EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

INFORME
SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS POR PROCESO CON CORTE A DICIEMBRE DE 2023

Elaborado

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, febrero de 2024

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que con la expedición del Decreto 1499 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015", se crea un solo Sistema de Gestión y se alinea con el Sistema de Control Interno, hoy todas las entidades públicas requieren actualizar y/o implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, este incorpora el Modelo Estándar de Control Interno MECI a través de la séptima dimensión del mismo.

Esta estructura requiere de un análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el modelo y su efectividad en relación con la estructura de control, este último, aspecto especial para garantizar el buen manejo de los recursos, que las metas y objetivos se cumplan y se mejore la prestación del servicio a los usuarios, ejes fundamentales para la generación de valor público. Dentro de dicho Modelo se encuentra el componente denominado Evaluación de Riesgos.

Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las unidades de control interno o quien haga sus veces, evaluando aspectos, tanto internos como externos, que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control.

Artículo 17 del Decreto N° 648 de 2017 que modifica el Artículo 2.2.21.5.3 del Decreto N° 1083 de 2015, donde se define los roles que debe cumplir las oficinas de Control interno de Gestión
Los cuales juegan un papel fundamental, a través de la asesoría, acompañamiento técnico y de evaluación y seguimiento a los diferentes pasos de la gestión del riesgo, que van desde la fijación de la política de administración de riesgo hasta la evaluación de la efectividad de los controles

Que según el establecido Acuerdo 015 de 30 de junio de 2023 La junta directiva de la E.S.E Hospital Universitario san Rafael de Tunja aprueba la política de gestión de riesgo integral de la Empresa social de Estado Hospital Universitario san Rafael de Tunja

En el marco de lo expuesto y el Rol de evaluación de la gestión del riesgo, se presenta el siguiente informe, teniendo en cuenta el mapa de riesgos institucional consolidado, y la política de administración del riesgo integral de la E.S.E hospital universitario san Rafael de Tunja

OBJETIVO

Evaluar la Gestión del riesgo de la E.S.E Hospital universitaria san Rafael de Tunja, validando que la línea estratégica, la primera línea y segunda línea de defensa cumplan con sus responsabilidades en la gestión de riesgos para el logro en el cumplimiento de los objetivos estratégicos, de acuerdo a lo establecido en Acuerdo 015 de 30 de junio de 2023

OBJETIVOS ESPECÍFICIOS

- Revisar el adecuado diseño de los riesgos identificados, de acuerdo a los lineamientos de la **Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" Versión 6**

- Revisar el adecuado diseño y estructura de los controles para la mitigación de los riesgos establecidos por parte de la Primer Línea de Defensa, de acuerdo a los lineamientos de la **Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" Versión 6**

- Hacer seguimiento a las actividades de control establecidas para la mitigación de los riesgos de los subprocesos que se encuentren documentadas y actualizadas.

ALCANCE DEL SEGUIMIENTO

La evaluación aplica para todos los Procesos y Subprocesos de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja que tiene identificados riesgos de proceso, en lo que corresponde al segundo semestre de la vigencia 2023.

CRITERIOS DE EVALUACION

- Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- Artículo 17 del Decreto N° 648 de 2017 que modifica el Artículo 2.2.21.5.3 del Decreto N° 1083 de 2015, donde se define los roles que debe cumplir las oficinas de Control interno de Gestión.
- Ley 1474 de 2011, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión

- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" Versión 6
- Dimensión 7 Control Interno – Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG
- Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02
- Guía Rol de las Oficinas de Control Interno o quien hace sus veces Versión 3
- Acuerdo 015 de 30 de junio de 2023 "Por medio del cual se adopta la política de gestión de riesgo integral de la Empresa social de Estado Hospital Universitario san Rafael de Tunja"
- Circular externa de la Superintendencia nacional de salud 20211700000004-5 de 2021

METODOLOGÍA:

La metodología utilizada para la revisión, análisis y evaluación de la Gestión de los riesgos se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Mapa de riesgos publicado en página web institucional
2. Responsabilidades de la Gestión del riesgo de la primera y segunda línea de defensa de acuerdo a lo establecido en el Acuerdo 015 de 30 de junio de 2023 política de gestión de riesgo integral
3. Manual metodológico para la gestión del riesgo en seguridad de la información S-M-11
4. Manual de Gestión del Riesgos OADS-M-02
5. Verificación de las evidencias que soportan los avances en cada uno de procesos, cargadas en link dispuesto por Gestión de riesgos, las cuales son insumo necesario para generar valor agregado al seguimiento.

En la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" Versión 6, se encuentran las definiciones claves que fueron tenidas en cuenta para aplicación de la metodología y por ende la elaboración del presente informe, por tanto, se recomienda su lectura y apropiación.

En la evaluación realizada primer semestre de 2023 no se verificó la efectividad de los controles, teniendo en cuenta que de acuerdo al cronograma dispuesto por la segunda línea de defensa (Gestión del riesgo), del 17 al 29 de julio de 2023, fueron identificados nuevos riesgos y actualizados los existentes, siendo este mapa de riesgos el insumo para realizar la evaluación, por tal razón se informó que la efectividad de los controles se medirá para el segundo semestre del 2023

Hace parte de este informe archivo denominado: Anexo 1 y 2 "Evaluación del Mapa de riesgos – segundo semestre de 2023", el cual contiene la matriz Excel donde se registraron las observaciones de los riesgos de gestión y los informáticos

DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO

1. SEGUIMIENTO A LA POLÍTICA DE GESTION DEL RIESGO INTEGRAL

La Empresa Social de Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja , adopta la política de gestión de riesgo integral mediante el Acuerdo 015 de 2023, documento que deroga la resolución 141 del 2023, documento en donde la entidad se compromete a gestionar los riesgos de manera integral por medio de estrategias que permitan evitar, reducir, mitigar, compartir, aceptar, controlar, minimizar y/o evitar la ocurrencia de eventos no deseados que puedan afectar positiva o negativamente el logro de los objetivos institucionales.

Documento que se encuentra debidamente publicado en la página web institucional en la siguiente ruta: Inicio - Transparencia y acceso a la información pública - 2. Normatividad - 2.1 Políticas institucionales - 5. Política de gestión del riesgo integral o ingresando al siguiente link: https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=229&seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&slug=acuerdos

2. SEGUIMIENTO A LAS HERRAMIENTAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

2.1 MANUAL DE GESTION DEL RIESGO OADS-M-02

En el listado maestro de documentos DARUMA se encuentra publicado el Manual de Gestión de riesgos, identificado con el código OADS-M-02 con última fecha de actualización 15 de noviembre de 2023 , en su contenido se encuentra descritas las etapas estratégicas de gestión de riesgo integral como son: Realizar análisis de contexto interno y externo, identificación, análisis, evaluación, monitoreo y seguimiento de los controles establecidos, con el fin de prevenir o mitigar los eventos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y de procesos.

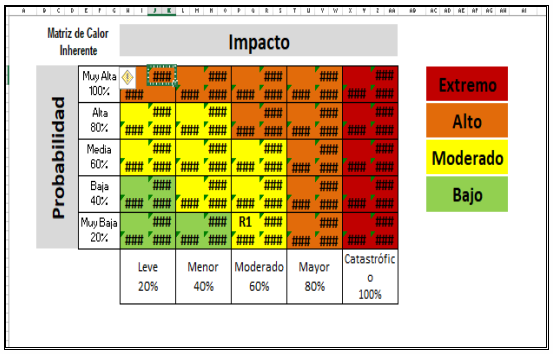
2.3 MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Consultando la página web de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, dentro de la ruta Nuestra entidad, se encontró publicada la matriz Mapa de riesgos de Gestión OADS-F-40, con última fecha de publicación del 26 de julio de 2023, como se observa en la siguiente imagen

Fuente: Pantallazo página web institucional

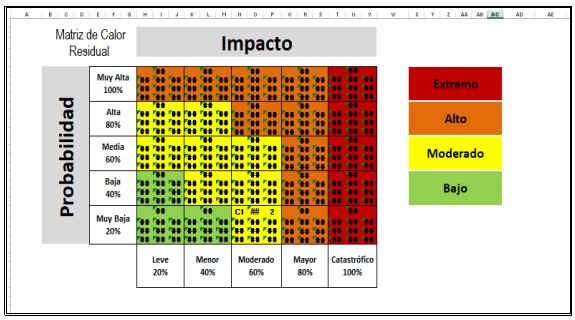
Adicionalmente el mapa de riesgos de gestión se puede consultar en el siguiente enlace: https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=388&seccion=nuestra--entidad&slug=mapa-de-riesgos-de-gestion

Al verificar la matriz de riesgos se observa en la Hoja 3 Matriz de Calor Inherente, no se encuentra parametrizada o formulada, teniendo en cuenta que, en esta hoja, en la medida en que esa diligencia el Mapa Final, se verán reflejados los riesgos en su zona correspondiente. Esta hoja no se diligencia se genera de manera automática.



Fuente: Matriz de Calor Inherente Mapa de riesgos institucional 2023

Lo mismo se evidencia en la Hoja 4 Matriz de Calor Residual: En esta hoja, en la medida en que ese diligencia el Mapa Final, se verán reflejados los riesgos en su zona correspondiente. Esta hoja no se diligencia se genera de manera automática.



Fuente: Matriz de Calor Residual Mapa de riesgos institucional 2023

2.1.1 SEGUIMIENTO PRIMERA LINEA

En el sistema de gestión documental DARUMA se encuentra publicado el formato OADS-F-36. FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSA, versión 2, con última fecha de actualización 26 de julio de 2023.

Para verificar el cumplimiento de esta actividad, la Oficina asesora de control interno verificó, que los sub procesos adjunten el formato debidamente diligenciado y firmado en el link establecido para subir las respectivas evidencias de la ejecución de los controles, resultado que se presenta a continuación:

	PROCESO	RIESGOS	CONTROLES	SEGUIMIENTO 1a LINEA DE DEFENSA
PROCESOS ESTRATEGICOS	Direccionamiento Estratégico y humanización	2	2	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Gestión QHSE	6	9	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Gestión de investigación e innovación	2	2	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Gestión de talento humano	3	4	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
PROCESOS MISIONALES	Gestión Clínica	11	3	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Unidad de Cuidado Intensivo	17	3	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Gestión Quirúrgica	2	3	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Atención de Urgencias	2	3	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Enfermería	2	2	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Epidemiología y Salud Pública	4	1	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Gestión farmacéutica	2	7	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Sistema de información y atención al usuario	1	2	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Apoyo servicios de salud	3	1	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
PROCESOS APOYO	Gestión Financiera	4	15	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Gestión Administrativa	2	20	Adjuntan FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, por subprocesos (auditoría de cuentas médicas, cartera y facturación) debidamente firmados, autorizaciones adjunta formato OADS-F36 seguimiento primera línea de defensa sin las respectivas firmas de quien elaboró y aprobó

Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia
8-7405030
www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net
icontec ISO 9001 SC-CER906254 PROGRAMA MADRE CANGURO
icontec ISO 14001 SA-CER560814
icontec ISO 45001 OS-CER559527

	Gestión Documental	2	2	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Gestión de la Tecnología	2	3	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Gestión Mantenimiento	2	2	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Gestión de Suministros y Activos Fijos	2	5	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Gestión Jurídica	1	2	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Gestión Servicios de apoyo-TERCERIZADOS	6	2	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Gestión de sistemas de información y comunicación	2	6	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
	Gestión contratación	1	4	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO
PROCESOS EVALUACION	Control interno	2	5	Adjuntan FORMATO OADS-F-36 SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, en PDF, DEBIDAMENTE FIRMADO POR QUIEN ELABORO Y APROBO

Fuente: Propia – Revisión OACI seguimiento líneas de defensa

El seguimiento por parte de la primera línea de defensa de los procesos, lo realizaron los 24 procesos que tiene identificados riesgos, los cuales adjuntan el formato OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, sin embargo, se observó que el único sub proceso que NO adjunto el formato OADS-F-36, debidamente firmado por quien elaboró y aprobó, fue el sub proceso Autorizaciones.

Se recomienda a los líderes de proceso diligenciar en el formato correspondiente, el nombre de quien elaboro y reviso, adjuntando sus respectivas firmas, lo cual se convierte en la prueba del conocimiento y de la verificación de la integridad y aprobación de la información contenida en un documento.

2.1.2. SEGUIMIENTO SEGUNDA LINEA

Gestión de riesgo realizó informe "Seguimiento preliminar segunda línea de defensa mapa de riesgos de gestión del segundo semestre de 2023" desde el rol de la Segunda Línea de Defensa semestralmente, el cual fue radicado en la oficina de control interno 01 de febrero de 2024, cuyo objetivo fue: Realizar seguimiento preliminar a los riesgos y verificación de los controles propuestos en el mapa de riesgos de gestión de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafal Tunja.

Posteriormente, el 26 de febrero de 2024, envían por correo electrónico informe final de monitoreo de riesgos de gestión del segundo semestre del 2023 desde el rol de segunda línea de defensa para conocimiento.

En cumplimiento de lo establecido en la Política integral de gestión del riesgo la segunda línea de defensa realizó las siguientes actividades:

- Solicitud por medio de correo electrónico a la primera línea de defensa del cargue de las evidencias resultado de la aplicación de los controles definidos y el diligenciamiento del formato OADS-F-36 formato seguimiento y autocontrol gestión de riesgos / primera línea de defensa con fecha máxima de entrega al 24 de enero del 2024.
- Socialización del formato OADS-F-36 formato seguimiento y autocontrol gestión de riesgos/primera línea de defensa y acompañamiento desde la segunda línea de defensa en el cargue de información respectiva en los links compartidos a la primera línea de defensa.
- Aplicación del formato OADS-F-41 MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS para evaluar el diseño de los controles de cada de los riesgos objeto de seguimiento.
- Verificación de la información reportada por cada uno de los procesos y/o subprocesos en comparación con lo registrado en el mapa de riesgos de gestión publicado en página web del hospital.

Como conclusión de monitoreo de la segunda linera e estableció que después de la evaluación del diseño y ejecución de los controles el 49 % de los mismos se pueden evaluar o caracterizar como Fuertes, un 24% de los mismos se pueden evaluar o caracterizar como moderados asociado a soportes incompletos, el 26% de los mismos se pueden evaluar o caracterizar como débil asociado a la utilización de formatos obsoletos o no vigentes.

3. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y CONTROLES

Conforme a la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – versión 6; esta etapa tiene como objeto identificar los riesgos que estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.

Del 17 al 26 de julio de 2023, Gestión del riesgo, realizo mesas de trabajo con el objetivo de, identificar nuevos riesgos y controles y actualizar los mapas de riesgos institucionales, producto de estas mesas de trabajo se identificaron 11 riegos nuevos para un total de 80 riesgos de proceso y 12 nuevos controles para un total de 104 controles, posteriormente y con corte a diciembre de 2023 se evidenció la identificación de 3 nuevos riesgos clasificados de la siguiente manera: 1 riesgo actuarial, 1 riesgos de mercado y 1 riesgos operacional, los cuales se encuentran distribuidos en los 24 procesos de la entidad de la siguiente manera:

	PROCESO	RIESGOS 2022	RIESGOS 2023	CONTROLES 2022	CONTROLES 2023	ACCIONES 2022	ACCIONES 2023
PROCESOS ESTRATEGICOS	Direccionamiento Estratégico y humanización	1	2	1	2	1	1
	Gestión QHSE	2	6	4	9	2	3
	Gestión de investigación e innovación	2	2	2	2	0	0
	Gestión de talento humano	3	3	4	4	0	0
PROCESOS APOYO	Gestión Financiera	11	11	15	15	1	4
	Gestión Administrativa	15	17	17	20	6	10
	Gestión Documental	2	2	2	2	0	0
	Gestión de la Tecnología	2	2	3	3	2	0
	Gestión Mantenimiento	2	2	2	2	1	1
	Gestión de Suministros y Activos Fijos	3	4	4	5	1	2
	Gestión Jurídica	2	2	2	2	1	0
	Gestión Servicios de apoyo-TERCERIZADOS	1	1	2	2	1	1
	Gestión de sistemas de información y comunicación	3	3	6	6	1	2
	Gestión contratación	4	4	4	4	0	3
PROCESOS MISIONALES	Gestión Clínica	2	2	3	3	1	2
	Unidad de Cuidado Intensivo	2	2	3	3	1	0
	Gestión Quirúrgica	2	2	3	3	1	0
	Atención de Urgencias	2	2	3	3	1	0
	Enfermería	2	2	3	2	1	0
	Epidemiología y Salud Pública	1	1	1	1	0	0
	Gestión farmacéutica	0	6	0	7	0	0
	Sistema de información y atención al usuario	2	2	2	2	1	2
	Apoyo servicios de salud	1	1	1	1	0	1
EVALUACION	Control Interno	2	2	5	5	0	0
	TOTAL	69	83	92	108	23	32

Fuente: Consolidado matrices de mapas de riesgos de proceso del HUSRT

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

4. SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO TERCERA LINEA DEFENSA – CONTROL INTERNO

Para la evaluación del estado de la Gestión del Riesgo la Oficina Asesora de Control Interno del HUSRT, utilizó el archivo denominado: "Evaluación del Mapa de riesgos – segundo semestre de 2023", el cual contiene la matriz Excel agregándole tres columnas que contiene las observaciones realizadas por la Oficina de control interno segundo semestre 2023. En este aparte se registraron las conclusiones del análisis metodológico del diseño del riesgo y del control y el aporte de evidencias, se realizan comentarios acerca de la materialización u ocurrencia del riesgo y recomendaciones con el fin de mejorar el proceso de administración del riesgo y la aplicación de la metodología dispuesta por el DAFP.

Esta verificación se realizó en base a las evidencias que soportan los avances en la gestión del riesgo en cada una de 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

Se anexa matriz Excel donde se dejaron registradas las observaciones para cada uno de los 105 controles correspondientes a los 83 riesgos institucionales de los diferentes procesos del HUSRT, en la cual se analizaron los siguientes criterios:

4.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS: Para realizar el análisis del diseño de los riesgos de los procesos se aplicaron los criterios establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6, respectivamente

Figura 10 Estructura propuesta para la redacción del riesgo

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo de la Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

Fuente: Guía administración de riesgos versión 6

4.2 DESCRIPCION DE LOS CONTROLES. Para que un control este adecuadamente diseñado y que su implementación sea efectiva a la hora de mitigar un riesgo debe cumplir con la siguiente estructura definida en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6

■ **Responsable de ejecutar el control:** Identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad.

■ **Acción:** Se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control.

■ **Complemento**: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control.

Teniendo en cuenta lo anterior la tercera línea de defesa (Oficina de control Interno) evalúo de manera independiente y objetiva los controles de la segunda línea con el fin de asegurar que estos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, por tal razón de acuerdo a la evaluación realizada por esta oficina, se replantea la calificación final de los controles realizada en el Monitoreo de la segunda línea de defensa en la cual se evidenciaron debilidades en el diseño y ejecución de los controles, arrojando el siguiente resultado:

CLASIFICACION DEL CONTROL	MONITOREO SEGUNDA LINEA		EVALUACION TERCERA LINEA	
	No	%	No	%
FUERTE	53	49,07	69	63,88
MODERADO	26	24,07	31	28,7
DEBIL	28	25,92	7	6,48
NA	1	0,925	1	0,93
	108	100%	108	100%

Fuente: Matriz mapa de riesgo de gestión 2023

Como se puede observar en la tabla de los 108 controles evaluados y verificados se evidenció que un 63.88% están clasificados como Fuertes, lo que indica que se han desarrollado de la forma en que se formularon, por quien se delegó como responsable y con las evidencias mencionadas en la matriz de riesgos; un 28.7% están clasificados como moderados lo que indica en la mayoría de veces que los documentos que soportan el control NO se encuentran acorde con el diseño del mismo, no aportan las evidencias o aportan las evidencias en formatos desactualizados y un 6.48% de los mismos se evaluó como débil es decir que este último no garantizan el desplazamiento de la calificación del riesgo inherente a riesgo residual, ya que no aportan evidencias para verificar la aplicación del control, como se puede evidenciar en las siguientes tablas.

No de RIESGO	CONTROL	PROCESO/SUBPROCESO
49	FUERTE	GESTION DE INVESTIGACION E INNOVACION
51		DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y HUMANIZACION

52,53,55,56,57		CALIDAD
58,59,60		GESTION DEL TALENTO HUMANO
62,63		ENFERMERIA
64,65		GESTIÓN QUIRÚRGICA
68		GESTION FARMACEUTICA
72,73		SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO
74		UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
76		GESTIÓN CLÍNICA
78,79		URGENCIAS
3		PRESUPUESTO
6		TESORERIA
10,11,12,13		CONTABILIDAD
14,15,16,82		GESTION DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS
18,19,20		GESTION DE CONTRATACION
21,22,23,24		AUDITORIA CUENTAS MEDICAS
29,81		CARTERA
31,32,35		FACTURACION
36,37		GESTION DOCUMENTAL
38,39		SISTERMAS
40		COMUNICACIONES
41		GESTIÓN TECNOLÓGICA
43		GESTION SERVICIOS DE APOYO
44		GESTION DE MANTENIMIENTO
83		COMERCIAL
1,2		CONTROL INTERNO

No de RIESGO	CONTROL	PROCESO/SUBPROCESO
48	MODERADO	GESTION DE INVESTIGACION E INNOVACION
50		DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y HUMANIZACION
57		CALIDAD
66,67,69,70,71		GESTION FARMACEUTICA
75		UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
77		GESTIÓN CLÍNICA
80		EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA
5,6,7,8		TESORERIA
9		PRESUPUESTO
10		CONTABILIDAD
30		AUTORIZACIONES
32,34		FACTURACION
38		SISTEMAS
40		COMUNICACIONES
42		GESTIÓN TECNOLÓGICA
43		GESTION SERVICIOS DE APOYO
45		GESTION DE MANTENIMIENTO
46,47		GESTION JURIDICA

No de RIESGO	CONTROL	PROCESO/SUBPROCESO	OBSERVACION
4	DEBIL	PRESUPUESTO,CONTABILIDAD, TESORERIA	NO ADJUNTAN EVIDENCIAS DE LA APLICACIÓN DEL CONTROL
17		GESTION DE CONTRATACION	RIESGO MATERIALIZADO
25,26,27,28		CARTERA	LOS FORMATOS NO CONCUERDAN CON LOS DOCUMENTADOS EN DARUMA
34		FACTURACION	NO ADJUNTAN EVIDENCIAS APLICACIÓN CONTROL

Fuente: propia- Evaluación controles OACI

4.3 ESCALA DE SEVERIDAD DEL RIESGO

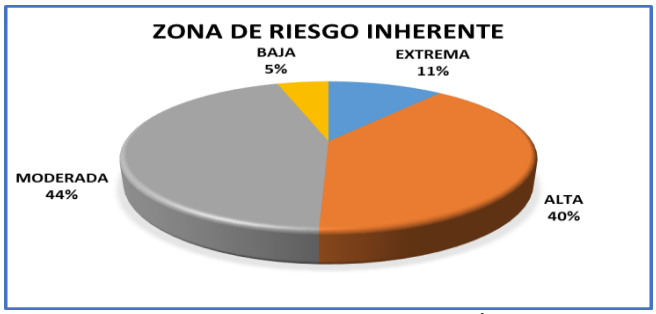
Conforme a las directrices metodológicas de la *Guía para la administración del riesgo del departamento administrativo de la función pública. Versión 6,* ante la identificación de riesgos inherentes, corresponde el diseño y la aplicación de controles orientados a una debida orientación de los componentes de probabilidad e impacto asociados al riesgo y de esta manera disminuirlos a límites razonables según sea el caso, llegando a un nivel de riesgo residual.

Resultado de la aplicación del diseño e implementación de los controles, el panorama de los riesgos residuales reportados por el HUSRT, se presenta de la siguiente manera:

DESCRIPCION	ZONA DE RIESGO INHERENTE				
	EXTREMA	ALTA	MODERADA	BAJA	TOTAL
RIESGOS DE GESTION	9	33	37	4	83
	ZONA DE RIESGO RESIDUAL				
	9	18	43	13	83

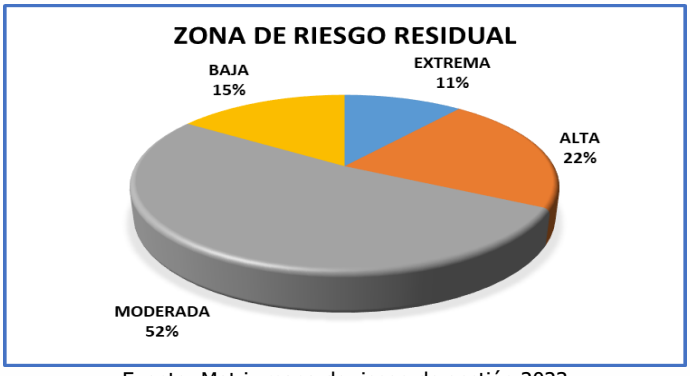
Fuente: Matriz mapa de riesgo de gestión 2023

En la Tabla observamos la dinámica en el riesgo inherente de acuerdo a la severidad de la zona donde se evidencia que la mayoría de riesgos se ubican en zona moderada (37) con porcentaje del (44.97%) y 33 en zona Alta con un porcentaje del (39.75%).



Fuente: Matriz mapa de riesgo de gestión 2023

Por otra parte, observamos la dinámica en el riesgo Residual de acuerdo a la severidad de la zona donde se evidencia que la mayoría de riesgos de ubican en zona Moderada, 43 riesgos con un porcentaje del (51.8%) y en zona alta, 18 riesgos con un porcentaje del (21.68%).



Fuente: Matriz mapa de riesgo de gestión 2023

Cambios generados después de la aplicación de controles:

- Los 9 riesgos ubicados en zona extrema, se mantiene en la misma zona después de controles
- De los 33 riesgos ubicados en zona alta, 18 riesgos se mantiene en la misma zona, 6 pasaron a zona moderada, 9 a zona baja
- Los 37 riesgos ubicados en zona moderada, se mantienen en la misma zona y reciben 6 de la zona alta, para un total de 43
- Los 4 riesgos ubicados en zona baja, se mantiene en la misma zona y reciben 9 de la zona alta para un total de 13

4.4. SEGUIMIENTOS PLANES DE ACCION ASOCIADOS A LOS RIESGOS DE PROCESO

De acuerdo con la valoración del riesgo residual, se pudo observar que, de los 27 riesgos ubicados en zona alta y extrema, tienen implementado un plan de tratamiento, de acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de control interno se evidenció incumplimiento a cuatro acciones propuestas las cuales se mencionan a continuación:

Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Indicador Producto
Realizar el seguimiento de la publicación de contratos conforme a los términos establecidos en la resolución 173 de 2021 donde se adopta Manual de contratación	Coordinador de contratación	Enero a diciembre	Semestral	Publicación en plataformas (CONTRALORIA, SECOP, PROCURADURIA) y página web (según la modalidad de contratación)
Documentar control para el riesgo identificado	Líder de procesos	Agosto	cuatrimestral	Control documentado
Codificar Lista de verificación	Líder de Habilitación	Agosto	cuatrimestral	Formato Codificado

condiciones de habilitación				
Actualizar procedimiento CO-PR-06 divulgación de información a través de comunicado de prensa	líder de Comunicaciones	jun-23	Semestral	Procedimiento actualizado

Adicionalmente se observa una acción en términos de cumplimiento

Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Indicador Producto
Documentar procedimiento de contratación y venta de servicios de salud.	Coordinador de comercial y contratación de servicios de salud.	Marzo de 2024	Semestral	Procedimiento actualizado

Fuente: Matriz mapa de riesgo de gestión 2023

4.4 MATERIALIZACION DE RIESGOS

Producto del seguimiento hecho por la OACI se evidencia que se materializaron 2 riesgos, lo cual se describe a continuación:

- El proceso GESTIÓN QHSE identifico 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 las 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 líder de procesos y procedimientos.

  En la descripción del riesgo, se observa que la causa raíz fue por (Falta de adherencia a la norma fundamental), razón por la cual se puede presentar el riesgo, constituyéndose este como la base para la definición de controles en la etapa de valoración del riesgo, según los establecido en la Guía de administración de riesgos del DAFP V6, se recomienda a la segunda línea de defensa realizar mesas de trabajo con los responsables de este proceso para realizar un adecuado análisis de causas y sus respectivos controles, teniendo en cuenta que como resultado de la Auditoria interna de calidad este riesgo se materializo. REITERATIVO

- Producto de la auditoría realizada al Proceso Gestión Contractual (Informe final 23 de noviembre de 2023), el equipo auditor determina la materialización del siguiente riesgo "**Posibilidad de sanciones fiscales, disciplinarios, penales y civiles debido al no reporte oportuno de rendición de contratos en las plataformas destinadas por los entes de control y seguimiento.(PROCURADURÍA, CONTRALORÍA, SECOP**)")" por tal razón se recomienda tener en cuenta lo establecido en el Manual de Gestión del Riesgo , el cual establece que una vez materializado el riesgo el líder de proceso documentara un plan de mejora y deberá replantear los controles existentes.

Se recomienda tener en cuenta lo establecido en el Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02 ***Si dentro del seguimiento realizado, bien sea por parte de la Oficina de Control Interno o por los líderes de los procesos, se establece que se ha materializado uno o más riesgos, las acciones requeridas son las siguientes:***

DETECTADO POR	ACCIÓN
OFICINA DE CONTROL INTERNO	1. Convocar al Comité de Coordinacion de Control Interno e informar sobre los hechos detectados, desde donde se tomarán las decisiones para iniciar la investigación de los hechos. 2. Dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), realizar la denuncia ante el ente de control respectivo. 3. Facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso, para revisar el mapa de riesgos y sus controles asociados. 4. 4. Verificar que se tomaron las acciones y se actualizo el mapa de riesgos.
LÍDER DEL PROCESO U OTRO(S) FUNCIONARIO(S) QUE PARTICIPA(N) O INTERACTÚA(N) CON EL PROCESO	1. Informar a la Alta Direccion sobre el hecho encontrado. 2. De considerarlo necesario, realizar la denuncia ante el ente de control respectivo. 3. Iniciar con las acciones correctivas necesarias. 4. Realizar el analisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora. 5. Analisis y actualizacion del mapa de riesgos.

4.6 CORRELACION HALLAZGOS AUDITORIA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL / MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2023

Teniendo en cuenta el informe definitivo de la auditoría financiera y de gestión realizada por la Contraloría General de Boyacá para la vigencia 2022, se elaboró plan de mejoramiento el cual se encuentra en ejecución.

La OACI, confronto lo hallazgos con los riesgos identificados en el mapa de riesgos de la vigencia 2023, producto de esta verificación se observa que es necesario crear nuevos riesgos y fortalecer los controles

Teniendo en cuenta lo anterior y mediante mesas de trabajo lideradas por Gestión del riesgo con el proceso de Gestión financiera y contractual, inicialmente se crea el formato OADS-F-44 formato mapa de riesgos de índole contable, posteriormente se identificaron 43 riesgos, asociados a las diferentes etapas contables.

Adicionalmente se elaboró el Manual de riesgos contractuales OADS-M-04 de fecha 02 de febrero de 2024, socializado en Comité de Contratación, el cual incluye el formato OADS-F-42 matriz de riesgos contractuales, formato que a partir de la fecha será anexado a los Estudios previos de conveniencia y oportunidad C-F-27

A la vez se crea formato para evaluar la adherencia a los riesgos contractuales OADS-F-43 Lista de chequeo de riesgos contractuales.

SEGUIMIENTOS RIESGOS SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Teniendo en cuenta lo establecido en el Acuerdo 015 de 30 de junio de 2023 "Por medio del cual se adopta la política de gestión de riesgo integral de la Empresa social de Estado Hospital Universitario san Rafael de Tunja" Articulo 5 Responsabilidades… "Monitorear y revisar los riesgo identificados", "Hacer seguimiento a los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos", Realizar informe de seguimiento y monitoreo de la gestión del riesgos acorde a la fechas definidas en el manual".

Adicionalmente el Numeral 8. EVALUACION. Del MANUAL **METODOLÓGICO PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN S-M-11** establece que la evaluación de la implantación se llevara a cabo desde la etapa de monitoreo y revisión de los riesgos realizada por la segunda y tercera línea de defensa

Teniendo en cuenta lo anterior, la oficina Asesora de Control interno solicitó a la segunda línea defensa, informe de monitoreo realizado a los riesgos de seguridad de corte segundo semestre 2023.

En cumplimiento de lo establecido en la Política integral de gestión del riesgo la segunda línea de defensa realizó las siguientes actividades:

✓ Socialización de la política de gestión de riesgos (Acuerdo 012 de junio de 2023) mapa de riesgos de seguridad de la información (formato S-F-51) y formato OADS-F-36 Formato Seguimiento Y Autocontrol Gestión De Riesgos / Primera Línea De Defensa) a cada uno de los procesos involucrados con el fin de brindar acompañamiento en el diligenciamiento del formato de seguimiento y autocontrol y ruta de acceso para subir las evidencias de los controles de riesgos de gestión del 06 al 8 de diciembre de 2023.

✓ Verificación del diligenciamiento y seguimiento del formato OADS-F-36 Seguimiento Y Autocontrol Gestión De Riesgos / Primera Línea De Defensa de los 6 subprocesos.

✓ Verificación y análisis de cada una de las evidencias de los 26 controles.

✓ Comité de gestión de riesgo integral el cual tiene como objetivo realizar seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas en la política de gestión del riesgo integral) 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 donde se presentó informe seguimiento segunda línea riesgos de seguridad de la información 2023.

Como conclusión del monitoreo de la segunda línea se evidenció que de los 18 riesgos de seguridad de la información, se materializaron dos los cuales describo a continuación:

1. Posibilidad de daño en equipos debido al mal uso de los equipos de tecnologías de la información y comunicación del proceso gestión farmacéutica, mantenimiento correctivo por mal uso en una impresora de acuerdo con el informe presentado por la empresa CPHS UNION TEMPORAL la reparación costó $ 193,000.

2. Posibilidad de daño en equipos debido al mal uso de los equipos de tecnologías de la información y comunicación, se materializaron los casos presentados con las impresoras de los siguientes servicios: UCI 4to, UCI 4to Sur, Farmacia Ventanilla, UCI 5to Sur, UCI 4to Norte, Pediatría, Salas de cirugía, UCI pediatría, Calidad-Nutrición para un total de mal uso durante el semestre de $ 6.330.900

La oficina de control interno realizo seguimiento a la aplicación de los controles establecidos en el mapa de riesgos de seguridad de la información, verificando las evidencias aportadas para cada uno de los controles dejando las respectivas observaciones en el **Anexo 2 Seguimiento aplicación controles riesgos seguridad de la información HUSRT,** se recomienda **evaluar los controles que tienen actualmente y determinar si están implementados correctamente**, si funcionan según lo previsto y cumplen con sus requisitos de seguridad.

CONCLUSIONES

La evaluación específica para cada riesgo y controles se encuentra en la **Matriz de seguimiento "Evaluación del Mapa de riesgos – segundo semestre de 2023", archivo que se anexa a este informe.** Por lo cual se invita a los procesos y sub procesos a que realicen la consulta de dichos resultados, a fin que se tomen decisiones sobre el particular y se implementen las mejoras del caso.

Como resultado del seguimiento realizado por la tercera línea a los Riesgos de proceso se concluye lo siguiente:

- ✓ Los subprocesos realizaron el seguimiento por parte de la primera línea de defensa, de autocontrol con corte al segundo trimestre del 2023, entregaron los soportes del FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, evidencias que se convierte en la prueba del conocimiento y la verificación de la integridad y aprobación de la información contenida en un documento por parte de los líderes de proceso, sin embargo se observa que el único sub proceso que adjunto el formato OADS-F-36 sin sus respectivas firmas de quien elaboró y aprobó, fue el Sub proceso de autorizaciones

- ✓ Se evidenció que de los 108 controles asociados a los riesgos, 102 cumplen con la descripción del control de acuerdo a los lineamientos establecidos en numeral **3.2.2.1** Estructura para la descripción del control de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" Versión 6.

- ✓ Como resultado de la aplicación del diseño e implementación de los controles, el panorama de los riesgos residuales reportados por el HUSRT, se presenta de la siguiente manera: el 10.84% se encuentra en zona extrema, el 21.68 % se encuentra en zona alta el 51.8% se encuentran en zona de riesgo Moderado y el 15.68% en zona de riesgo bajo.
- ✓ Se revaloró la evaluación del diseño y ejecución de los controles realizada por la segunda línea, arrojando el siguiente resultado; el 63.88% de los controles se pueden evaluar o caracterizar como Fuertes, un 28.7% se pueden evaluar o caracterizar como moderados, y el 6.48% se evaluó como débil, dicha calificación fue ajustada teniendo en cuenta que los procesos calificados como débiles por no ajuntar la evidencias suficientes o por utilizar formatos desactualizados pasaron de débiles a moderados.

- ➢ Reitera esta oficina de control interno, que es necesario fortalecer la cultura del reporte de cambio o materialización de los riesgos, con el fin de tomar correctivos oportunos e iniciar acciones frente a las desviaciones producto de la aplicación de los controles. Para esto se requiere que los líderes y grupos de trabajo conozcan el proceder frente a la materialización de los riesgos. Por lo tanto, se recomienda que la segunda línea en los monitoreo o en la estructuración de los mapas de riesgos, capaciten sobre la ocurrencia de estos hechos y brinde la asesoría necesaria. En la medida que se reporten la materialización de los riesgos, se pueden tomar decisiones oportunas y efectivas frente a los controles. **Por tal razón se recomienda a los responsables de los riesgos materializados dar cumplimiento a lo establecido en el Manual de gestión del riesgo OADS-M-02, el cual establece que se debe elaboran un plan de mejora y se ajustaran y/o replantean los riesgos y/o controles del proceso.**

- ✓ No se evidencio la identificacion de riesgos fiscales, a pesar que se encuentran relacionados en la Política de Gestión de riesgos integral actualizada mediante Acuerdo 015 de 30 de junio de 2023, sin embargo en Comité de gestión de riesgo realizado en el mes de enero de 2024, se presenta plan de trabajo en donde se contempla la identificación de este tipo de riesgos para el mes de marzo de 2024

- ✓ Los 83 riesgos identificados , tiene definidos sus respectivos controles (108), no obstante solo 69 los ejecutan adecuadamente, 29 cumplen parcialmente, esto teniendo en cuenta que 10 no suministraron las evidencias suficientes para verificar su aplicación y 19 utilizaron formatos desactualizados, a su vez 2 no son eficientes debido a que no se contó con las respectivas evidencias para evaluarlos.

- ✓ En el análisis realizado se evidenció que de los 27 riesgos que tiene establecidos el plan de tratamiento, 23 son eficientes y ayudan en la contención del riesgo; 4 de ellos no son eficientes, debido a que los procesos no suministraron evidencias de la ejecución de las acciones y 1 No se evaluó ya que su ejecución es para el siguiente periodo.

Los siguientes procesos: Enfermería, Gestión Quirúrgica, Unidad de cuidados intensivos, Gestión clínica, urgencias, tienen asociados los siguientes riesgos y controles.

RIESGOS	CONTROLES
Posibilidad de incumplimiento de los objetivos misionales y metas debido a la falta de identificación, análisis y seguimiento de indicadores	El líder de la unidad estadística valida el reporte mensualmente y trimestralmente el análisis y los planes de mejora de los indicadores de los procesos
Posibilidad de desviación en la prestación del servicio por la no actualización o ausencia de protocolos, guías, procedimientos, formatos	El profesional de procesos y procedimientos de la oficina de calidad validad mensualmente el estado de los documentos del proceso
	El referente de procesos prioritarios valida la actualización de las guiase de práctica clínica de los procesos

Al verificar los responsables de la ejecución de los controles se observa que están asignados a profesionales que pertenecen a la segunda líneas de defensa, lo que permite evidenciar que la primera línea y/o el líder del proceso no cuenta con ninguna responsabilidad frente a la gestión del riesgos asociado, toda vez que el responsable de una posible materialización seria el líder del proceso y afectaría el cumplimiento de los objetivos y metas del proceso, por tal razón se recomienda identificar controles que permitan verificar la gestión de la primera línea de defensa. **REITERATIVA**

- ✓ Producto del seguimiento realizado por la OACI se evidencia que se materializaron 2 riesgos de gestión asociados a: "Posibilidad de no conformidades por la utilización de formatos desactualizados por falta de adherencia a la norma fundamental" y "Posibilidad de sanciones fiscales, disciplinarios, penales y civiles debido al no reporte oportuno de rendición de contratos en las plataformas destinadas por los entes de control y seguimiento. (PROCURADURÍA, CONTRALORÍA, SECOP)"

- ✓ Adicionalmente se evidenció que se materializaron 2 riesgos informáticos relacionados con (Posibilidad de daño en equipos debido al mal uso de los equipos de tecnologías de la información y comunicación).

ALERTAS DE MEJORA

- Se genera una alerta a la Alta Dirección, con respecto a la materialización en la actualidad de 4 riesgos, e igual manera se recomienda para que desde la segunda línea, se apoye a los líderes de proceso en la elaboración del respectivo plan de Mejora y se ajusten y/o replanteen los riesgos y/o controles de los procesos, para lo cual se debe establecer un plan de acción que permita generar acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora dando cumplimiento a lo establecido en el Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02

- Reitera esta oficina de control interno, que es necesario fortalecer la cultura del reporte de cambio o materialización de los riesgos, con el fin de tomar correctivos oportunos e iniciar acciones frente a las desviaciones producto de la aplicación de los controles. Para esto se requiere que los líderes y grupos de trabajo conozcan el proceder frente a la materialización de los riesgos. Por lo tanto, se recomienda a la segunda línea que cuando realicen los monitoreos o en la estructuración de los mapas de riesgos, capaciten sobre la ocurrencia de estos hechos y brinde la asesoría necesaria. En la medida que se reporten la materialización de los riesgos, se pueden tomar decisiones oportunas y efectivas frente a los controles.

- Teniendo en cuenta que se identificaron controles que no cumplen con el diseño y estructura de acuerdo a lo establecido en Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" Versión **6**, es necesario que los siguientes subprocesos (calidad, consulta externa, servicio farmacéutico, Gestión de suministros y activos, sistemas) soliciten acompañamiento de la segunda línea de defensa para mejorar en la implementación de la metodología adoptada por la entidad. Una vez sea culminada esta etapa se solicita a esta oficina actualizar y publicar el mapa de riesgos nuevamente.

- Se reitera a la segunda línea de defensa incluir en el Manual de riesgos los lineamientos para el manejo de riesgo fiscal de acuerdo a lo establecido en el capítulo 4 de la **Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" Versión 6**

- Se recomienda a la segunda línea fortalecer el diligenciamiento del OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSAS, teniendo en cuenta que el que elabora el formato no puede ser el mismo que representa la aceptación y el acuerdo de las partes involucradas con los términos y condiciones establecidos en el documento, adicionalmente no diligencian el nombre del proceso y las fechas.

- Se recomienda a los líderes de proceso recordar que la utilización de documentos y formatos no vigentes ocasionado una no conformidad dentro del sistema de Gestión de Calidad, y un reproceso en el desarrollo de las diferentes actividades de los servicios.

- Se reitera a los responsables y líderes de procesos que deben entender su compromiso con el proceso y la institución, la tarea no es solo cargar archivos, sino garantizar que la información sea la que corresponda, confiable

- Se recomienda a la segunda línea de defensa (Gestión del riesgo), actualizar los mapas de riesgos Informáticos y de proceso, teniendo en cuenta las recomendaciones, identificadas en los seguimientos realizados a la efectividad de los controles por parte de la tercera línea, garantizando que los controles sean eficaces y eficientes tanto en el diseño como en la operación

- Se recomienda verificar el comportamiento de los riesgos ubicados en zona extrema ya que se evidencia que como resultado de la aplicación del diseño e implementación de los controles, el panorama de los riesgos residuales no cambia y su comportamiento es similar al semestre anterior, es importante implementar medidas de control adicionales para minimizar su probabilidad de ocurrencia con el objetivo de reducir su nivel de impacto y lograr los objetivos de manera óptima.

- Se recomienda a la segunda línea de defensa ajustar el formato OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos, revalorando las calificaciones de la evaluación del diseño del control específicamente las preguntas (Utiliza documentos vigentes en el sistema de información DARUMA) y (Evidencia de Ejecución del Control)

- Se recomienda a los procesos que adjuntan evidencias relacionadas con soportes de actas de reunión de Comités institucionales como: Comité de contratación y Comité de cartera dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 371 del 2023 "Control y monitoreó del trabajo en equipo MACROCOMITE".

Hace parte integral de este informe, Anexo 1: **Matriz de seguimiento "Evaluación del Mapa de riesgos – segundo semestre de 2023" y Anexo 2 Seguimiento aplicación controles riesgos seguridad de la información HUSRT,** documentos en donde se registran las observaciones y recomendaciones para cada uno de los riesgos y sus controles.

Algunas de las observaciones se encuentran en el presente informe porque se consideraron relevantes, pero la mayoría se debe consultar en las respectivas matrices.

Dado lo anterior, y basados en el rol de enfoque a la prevención, la Oficina de Control Interno de Gestión debe asegurar que los controles sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, por lo que se sugiere a la segunda línea, realizar mesas de trabajo con los procesos que a la fecha presentan debilidades en la gestión de riesgos, buscando mecanismos que faciliten el cumplimiento, y de esta forma evitar la materialización de riesgos por falta de gestión en sus controles.

Anexo 1: Matriz de seguimiento "Evaluación del Mapa de riesgos – segundo semestre de 2023"

Anexo 2 Seguimiento aplicación controles riesgos seguridad de la información HUSRT – segundo semestre 2023

Original Firmado
DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ
Asesora de Control Interno
ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Proyectó: Claudia S. Sáenz Jiménez
Profesional especializado OACI