y soborno correspondiente al tercer cuatrimestre del año 2024 se concluye lo siguiente:		3	Seguimiento al Cronograma Plan Anual de Auditorías	- Se cuenta con programa de gestión del riesgo OADS-PG-02, el cual Aplica a todos los procesos, subprocesos, servicios y colaboradores de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada tipo y clasificación de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa.	3	4	Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte de 30 diciembre del 2024.	"El mapa de riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno al corte del 31 de diciembre de 2024, está conformado por cuarenta y un (41) riesgos, 25 corresponden a corrupción, 3 fraude, 4 opacidad y 9 de soborno, los cuales tienen definidos un total de (58) cincuenta y ocho controles.		5	Informe semestrales de control interno riesgo			6				7				8			
1	Acta 001 del comité de gestión de riesgo integral Acta 003 del comité de gestión de riesgos integral	Actas Cuarta Comites institucional de coordinacion de control interno realizadas en la vigencia.																																	
2	Comité Institucional de coordinación de control interno	Como resultado del seguimiento realizado por la tercera línea a los Riesgo de Corrupción, opacidad, fraude y soborno correspondiente al tercer cuatrimestre del año 2024 se concluye lo siguiente:																																	
3	Seguimiento al Cronograma Plan Anual de Auditorías	- Se cuenta con programa de gestión del riesgo OADS-PG-02, el cual Aplica a todos los procesos, subprocesos, servicios y colaboradores de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada tipo y clasificación de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa.	3																																
4	Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte de 30 diciembre del 2024.	"El mapa de riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno al corte del 31 de diciembre de 2024, está conformado por cuarenta y un (41) riesgos, 25 corresponden a corrupción, 3 fraude, 4 opacidad y 9 de soborno, los cuales tienen definidos un total de (58) cincuenta y ocho controles.																																	
5	Informe semestrales de control interno riesgo																																		
6																																			
7																																			
8																																			
9.4 La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa.	Dimension de Control Interno Líneas de Defensa	"Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la línea estratégica, desde el comité institucional de coordinación de control interno, la función de realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; desde el comité de gestión de riesgos, realizar seguimiento del ciclo de gestión de riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos de planes de mejoramiento cuando sea el caso.	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1037 911 1073 974">1</td> <td data-bbox="1073 911 1438 974">Acta 001 del comité de gestión de riesgo integral Acta 002 del comité de gestión de riesgos integral Acta 003 del comité de gestión de riesgos integral</td> <td data-bbox="1444 911 1814 974">Línea estratégica: Revisan, validan y supervisan el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; realimentan a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizan seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de la gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso, en el comité de gestión de riesgos y el comité de coordinación de control interno. Se evalúan los informes presentados desde segunda línea de defensa en comité de gestión de riesgos de enero y mayo, y los presentados desde la tercera línea de defensa en el comité de coordinación de control interno.</td> <td data-bbox="1814 911 1953 974"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 974 1073 1037">2</td> <td data-bbox="1073 974 1438 1037">Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea y tercera línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024. OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales</td> <td data-bbox="1444 974 1814 1037">Primera línea de defensa: Toma en cuenta observaciones asociadas a la mejora de los controles de los informes de seguimiento de segunda y tercer línea de defensa, los cuales son implementados en las actualizaciones de los riesgos.</td> <td data-bbox="1814 974 1953 1037"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 1037 1073 1101">3</td> <td data-bbox="1073 1037 1438 1101">Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda y tercera línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2024</td> <td data-bbox="1444 1037 1814 1101">Segunda línea de defensa: Incluye observaciones de mejora resultado del seguimiento de los riesgos para tener en cuenta en la actualización del riesgo.</td> <td data-bbox="1814 1037 1953 1101">3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 1101 1073 1164">4</td> <td data-bbox="1073 1101 1438 1164">Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2024 desde la tercera línea de defensa</td> <td data-bbox="1444 1101 1814 1164">Tercer línea: Deja observaciones y sugerencias asociadas a la mejora de los controles en informes de seguimientos para que sean tenidos en cuenta en la actualización de la primera línea de defensa con el acompañamiento de la segunda línea de defensa.</td> <td data-bbox="1814 1101 1953 1164"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 1164 1073 1227">5</td> <td data-bbox="1073 1164 1438 1227">Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la tercera línea de defensa</td> <td data-bbox="1444 1164 1814 1227"></td> <td data-bbox="1814 1164 1953 1227"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 1227 1073 1274">6</td> <td data-bbox="1073 1227 1438 1274">Informe de seguimiento riesgos de gestión y seguridad de la información segundo semestre 2024 desde la tercera línea de defensa</td> <td data-bbox="1444 1227 1814 1274"></td> <td data-bbox="1814 1227 1953 1274"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 1274 1073 1321">7</td> <td data-bbox="1073 1274 1438 1321"></td> <td data-bbox="1444 1274 1814 1321"></td> <td data-bbox="1814 1274 1953 1321"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1037 1321 1073 1369">8</td> <td data-bbox="1073 1321 1438 1369"></td> <td data-bbox="1444 1321 1814 1369"></td> <td data-bbox="1814 1321 1953 1369"></td> </tr> </table>	1	Acta 001 del comité de gestión de riesgo integral Acta 002 del comité de gestión de riesgos integral Acta 003 del comité de gestión de riesgos integral	Línea estratégica: Revisan, validan y supervisan el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; realimentan a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizan seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de la gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso, en el comité de gestión de riesgos y el comité de coordinación de control interno. Se evalúan los informes presentados desde segunda línea de defensa en comité de gestión de riesgos de enero y mayo, y los presentados desde la tercera línea de defensa en el comité de coordinación de control interno.		2	Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea y tercera línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024. OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales	Primera línea de defensa: Toma en cuenta observaciones asociadas a la mejora de los controles de los informes de seguimiento de segunda y tercer línea de defensa, los cuales son implementados en las actualizaciones de los riesgos.		3	Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda y tercera línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2024	Segunda línea de defensa: Incluye observaciones de mejora resultado del seguimiento de los riesgos para tener en cuenta en la actualización del riesgo.	3	4	Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2024 desde la tercera línea de defensa	Tercer línea: Deja observaciones y sugerencias asociadas a la mejora de los controles en informes de seguimientos para que sean tenidos en cuenta en la actualización de la primera línea de defensa con el acompañamiento de la segunda línea de defensa.		5	Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la tercera línea de defensa			6	Informe de seguimiento riesgos de gestión y seguridad de la información segundo semestre 2024 desde la tercera línea de defensa			7				8			
1	Acta 001 del comité de gestión de riesgo integral Acta 002 del comité de gestión de riesgos integral Acta 003 del comité de gestión de riesgos integral	Línea estratégica: Revisan, validan y supervisan el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; realimentan a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizan seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de la gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso, en el comité de gestión de riesgos y el comité de coordinación de control interno. Se evalúan los informes presentados desde segunda línea de defensa en comité de gestión de riesgos de enero y mayo, y los presentados desde la tercera línea de defensa en el comité de coordinación de control interno.																																	
2	Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea y tercera línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024. OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales	Primera línea de defensa: Toma en cuenta observaciones asociadas a la mejora de los controles de los informes de seguimiento de segunda y tercer línea de defensa, los cuales son implementados en las actualizaciones de los riesgos.																																	
3	Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda y tercera línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2024	Segunda línea de defensa: Incluye observaciones de mejora resultado del seguimiento de los riesgos para tener en cuenta en la actualización del riesgo.	3																																
4	Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2024 desde la tercera línea de defensa	Tercer línea: Deja observaciones y sugerencias asociadas a la mejora de los controles en informes de seguimientos para que sean tenidos en cuenta en la actualización de la primera línea de defensa con el acompañamiento de la segunda línea de defensa.																																	
5	Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la tercera línea de defensa																																		
6	Informe de seguimiento riesgos de gestión y seguridad de la información segundo semestre 2024 desde la tercera línea de defensa																																		
7																																			
8																																			
9.5 La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales.	Dimension de Direccionamiento Estratégico y Planeacion	La entidad mediante los diferentes comités (Comité institucional de coordinación de control interno, Comité gestión del riesgo y comité institucional) analiza el impacto sobre el sistema de control interno y evalúa los cambios en los diferentes niveles institucionales (actualización mapa de procesos, organigrama).	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1037 1419 1073 1469">1</td> <td data-bbox="1073 1419 1438 1469">Acta de comité institucional de coordinación de de control interno</td> <td data-bbox="1444 1419 1814 1469">La oficina asesora de control interno verificó el estado del Sistema de Control Interno por medio de la realización de auditorías, evaluaciones o seguimientos con enfoque en riesgos, para aportar al cumplimiento de la misión, los objetivos estratégicos, el</td> <td data-bbox="1814 1419 1953 1469"></td> </tr> </table>	1	Acta de comité institucional de coordinación de de control interno	La oficina asesora de control interno verificó el estado del Sistema de Control Interno por medio de la realización de auditorías, evaluaciones o seguimientos con enfoque en riesgos, para aportar al cumplimiento de la misión, los objetivos estratégicos, el																													
1	Acta de comité institucional de coordinación de de control interno	La oficina asesora de control interno verificó el estado del Sistema de Control Interno por medio de la realización de auditorías, evaluaciones o seguimientos con enfoque en riesgos, para aportar al cumplimiento de la misión, los objetivos estratégicos, el																																	

	Política de Maneacion Institucional								
	Dimension de Control Interno								
	Linea Estrategica								
			3	2	Acta comité de control interno	desempeno de los procesos, la mejora continua y la toma de decisiones. El sistema de control interno es un proceso que debe ser ejecutado por toda la entidad, desde la gerencia hasta el personal. Su objetivo es garantizar la seguridad de los objetivos de la entidad y su cumplimiento, mediante el análisis del impacto del control interno se detectó deficiencias y se contribuyó a mejorar el desempeño de la entidad.			
				3	Actas Comité desempeño institucional				
				4					
				5					
				6					
				7					
			8						
									3



ACTIVIDADES DE CONTROL

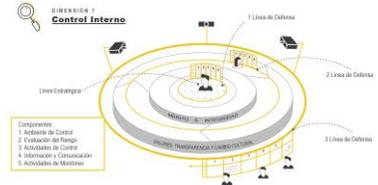
La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso. Implementa políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en el día a día de las operaciones.

Lineamiento 10: Diseño y desarrollo de actividades de control (integra el desarrollo de controles con la evaluación de riesgos tiene en cuenta a qué nivel se aplican las actividades; facilita la segregación de funciones).	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instrucciones u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Fundamento (1/2/3)	Evaluación	
				No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno			
10.1 Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación.	Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa	Las funciones y responsabilidades se encuentran segregadas en la documentación de los procesos, tales como, procedimientos, manuales, instructivos, guías, que establecen una serie de actividades de control asociando roles y responsabilidades a cada uno de los funcionarios y/o dependencias que participan en determinadas actividades. La entidad cuenta con un manual de funciones aprobado mediante acuerdo 028 del 2022. Manual específico de funciones y competencias laborales para los empleados de la planta de personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.	3	1 2 3 4 5 6 7 8	Acuerdo 028 del 2022. Manual específico de funciones y competencias laborales para los empleados de la planta de personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja. Procedimientos, manuales, establecidos en almera Manual Especifico de Funciones	3	Mantenimiento del control	
10.2 Se han identificado y documentado las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones (ej: falta de personal, presupuesto), con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados.	Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa	La oficina de control interno mediante la realización de auditoría interna, verifica la adecuada segregación de funciones y este se puede evidenciar en los informes de auditoría, mediante la verificación nde procedimientos.	1	1 2 3 4 5 6 7 8		1	Deficiencia de control mayor (diseño y ejecución)	
10.3 El diseño de otros sistemas de gestión (bajo normas o estándares internacionales como la ISO), se integran de forma adecuada a la estructura de control de la entidad.	Dimensión de Gestión con Valores para Resultados Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa	Los procesos cuentan con los siguientes documentos para desarrollar las actividades. LA-F-13 Manual de calidad SST-M-05 Manual de SST GA-M-01 Manual de Gestión ambiental	3	1 2 3 4 5 6 7 8	seguimiento al plan operativo anual para el primer trimestre INFORME DE EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO 2024-2027 «San Rafa, alma, vida y corazón» INFORME DE EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO 2024-2027 «San Rafa, alma, vida y corazón» Evaluar la implementación de las estrategias definidas en el Plan de Desarrollo 2024-2027 «San Rafa Alma, vida y corazón» conforme a las metas de producto, para la vigencia 2024.	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	
Lineamiento 11: Selección y Desarrolla controles generales sobre TI para apoyar la consecución de los objetivos .	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instrucciones u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Fundamento (1/2/3)	Evaluación	
11.1 La entidad establece actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas; los procesos de gestión de la seguridad y sobre los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías.	Dimensión de Gestión con Valores para el Resultado Política de Gobierno Digital Política de Seguridad Digital	La institución establece actividades de control sobre su infraestructura tecnológica y procesos asociados a la gestión de la seguridad de la información, adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías, mediante los siguientes mecanismos: Se cuenta con el PROGRAMA ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN S-PG-01 en el cual se describen los objetivos, las metas y actividades a realizar. Para la vigencia 2025 se elabora el programa estratégico de fortalecimiento de la gestión de tecnologías de la información y sus actividades serán programadas para cada vigencia. Se realiza la priorización de proyectos a ejecutar para la vigencia 2025 en el Manual estratégico de tecnologías de la información PETI. Se cuenta con la Matriz de Levantamiento de activos de la información que inventario actualizado y clasificado de activos. Controles de acceso físico y lógico al data center y centros de cableado, con mecanismos de autenticación y seguimiento. Procedimientos frente a incidentes y fallas tecnológicas. Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos A demás se cuenta con el manual de inventeroria y/o supervisión, que fue creado mediante resolución 260 de 2014. En su numeral 4.1 describe los «objetivos específicos de la supervisión o interventoría», en el numeral 6 enuncia la «obligatoriedad de contar con supervisión o interventoría y en el numeral 9 plantea «los lineamientos y obligaciones generales del supervisor».	3	1 2 3 4	PROGRAMA ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN S-PG-01 https://sgj.almeraim.com/sgj/secciones/7a=procesos&opcion=verproceso&prcoesoid=6960&h=S-PG-01 S-F-46 Formato matriz levantamiento de activos de información. https://www.hospitalanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=329&accion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&slug=registros-de-activos-de-informacion S-M-03 MANUAL ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION PETI https://sgj.almeraim.com/sgj/secciones/7a=procesos&opcion=verproceso&prcoesoid=6638&h=S-M-03 S-PR-30 Gestión de incidentes de seguridad de la información. https://sgj.almeraim.com/sgj/secciones/7a=procesos&opcion=verproceso&prcoesoid=7813&h=pr-30	PRIMERA LINEA DE DEFENSA: El subproceso elabora PROGRAMA ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, cuyo objetivo es «Fortalecer la Gestión de Tecnologías de la Información para asegurar la continuidad de la prestación de servicios de salud, apoyando de manera estratégica y oportuna los diferentes servicios ofrecidos, a través de la implementación de medidas de seguridad de la información que garanticen su confidencialidad, integridad y disponibilidad.» Para la vigencia 2025 se priorizan 5 proyectos de PETI y 9 proyectos que corresponden a la operación del proceso de TIC de la Entidad. Los proyectos de TI priorizados se desarrollan de manera escalonada, en cada vigencia, se realizan actividades parciales, lo cual depende del flujo de recursos y disponibilidad de intervención en los áreas del Hospital, entre otros. El subproceso de TI cuenta con 39 indicadores de seguimiento al proceso que incluyen, PETI, equipos de cómputo y seguridad de la información. Se tiene inventario actualizado y clasificado de los activos de la entidad a través de la S-F-46 Formato matriz levantamiento de activos de información, se realiza control de acceso físico al data center y centros de cableado con mecanismos de autenticación biométrica y seguimiento a través de formato S-F-27 CONTROL DE INGRESO DE PERSONAL AL DATACENTER Y CENTROS DE CABLEADO y se realiza mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de acuerdo a lo definido en el procedimiento S-PR-10MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO PARA EQUIPOS DE COMPUTO Informes de supervisión de contratos de TIC. TERCERA LINEA DE DEFENSA La oficina de control interno realiza seguimiento a la ejecución de actividades del subproceso TIC, mediante informe POA 1 Trimestre del 2025, como resultado de este seguimiento, se observo que el subproceso cuenta con el indicador «cumplimiento PETI» formulado como «Número de proyectos ejecutados en el periodo y que corresponden al periodo de medición según lo planeado / Número total de proyectos planeados a ejecutar en el periodo», sin embargo no se puede realizar análisis ,debido a que la periodicidad del indicador es semestral.	3	Mantenimiento del control

			<p>5 S-PR-10 MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO PARA EQUIPOS DE COMPUTO https://sgj.alteraim.com/sgj/secciones/7a=procesos&opcion=verproceso&prcoesoid=6960&h=S-PR-10</p> <p>6 S-F-27 CONTROL DE INGRESO DE PERSONAL AL DATACENTER Y CENTROS DE CABLEADO https://sgj.alteraim.com/sgj/ib/p/hp/descargar.php?toItem=9f5a83f5d525015b3d537c5abae71ab9094c53677cc87c0ca742d8c1866b1b&archivo=14966</p> <p>7 Informes de supervisión a Contratos https://sgj.alteraim.com/sgj/secciones/sgjspa/mod_formulacion/cronogramas/form_segimientoactividad.php?actividad=Z222</p>						
11.2 Para los proveedores de tecnología selecciona y desarrolla actividades de control internas sobre las actividades realizadas por el proveedor de servicios.	Dimensión de Gestión con Valores para el Resultado Política de Gobierno Digital Política de Seguridad Digital	La entidad implementa actividades de control para la selección, seguimiento y supervisión de los proveedores de tecnología, con el fin de asegurar que los bienes y servicios contratados cumplan con los requerimientos técnicos, normativos y de seguridad de la información institucional y de acuerdo a lo establecido en el Manual de Interventoría y/o Supervisión, adoptado mediante Resolución 376 de 2024, el cual establece	<p>1 S-M-03 MANUAL ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION PETI https://sgj.alteraim.com/sgj/secciones/7a=procesos&opcion=verproceso&prcoesoid=6638&h=S-M-03</p> <p>2 Informes de supervisión a Contratos https://sgj.alteraim.com/sgj/secciones/sgjspa/mod_formulacion/cronogramas/form_segimientoactividad.php?actividad=Z222</p> <p>3 Resolución 376 de 2024 https://www.hospitalesnrafinetunja.gov.co/adjuntos/Resolucion%20376%20de%202024.pdf</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	PRIMERA LINEA DE DEFENSA De acuerdo a lo definido en el manual de contratación, el supervisor realiza seguimiento al cumplimiento de las actividades por medio del Informe de supervisión mensual de los contratos suscritos para subproceso de Tecnologías de la información. A la fecha el subproceso de TI cuenta con 14 contratos suscritos de acuerdo a lo priorizado en el PETI.	SEGUNDA LINEA DE DEFENSA Informe de monitoreo riesgos Dentro del informe de seguimiento a riesgos de procesos a corte a 30 de Diciembre no se materializó ninguno.	3 Mantenimiento del control			
11.3 Se cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.	Dimensión de Gestión con Valores para el Resultado Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos.	La entidad cuenta con la definición de roles y responsabilidades usuarios, relaciona las políticas de TI, determina la estructura y funciones del subproceso de TI e indicadores la seguimiento a la gestión, lo cual se encuentra definido en el S-M-15 – Esquema de Gobierno TI, S-M-19 – Manual de Roles de Seguridad y Privacidad de la Información, S-M-18 – Manual de Perfiles de Usuario del Sistema de Información Servinte Clínica Suite, S-M-20 Manual de Roles y perfiles en el directorio activo	<p>1 S-M-15ESQUEMA GOBIERNO TI https://sgj.alteraim.com/sgj/secciones/7a=procesos&opcion=verproceso&prcoesoid=7106&h=esquema</p> <p>2 S-M-19MANUAL DE ROLES DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION https://sgj.alteraim.com/sgj/secciones/7a=procesos&opcion=verproceso&prcoesoid=7417&h=S-M-19</p> <p>3 S-M-18MANUAL DE PERFILES DE USUARIO DEL SISTEMA DE INFORMACION SERVINTE CLINICA SUITE https://sgj.alteraim.com/sgj/secciones/7a=procesos&opcion=verproceso&prcoesoid=7416&h=S-M-18</p> <p>4 S-M-20 Manual de Roles y perfiles en el directorio activo https://sgj.alteraim.com/sgj/secciones/7a=documentos&opcion=versolicitud&docucluid=1426</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	PRIMERA LINEA DE DEFENSA: El subproceso de TI ha estructurado y formalizado la gestión de usuarios para los accesos a los sistemas de información, y definiendo la segregación de funciones, responsabilidades y funciones definidos en: S-M-15 – Esquema de Gobierno TI. Define la estructura del subproceso de tecnología de la información, roles, funciones, relaciones jerárquicas y los mecanismos de seguimiento, lo cual permite una gestión articulada y controlada de las funciones TI. S-M-19 – Manual de Roles de Seguridad y Privacidad de la Información. Especifica las funciones y responsabilidades asociadas a cada rol relacionado con la gestión de la seguridad y privacidad de la información. S-M-18 – Manual de Perfiles de Usuario del Sistema de Información Servinte Clínica Suite. Establece los perfiles específicos por área funcional dentro del sistema clínico, asegurando que cada usuario acceda únicamente a la información y funcionalidades necesarias para el cumplimiento de sus funciones. S-M-20 – Manual de Roles y Perfiles en el Directorio Activo. Permite la gestión de accesos a recursos tecnológicos desde la infraestructura de red, permitiendo controles centralizados, trazabilidad y revocación de privilegios cuando se presenten cambios organizacionales o roles. lo anterior se encuentra articulado con las políticas institucionales de TI.	TERCERA LINEA DE DEFENSA La entidad no cuenta con matrices y roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones	2 Deficiencia de control (diseño o ejecución)			
11.4 Se cuenta con información de la 3a línea de defensa, como evaluador independiente en relación con los controles implementados por el proveedor de servicios, para asegurar que los riesgos relacionados se mitigan.	Dimensión Control Interno Tercera Línea de Defensa	La política de gestión de riesgos integral, aprobada mediante el acuerdo No. 007 de 2024, en su Artículo quinto «Responsable, El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de «Control Interno», que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo[...], para la primera línea de defensa tiene 7, la segunda línea 16 responsabilidades y la tercera línea 9. A continuación se mencionan algunas de estas Tercera línea de defensa: «Evaluar de manera independiente y objetiva los controles de 2ª línea de defensa para asegurar su efectividad», «Evaluar los controles de 1ª línea de defensa que no se encuentran cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2ª línea de defensa» y «Revisar la efectividad de los controles, planes de mejora y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos de la institución para evitar la materialización de estos» Realizar informes de seguimiento y monitoreo de gestión de riesgo acorde a las echas definidas en el manual» «Eleva alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgo»	<p>1 Informe seguimiento a riesgos de Gestión y fiscal II Semestre</p> <p>2 Informe seguimiento sicoif y sarfati</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>3</p> <p>8</p>	TERCERA LINEA DE DEFENSA La oficina de control interno realiza seguimiento cuatrimestral riesgos sicoif	1) 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. 2) Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por uso indebido de la información para obtener un beneficio particular. 3) Posibilidad investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias y detrimento patrimonial por ataques ciberneticos que modifiquen la información guardada para obtener un beneficio particular. El cual realiza implementación de los controles	3 Mantenimiento del control			
Línea 12: Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad ejerce la auditoría que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instrucciones u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1920)	No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	EVIDENCIA DEL CONTROL	Observaciones de la evaluación independiente (tener encuesta papel de líneas de defensa)	Funcionado (1920)	Evaluación
12.1 Se evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales y otras herramientas para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control.	Dimensión de Gestión con Valores para el Resultado Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos.	La entidad para la validación y oportuna actualización de los documentos cuenta con: CA-M-00 «Norma fundamental» CA-PR-06 Control de documentos V10 CA-PR-08 Control de registros V05	<p>1 CA-M-00 «Norma fundamental» Operatividad y estado de los documentos en Software Daruma.</p> <p>2</p> <p>3</p>	PRIMERA Y SEGUNDA LINEA DE DEFENSA La primera línea diligencia el formato OADS-F-36«FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS Además presenta e manera mensual el informe: Operatividad y estado de documentos en Software Daruma correspondiente al primer trimestre del 2025, en el que muestra los procesos que					

			4		presentan documentos venecios o desactualizados.			
			5		Adicionalmente se presentan actas de reunión de las mesas de trabajo realizadas en los siguientes meses con los procesos y relacionados en excel			
			6	2	TERCERA LINEA DE DEFENSA			
			7		Informes de auditoría realizadas por control interno durante el primer semestre de 2025	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	
			8		Informe de riesgos de gestión II semestre de 2024 Se evidenció inoportunidad en la entrega del informe de monitoreo del segundo semestre realizado por la segunda línea, lo cual afectó el cumplimiento en el seguimiento realizado por la tercera línea de defensa de acuerdo a lo establecido en el Programa de gestión del riesgo OADS-PG-02			
12.2 El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo.	Todas las Dimensiones de MPG	En el acuerdo 007 del 2024, por el cual se adopta la política de Gestión Integral de la empresa social del estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja en su artículo 5 define: "Segunda línea de defensa:" Revisar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente", la tercera línea «Evaluar los controles de la primera línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2 línea de defensa. Adicionalmente en el programa de gestión del riesgo código OADS-PG-02, en el capítulo de las etapas estratégicas, en la etapa de Monitorear y revisar los riesgos institucionales desde cada una de las líneas de defensa, se menciona: Segunda línea de defensa: Encargada de asegurar el adecuado diseño de los controles para la mitigación de los riesgos establecidos por la primera línea de defensa y su correcta aplicabilidad, validando que estos estén aportando al reducción o mitigación del riesgo, determinando las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de los mismos a fin de evitar que se materialicen. Realiza informe de seguimiento y monitoreo tomando como base el formato OADS-F-36 y soportes cargados en la ruta dispuesta para el cargue de información respectiva. Para tal fin se utiliza el formato OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos."	1		Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024. OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales	Primera línea de defensa: Realiza cargue de evidencias correspondientes a los controles definidos y el formato OADS-F-36 diligenciado en carpetas dispuestas en red como base para el seguimiento de la segunda y la tercera línea de defensa. Segunda línea de defensa: Realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el programa de gestión de riesgos OADS-PG-02, utiliza formato OADS-F-41 y consolida información en informe el cual es presentado a todas las líneas de defensa, para el primer semestre se realizó informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024, Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024, Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa		
			2		Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.			
			3		Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa			
			4	3	OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFs Primer cuatrimestre 2025	Informe de monitoreo mapa de SARLAFITPADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda línea de defensa	3	Mantenimiento del control
			5		Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la tercera línea de defensa			
			6		Informe de monitoreo mapa de SARLAFITPADM del segundo semestre del 2024 desde la tercer línea de defensa			
			7		Informe de seguimiento riesgo de gestión y seguridad de la información segundo semestre 2024 desde la tercer línea de defensa			
12.3 Monitoreo a los riesgos acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad.	Dimensión de Direcciónamiento Estratégico y Planeación Política de Planeación Institucional.	En el acuerdo 007 del 2024, por el cual se adopta la política de Gestión Integral de la empresa social del estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja en su artículo 5 define: "Segunda línea de defensa:" Revisar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente", la tercera línea «Evaluar los controles de la primera línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2 línea de defensa. Adicionalmente en el programa de gestión del riesgo código OADS-PG-02, en el capítulo de las etapas estratégicas, en la etapa de Monitorear y revisar los riesgos institucionales desde cada una de las líneas de defensa, se menciona: los tipos, responsabilidades, frecuencias e información para a monitorización y revisión de los riesgos identificados, analizados, evaluados y tratados, con el fin de mejorar el diseño, la implementación y los resultados de los procesos institucionales."	1		Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024. OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales	Primera línea de defensa: Realiza cargue de evidencias correspondientes a los controles definidos y el formato OADS-F-36 diligenciado en carpetas dispuestas en red como base para el seguimiento de la segunda y la tercera línea de defensa. Segunda línea de defensa: Realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el programa de gestión de riesgos OADS-PG-02, utiliza formato OADS-F-41 y consolida información en informe el cual es presentado a todas las líneas de defensa, para el primer semestre se realizó informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024, Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024, Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa		
			2		Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.			
			3		Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa			
			4	3	OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFs Primer cuatrimestre 2025	Informe de monitoreo mapa de SARLAFITPADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda línea de defensa	3	Mantenimiento del control
			5		Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la tercera línea de defensa			
			6		Informe de monitoreo mapa de SARLAFITPADM del segundo semestre del 2025 desde la tercer línea de defensa			
			7		Informe de seguimiento riesgos de gestión y seguridad de la información segundo semestre 2024 desde la tercera línea de defensa			
12.4 Verificación de que los responsables están ejecutando los controles tal como han sido diseñados.	Dimensión Control Interno Segunda Línea de Defensa	En el acuerdo 007 del 2024, por el cual se adopta la política de Gestión Integral de la empresa social del estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja en su artículo 5 define: "Segunda línea de defensa:" Revisar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente", la tercera línea «Evaluar los controles de la primera línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2 línea de defensa. Adicionalmente en el programa de gestión del riesgo código OADS-PG-02, en el capítulo de las etapas estratégicas, en la etapa de Monitorear y revisar los riesgos institucionales desde cada una de las líneas de defensa, se menciona: los tipos, responsabilidades, frecuencias e información para a monitorización y revisión de los riesgos identificados, analizados, evaluados y tratados, con el fin de mejorar el diseño, la implementación y los resultados de los procesos institucionales."	1		Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024. OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales	Primera línea de defensa: Realiza cargue de evidencias correspondientes a los controles definidos y el formato OADS-F-36 diligenciado en carpetas dispuestas en red como base para el seguimiento de la segunda y la tercera línea de defensa. Segunda línea de defensa: Realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el programa de gestión de riesgos OADS-PG-02, utiliza formato OADS-F-41 y consolida información en informe el cual es presentado a todas las líneas de defensa, para el primer semestre se realizó informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024, Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024, Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa		
			2		Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.			
			3		Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa			
			4	3	OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFs Primer cuatrimestre 2025	Informe de monitoreo mapa de SARLAFITPADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda línea de defensa	3	Mantenimiento del control

				<p>Informe de monitoreo mapa de SARLAFTIPADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda línea de defensa</p> <p>4 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFTIPADM segundo semestre 2024</p> <p>5 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la tercera línea de defensa</p> <p>Informe de monitoreo mapa de SARLAFTIPADM del segundo semestre del 2025 desde la tercer línea de defensa</p> <p>6 Informe de seguimiento riesgos de gestión y seguridad de la información segundo semestre 2024 desde la tercera línea de defensa</p> <p>7</p> <p>8</p>			
<p>12.5 Se evalúa la adecuación de los controles a las especificidades de cada proceso, considerando cambios en regulaciones, estructuras internas u otros aspectos que determinen cambios en su diseño.</p>	<p>Dimensión Control Interno</p> <p>Lineas de Defensa</p>	<p>En el acuerdo 007 del 2024, por el cual se adopta la política de Gestión Integral de la empresa social del estado Hospital Universitario San Rafael de Turja en su artículo 5 define:</p> <p>"Segunda línea de defensa." Sugerir las acciones de mejora a que haya a lugar posterior al análisis, valoración, evaluación o tratamiento del riesgo. Revisar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente", la tercera línea «Evaluar los controles de la primera línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2 línea de defensa.</p> <p>Adicionalmente en el programa de gestión del riesgo código OADS-PG-02, en el capítulo de las etapas estratégicas, en la etapa de Monitorear y revisar los riesgos institucionales desde cada una de las líneas de defensa, se mencionan los tipos, responsables, frecuencias e información para a monitorización y revisión de los riesgos identificados, analizados, evaluados y tratados, con el fin de mejorar el diseño, la implementación y los resultados de los procesos institucionales."</p>	<p>1 Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.</p> <p>OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales</p> <p>2 Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.</p> <p>Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa</p> <p>3 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFs Primer cuatrimestre 2025</p> <p>Informe de monitoreo mapa de SARLAFTIPADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda línea de defensa</p> <p>4 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFTIPADM segundo semestre 2024</p> <p>5 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la tercera línea de defensa</p> <p>Informe de monitoreo mapa de SARLAFTIPADM del segundo semestre del 2025 desde la tercer línea de defensa</p> <p>6 Informe de seguimiento riesgos de gestión y seguridad de la información segundo semestre 2024 desde la tercera línea de defensa</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>Primera línea de defensa: Realiza cargue de evidencias correspondientes a los controles definidos y el formato OADS-F-36 diligenciado en carpetas dispuestas en red como base para el seguimiento de la segunda y la tercera línea de defensa.</p> <p>Segunda línea de defensa: Realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el programa de gestión de riesgos OADS-PG-02, utiliza formato OADS-F-41 y consolida información en informe el cual es presentado a todas las línea de defensa, para el primer semestre se realiza informe de Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024, informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024, Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa, Informe de monitoreo mapa de SARLAFTIPADM del segundo semestre del 2025 desde la segunda línea de defensa.</p> <p>Tercera línea de defensa: Realiza seguimiento a la primera y segunda línea de defensa, evaluando de manera independiente y objetiva los controles de la segunda línea con el fin de asegurar que estos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, adicionalmente como resultado de la evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos la oficina de control interno presenta observaciones y recomendaciones de mejora sobre la identificación de riesgos de acuerdo a la tipología así como la definición y aplicación de controles, que permitan mitigar o reducir los riesgos. Se da cumplimiento a lo establecido en la Política integral de gestión del riesgo.</p>	3	Mantenimiento del control	



INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Este componente verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés.
Se requiere que todos los servidores de la entidad reciban un claro mensaje de la Alta Dirección sobre las responsabilidades de control. Deben comprender su función frente al Sistema de Control Interno.

Lineamiento 13: Utilización de información relevante (Identifica requisitos de información; Capta fuentes de datos internas y externas; Procesa datos relevantes y los transforma en información).	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (7/23)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionamiento (7/23)	Evaluación	
				No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno			Observaciones de la evaluación independiente (tener encuesta papel de líneas de defensa)
13.1 La entidad ha diseñado sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos.	Dimensión de Información y comunicación	La entidad tiene el MANUAL ESTRATEGICO DE FORTALECIMIENTO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION S-PG-01 La Entidad cuenta con sistemas de información cómo: 1. Servinte, clinical suite. 2. Almera 3. Orfeo, 4. Enterprise Imaging 5. Mesa de servicios GLPI 6. Sistema de Información para Mantenimiento HRCATCH 7. Sizof ERP 8. 3CX	2	1	PROGRAMA ESTRATEGICO DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION S-PG-01 https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&processid=6390&nl=S-PG-01	<p>PRIMERA LINEA DE DEFENSA</p> <p>El subproceso de tecnologías de la información desarrolla PROGRAMA ESTRATEGICO DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION, cuyo objetivo es «Fortalecer la Gestión de Tecnologías de la Información para asegurar la continuidad de la prestación de servicios de salud, apoyando de manera estratégica y oportuna los diferentes servicios ofrecidos, a través de la implementación de medidas de seguridad de la información que garanticen su confidencialidad, integridad y disponibilidad.»</p> <p>El subproceso de TI cuenta con 39 indicadores de seguimiento a PETI, equipos de cómputo y seguridad de la información, que permiten monitorear el avance de los proyectos, la gestión de los activos tecnológicos, el desempeño del sistema de seguridad de la información y la cobertura institucional de los servicios tecnológicos. Los proyectos de TI priorizados en el PETI para la vigencia se desarrollan de manera escalonada, en cada vigencia se realizan actividades parciales, lo cual depende del flujo de recursos y disponibilidad de intervención en las áreas del Hospital, entre otros.</p> <p>Para la vigencia 2025 se priorizan 5 proyectos de PETI y 9 proyectos que corresponden a la operación del proceso de TIC de la Entidad.</p> <p>El porcentaje de cumplimiento del indicador 1512 PETI fue del 100%</p> <p>Se realiza seguimiento a los planes estratégicos: PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN con corte a 30 de junio de 2025 con cumplimiento del 100% . PLAN ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION (PETI) con corte a 30 de junio de 2025 con cumplimiento del 100% . PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN con corte a 30 de Junio de 2025 con cumplimiento del 100% .</p> <p>Se realizan las acciones de mejora de acuerdo al Plan de Acción generado según Informe Hallazgo realizado por la oficina de Control Interno con cumplimiento del 100% de las actividades.</p> <p>TERCERA LINEA DE DEFENSA</p> <p>La oficina de control interno realiza trimestralmente seguimiento al plan operativo anual de inversiones y sus resultados son socializados en el comité institucional de control interno, además de forma trimestral la oficina de control interno efectúa seguimiento al Plan Operativo Anual del primer trimestre de 2025, sin embargo de acuerdo con el plan de actividades de los indicadores asociados al subproceso, estos tienen periodicidad de evaluación semestral y al momento de realizar este informe, no se ha evaluado estos indicadores.</p> <p>Así mismo se realizó seguimiento al plan de mejoramiento a los subprocesos TIC y comunicaciones y medios, en la cual se identificó la ejecución de acciones tendientes a minimizar las fallas en la captura de información primaria, de otra parte, respecto a la falta de oportunidad en las respuestas a solicitudes realizadas mediante mesa de servicios GLPI, para lo cual el referente del subproceso, presento el documento S-M-10 «Manual de mesa de Servicios GLPI», actualizado y en el cual se definen tiempos de acuerdo al tipo de categorías de la solicitud</p>	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)
				2	CICLO DE VIDA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION HUSRT S-M-16 https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&processid=7107&nl=S-M-16			
				3	S-M-03 MANUAL ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION PETI https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&processid=5638&nl=S-M-03			
				4	S-PR-30 Gestión de incidentes de seguridad de la información. https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&processid=7813&nl=s-pr-30			
				5				
				6				
				7				
				8				

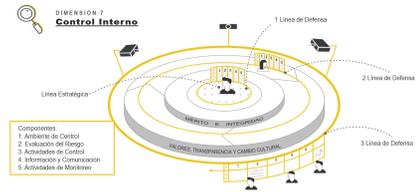
<p>13.2 La entidad cuenta con el inventario de información relevante (interno/externa) y cuenta con un mecanismo que permita su actualización.</p>	<p>Dimensión de Información y comunicación Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública</p>	<p>Para efectuar y actualizar el inventario de información relevante la entidad cuenta con: Resolución 537 de 2024 «Por medio de la cual se adopta el inventario de activos de información en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a la Ley estatutaria 1712 de 2014», el procedimiento «Inventario Clasificación y Etiquetado de Activos de Información S-PR-24 y el «Manual Metodológico Para el Levantamiento Activos de Información S-M-12 y Formato matriz levantamiento activos de información S-F-46 y el esquema de publicación de información para externos.</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8</p>	<p>Resolución 537 de 2024 https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/adjuntos/Resolucion%20C3%B3%20537%20de%2025%20de%20Nov%202024.pdf</p> <p>S-F-46 ACTIVOS DE INFORMACIÓN https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=359&seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&lug=registros-de-activos-de-informacion</p> <p>S-F-37 ESQUEMA DE PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=361&seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&lug=esquema-de-publicacion-de-la-informacion</p> <p>S-PR-24 INVENTARIO CLASIFICACIÓN Y ETIQUETADO DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&option=verproceso&processid=6959&ni=S-PR-24</p> <p>S-M-12 MANUAL METODOLÓGICO PARA EL LEVANTAMIENTO ACTIVOS DE INFORMACIÓN https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&option=verproceso&processid=7098&ni=S-M-12</p>	<p>PRIMERA LINEA DE DEFENSA La entidad cuenta con un inventario estructurado y actualizado de información relevante (tanto interna como externa), lo cual permite identificar, clasificar y gestionar los activos de información institucionales de manera organizada, conforme a los principios de transparencia, acceso a la información pública y seguridad de la información.</p> <p>Resolución 537 de 2024 Por medio de la cual y se adopta el Inventario de Activos de Información conforme a la Ley estatutaria 1712 de 2014 Se actualiza la matriz de Activos de Información S-F-46 para la vigencia 2025 y el S-F-37 ESQUEMA DE PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN actualizado para la vigencia 2025 que se encuentran en la página web del hospital.</p> <p>Se cuenta con S-PR-24 para Inventario, clasificación y etiquetado de activos de información, que establece las responsabilidades, criterios y periodicidad de revisión del inventario institucional, así como el Manual metodológico S-M-12 que detalla la técnica y enfoque para el levantamiento estructurado de activos y se aplica el formato S-F-46 Matriz de levantamiento de activos de información, que permite registrar, clasificar y actualizar cada activo según criterios como tipo, criticidad, confidencialidad y propietario. El Esquema de publicación de información para externos: Define qué información se hace pública, bajo qué formato y con qué frecuencia, cumpliendo con la Ley 1712 y los lineamientos del Manual de Gobierno Digital.</p> <p>TERCERA LINEA DE DEFENSA La oficina de control interno efectuó seguimiento al plan de mejoramiento resultado de la auditoría al subproceso de sistemas. Como resultado de este seguimiento se verifican las acciones realizadas por el subproceso, con el propósito de minimizar o reducir a cero las fallas en la captura de información primaria, esta acción está en seguimiento a su efectividad; en cuanto la acción referente a la inoportunidad en respecto a algunas de las solicitudes realizadas mediante mesa de trabajo GLPL el sub proceso actualizo el documento «manual mesa de servicios GLPI» S-M-10 Dentro del mismo plan de mejoramiento se realiza seguimiento al grado de cumplimiento respecto a la actualización de publicaciones en la página WEB institucional Así mismo la oficina de control interno efectúa seguimiento al plan operativo anual, y para el seguimiento correspondiente I primer trimestre, no se evaluaron los indicadores debido a que tienen periodicidad semestral.</p>	<p>2</p>	<p>Deficiencia de control (diseño o ejecución)</p>
<p>13.3 La entidad considera un ámbito amplio de fuentes de datos (internas y externas), para la captura y procesamiento posterior de información clave para la consecución de metas y objetivos.</p>	<p>Dimensión de Información y comunicación Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública</p>	<p>La entidad cuenta con el Plan de Gerencia de la Información S-M-17 dentro de los cuales se identifica el ciclo de la información, componentes tecnológicos, fuentes de datos necesarios para la captura y procesamiento de la información, seguridad de la información entre otros aspectos, incluye Sistemas de información, Reportes de gestión, indicadores de calidad, PAMEC y auditorías internas.</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8</p>	<p>S-M-17 PLAN DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&option=verproceso&processid=7412&ni=S-M-17</p>	<p>PRIMERA LINEA DE DEFENSA Se elabora el Plan de Gerencia de la Información, que articula las fuentes internas y externas utilizadas por la entidad para capturar, procesar y almacenar información para la toma de decisiones, incluye fuentes de información internas, que se encuentran en los sistemas de información y se contemplan estrategias para garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.</p> <p>SEGUNDA LINEA DE DEFENSA se presenta Informe de seguimiento al cumplimiento de la ejecución de los Planes Institucionales y Estratégicos conforme a lo establecido en el Decreto 612 de 2018 a corte 30 de septiembre de 2024. en este informe se describe el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información PETI, y que incluyó para el periodo evaluado la ejecución de cinco (5) actividades estratégicas, esenciales para fortalecer el Plan, las cuales presentaron ejecución del 100%.</p> <p>TERCERA LINEA DE DEFENSA La oficina de control interno realizó seguimiento al plan de mejoramiento producto de la auditoría al subproceso de TIC, mediante la cual se identificó, que se presenta reporte mensual de las fallas en la captura de información primaria las cuales son enviadas al proceso responsable, para tomar las medidas pertinentes para tener información precisa y de calidad en el aplicativo SERVINTE. y falta de oportunidad en las respuestas a solicitudes realizadas mediante mesa de servicios GLPI. Además la oficina de control interno llevo a cabo seguimiento al plan de mejoramiento, generado como resultado de auditoría realizada por revisoría fiscal, en este plan se requirió que se adelantaran acciones con el fin de «Crear Directorio de contactos apropiados con las autoridades pertinentes y/o grupos de interés especial, para reporte de incidentes de seguridad de la información». A la cual se le realizó seguimiento a la efectividad y se procedió a su cierre definitivo se encuentra en seguimiento a su efectividad. Se realiza seguimiento al informe de riesgos de acuerdo con el cronograma establecido en el programa de gestión del riesgo.</p>	<p>2</p>	<p>Deficiencia de control (diseño o ejecución)</p>
<p>13.4 La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes.</p>	<p>Dimensión de Información y comunicación Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública</p>	<p>Dentro de los elementos que componen la estructura de la Política de Gobierno Digital, se encuentran los «habilitadores», y uno de ellos corresponde a «Seguridad y privacidad de la información». Para cumplir con este habilitador la institución cuenta con los siguientes documentos: MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN S-M-02, PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN S-M-08, los Procedimientos CONTROL DE CAMBIOS DE ACTUALIZACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN S-PR-28, GESTIÓN DE USUARIOS PARA EL ACCESO A SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y/O PLATAFORMAS INSTITUCIONALES S-PR-13 y los formatos S-F-52 FORMATO DE ACTUALIZACIÓN SERVINTE CLINICAL SUITE», S-F-53 CONTROL DE CAMBIOS DE ACTUALIZACIÓN SISTEMA DE INFORMACIÓN, S-F-39</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Matriz De Riesgo Sistema De Gestión De La Seguridad De La Información https://sgl.almeraim.com/sgl/seguimiento/?nosgm=&=sgl/hospitalsanrafaeltunja</p> <p>SEGUIIMIENTO PLANES ESTRATÉGICOS DECRETO 612 DE 2018</p>	<p>PRIMERA LINEA DE DEFENSA Se han implementado actividades de control orientadas a garantizar los principios de confidencialidad, integridad y disponibilidad (CID) de la información conforme a lo establecido en su Manual de Políticas de Seguridad de la Información (S-M-02) y su alineación con la norma ISO/IEC 27001. Entre las acciones implementadas se destacan: Clasificación y levantamiento de activos de información mediante el procedimiento S-PR-24 y el formato S-F-46, lo cual permite identificar los activos críticos y aplicar controles diferenciados según su nivel de riesgo y sensibilidad. Controles de acceso físico y lógico al datacenter y centros de cableado, mediante autenticación biométrica, monitoreo y registro de ingresos (formato S-F-27), protegiendo los equipos que almacenan y procesan la información institucional. Gestión de usuarios y accesos regulada mediante el procedimiento S-PR-13, que establece el ciclo de vida de</p>		

		SOLICITUD DE CREACIÓN DE USUARIOS C-F-43 ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.	3	8	<p>las cuentas de usuario, roles y permisos, así como la trazabilidad de su creación, modificación y eliminación.</p> <p>Acuerdo de confidencialidad (C-F-43) firmado por funcionarios y terceros con acceso a información sensible, como parte del control contractual y ético sobre el tratamiento de datos.</p> <p>Control de cambios en sistemas de información, según el procedimiento S-PR-28, que asegura que las modificaciones a plataformas tecnológicas se realicen con autorización, pruebas y respaldo previo.</p> <p>Gestión de incidentes de seguridad de la información mediante el procedimiento S-PR-30, que permite detectar, analizar y responder a eventos que afecten la seguridad de los datos, incluyendo registros de evidencia y medidas correctivas.</p> <p>Estas actividades, complementadas con el seguimiento a los planes estratégicos</p> <p>PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN con corte a 30 de Junio de 2025 con cumplimiento del 100% .</p> <p>PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN (PETI) con corte a 30 de Junio de 2025 con cumplimiento del 100% .</p> <p>PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN con corte a 30 de Junio de 2025 con cumplimiento del 100% .</p> <p>Se realizan las acciones de mejora de acuerdo al Plan de Acción generado según Informe Hallazgo realizado por la oficina de Control Interno con cumplimiento del 100% de las actividades.</p> <p>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA</p> <p>La oficina de control interno realiza seguimiento al plan de mejoramiento producto de la auditoría al subproceso de TIC, mediante la cual se identificó, que se presenta reporte mensual de las fallas en la captura de información primaria las cuales son enviadas al proceso responsable, para tomar las medidas pertinentes para tener información precisa y de calidad en el aplicativo SERVINTE .</p> <p>Además la oficina de control interno llevo a cabo seguimiento al plan de mejoramiento, generado como resultado de auditoría realizada por revisoría fiscal, en este plan se requirió que se adelantaran acciones con el fin de «Crear Directorio de contactos apropiados con las autoridades pertinentes y/o grupos de interés especial, para reporte de incidentes de seguridad de la información». A la cual se le realizo seguimiento a la efectividad y se procedió a su cierre definitivo se encuentra en seguimiento a su efectividad.</p> <p>Se realiza seguimiento al informe de riesgos de acuerdo con el cronograma establecido en el programa de gestión del riesgo.</p>	3	Mantenimiento o del control
Lineamiento 14: Comunicación Interna (Se comunica con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalente; Facilita líneas de comunicación en todos los niveles; Selección el método de comunicación pertinente).	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	No.	EVIDENCIA DEL CONTROL Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	Funcionamiento (1/2/3)	Evaluación
14.1 Para la comunicación interna la Alta Dirección tiene mecanismos que permitan dar a conocer los objetivos y metas estratégicas, de manera tal que todo el personal entienda su papel en su consecución. (Considera los canales más apropiados y evalúa su efectividad).	Dimensión de Información y comunicación	*Dimensión de Información y comunicación "La institución cuenta con un Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS). En el numeral 12.3, correspondiente a la Comunicación Interna, se describen las herramientas disponibles y sus respectivas funciones dentro del Hospital Universitario San Rafael de Tunja, orientadas a informar al personal sobre las metas estratégicas y demás información relevante para la organización. Adicionalmente, se implementó una estrategia de difusión enfocada en el proceso de acreditación, la cual incluye consejos informativos, audios e imágenes diseñadas para fortalecer el lenguaje institucional asociado a la acreditación.	3	8	<p>PRIMERA LÍNEA</p> <p>el sub proceso de comunicaciones y medios, para subsanar hallazgos identificados, se presentó el documento CO-PG-01 «Plan Estratégico de Comunicaciones». En su numeral 12.3, correspondiente a la Comunicación Interna, se describen las herramientas disponibles y sus funciones dentro del Hospital Universitario San Rafael de Tunja, orientadas a mantener informado al personal sobre las metas estratégicas y demás información relevante para la organización.</p> <p>Entre los canales de comunicación interna se incluyen: Correo electrónico, Circulares y comunicados, Boletín institucional, Cartelera, Fondo de escritorio, Productos audiovisuales, Pantalla digital ubicada en el hall principal</p> <p>Asimismo, se cuenta con el procedimiento CO-PR-01 «Comunicados Internos», el cual detalla el paso a paso para la divulgación de información y la gestión de comunicaciones internas.</p> <p>Las solicitudes relacionadas con necesidades de comunicación se tramitan a través de la plataforma GLPI (mesa de servicios) y mediante el formato CO-F-17 «Solicitud de Apoyo en Comunicaciones», disponible desde el primer trimestre del año.</p> <p>TERCERA LÍNEA DEFENSA</p> <p>La Oficina de Control Interno realiza seguimiento al plan de mejoramiento correspondiente al subproceso de comunicaciones, en el cual se presentan evidencias que respaldan la ejecución de las acciones establecidas.</p> <p>Como parte de este seguimiento, se verificó la implementación de la plataforma GLPI (mesa de servicios) como único medio oficial para la gestión de solicitudes dirigidas al área de Comunicaciones y Medios. El proceso incluyó la presentación de los formatos CO-F-17 «Solicitud de Apoyo en Comunicaciones», debidamente diligenciados, así como capturas de pantalla que evidencian las solicitudes realizadas a través de GLPI.</p>	3	Mantenimiento o del control
14.2 La entidad cuenta con políticas de operación relacionadas con la administración de la información (niveles de autoridad y responsabilidad)	Dimensión de Información y comunicación	Se cuenta con la «POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES» CO-PO-01, donde se aclara el rol del gerente como máxima autoridad y vocero oficial de la institución	3	8	<p>PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA</p> <p>El subproceso de comunicaciones y medios efectúa las acciones definidas en el plan de mejoramiento, y en ese sentido actualizo el documento POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES» CO-PO-01.</p> <p>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA</p> <p>La Oficina de Control Interno realiza seguimiento a las acciones contempladas en el plan de mejoramiento del subproceso de Comunicaciones. Como parte de las evidencias presentadas para subsanar la necesidad de contar con un plan de comunicaciones —según lo establecido en la Política de Operación de Comunicaciones— se elaboró el documento CO-PG-01 «Plan Estratégico de Comunicaciones».</p> <p>En el numeral 12.6: Plan de Comunicaciones, se describen los niveles jerárquicos involucrados y la forma en que se comunicará la información a los diferentes públicos objetivo.</p>	3	Mantenimiento o del control

<p>14.3 La entidad cuenta con canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares y se cuenta con mecanismos específicos para su manejo, de manera tal que generen la confianza para utilizarlos.</p>	<p>Dimensión de Información y comunicación</p>	<p>"La entidad cuenta con el buzón de cliente interno, mediante el cual los empleados de la institución presentan las quejas o denuncias de manera anónima, además se cuenta con el procedimiento Respuesta a Peticiones el cual, tiene como objetivo Implementar las directrices que permitan dar trámite a las peticiones y denuncias que ingresan por distintos canales de comunicación a la institución de acuerdo a la normatividad legal. La entidad cuenta con los siguientes canales de comunicación: presencial (oficina de siau), vía telefónica 7405030, vía correo electrónico (judicanotificaciones@hospitalsanrafaeltunja.gov.co; siau@hospitalsanrafaeltunja.gov.co), canal escrito (buzón de sugerencia), formulario electrónico (página web) La entidad genero un nuevo canal para atender las denuncias por corrupción con Línea anticorrupción mediante el correo: lineanticorruptcion@hospitalsanrafaeltunja.gov.co</p>	<p>2</p>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Informe apertura buzones cliente interno</td></tr> <tr><td>2</td><td>informe línea anticorrupción</td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td></tr> </table>	1	Informe apertura buzones cliente interno	2	informe línea anticorrupción	3		4		5		6		7		8		<p>Segunda línea defensa</p> <p>la oficina Jurídica aporta «INFORME LINEA ANTICORRUPCIÓN» con periodicidad mensual el cual se presenta ante la subgerencia administrativa y financiera y el oficial de cumplimiento SICOF, en este informe se capturan las quejas que se reciben por medio del correo lineanticorruptcion@hospitalsanrafaeltunja.gov.co, y tiene como responsable a la líder de la oficina jurídica.</p> <p>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA La oficina de control interno realiza seguimiento al informe semestral de PQRSD respecto a las denuncias presentadas por línea telefónica de SIAU, así mismo se lleva a cabo seguimiento al informe «apertura a buzones de cliente interno», el cual tiene periodicidad semestral es y toma las denuncias que se reportan vía página web, y correo electrónico, y así mismo se efectúa seguimiento al informe presentado por el proceso de jurídica, en el cual se presentan las denuncias allegadas por medio de la línea anticorrupción cuya periodicidad es mensual.</p>	<p>2</p>	<p>Deficiencia de control (diseño o ejecución)</p>
1	Informe apertura buzones cliente interno																						
2	informe línea anticorrupción																						
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
<p>14.4 La entidad establece e implementa políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva.</p>	<p>Dimensión de Información y comunicación</p>	<p>Se cuenta con «Política operación comunicaciones» CO-PO-01 V04 y el procedimiento CO-PR-01 «COMUNICADOS INTERNOS» V05, y el procedimiento CO-PR-04 «ELABORACIÓN DEL PLAN DE COMUNICACIONES» V08. El CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS) », igualmente se tiene la caracterización CO-CART-01 «CARACTERIZACIÓN DE COMUNICACIONES Y PUBLICIDAD» donde están los roles de cada uno del equipo de Comunicaciones.</p>	<p>2</p>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>CO-PO-01 - COMUNICACIONES Y MEDIOS</td></tr> <tr><td>2</td><td>CO-PR-01 «COMUNICADOS INTERNOS»</td></tr> <tr><td>3</td><td>CO-CART-01 CARACTERIZACIÓN DE COMUNICACIONES Y PUBLICIDAD</td></tr> <tr><td>4</td><td>CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS)</td></tr> <tr><td>5</td><td>ENCUESTAS Y SU ANÁLISIS</td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td></tr> </table>	1	CO-PO-01 - COMUNICACIONES Y MEDIOS	2	CO-PR-01 «COMUNICADOS INTERNOS»	3	CO-CART-01 CARACTERIZACIÓN DE COMUNICACIONES Y PUBLICIDAD	4	CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS)	5	ENCUESTAS Y SU ANÁLISIS	6		7		8		<p>PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA En la «POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES» CO-PO-01, EN LOS PUNTOS 1, 2 Y 3 se hace énfasis en la importancia y las herramientas para la comunicación externa.</p> <p>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA La Oficina de Control Interno realizó seguimiento al plan de mejoramiento derivado de la auditoría al subproceso de Comunicaciones y Medios. Como resultado, se generó el documento CO-PG-01 Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS), en el cual, desde el numeral 12.3 hasta el 12.3.5, se describen las comunicaciones internas y los mecanismos para implementar dicho plan estratégico.</p> <p>Además, se actualizó la estructura documental del subproceso y se efectuó seguimiento a las acciones de mejoramiento, enfocándose en la aplicación adecuada de los procedimientos y en el correcto diligenciamiento de los formatos establecidos</p>	<p>2</p>	<p>Deficiencia de control (diseño o ejecución)</p>
1	CO-PO-01 - COMUNICACIONES Y MEDIOS																						
2	CO-PR-01 «COMUNICADOS INTERNOS»																						
3	CO-CART-01 CARACTERIZACIÓN DE COMUNICACIONES Y PUBLICIDAD																						
4	CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS)																						
5	ENCUESTAS Y SU ANÁLISIS																						
6																							
7																							
8																							
<p>Lineamiento 15: Comunicación con el exterior (Se comunica con los grupos de valor y con terceros externos interesados; Facilita líneas de comunicación).</p>	<p>DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO</p>	<p>Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación</p>	<p>Presente (1/2/3)</p>	<table border="1"> <tr><td>No.</td><td>Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno</td></tr> </table>	No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	<p>EVIDENCIA DEL CONTROL</p> <p>Observaciones de la evaluación independiente (tener encuesta papel de líneas de defensa)</p>	<p>Funcionando (1/2/3)</p>	<p>Evaluación</p>														
No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno																						
<p>15.1 La entidad desarrolla e implementa controles que facilitan la comunicación externa, la cual incluye políticas y procedimientos. Incluye contratistas y proveedores de servicios tercerizados (cuando aplique).</p>	<p>Dimensión de Información y Comunicación Dimensión de Control Interno Primera Línea de Defensa</p>	<p>Basados en la «POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES» CO-PO-01 igualmente en el CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS), también contamos con los Procedimientos CO-PR-07 DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE BOLETÍN DE PRENSA, CO-PR-03 COMUNICACIÓN EXTERNA- PROGRAMA DE RADIO Y STREAMING y el CO-PR-06 DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE COMUNICADO DE PRENSA</p>	<p>3</p>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES» CO-PO-01</td></tr> <tr><td>2</td><td>CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES</td></tr> <tr><td>3</td><td>CO-PR-06 DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE COMUNICADO DE PRENSA</td></tr> <tr><td>4</td><td>CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS)</td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td></tr> </table>	1	POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES» CO-PO-01	2	CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES	3	CO-PR-06 DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE COMUNICADO DE PRENSA	4	CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS)	5		6		7		8		<p>PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA En la «POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES» CO-PO-01 en el punto 3 se define el Rol del gerente como único vocero oficial y quien puede delegar a otros funcionarios cuando sea requerido, además el proceso cuenta con el procedimiento CO-PR-06 DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE COMUNICADO DE PRENSA, el cual a su vez tiene anclado el formato COMUNICADO DE PRENSA CO-F-07, y mediante estos dos documentos, el líder de comunicaciones verifica que la divulgación de comunicados de prensa en medios de comunicación externos sea acorde con la información emitida y lo aprobado por la institución</p> <p>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA La Oficina de Control Interno realiza seguimiento al plan de mejoramiento derivado de la auditoría al subproceso de Comunicaciones y Medios. En este contexto, se presentaron documentos que evidencian la adherencia a la aplicación de los procedimientos establecidos, entre ellos:</p> <p>CO-PR-07: «Divulgación de información a través de boletín de prensa» CO-PR-05: «Producción de piezas comunicativas y publicitarias» CO-PR-06: «Divulgación de información a través de comunicados de prensa»</p> <p>Como resultado de este seguimiento, se dio cierre a las acciones correspondientes, quedando en proceso de evaluación para verificar su efectividad. Por otra parte, y en el marco de las actividades contempladas en el mismo plan de mejoramiento, el subproceso generó el documento O-PG-01 «Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS)», en el cual, desde los numerales 12.4 al 12.4.10, se desarrolla lo relacionado con la comunicación externa, detallando los mecanismos para la ejecución de las actividades correspondientes.</p> <p>Esta auditoría fue socializada en el comité institucional de control interno*</p>	<p>3</p>	<p>Mantenimiento o del control</p>
1	POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES» CO-PO-01																						
2	CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES																						
3	CO-PR-06 DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE COMUNICADO DE PRENSA																						
4	CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS)																						
5																							
6																							
7																							
8																							
<p>15.2 La entidad cuenta con canales externos definidos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar, y éstos son reconocidos a todo nivel de la organización.</p>	<p>Dimensión de Información y Comunicación Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción</p>	<p>En la institución contamos con el CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS) », que en su numeral. 12.4 COMUNICACIÓN EXTERNA Además se cuenta con los procedimientos: CO-PR-03 COMUNICACIÓN EXTERNA - PROGRAMA DE RADIO Y</p>	<p></p>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS)</td></tr> <tr><td>2</td><td>CO-PR-03 COMUNICACIÓN EXTERNA - PROGRAMA DE RADIO Y STREAMING</td></tr> <tr><td>3</td><td>DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE COMUNICADO DE PRENSA» CO-PR-06</td></tr> <tr><td>4</td><td>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</td></tr> </table>	1	CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS)	2	CO-PR-03 COMUNICACIÓN EXTERNA - PROGRAMA DE RADIO Y STREAMING	3	DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE COMUNICADO DE PRENSA» CO-PR-06	4	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	<p>PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA El subproceso aporta el documento CO-PG-01 «PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES» (PECOS) en el cual como documentos para el desarrollo de actividades se presenta el formato diligenciado CO-F-07 «COMUNICADOS DE PRENSA» que se encuentra inmerso en el procedimiento, CO-PR-06 «DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE COMUNICADO DE PRENSA» Los cuales se encuentran actualizados.</p> <p>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA La Oficina de Control Interno realiza seguimiento al plan de mejoramiento correspondiente al subproceso de comunicaciones, en el cual se presentan evidencias que respaldan la ejecución de las acciones establecidas como evidencia de la ejecución de actividades se presenta el CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE</p>	<p></p>	<p></p>								
1	CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS)																						
2	CO-PR-03 COMUNICACIÓN EXTERNA - PROGRAMA DE RADIO Y STREAMING																						
3	DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE COMUNICADO DE PRENSA» CO-PR-06																						
4	INFORME DE AUDITORIA INTERNA																						

		STREAMING «Divulgación de Información a través de Boletín de Prensa» CO-PR-07 «Divulgación de Información a través de Comunicado de Prensa» CO-PR-06 Pagina web. Redes sociales	3	5 6 7 8	COMUNICACIONES (PECOS) en el cual están definidos los procedimientos y formatos para el desarrollo de actividades formuladas en el plan estatégico, adicional ante se presenta pantallazo de las actividades realizadas de acuerdo a lo descrito en el documento CO-PR-03 COMUNICACION EXTERNA - PROGRAMA DE RADIO Y STREAMING y documentos escaneados del formato CO-F-07 «COMUNICADOS DE PRENSA».	3	Mantenimiento del control
15.3 La entidad cuenta con procesos o procedimientos para el manejo de la información entrante (quién la recibe, quién la clasifica, quién la analiza), y a la respuesta requerida (quién la canaliza y la responde).	Dimensiones de Información y Comunicación Política de Gestión Documental Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA GD-M-08. Para la producción, recepción, trámite y distribución de su correspondencia se cuenta con los siguientes procedimientos: -GD-PR-03 «PRODUCCIÓN DE DOCUMENTOS» -GD-PR-06 «ORGANIZACIÓN DE DOCUMENTOS» -GD-PR-07 «RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS» -GD-PR-08 «DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS» -GD-PR-09 «TRAMITE DE DOCUMENTOS» La entidad realiza la radicación, trámite y envío de sus comunicaciones oficiales externas a través del sistema de información ORFEO. Para la correspondencia enviada se maneja el GD-F-03 «FORMATO REGISTRO Y RADICACIÓN DE CORRESPONDENCIA ENVIADA»	3	1 2 3 4 5 6 7 8	PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA El subproceso de SIAU recibe la información por medio de la ventanilla única con el fin de que desde ahí se reciba, clasifique y dirija la información que ingresa a la E.S.E HURST SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA El proceso de SIAU, consolida y presenta, informe semestral de PQRS TERCERA LÍNEA DE DEFENSA La oficina de control interno realiza seguimiento semestral, al informe PQRS correspondiente al segundo semestre de 2024 en el cual se presentaron las siguientes recomendaciones: *Respecto a las peticiones referentes a copias de remisiones, se recomienda realizar concertación entre el área de referencia y contra referencia y Gestión documental con el fin de determinar quién es el responsable de suministrar la información referente a las peticiones de remisiones y poder verificar que se esté efectuando el reemplazo de las respuestas en el sistema ORFEO *El proceso debe llevar un control diario efectivo a la matriz OAJ-I-07 «MATRIZ DERECHOS DE PETICIÓN OFICINA JURÍDICA» que permita tener concordancia entre la información reportada en ORFEO y la que se encuentra en la matriz, para una trazabilidad a los derechos de petición y evitar dar respuesta fuera de los términos legales, definidos en la ley 1755 de 2015 y la resolución interna 194 de 2018. Además la oficina de control interno realiza informe de seguimiento a, al plan de mejoramiento del subproceso de gestión documental, al cual se dio cierre con eficiencia.	3	Mantenimiento del control
15.4 La entidad cuenta con procesos o procedimientos encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de tal forma que se puedan mejorar.	Dimensiones de Información y Comunicación Política de Control Interno Líneas de Defensa	Se cuenta con el documento CO-PG-01 Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS), el cual, en su numeral 13 "Seguimiento y Medición – Metodología de Evaluación", establece los indicadores para medir tanto los canales de comunicación como la efectividad de la información dirigida a partes externas. La efectividad de la comunicación se evalúa mediante una encuesta externa, con el fin de conocer la percepción de la comunidad. En este sentido, se llevó a cabo la correspondiente encuesta de satisfacción del cliente externo.	3	1 2 3 4 5 6 7 8	PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA EL subproceso de comunicaciones y medios implementó el documento CO-PG-01 Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS) y realiza evaluación a los resultados de la encuesta de satisfacción a cliente externo TERCERA LÍNEA DE DEFENSA La Oficina de Control Interno realizó seguimiento al plan de mejoramiento derivado de la auditoría al subproceso de Comunicaciones y Medios. Como resultado, se generó el documento CO-PG-01 Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS), en el cual se encuentran como mecanismos de evaluación periódica a la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, dentro de estos indicadores se encuentran los siguientes: 2173 «Porcentaje de satisfacción de los medios y canales de comunicación, Cliente Externo» con medición anual 2484 «Porcentaje de efectividad en la difusión de información» medición mensual	3	Mantenimiento del control
15.5 La entidad analiza periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente.	Dimensiones de Dirección Estratégico y Planeación Política de Planeación Institucional	Se cuentan con el «manual de caracterización de Usuarios» OADS-M-03, cuyo objetivo es: Identificar las características, intereses y necesidades de los usuarios de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja a fin de fortalecer las estrategias de atención de cara al ciudadano para garantizar sus derechos e interacción con la Entidad, con el «Formato caracterización de usuarios» OADS-F-32 y la «Así mismo se realiza anualmente caracterización de grupos de valor	2	1 2 3 4 5 6 7 8	Segunda línea de defensa. La referente de planeación entrega informe semestral el «INFORME CARACTERIZACIÓN DE GRUPOS DE VALOR Y GRUPOS DE INTERÉS 2024» *Alimentar en sistema servinte clínica Suite, en el momento de diligenciamiento de historia clínica si es un paciente con discapacidad, debido a que la información que si tiene de esta población es diligenciada por el personal de Trabajo Social o Humanización y de esa forma, se corre el riesgo de un subregistro, pues no se alimenta la información en su totalidad. *En la variable demográfica de los usuarios es importante alimentar: etnia, escolaridad, lenguaje o idioma, para con base a ello poder caracterizar más a fondo el grado de escolaridad de los usuarios con los que trata la entidad, al igual que su lenguaje, con el fin de mejorar procesos en los que se involucra a la ciudadanía. * Abondar más por parte del proceso Comercial en la tipología organización de las EPS en cuanto a las variables: Industria, con el fin de conocer la actividad económica y/o su objeto social, ya que esta variable es importante para aquellos servicios en los que las necesidades específicas de sus organizaciones usuarias dependen de las particularidades del desarrollo de su actividad. El informe se encuentra publicado en el siguiente link: https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=316&seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&slug=informe-de-caracterizacion . Tercera línea de defensa La oficina de control interno realizó seguimiento al plan de mejoramiento producto de la auditoría al subproceso de TIC, mediante la cual se identificó, que se presenta reporte mensual de las fallas en la captura de información primaria las cuales son enviadas al proceso responsable, para tomar las medidas pertinentes para tener información precisa y de calidad en el aplicativo SERVINTE.	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)
15.6 La entidad analiza periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes.	Dimensiones de Dirección Estratégico y Planeación Política de Planeación Institucional	«La entidad cuenta con el procedimiento SIAU-PR-10 «EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN» y el formato «Encuesta de satisfacción a los usuarios» SIAU-F-25, la aplicación de la encuesta se realiza de manera mensual a partir de una muestra que se obtiene con las atenciones del año inmediatamente anterior por servicio, de la tabulación de la información de los usuarios se realiza de manera mensual un informe que se publica en página web y el diligenciamiento de unos indicadores de satisfacción a como reporte de indicadores de la resolución 256 de 2016»	2	1 2 3 4	Primera Línea de Defensa: el subproceso SIAU realiza un seguimiento continuo al nivel de satisfacción de los usuarios a través de un informe mensual. Este informe evalúa diferentes aspectos del servicio proporcionado y se publica mensualmente en la página web de la institución, en el siguiente link: https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=332&seccion=atencion-y-servicios-a-la-ciudadania&slug=informes-de-satisfaccion-a-los-usuarios Segunda Línea de Defensa: Informe de Planeación y Ejecución del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano Tercera Línea de Defensa:	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)

			2	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1003 141 1029 186">5</td> <td data-bbox="1029 141 1350 186">INFORME DE SEGUIMIENTO PQRS II SEMESTRE DE 2024</td> <td data-bbox="1350 141 1833 186">La oficina de control interno realiza seguimiento semestral, al informe PQRS correspondiente al segundo semestre de 2024 en el cual se presentaron recomendaciones de las cuales se toman las siguientes</td> <td data-bbox="1833 141 1881 479">3</td> <td data-bbox="1881 141 1953 479">Oportunidad de mejora</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1003 186 1029 211">6</td> <td data-bbox="1029 186 1350 211"></td> <td data-bbox="1350 186 1833 211">*Consolidación de informes: Unificar los informes de quejas, reclamos, sugerencias y derechos de petición para tener una visión integral de la satisfacción del usuario y las áreas de mejora.</td> <td data-bbox="1833 186 1881 479"></td> <td data-bbox="1881 186 1953 479"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1003 211 1029 235">7</td> <td data-bbox="1029 211 1350 235"></td> <td data-bbox="1350 211 1833 235">*Análisis periódico de tendencias: Establecer un proceso de análisis mensual de las PQRS para identificar tendencias emergentes y abordar problemas recurrentes de manera proactiva</td> <td data-bbox="1833 211 1881 479"></td> <td data-bbox="1881 211 1953 479"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1003 235 1029 479">8</td> <td data-bbox="1029 235 1350 479"></td> <td data-bbox="1350 235 1833 479"></td> <td data-bbox="1833 235 1881 479"></td> <td data-bbox="1881 235 1953 479"></td> </tr> </table>	5	INFORME DE SEGUIMIENTO PQRS II SEMESTRE DE 2024	La oficina de control interno realiza seguimiento semestral, al informe PQRS correspondiente al segundo semestre de 2024 en el cual se presentaron recomendaciones de las cuales se toman las siguientes	3	Oportunidad de mejora	6		*Consolidación de informes: Unificar los informes de quejas, reclamos, sugerencias y derechos de petición para tener una visión integral de la satisfacción del usuario y las áreas de mejora.			7		*Análisis periódico de tendencias: Establecer un proceso de análisis mensual de las PQRS para identificar tendencias emergentes y abordar problemas recurrentes de manera proactiva			8							
5	INFORME DE SEGUIMIENTO PQRS II SEMESTRE DE 2024	La oficina de control interno realiza seguimiento semestral, al informe PQRS correspondiente al segundo semestre de 2024 en el cual se presentaron recomendaciones de las cuales se toman las siguientes	3	Oportunidad de mejora																							
6		*Consolidación de informes: Unificar los informes de quejas, reclamos, sugerencias y derechos de petición para tener una visión integral de la satisfacción del usuario y las áreas de mejora.																									
7		*Análisis periódico de tendencias: Establecer un proceso de análisis mensual de las PQRS para identificar tendencias emergentes y abordar problemas recurrentes de manera proactiva																									
8																											



ACTIVIDADES DE MONITOREO

Este componente considera actividades en el día a día de la gestión institucional, así como a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías). Su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.

Lineamiento 16. Evaluaciones continuas y/o separadas (autoevaluación, auditorías) para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno están presentes y funcionando.	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	Evaluación	
				No.	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa) *Nota: Únicamente diligenciar las observaciones que van vinculadas al desarrollo de actividades de las demás líneas de defensa			
16.1 El comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría presentado por parte del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces y hace el correspondiente seguimiento a sus ejecución?	Dimensión de Control Interno Líneas Estratégicas	El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del Hospital Universitario San Rafael de Tunja aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría presentado por el Jefe de Control Interno o quien haga sus veces. Además, realiza sugerencias y seguimiento a las recomendaciones que resulten de la ejecución de dicho plan, conforme a lo establecido en el estatuto de auditoría y con base en la priorización de temas críticos según la gestión de riesgos de la administración y se cuenta con la resolución Resolución 220 de 2025. "La jefe de la Oficina de Control Interno, presenta ante el comité la aprobación del Plan Anual de Auditoría para el año 2025, en cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Ley 87 de 1993 y la Guía de Auditoría para Entidades Públicas, Este plan se estructura teniendo en cuenta los roles de control interno que son: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación a la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, así como la relación con entes externos de control. Objetivo: El propósito fundamental de este plan es definir y llevar a cabo las auditorías internas, informes de ley, seguimientos y asesorías necesarios para el ejercicio 2025. Con un enfoque claro en apoyar la consecución de los objetivos estratégicos de la entidad	3	1	Primer Comité Institucional de coordinación de control Interno	Primer Comité Institucional de coordinación de control Interno se realiza la aprobación de plan de mejoramiento de fecha 31 de enero del año 2025.	3	Mantenimiento del control
				2		Se realiza la priorización para la consolidación de los aspectos evaluables o unidades auditables que conformará el universo de auditoría, por lo que se deberá registrar el universo de auditoría en la matriz de priorización, de tal forma que en las filas aparezcan las unidades auditables, y en las columnas se incorporen los criterios de priorización, esto con el fin de determinar las unidades auditables más importantes, es decir, con mayor nivel de criticidad. Esta se realiza a través del formato OACI-F-08, posterior a esta priorización se expone el objetivo del plan anual de auditoría que es el siguiente: Establecer el programa anual de auditoría de la oficina Asesora de Control Interno, que permita relacionar de manera ordenada el aseguramiento, consulta y actividades de evaluación independiente de manera integral y objetiva a la gestión que realizará el equipo de control interno para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad		
				3				
				4				
				5				
				6				
				7				
				8				
16.2 La Alta Dirección periódicamente evalúa los resultados de las evaluaciones (continuas e independientes) para concluir acerca de la efectividad del Sistema de Control Interno	Dimensión de Control Interno Líneas Estratégicas	«La resolución 220 del 2025, actualizo el Comité de Coordinación del Sistema de Control interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja y la Estructura de Trabajo. Como parte de sus funciones se encuentra: «evaluar el sistema de control interno de acuerdo con las características propias de la entidad y aprobar las modificaciones »	3	1	Acta 2 Comité Institucional de coordinación de control Interno	En el comité Institucional de Coordinación de control Interno, se cuenta con la participación activa de los funcionarios de la Alta Dirección como miembros fundamentales en dicho comité.	3	Mantenimiento del control
				2		La Oficina de Control Interno realiza evaluaciones semestrales del estado del SCI, con base en herramientas diseñadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), estos resultados son socializados en el comité institucional de control interno, este es socializado en el comité institucional de control interno		
				3				
16.3 La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces realiza evaluaciones independientes periódicas (con una frecuencia definida con base en el análisis de riesgo), que le permite evaluar el diseño y operación de los controles establecidos y definir su efectividad para evitar la materialización de riesgos.	Dimensión de Control Interno Tercera Línea de Defensa	"1) La oficina de control interno cuenta dentro de sus estructura documental con el « manual de auditorías » OACI-M-01. En el cual se encuentra la priorización de procesos o unidades auditables, que se incluirán en el plan anual de auditoría, con un enfoque de riesgos. Adicionalmente en la planeación y ejecución de la auditoría se verifica el diseño y operación de los		1		La oficina asesora de Control Interno revisa el cumplimiento de las funciones y responsabilidades a través de las evaluaciones independientes y seguimientos		
				2	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
				3	FORMATO CORRELACIÓN HALLAZGO RIESGO	Las Auditorías realizadas por parte de la oficina de Control Primer semestre de 2025		
				4		las cuales se relacionan a continuación:		

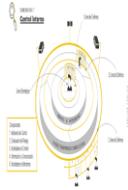
		<p>controles.</p> <p>2) Otro de los documentos con los que cuenta la oficina de control interno para el desarrollo de sus actividades, es el «Realización de auditorías internas» OACI-PR-02.</p> <p>3) Están definidos los lineamientos institucionales para que la oficina de control interno cumpla con las actividades de evaluación independiente, auditoría interna, y auditoría para el mejoramiento de la calidad de la ESE»</p>	3	<table border="1"> <tr><td>5</td></tr> <tr><td>6</td></tr> <tr><td>7</td></tr> <tr><td>8</td></tr> </table>	5	6	7	8	<p>* Gestion de farmacia</p> <p>* Proceso de Gestión financiera /Presupuesto</p> <p>*Gestión Jurídica</p> <p>* Apoyo diagnostico/Laboratorio clinico</p>	3	Mantenimiento del control					
5																
6																
7																
8																
16.4 Acorde con el Esquema de Líneas de Defensa se han implementado procedimientos de monitoreo continuo como parte de las actividades de la 2a línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones.	<p>Dimension de Control Interno</p> <p>Segunda Línea de Defensa</p>	<p>Dentro de la Política de Gestión de Riesgos Integral (Acuerdo No. 007 del 2024), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la Gestión de Riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada Gestión del Riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la Línea Estratégica - Alta dirección en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Sistema de Control Interno, Comité de Gestión y Desempeño y Junta Directiva; específicamente: "Revisar, validar y supervisar el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo, y Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la Gestión del Riesgo y de los Controles." Segunda Línea. «Oficina Asesora desarrollo de servicios, en acompañamiento con la oficina de planeación, coordinación y referente a la gestión de riesgo integral, coordinación de Gestión clínica, líderes de los sistemas de gestión ambiental, sistema de Gestión de seguridad y Salud en el trabajo, seguridad digital y seguridad del paciente»</p>		<table border="1"> <tr><td>1</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>5</td></tr> <tr><td>6</td></tr> <tr><td>7</td></tr> <tr><td>8</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	<p>Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de Diciembre del 2024.</p> <p>Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad y fraude correspondiente al segundo cuatrimestre del 2025</p> <p>Seguimiento a planes de mejoramiento primer y segundo cuatrimestre</p> <p>Seguimiento a indicadores</p>	<p>Desde la segunda línea: Se revisa y actualiza documentación asociada a la gestión de riesgos integral (programas)</p> <p>Se generan informes de seguimiento a la gestión de riesgos de gestión, riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno, riesgos de lavado de activos, de la financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT/PADM), riesgos de seguridad de la información y riesgos asistenciales. Seguimiento a los planes de mejoramiento de las diferentes de mejoramiento a través de la matriz PUMP</p>	3	Mantenimiento del control
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
16.5 Frente a las evaluaciones independientes la entidad considera evaluaciones externas de organismos de control, de vigilancia, certificadores, ONG's u otros que permitan tener una mirada independiente de las operaciones.	<p>Dimension de Control Interno</p> <p>Lineas de Defensa</p>	<p>Se cuenta con un manual de auditorías OACI-M-01, donde incluye el rol la Oficina de Control Interno actúa como un puente entre los entes externos de control y la institución, facilitando el flujo de la información. Para lograr un efectivo desarrollo de este rol, adicionalmente su objetivo general se define « Establecer los lineamientos para garantizar la Programación, planeación, ejecución y Seguimiento de las auditorías internas de gestión y de los sistemas de gestión cuando se requiera de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA y Establecer la metodología para realizar Auditorías a los procesos y/o servicios que intervienen en la atención en salud de la ESE HUSRT frente el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, así como los lineamientos para la ejecución de las auditorías a los sistemas de gestión certificados y a los procesos especiales de gestión farmacéutica (BPM/BPE) de la ESE HUSRT.</p>	3	<table border="1"> <tr><td>1</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>5</td></tr> <tr><td>6</td></tr> <tr><td>7</td></tr> <tr><td>8</td></tr> </table>	1	2	3	5	6	7	8	<p>Informe seguimiento por fuente de mejoramiento con corte Marzo 2025</p>	<p>presentar los avances y cumplimientos resultantes de la implementación de las fuentes de mejora como: capacitación, indicadores, seguridad del paciente y auditorías externas en el módulo plan de trabajo</p>	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	
1																
2																
3																
5																
6																
7																
8																
<p><u>Lineamiento 17.</u> Evaluación y comunicación de deficiencias oportunamente (Evalúa los resultados, Comunica las deficiencias y Monitorea las medidas correctivas).</p>	<p>DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO</p>	<p>Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación</p>	<p>Presente (1/2/3)</p>	<p>EVIDENCIA DEL CONTROL</p>		<p>Funcionando (1/2/3)</p>	<p>Evaluación</p>									
17.1 A partir de la información de las evaluaciones independientes, se evalúan para determinar su efecto en el Sistema de Control Interno de la entidad y su impacto en el logro de los objetivos, a fin de determinar cursos de acción para su mejora.	<p>Dimension de Control Interno</p> <p>Lineas de Defensa</p>	<p>La oficina de control interno tiene un manual de auditorías OACI-M-01, donde se encuentra modelo que se acompaña por un esquema de asignación de responsabilidades, adaptada del Modelo Líneas de Defensa, que precisa las siguientes responsabilidades: Tercera línea de defensa: conformada por la Oficina de Control Interno. Proporciona información sobre la efectividad del Sistema de Control Interno, así:</p>		<table border="1"> <tr><td>1</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>4</td></tr> </table>	1	2	3	4	<p>Informe de auditoría de la Oficina de Control Interno</p> <p>Formulación de planes de mejoramiento por proceso</p> <p>Asesorías de planes de mejoramiento</p>	<p>La evaluación de las auditorías o evaluaciones independientes permite: Identificar debilidades y fortalezas, Medir el impacto en los objetivos, Planificar acciones correctivas. Fomentar la mejora continua se hace a través de auditorías, para el Primer trimestre se desarrollaron las siguientes auditorías:</p>						
1																
2																
3																
4																

		<p>efectividad del Sistema de Control interno, así:</p> <p>*Ejercer la auditoría interna de manera técnica y acorde con las políticas y prácticas apropiadas.</p> <p>*Identificar y evaluar cambios que podrían tener un impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna.</p> <p>*Comunicar al comité de coordinación de control interno posibles cambios e impactos en la evaluación del riesgo, previamente detectados en las auditorías.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>* Gestión de farmacia</p> <p>* Proceso de Gestión financiera /Presupuesto</p> <p>*Gestión Jurídica</p> <p>* Apoyo diagnóstico/Laboratorio clínico"</p> <p>Estas auditorías se socializan en el comité institucional de control interno</p>	3	Mantenimiento del control
17.2 Los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros) se consolidan y se concluye sobre el impacto en el Sistema de Control Interno, a fin de determinar los cursos de acción.	<p>Dimension de Control Interno</p> <p>Lineas de Defensa</p>	<p>"Es importante mencionar que la entidad cuenta con un manual de Auditoría que tiene como objetivo: Establecer los lineamientos para garantizar la Programación, planeación, ejecución y Seguimiento de las auditorías internas de gestión y de los sistemas de gestión cuando se requiera de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA,</p>	<p>3</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>7</p>	<p>Plan de mejoramiento Contraloría General de Boyacá</p> <p>Seguimiento plan de mejoramiento y tercer trimestre 2024</p> <p>Socialización Comité Institucional de coordinación control interno</p> <p>Presentar los avances y cumplimientos resultantes de la implementación de las fuentes de mejora como: habilitación, indicadores, seguridad del paciente y auditorías externas en el módulo plan de trabajo</p>	3	Mantenimiento del control
17.3 La entidad cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo.	<p>Dimension de Control Interno</p> <p>Lineas de Defensa</p>	<p>"Le entidad cuenta con la política de operación de control interno.</p> <p>Mediante la aprobación de la Resolución 123 de 2019, se establece el nuevo manual de MECI, el cual contempla y define las tres líneas de defensa y articulación con la Gestión del Riesgo.</p> <p>Asimismo se cuenta con los siguientes documentos</p> <p>* Estatuto del auditor</p> <p>*Codigo de etica del auditor.</p> <p>Resolución 225 «Por medio de la cual se definen los lineamientos institucionales para que la Oficina de Control Interno cumpla con las actividades de evaluación independiente y auditoría interna de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja»</p> <p>* Caracterización de control interno, Manual de auditoría</p>	<p>3</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>Para el segundo semestre del 2025 se proyectaron los siguientes informes :</p> <p>*Medición Estado de Avance del Modelo Estándar de Control Interno MECI en el marco de MIPG a través de FURAG en cada vigencia</p> <p>* Seguimiento a la formulación e implementación del prorama de transparencia y etica publica</p> <p>* Informe de Gestión Control Interno- Rendición cuenta anual- Contraloría</p> <p>*Informe sobre la atención prestada por la entidad, por parte de las Oficinas de Quejas, Sugerencias y Reclamos.</p> <p>*Seguimiento comité de conciliaciones.</p> <p>*Informe de derechos de autor software.</p> <p>*Informe avance a planes de mejoramiento</p> <p>*Seguimiento a plan de desarrollo</p> <p>*Seguimiento a plan Operativo anual</p>	3	Mantenimiento del control
17.4 La Alta Dirección hace seguimiento a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno y si se han cumplido en el tiempo establecido.	<p>Dimension de Control Interno</p> <p>Lineas de Defensa</p>	<p>La entidad cuenta con la Resolución 121 del 2021, "Control y Monitoreo del trabajo en equipo", donde se define la metodología , la importancia de la periodicidad en las reuniones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, establecida en el Artículo 5, se destaca al señalar que estas se llevarán a cabo bimensualmente, específicamente el segundo martes de cada mes. Este riguroso calendario asegura la continuidad y la efectividad de las funciones del Comité.</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p>	<p>PRIMER COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO</p> <p>SEGUNDO COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO</p> <p>TERCER COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO</p> <p>La Alta dirección realiza seguimiento del sistema de control interno a través de los comites Institucionales de coordinación de control interno.</p> <p>1- PRIMER COMITE DE CONTROL INTERNO 31 DE ENERO DEL 2025 SEGUIMIENTOS.</p> <p>-Informe de seguimiento al plan de mejoramiento con el organismo de control (Contraloría)</p> <p>Seguimiento planes de mejoramiento y Planes pendientes por suscribir Inventarios Farmacia, salas de cirugía, laboratorio clínico, mantenimiento, biomédica y almacén</p> <p>-Seguimiento Resultados FURAG</p> <p>-Seguimiento plan anticorrupción</p> <p>2 SEGUNDA COMITE DE CONTROL INTERNO 28 DE MARZO DEL 2025.</p> <p>La Jefe de la Oficina de Control Interno presenta</p>		

			3	8	<p>ante los miembros del Comité Informes de Ley corte a 28 de marzo del 2025 los informes</p> <p>- evaluación del sistema de control, interno contable 2024 de la E.S.E. Hospital universitario San Rafael de Tunja con el fin de establecer la existencia de controles y su efectividad en cuanto a confiabilidad, comprensibilidad, relevancia y presentación de la información contable y financiera en cada una de las etapas del ciclo contable, "Informe Semestral de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno, conforme al Decreto 2106 de 2019, en el que se analiza el desempeño y las mejoras en la gestión institucional, "Informe de PQRS, donde se detallan las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias gestionadas, junto con el respectivo seguimiento</p> <p>* Informe de Seguimiento al Comité de Conciliaciones, en el cual se abordan las actividades realizadas y los compromisos adquiridos para mejorar el proceso de conciliación dentro de la institución. Estos informes son esenciales para la toma de decisiones estratégicas y el fortalecimiento de la transparencia en la gestión.</p> <p>* Informe de Austeridad en el Gasto, enfocado en la</p>	3	Mantenimiento del control
17.5 Los procesos y/o servicios tercerizados, son evaluados acorde con su nivel de riesgos.	<p>Dimension de Control Interno</p> <p>Lineas de Defensa</p>	<p>Se cuenta con Política de gestión de riesgos integral, adoptada acuerdo No. 007 de 2024, en su artículo tercero menciona el alcance: "Aplica a todos los procesos, subprocesos, servicios y personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada tipo y clasificación de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa." y trae implícito consigo las instancias que interactúan en la prestación del servicio las cuales se despliegan dependiendo del tipo y categoría del riesgo mencionados en el artículo cuatro de la misma. Se encuentra publicada en el siguiente link: https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=310&seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&slug=informes-de-seguimiento-a-mapas-de-riesgo"</p>	3	<p>1 Se cuenta con Política de gestión de riesgos integral, adoptada acuerdo No. 007 de 2024</p> <p>2 Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 30 de diciembre del 2025</p> <p>3 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa</p> <p>4 Informe de gestión para el segundo semestre del 2025</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>"Segunda línea de defensa: Actualiza política de gestión del riesgo la cual ya tiene incluido dentro del alcance el cual incluye a todos los procesos, subprocesos, servicios y personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada tipo y clasificación de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa</p> <p>Tercera línea de defensa: Deja observaciones y sugerencias asociadas a la mejora de los controles en informes de seguimientos para que sean tenidos en cuenta en la actualización de la primera línea de defensa con el acompañamiento de la segunda línea de defensa."</p>	3	Mantenimiento del control
17.6 Se evalúa la información suministrada por los usuarios (Sistema PQRS), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema de Control Interno de la Entidad?	<p>Dimension de Información y Comunicación</p> <p>Dimension de Control Interno</p> <p>Lineas de Defensa</p>	<p>Se cuenta con el procedimiento SIAU-PR-02 Tramite y respuesta a manifestaciones de inconformidad, el cual contiene los mecanismos que tiene el usuario para presentar sus manifestaciones de inconformidad con respecto a la atención, su funcionalidad y apoyo jurídico se sustenta mediante la resolución 194 de 2018, mediante la cual se fija los tiempos de respuesta para las quejas los reclamos y las peticiones presentadas por nuestros usuarios.</p> <p>A partir de la información suministrada se realiza el consolidado y trazabilidad en una matriz para el seguimiento a los tiempos de respuesta.</p> <p>La información captada se presentan en un informe de manera trimestral y se socializa de manera mensual en el en el comité de ética hospitalaria</p>	3	<p>1 INFORME SOBRE PETICIONES, QUEJAS, SUGERENCIAS Y RECLAMOS</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>La Oficina de Control Interno del E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, en cumplimiento con la normatividad vigente, especialmente el artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, "Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional", y el artículo 76 del Capítulo IV de la Ley 1474 de 2011, que establece: "Toda entidad pública deberá contar al menos con una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos de los ciudadanos relacionados con el cumplimiento de la misión de la entidad (...)". Teniendo en cuenta lo anterior se presenta informe de seguimiento y evaluación a la atención de derechos de petición, quejas y reclamos interpuestos por la ciudadanía ante el hospital durante el segundo semestre de 2024, comprendido durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024.</p>	3	Mantenimiento del control
17.7 Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea).	<p>Dimension de Control Interno</p> <p>Lineas de Defensa</p>	<p>DEFINICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS. « Establecer, las actividades necesarias para realizar la formulación y seguimiento a los planes de mejoramiento, con el fin de subsanar las No Conformidades identificadas en las fuentes de Mejora. ». Se cuenta con las siguientes fuentes de información, Indicadores, auditorías externas, Paquetes instruccionales seguridad de pacientes, eventos adversos, auditorías internas, referenciación, revisoría fiscal, autoevaluación y acreditación, oportunidad de mejora, control interno, habilitación, peticiones, quejas y reclamos y autocontrol.</p>	3	<p>1 Informe de seguimiento fuentes de mejora primer y segundo trimestre del 2025,</p> <p>2 Seguimiento eferente de planes de mejora .</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p>	<p>"Informe de seguimiento fuentes de mejora primer y segundo trimestre del 2025, cuyo objetivo es Evaluar y realizar seguimiento al avance y nivel de cumplimiento de los planes de mejoramiento originados a partir de la fuente de mejora de control interno</p> <p>El referente de mejora continua realizo reporte de lo que he consolidado de las fuentes de mejoramiento con planes de mejora activos y sus acciones vencidas.</p>	3	Mantenimiento del control

<p>17.8 Evaluación de la efectividad de las acciones incluidas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos. (3ª Línea)</p>	<p>Dimension de Control Interno Lineas de Defensa</p>	<p>«La entidad cuenta con la resolución 225 del 2024 « por medio de la cual se define los lineamientos institucionales para que la oficina de control interno cumpla con las actividades de evaluación independiente y la auditoría interna de la E. S. E. « HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA » La Oficina de Control Interno (OCI), DEFINICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS. « Establecer, las actividades necesarias para realizar la formulación y seguimiento a los planes de mejoramiento, con el fin de subsanar las No Conformidades identificadas en las fuentes de auditoría Interna, Adicionalmente se cuenta con el manual que permite orientar y facilitar la gestión de los planes de mejora que surgen de diversas fuentes o situaciones identificadas en la E. S. E Hospital Universitario San Rafael Tunja. Abarca la formulación de estrategias, la ejecución de acciones correctivas y el seguimiento de estas para garantizar un proceso eficiente y efectivo</p>	<p>8 1 2 3 4 5 6 7 8</p>	<p>Informe de Seguimiento Planes de mejoramiento segunda linea defensa Matriz de plan de mejoramiento Seguimiento plan de mejoramiento software almera Acta de comité de coordinación de control interno Informe trimestral de planes de mejoramiento</p>	<p>Desde la perspectiva de la tercera línea de defensa, se realiza una evaluación del progreso de las acciones de mejora, los principales objetivos de esta evaluación es la siguiente: Verificar y realizar un seguimiento constante del cumplimiento de los planes y acciones de mejora registradas en el software ALMERA, así como de las evidencias presentadas a la fuente de mejora de control interno. Identificar y hacer seguimiento al estado, efectividad y eficiencia de las acciones, incluyendo las vencidas en cada uno de los procesos. Realizar alertas de mejora producto de este seguimiento.</p>	<p>2</p>	<p>Deficiencia de control (diseño o ejecución)</p>
<p>17.9 Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar la acciones correspondientes?</p>	<p>Dimension de Control Interno Lineas de Defensa</p>	<p>Las inconformidades e inconsistencias, una vez analizadas, se incorporan en los informes finales resultantes de las auditorías y seguimientos. Estos informes son posteriormente socializados a los niveles jerárquicos superiores, facilitando así una comunicación efectiva y la toma de decisiones informadas en el ámbito institucional. Este proceso integral no solo busca detectar y corregir posibles fallas, sino también fortalecer la participación activa de todos los involucrados en el proceso, contribuyendo a la mejora continua de los sistemas de control interno de la organización.</p>	<p>3 1 2 3 4 5 6 7 8</p>	<p>Informe de Auditoría Acta de instalación y cierre de auditoría Seguimientos e informes de ley Acta de comité de coordinación de control interno</p>	<p>Esto fue socializado a los responsables del nivel jerárquico superior en el : Prmer, segundo y tercer , Comité Institucional de coordinación de control Interno, Segundo Comité Institucional de Coordinación de Control, Tercer Comité Institucional de Coordinación de Control Interno</p>	<p>3</p>	<p>Mantenimiento del control</p>

Nombre de la Entidad:	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Periodo Evaluado:	Periodo evaluado: 01 de Enero de 2025 al 30 de Junio de 2025



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	85%
--	------------

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Sí / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	En proceso	La E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta con un conjunto de metodologías, técnicas y mecanismos de carácter administrativo y organizacional para la adecuada gestión de sus recursos. Estos elementos están implementados dentro del Sistema de Control Interno, conforme a lo establecido en la Resolución 123 de 2019. Dicha resolución define la estructura operativa y su articulación con el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), a través de sus componentes: ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicaciones, y actividades de monitoreo. Los procesos institucionales de la E.S.E. se desarrollan de manera coordinada, con el propósito de promover la mejora continua y asegurar el cumplimiento eficaz de los objetivos y metas organizacionales. La integración de estos procesos en el marco del MECI permite una gestión integral, orientada a fortalecer la eficiencia operativa y el logro de los fines institucionales
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El Sistema define las medidas necesarias para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, gestión de riesgos y mecanismos de control que permitan alcanzar las metas propuestas. No obstante, se evidencia la necesidad de mantener un seguimiento y control constante de los procesos institucionales, así como de asegurar la continuidad en la implementación del Sistema de Control Interno. Para lograr una mejora continua, se requiere fortalecer dicho sistema mediante: Evaluaciones periódicas de los procesos y resultados, Retroalimentación efectiva entre las áreas responsables, Actualización de políticas y procedimientos conforme a los cambios del entorno, Capacitación constante del talento humano en gestión del control interno, Articulación con los demás componentes del MIPG, garantizando coherencia y alineación estratégica.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja ha implementado el esquema de líneas de defensa dentro del Sistema de Control Interno, a través de la Resolución 123 de 2019, la Política de administración del riesgo. Se han asignado roles y responsabilidades para la línea Estratégica (Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno); Primera Línea (Líderes de proceso); Segunda línea (Oficina Asesora desarrollo de servicios en acompañamiento, con la oficina de planeación, líderes de los sistemas de gestión ambiental, Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo, líder de seguridad digital y líder de seguridad del paciente) y Tercera línea (Oficina de control interno). Sin embargo, es necesario continuar articulando las líneas de defensa y cumplir con los objetivos institucionales.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
			Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja: * Se observa la Aplicación del Código de Integridad , informes de convivencia laboral, temas disciplinarios internos. Informe operativo dimensión talento humano política de integridad, Seguimiento a plan de mejoramiento talento humano código integridad realizado por la oficina de control interno. *Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo cuarto, metodología: " Actualizar y dar continuidad a la implementación del Programa de gestión de riesgos integral (OADS-PG-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja." en donde se contemplan los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno como tipo de riesgos institucionales. *Aprobación y Seguimiento del Plan Anual de Auditoría: La entidad aprueba y supervisa el Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por la Oficina de Control Interno, lo que asegura una revisión continua y un control efectivo de las actividades. *Para la definición del esquema de líneas de defensa, la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuenta con la Resolución 123 del 2019, en el capítulo 2 se encuentra la estructura de trabajo de las líneas de defensa y adicionalmente. *La oficina de planeación realizo informe semestral de mipg donde se observa una actividad relacionada con Mejorar en canal de denuncia anticorrupción: canal de denuncia página web institucional/ en la página web se generó la opción de denuncias frente a mecanismos anticorrupción, así como denuncias frente a la afectación de valores de código de integridad		Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja: *La oficina de control interno realizó Auditoría a la Gestión del Talento Humano entre sus objetivos evaluó la efectividad de la implementación y actualización del código de integridad y la funcionalidad de los comités de convivencia laboral. Para el desarrollo de esta auditoría se revisaron y evaluaron los procesos de gestión de riesgos y cumplimiento, proporcionando recomendaciones para mejoras continuas. * Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo cuarto, metodología: " Actualizar y dar continuidad a la implementación del Programa de gestión de riesgos integral (OADS-PG-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja." en donde se contemplan los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno como tipo de riesgos institucionales . *Aprobación y Seguimiento del Plan Anual de Auditoría: La entidad aprueba y supervisa el Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por la Oficina de Control Interno, lo que asegura una revisión continua y un control efectivo de las actividades. *Para la definición del esquema de líneas de defensa, la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuenta con la siguiente documentación: * Resolución 123 del 2019, en el capítulo 2 se encuentra la estructura de trabajo de las líneas de defensa y adicionalmente. * Acuerdo 007 del 2024 «Por medio del cual se actualiza la política de gestión de riesgos integral de la empresa social de estado Hospital universitario San Rafael de Tunja y en su artículo 5 Definen la Responsabilidad teniendo en cuenta la línea estratégica de defensa, primera línea, segunda línea y tercera línea información que se encuentra publicada. *Resolución 285 de 2023, Por medio de la cual se modifica la resolución 030 del 2 de febrero de 2018 que actualizó el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y Gestión de Calidad de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja y su estructura de trabajo en el artículo 10 se encuentra la estructura de trabajo y	

<p style="text-align: center;">Ambiente de control</p>	<p style="text-align: center;">SI</p>	<p style="text-align: center;">83%</p>	<p>Indicador:</p> <p>* La entidad cuenta con documentos relacionados con: planeación estratégica del talento humano, actividades relacionadas con el ingreso, permanencia, retiro, capacitación del personal.</p> <p>Alertas de Mejora</p> <p>* Realizar los estudios técnicos que soporten la ampliación de la planta de personal</p> <p>* Se deben implementar mecanismos, que permitan fortalecer los controles respecto a la publicación del reporte de información y cumplimiento de la Ley 2013 de 2019 y el Decreto 830 de 2021, y así desarrollar en el cliente tanto interno como externo y los grupos de valor un mayor compromiso con la transparencia y la política integridad.</p> <p>* Se deben fortalecer los controles en los procesos que han incumplido de manera reiterativa, la actualización de documentos en la plataforma Almera</p> <p>* Es necesario implementar acciones orientadas a evaluar y fortalecer los instrumentos para la gestión de conflictos de interés. Entre estas acciones se incluyen:</p> <p>* Diseñar, actualizar y divulgar canales de consulta y orientación que faciliten el manejo adecuado de los conflictos de interés y su correspondiente declaración.</p> <p>* Realizar seguimiento y control a la gestión de conflictos de interés, así como a los procesos de impedimentos y recusaciones, garantizando su trazabilidad y resolución oportuna.</p> <p>* Establecer controles específicos dentro del proceso de Gestión del Talento Humano, especialmente en la vinculación de personal a través de empresas temporales, con el fin de prevenir situaciones de tráfico de influencias y conflictos de interés derivados de relaciones personales (amistad, enemistad o vínculos con personas influyentes) que puedan favorecer injustamente a terceros.</p> <p>* No ha sido posible identificar la forma de evaluación relacionada con las actividades de ingreso, permanencia y retiro del personal independientemente de su forma de vinculación con la entidad, para la vigencia 2025.</p> <p>* Se evidencia la necesidad de incluir, diseñar y divulgar sesiones, talleres o jornadas de formación en lenguaje claro, comprensible e incluyente en el marco del Plan Institucional de Capacitación.</p> <p>* No es posible verificar el impacto de del plan de institucional de capacitación PIC ya que no se cuentan con los soporte ni evidencias que indiquen la forma de evaluar el impacto.</p> <p>* Es importante que se realice planes de mejoramiento relacionados con las recomendaciones de los resultados de FURAG vigencia 2024.</p> <p>* No se evidenció la ejecución de actividades relacionadas con el Plan de Bienestar e Incentivos, el Plan Anual de Vacantes y el Plan de Previsión de Recursos Humanos durante el periodo evaluado. Por lo tanto, se recomienda revisar y fortalecer el proceso de planeación estratégica del talento humano, con el fin de garantizar la alineación de estos instrumentos con las necesidades institucionales y los objetivos organizacionales</p> <p>* La oficina de control interno, realizó apertura de auditoria teniendo en cuenta el siguiente objetivo « Verificar y evaluar el cumplimiento de la gestión del área de Talento Humano, frente a los aspectos relacionados con carrera administrativa en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja»</p>	<p style="text-align: center;">77%</p>	<p>Indicador:</p> <p>articulación MECI. Artículo 11 Conformación de las líneas de defensa y artículo 12 de los roles y responsabilidades de la línea de defensa.</p> <p>Alertas de Mejora</p> <p>* Se deben implementar mecanismos, que permitan fortalecer los controles respecto a la publicación del reporte de información y cumplimiento de la Ley 2013 de 2019 y el Decreto 830 de 2021, y así desarrollar en el cliente tanto interno como externo y los grupos de valor un mayor compromiso con la transparencia y la política integridad</p> <p>* Se deben fortalecer los controles en los procesos que han incumplido de manera reiterativa, la actualización de documentos en la plataforma Daruma.</p> <p>* Fortalecimiento de Comités de Convivencia: Es necesario asegurar una documentación adecuada y detallada que refleje fielmente las discusiones y decisiones tomadas en las actas de los comités de convivencia.</p> <p>* Es necesario adelantar acciones que permitan evaluar los instrumentos para la gestión de conflictos de interés, entre las cuales se encuentran: Crear, actualizar y difundir los canales de consulta y orientación para el manejo de conflictos de intereses y su declaración, además de llevar a cabo el seguimiento y control a la gestión de conflictos de intereses, impedimentos y recusaciones</p> <p>* Se evidencia que Gestión del Talento Humano no anexa soportes, por lo que la información debió ser tomada de los diferentes informes que presentan las áreas y la que aparece en la página web de la entidad, esta falta de evidencias puede afectar el análisis de la información.</p> <p>* No ha sido posible identificar la forma de evaluación relacionada con las actividades de ingreso, permanencia y retiro del personal independientemente de su forma de vinculación con la entidad, para la vigencia 2024.</p> <p>* Se evidencia la necesidad de incluir, diseñar y divulgar sesiones, talleres o jornadas de formación en lenguaje claro, comprensible e incluyente en el marco del Plan Institucional de Capacitación.</p> <p>* No es posible verificar el impacto de del plan de institucional de capacitación PIC ya que no se cuentan con los soporte ni evidencias que indiquen la forma de evaluar el impacto.</p> <p>* Es importante que para la elaboración del plan de acción de las políticas de mlog de esta vigencia se incluyan recomendaciones realizadas en informe furag vigencia 2023</p>	<p style="text-align: center;">6%</p>
<p style="text-align: center;">Evaluación</p>	<p style="text-align: center;">SI</p>	<p style="text-align: center;">99%</p>	<p>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja:</p> <p>-La entidad cuenta herramienta de Plan Operativo Anual por procesos en el formato OADS-F-03, en el cual se establecen los indicadores de impacto para lograr las metas definidas en Plan de Desarrollo y sobre el cual se realizan seguimientos trimestrales al cumplimiento sus metas individuales, los cuales cuentan con sus respectivas fichas técnicas.</p> <p>-Se cuenta con la resolución 559 de 2024 donde se adoptan los planes Operativos, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el plan de desarrollo 2024-2027 "San Refa, Alma, Vida y Corazón". Y se definen los mecanismos de Planeación, Evaluación y Rendición de Informes de Gestión en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja.</p> <p>La entidad mediante los diferentes comités (Comité institucional de coordinación de control interno, Comité gestión del riesgo y comité institucional) analiza el impacto sobre el sistema de control interno y evalúa los cambios en los diferentes niveles institucionales (actualización mapa de procesos, organigrama).</p> <p>Se tienen identificados riesgos de Gestión y fiscales, de índole contable, seguridad de la información, SICOFS, SARLAFT</p> <p>Las líneas de defensa conocen sus roles respecto al autocontrol, monitoreo y seguimiento de los riesgos identificados en la entidad.</p> <p>Dentro de las matrices de riesgos, se cuentan con riesgos relacionados con los procesos tercerizados, los cuales son monitoreados y evaluados por la segunda y tercer línea de defensa</p>	<p style="text-align: center;">99%</p>	<p>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja:</p> <p>-Se cuenta con Resolución 559 del 2024 por lo cual se fija la planeación evaluación y rendición del informe de gestión en La E.S.E Hospital universitario san Rafael de Tunja.</p> <p>-Se cuenta con los procedimientos OADS-PR-05 elaboración Plan de Desarrollo, OADS-PR-06 Elaboración Plan operativo Anual Institucional y OADS-PR-07 Elaboración Plan Operativo Anual por Proceso.</p> <p>La entidad cuenta con la herramienta: Plan Operativo Anual por procesos en el formato OADS-F-03, en el cual se establecen los indicadores de impacto para lograr las metas definidas en Plan de Desarrollo.</p> <p>-Se cuenta Caracterizaciones generadas por los procesos y servicios, los cuales cumplen con el ciclo documental establecido en la entidad los cuales son verificados oportunamente por la segunda línea.</p> <p>-Dentro de las actividades realizadas por la primera línea se analiza el contexto interno y externos de la institución, previo a la identificación de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales, este análisis se realiza con el acompañamiento de planeación.</p> <p>Se cuenta con Política de gestión de riesgos integral, adoptada acuerdo No. 007 de 2024</p> <p>Se tienen identificados riesgos de Gestión y fiscales, de índole contable, seguridad de la información, SICOFS, SARLAFT</p> <p>Las líneas de defensa conocen sus roles respecto al autocontrol, monitoreo y seguimiento de los riesgos identificados en la entidad.</p>	<p style="text-align: center;">0%</p>

de riesgos		<p>Alertas de mejora</p> <ul style="list-style-type: none"> -Definir y aplicar inventario de eventos y riesgos materializados como herramienta para la gestión del riesgo en la entidad. - Diseñar y aplicar indicadores clave de riesgo como herramienta para el monitoreo de la gestión del riesgo en la entidad. -Identificar en la política de administración del riesgo las instancias responsables del seguimiento y monitoreo a la gestión del riesgo institucional, incluyendo el jefe de talento humano o quien haga sus veces encargado, como instancia de 2a línea de defensa encargada de monitorear temas clave del ciclo del servidor (PIC, bienestar, incentivos, convivencia laboral, código integridad), generando alertas sobre incumplimientos, situaciones críticas que afectan en clima laboral y posibles afectaciones al código de integridad. 	<p>Alta dirección en el marco del comité institucional de Coordinación de sistema de Control Interno, comité de gestión de riesgos integral y junta directiva; específicamente: "Revisar, validar y supervisar el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizar seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso"</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se cuenta con el Programa de Gestión del Riesgo código: OADS-PG-02 , el cual estableció su propio comité este se reúne trimestralmente , con el fin de socializar a la alta dirección el cumplimiento del Plan de trabajo gestión de riesgos integral 2024 -Dentro de las matrices de riesgos, se cuentan con riesgos relacionados con los procesos tercerizados, los cuales son monitoreados y evaluados por la segunda y tercer línea de defensa <p>Alertas de mejora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se debe dar cumplimiento a lo establecido en el Programa de Gestión del Riesgo código: OADS-PG-02. - Dar cumplimiento a las reuniones del comité de Gestión y desempeño en cuanto a la periodicidad definida - Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas -Aplicar los indicadores clave de riesgo como herramienta para la gestión del riesgo en la entidad - Aplicar inventario de riesgos materializados como herramienta para la gestión del riesgo en la entidad. 	
Actividades de control	SI	<p>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja:</p> <p>Se cuenta con la Matriz de levantamiento de activos de la información e inventario actualizado y clasificado de activos.</p> <p>Evaluar la implementación de las estrategias definidas en el Plan de Desarrollo 2024-2027 "San Rafa Alma, vida y corazón" conforme a las metas de producto, para la vigencia 2024.</p> <p>*La entidad tiene actualizado el mapa de riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT).</p> <p>*Se cuenta con Política de gestión de riesgos integral, adoptada mediante acuerdo No. 007 de 2024</p> <p>*Se tienen identificados riesgos de Gestión y fiscales, de índole contable, seguridad de la información, SICOFS, SARLAFT, Las líneas de defensa conocen sus roles respecto al autocontrol, monitoreo y seguimiento de los riesgos identificados en la entidad.</p> <p>*Se cuenta con el Programa de Gestión del Riesgo código: OADS-PG-02 , el cual estableció su propio comité, que se reúne trimestralmente , con el fin de socializar a la alta dirección el cumplimiento del Plan de trabajo gestión de riesgos integral 2024.</p> <p>Alertas de mejora</p> <p>*No se han identificado y documentado las situaciones específicas en donde no es posible segregarse adecuadamente las funciones (ej. falta de personal, presupuesto), con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados.</p> <p>*Es necesario generar medios y espacios para que la entidad cree matrices y roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.</p> <p>*Se deben fortalecer los controles en los procesos que han incumplido de manera reiterativa, la actualización de documentos en la plataforma ALMERA</p> <p>* Es importante que los informes de auditoría realizados por las ISO, sean socializados en comité institucional y sea invitado la oficina de control interno, con el propósito de realizar la integración del sistema.</p> <p>*Se debe continuar fortaleciendo las actividades de control relevantes sobre infraestructuras tecnológicas, procesos de gestión de la seguridad, y procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías.</p> <p>*Identificar y mantener respecto a la gestión de la información de la entidad las condiciones adecuadas de almacenamiento de acuerdo con el Sistema Integrado de Conservación.</p> <p>* Promover el uso de tecnologías para el manejo de la información (de acuerdo con las capacidades propias)</p> <p>*Establecer mecanismos de control que permita realizar revisiones periódicas sobre la integridad y precisión de la información para el control sobre la gestión de la información en la entidad.</p>	<p>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja:</p> <p>*La entidad tiene actualizado el mapa de riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva (sarlaft).</p> <p>*Se cuenta con Resolución 559 del 2024 por lo cual se fija la planeación evaluación y rendición del informe de gestión en La E.S.E Hospital universitario san Rafael de Tunja, Se cuenta con los procedimientos: OADS-PR-05 elaboración Plan de Desarrollo, OADS-PR-06 Elaboración Plan operativo Anual Institucional y OADS-PR-07 Elaboración Plan Operativo Anual por Proceso.</p> <p>*Se cuenta Caracterizaciones generadas por los procesos y servicios, los cuales cumplen con el ciclo documental establecido en la entidad los cuales son verificados oportunamente por la segunda línea.</p> <p>*Dentro de las actividades realizadas por la primera línea se analiza el contexto interno y externos de la institución, previo a la identificación de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales, este análisis se realiza con el acompañamiento de planeación.</p> <p>*Se cuenta con Política de gestión de riesgos integral, adoptada mediante acuerdo No. 007 de 2024</p> <p>*Se tienen identificados riesgos de Gestión y fiscales, de índole contable, seguridad de la información, SICOFS, SARLAFT, Las líneas de defensa conocen sus roles respecto al autocontrol, monitoreo y seguimiento de los riesgos identificados en la entidad.</p> <p>*Se cuenta con el Programa de Gestión del Riesgo código: OADS-PG-02 , el cual estableció su propio comité este se reúne trimestralmente , con el fin de socializar a la alta dirección el cumplimiento del Plan de trabajo gestión de riesgos integral 2024.</p> <p>* Se cuenta con el PROGRAMA ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN S-PG-01 en el cual se describen los objetivos, las metas y actividades a realizar. A demás está el manual de interventoría y/o supervisión, creado mediante resolución 260 de 2014. En su numeral 4.1 describe los «objetivos específicos de la supervisión o interventoría». En el numeral 6 enuncia la «obligatoriedad de contar con supervisión o interventoría» y en el numeral 9 plantea «los lineamientos y obligaciones generales del supervisor».</p> <p>Alertas de mejora</p> <p>*Es necesario generar medios y espacios para que la entidad cree matrices y roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.</p> <p>*Se deben fortalecer los controles en los procesos que han incumplido de manera reiterativa, la actualización de documentos en la plataforma Daruma</p> <p>*Es importante que los informes de auditoría realizados por las ISO, sean socializados en comité institucional y sea invitado la oficina de control interno, con el propósito de realizar la integración del sistema.</p> <p>*Auditorías internas durante el primer semestre de 2024 revelaron la materialización de riesgos y debilidades en los controles relacionados con la posibilidad de no conformidades por el uso de formatos desactualizados y falta de adherencia a la norma fundamental. Se deben fortalecer los controles y actualizar los documentos en la plataforma DARUMA.</p> <p>* Se debe continuar fortaleciendo las actividades de control relevantes sobre infraestructuras tecnológicas, procesos de gestión de la seguridad, y procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías.</p>	4%

<p>Información y comunicación</p>	<p>SI</p>	<p>77%</p>	<p>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja</p> <p>*Se realizó seguimiento al plan de mejoramiento correspondiente a los subprocesos de TIC y Comunicaciones y Medios, en el cual se evidenció la ejecución de acciones orientadas a minimizar las fallas en la captura de información primaria.</p> <p>* Se verifican las acciones realizadas por el subproceso, con el propósito de minimizar o reducir a cero las fallas en la captura de información primaria, esta acción está en seguimiento a su efectividad</p> <p>* El sub proceso de comunicaciones y medios, para subsanar hallazgos identificados, se presentó el documento CO-PG-01 «Plan Estratégico de Comunicaciones». En su numeral 12.3, correspondiente a la Comunicación Interna, se describen las herramientas disponibles y sus funciones dentro del Hospital Universitario San Rafael de Tunja, orientadas a mantener informado al personal sobre las metas estratégicas y demás información relevante para la organización.</p> <p>Entre los canales de comunicación interna se incluyen: Correo electrónico, Circulares y comunicados, Boletín Institucional, Cartelera, Fondo de escritorio, Productos audiovisuales, Pantalla digital ubicada en el hall principal</p> <p>Asimismo, se cuenta con el procedimiento CO-PR-01 «Comunicados Internos», el cual detalla el paso a paso para la divulgación de información y la gestión de comunicaciones internas.</p> <p>*EL subproceso de comunicaciones y medios implemento el documento CO-PG-01 «Plan Estratégico de Comunicaciones» (PECOS) y realiza evaluación a los resultados de la encuesta de satisfacción a cliente externo</p> <p>Alertas de mejora</p> <p>* Se identificó fallas en la captura de información primaria y falta de oportunidad en las respuestas a solicitudes realizadas mediante mesa de servicios GLPI.</p> <p>*Mecanismos de Quejas y Denuncias: Fortalecer y promover mecanismo de quejas y denuncias, respecto a canales de información interna para la denuncia anónima de posibles situaciones Irregulares, recomendando acciones específicas para mejorar su efectividad y asegurar una respuesta adecuada y oportuna.</p> <p>*Caracterización de Grupos de Valor: Contar con información suficiente de los procesos involucrados para lograr una correcta caracterización de los grupos de valor.</p> <p>*Definir y ejecutar mecanismos de seguimiento para asegurar que lo definido en la estrategia, plan o esquema se esté implementando en la práctica para la gestión de la información interna de la entidad.</p> <p>* Establecer si el flujo de información sobre gestión interna de la entidad se da en las dos vías: desde el equipo directivo hacia las y los trabajadores como de las y los trabajadores hacia el equipo directivo</p> <p>*Evaluación de los niveles de satisfacción de los grupos de valor o ciudadanía en general, así como de otros grupos de interés, frente a los canales de comunicación a través de los cuales se les brinda la información</p> <p>* Evaluar la efectividad de los canales de comunicación de la entidad, empleando mediciones a través de análisis de datos, para establecer tendencias, focalización de temas o situaciones más recurrentes</p>	<p>71%</p>	<p>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja</p> <p>* El programa de riesgo se encuentra articulado con seguridad de la información y con monitoreo de la segunda línea de defensa y seguimiento por parte de la tercera línea de defensa, dando seguridad al programa gestión del riesgo.</p> <p>* De acuerdo con la Resolución 1519 de 2020 del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. La entidad realiza acciones para que la información que publica, cumpla con los criterios de accesibilidad para personas con discapacidad visual reducida o ciegos.</p> <p>*El subproceso TIC, para efectuar y actualizar el inventario de información relevante la entidad cuenta con: Resolución 239 de 2022 «Por medio de la cual se adopta el inventario de activos de información en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a la Ley estatutaria 1712 de 2014», el procedimiento «Inventario Clasificación y Etiquetado de Activos de Información-PR-24 y el «Manual Metodológico para el Levantamiento Activos de Información» S-M-12 y Formato matriz levantamiento activos de información S-F-47.</p> <p>* En el Plan de Gerencia de la Información con que cuenta la entidad, se identifica el ciclo de la información, componentes tecnológicos, fuentes de datos (primarios y secundarios) necesarios para la captura y procesamiento de la información, seguridad de la información entre otros aspectos. para tal efecto cuenta con las siguientes plataformas informáticas 1. Servinte, clínica suite., 2. Daruma Salud, 3. Orfeo, 4. Enterprise Imaging, 5. Sistema de información para mantenimiento HRCATCH, 6. SICOF ERP, 7 Mesa de servicios GLPI.</p> <p>Alertas de mejora</p> <p>* Se identificó fallas en la captura de información primaria y falta de oportunidad en las respuestas a solicitudes realizadas mediante mesa de servicios GLPI.</p> <p>*Seguridad de la Información: Si bien se cuenta con la estructura documental para cumplir con el habilitador de «Seguridad y privacidad de la información», es necesario que se fortalezcan los controles frente a las fallas existentes en cuanto a la captura de información primaria, ya que se está afectado la calidad de la información con que se alimentan los indicadores, y además se debe mejorar la oportunidad de respuesta de las solicitudes realizadas mediante mesa de trabajo GLPI.</p> <p>*Mecanismos de Quejas y Denuncias: Fortalecer y promover mecanismo de quejas y denuncias, respecto a canales de información interna para la denuncia anónima de posibles situaciones Irregulares, recomendando acciones específicas para mejorar su efectividad y asegurar una respuesta adecuada y oportuna.</p> <p>*Operatividad de la Ventanilla Única: Desplegar actividades para poner en operatividad la ventanilla única, mejorando la eficiencia de las comunicaciones.</p> <p>*Caracterización de Grupos de Valor: Contar con información suficiente de los procesos involucrados para lograr una correcta caracterización de los grupos de valor.</p> <p>*Evaluación de la efectividad de los canales para la denuncia de posibles actos de corrupción cliente interno y externo : Dado que no se han recibido denuncias por los canales anticorrupción, es necesario evaluar su efectividad, visibilidad y la confianza de los usuarios en estos mecanismos</p> <p>*Se requiere mayor articulación entre los procesos y subprocesos, en cuanto al flujo de información, con el propósito de optimizar actividades.</p> <p>*Es necesario fortalecer los controles respecto la implementación de políticas y procedimientos destinados a la facilitación de la comunicación externa, incluyendo a los proveedores de servicios tercerizados.</p> <p>*De acuerdo con el informe de auditoría realizada por la oficina de control interno es necesario que se dé cumplimiento a la «Elaboración plan de comunicaciones».</p>	<p>6%</p>
			<p>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja:</p> <p>*El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del Hospital Universitario San Rafael de Tunja, aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría presentado por el Jefe de Control Interno o quien haga sus veces. Además, realiza sugerencias y seguimiento a las recomendaciones que resulten de la ejecución de dicho plan, conforme a lo establecido en el estatuto de auditoría y con base en la priorización de temas críticos según la gestión de riesgos de la administración y se cuenta con la resolución 220 de 2025.</p> <p>*El equipo de profesionales de Control Interno realizó auditorías durante el primer semestre de 2025, las cuales se detallan a continuación: Gestión de Farmacia, Proceso de Gestión Financiera / Presupuesto, Gestión Jurídica, Apoyo Diagnóstico / Laboratorio Clínico.</p> <p>*La oficina de control interno tiene un manual de auditorías OACI-M-01, donde se encuentra modelo que se acompaña por un esquema de asignación de responsabilidades, adaptada del Modelo Líneas de Defensa</p> <p>* DEFINICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS: * Establecer las actividades necesarias para realizar la formulación y seguimiento a los planes de mejoramiento, con el fin de subsanar las No Conformidades identificadas en las fuentes de Mejora ». Se cuenta con las siguientes fuentes de información. Indicadores, auditorías externas, Paquetes instruccionales seguridad de pacientes, eventos adversos, auditorías internas, referenciación, revisoría fiscal, autoevaluación y acreditación, oportunidad de mejora, control interno, habilitación, peticiones, quejas y reclamos y autocontrol</p>		<p>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja:</p> <p>La Oficina de Control Interno, presenta ante el comité la aprobación del Plan Anual de Auditoría para el año 2024, en cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Ley 87 de 1993 y la Guía de Auditoría para Entidades Públicas. Este plan se estructura teniendo en cuenta los roles de control interno que son: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación a la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, así como la relación con entes externos de control.</p> <p>Objetivo: El propósito fundamental de este plan es definir y llevar a cabo las auditorías internas, informes de ley, seguimientos y asesorías necesarios para el ejercicio 2024. Con un enfoque claro en apoyar la consecución de los objetivos estratégicos de la entidad y evaluar el sistema de control interno. El plan anual de auditoría es aprobado el 29 de Enero del 2024.</p> <p>Para el segundo semestre del 2024 se relocalizaron las siguientes comités :</p> <p>Cuarto , Quinto y sexto Comité Institucional de coordinación de control Interno: Realizando seguimiento de la ejecución del plan anual de auditoría teniendo en cuenta el Avance de los roles Evaluación y Seguimiento, Rol de Evaluación de Gestión de Riesgo, Rol Enfoque Hacia la Prevención, Rol Liderazgo Estratégico, Avance Relación Entes Externo.</p> <p>El comité Institucional de Coordinación de control Interno, se cuenta con la participación activa de los funcionarios de la Alta Dirección como miembros fundamentales en dicho comité.</p> <p>La Oficina de Control Interno actúa como un puente informativo, comunicando de manera efectiva las tareas y evaluaciones realizadas por las distintas líneas de defensa. En el Segundo semestre se realizan tres comités, donde se llevaron a cabo tareas y se efectuaron seguimiento a compromisos*</p>	

<p style="text-align: center;">Monitoreo</p>	<p>SI</p>	<p>93%</p>	<p>Adicionalmente la oficina de control interno se articula con el modelo de mejoramiento con enfoque de acreditación y se realiza bajo el PAPAS que a continuación se describe por cada una de las fuentes de mejora establecidas: Indicadores, Auditoría externa, Autoevaluación seguridad del paciente, Eventos adversos, Autoevaluación y Acreditación, Referenciación competitiva, oportunidades de mejora, Revisoría fiscal</p> <p>* Inconformidades e inconsistencias, una vez analizadas, se incorporan en los informes finales resultantes de las auditorías y seguimientos. Estos informes son posteriormente socializados a los niveles jerárquicos superiores, facilitando así una comunicación efectiva y la toma de decisiones informadas en el ámbito institucional. Este proceso integral no solo busca detectar y corregir posibles fallas, sino también fortalecer la participación activa de todos los involucrados en el proceso, contribuyendo a la mejora continua de los sistemas de control interno de la organización.</p> <p>Alertas de Mejora</p> <p>*Identificar las instancias responsables del seguimiento y monitoreo a la gestión del riesgo institucional, incluyendo el jefe de talento humano o quien haga sus veces encargado, como instancia de 2a línea de defensa encargada de monitorear temas clave del ciclo del servidor (PIC, bienestar, incentivos, convivencia laboral, código integridad), generando alertas sobre incumplimientos, situaciones críticas que afectan en clima laboral y posibles afectaciones al código de integridad.-(Talento Humano.</p> <p>*Cuantificar el total de acciones de mejora que se les hizo cierre efectivo con respecto a los planes de mejoramiento vigentes</p> <p>*Evidencias y Documentación: Aportar evidencias debidamente diligenciadas, garantizando que sean legibles, completas, y que proporcionen evidencia de la conformidad con los requisitos, así como la operación eficaz y efectiva del sistema de Gestión de Calidad.</p> <p style="text-align: right;"><i>[Firma]</i></p>	<p>93%</p>	<p>La oficina de control interno en su rol enfoque hacia la prevención establecida en el decreto 648 de 2017, realizó seguimiento y monitoreo a los planes de mejoramiento por fuente institucional con el fin de revisar el estado de avance de las acciones establecidas.</p> <p>Adicionalmente la oficina de control interno se articula con el modelo de mejoramiento con enfoque de acreditación y se realiza bajo el PAPAS que a continuación se describe por cada una de las fuentes de mejora establecidas: Indicadores, Auditoría externa, Autoevaluación seguridad del paciente, Eventos adversos, Autoevaluación y Acreditación, Referenciación competitiva, oportunidades de mejora, Revisoría fiscal</p> <p>Alertas de Mejora</p> <p>*Fortalecimiento de Comités de Convivencia: Es necesario asegurar una documentación adecuada y detallada que refleje fielmente las discusiones y decisiones tomadas en las actas de los comités de convivencia.</p> <p>*Evaluación del Cumplimiento de la Política de Integridad: Revisar la información de informes internos, como los de convivencia, comisión de personal y control interno disciplinario, para verificar el cumplimiento de la política de integridad y tomar medidas correctivas si es necesario.</p> <p>*Identificar las instancias responsables del seguimiento y monitoreo a la gestión del riesgo institucional, incluyendo el jefe de talento humano o quien haga sus veces encargado, como instancia de 2a línea de defensa encargada de monitorear temas clave del ciclo del servidor (PIC, bienestar, incentivos, convivencia laboral, código integridad), generando alertas sobre incumplimientos, situaciones críticas que afectan en clima laboral y posibles afectaciones al código de integridad.-(Talento Humano.</p> <p>* Generar indicadores que permitan hacer seguimiento y evaluación a la implementación a la estrategia de integridad pública</p> <p>*Evidencias y Documentación: Aportar evidencias debidamente diligenciadas, garantizando que sean legibles, completas, y que proporcionen evidencia de la conformidad con los requisitos, así como la operación eficaz y efectiva del sistema de Gestión de Calidad.</p>	<p>0%</p>
		<p>JEFE DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN</p>				