EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

INFORME
SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS GESTIÓN Y FISCALES CON CORTE A DICIEMBRE DE 2024

Elaborado
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, marzo de 2025

INTRODUCCIÓN

La administración del Riesgo es una herramienta de autogestión que aporta a la acción preventiva e identificación de factores que pueden llegar a obstaculizar el cumplimiento de los objetivos del proceso y la misión institucional. Este proceso es incorporado desde la alta dirección, donde a través de la política de Gestión integral de Riesgos se establecen los lineamientos e interacción de los procesos para identificar, valorar y minimizar los riesgos mediante la incorporación de controles y acciones de manejo de riesgo.

Dentro de los roles de las oficinas de Control Interno se encuentra la Evaluación del Riesgo, la cual está enfocada en que la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y la Oficina de Control Interno, a través de la asesoría y acompañamiento y la evaluación y seguimiento a las 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.

Es importante resaltar que este rol debe desarrollarse de manera objetiva e independiente, ya que el propósito es realizar seguimiento y emitir un concepto acerca de la gestión de riegos de la ESE, que permitan generar recomendaciones que contribuyan al fortalecimiento de su gestión y desempeño.

Como tercera línea de defensa, la oficina de Control Interno presenta el informe del segundo semestre de seguimiento al mapa de riesgos de gestión y fiscales de la vigencia 2024 de la E.S.E, de acuerdo con el consolidado de evidencias presentadas por cada uno de los líderes encaminado a realizar un análisis más sensible de la efectividad de los controles aplicados en cada uno de los riesgos, con el fin de evitar la materialización de los riesgos.

De igual manera, las oficinas de control interno en cumplimiento del rol de enfoque hacia la prevención, se articula con la segunda línea de defensa con el fin de compartir información y análisis de contraste que permita monitorear la exposición de la ESE al riesgo y realizar recomendaciones con alcance preventivo de forma integral.

OBJETIVO

Evaluar la Gestión del riesgo de la E.S.E Hospital universitaria san Rafael de Tunja, que permita determinar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la política de gestión de riesgo integral, según Acuerdo 007 de 2024, por medio de la cual se actualiza la política de gestión de riesgos integral

ALCANCE DEL SEGUIMIENTO

Verificar y evaluar el cumplimiento de las acciones y efectividad de los controles, definidos para el tratamiento de los riesgos de gestión y fiscales identificados en cada uno de los procesos y Subprocesos de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, en lo correspondiente al segundo semestre de la vigencia 2024.

MARCO NORMATIVO-CRITERIOS EVALUACIÓN

EXTERNO

- 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. Art. 2 "Objetivos del Sistema de Control Interno. Literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Literal f) definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos; detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.". Art. 9 "Asesorar a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la revaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos".

- Decreto 648 de 2017: Art. 17 "Roles Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces "artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, el cual quedará así: "De las Oficinas de Control Interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control".

- Decreto 1083 de 2015: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública, arts. 2.2.21.6.1 y siguientes "Adopta la actualización del MECI".

- 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

- Ley 1712 de 2014: La cual tiene por objeto regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información.

- Manual Operativo Modelo Integrado de Planeación y Gestión versión 4 de marzo de 2021 del DAFP, Dimensión siete (7) Control Interno *"MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de*

éste. El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito"

- Guía Rol de las Oficinas de Control Interno o quien hace sus veces. Versión 3
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" Versión 6

INTERNO

- Acuerdo 007 de 2024, por medio de la cual se actualiza la política de gestión de riesgos integral de la Empresa Social de Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja.
- Programa de gestión del riesgo OADS-PG-02

METODOLOGÍA:

La metodología aplicada para el presente seguimiento consistió en:

- Verificación de la adecuada aplicación de la política de gestión del riesgo integral, específicamente el cumplimiento de las responsabilidades de la Gestión del riesgo de la primera y segunda línea de defensa de acuerdo a lo establecido en el Acuerdo 007 de 2024, por medio de la cual se actualiza la política de gestión de riesgos integral de la Empresa Social de Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja
- 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.

DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO

1. SEGUIMIENTO A LAS HERRAMIENTAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

1.1 PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO OADS-PG-02

Programa de Gestión de riesgos, identificado con el código OADS-PG-02 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.

1.2 MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN Y FISCALES

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 y fiscales OADS-F-41, con última fecha de publicación del 12 de julio de 2024, 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-y-fiscales

2. SEGUIMIENTO

2.1 SEGUIMIENTO PRIMERA LÍNEA

El formato OADS-F-36. FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA, a la fecha se encuentra en versión 3, con última fecha de actualización 19 de julio de 2024.

El 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

2.2 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 2024.

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

• Crear las carpetas en línea para cada uno de los procesos, especificando los riesgos y controles con el objetivo de que los líderes de procesos realizaran el cargue de la información correspondiente a cada uno de sus procesos.
• Solicitar 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 de 2025.
• Socializar el 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.
• Verificar el cargue de la información solicitada a cada proceso en sus respectivas carpetas.
Analizar la información recolectada, verificando si se ejecutaron los controles a cada uno de los riesgos estudiados, con ayuda de la matriz de monitoreo y seguimiento de los riesgos institucionales segunda línea de defensa OADS-F-41
• Identificar los riesgos que se materializaron, los cuales serán objeto de estudio y ejecución de medidas más estrictas para evitar su efecto negativo en los procesos del hospital.
• Poner en conocimiento de la dirección los hallazgos encontrados y las recomendaciones que se generan desde la segunda línea de defensa.

Como resultado de monitoreo de la segunda línea se concluyó lo siguiente:

- De los riesgos identificados en zona de riesgo inherente, el 8% se encuentran en zona de riesgo extremo, el 26% en zona de riesgo alto, 53% en zona de riesgo moderado y el 13% en zona de riesgo bajo

- La zona de los riesgos varia una vez se estipulan los controles, los riesgos extremos desaparecen y los riesgos altos se reducen a un 7%, a su vez los riesgos bajos aumentan quedando con el 35%, esto quiere decir que los riesgos extremos y altos pasan a ser moderados y bajos.

- Los riesgos presentaron una disminución en su valoración una vez implementados los controles, los riesgos de la zona extrema desaparición en su totalidad, los de la zona alta pasaron de un 27% a un 7%; y los de la zona baja pasaron de un 13% a un 35%, evidenciando que los controles funcionan, pero se debe continuar trabajando en especial con los 8 riesgos que están valorados en zona alta.

- Los riesgos cuentan con controles que permiten su mitigación, los 114 riesgos presentes cuentan con 170 controles, evidenciando que el proceso con más controles a razón de sus riesgos es Gestión Calidad, donde se cuenta con 6 riesgos y 20 controles para estos seis riesgos.

- La valoración de los controles después del monitoreo de la segunda línea de defensa evidencia que el 80% son fuertes, el 18 % son Moderados por el tipo de control (Detectivo o correctivo), por utilización de formatos en versiones diferentes o por diligenciamiento de formatos incompleto; y el 1% son débiles asociado al subproceso de cartera por utilización de formatos obsoletos e incompletos y el 1% restantes no se evaluaron teniendo en cuenta que para el periodo no se requiero la implementación de los controles definidos.

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.

Teniendo en cuenta la Gestión del riesgo, en el mes de marzo de 2024 mediante mesas de trabajo se identificaron nuevos riesgos y controles y se actualizó el mapa de riesgos institucionales, se identificaron 29 riesgos nuevos para un total de 112 riesgos de gestión y fiscales y 58 nuevos controles para un total de 166 , en el monitoreo realizado en el segundo semestre se observa que de acuerdo a las recomendaciones de la OACI, se identificaron dos (2) riesgos más , con cuatro (4) controles asociados respectivamente, para un total de 114 riesgos y 170 controles.

MACRO PROCESOS	Proceso	Subproceso	RIESGOS	CONTROLES
PROCESOS ESTRATÉGICOS	Direccionamiento estratégico	Planeación	4	4
	Direccionamiento estratégico	Gestión del riesgo	1	3
	Direccionamiento estratégico	Gestión comercial	1	1
	Gestión de calidad	Calidad	6	20
PROCESOS MISIONALES	Atención ambulatoria	Atención ambulatoria	4	4
	Quirófanos	Salas de Cirugía	2	2
	Gestión farmacéutica	Gestión farmacéutica	7	9
	Enfermería	Enfermería	2	2
	atención de urgencias	atención de urgencias	2	2
	Atención hospitalaria	Atención hospitalaria	2	2
	Atención hospitalaria	Unidad de cuidado critico	2	3
	Gestión preventiva y predictiva	Programa madre canguro	2	4
	Gestión preventiva y predictiva	salud publica	1	1
	Apoyo diagnostico	Laboratorio clínico	1	1
	Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	3	3
	docencia del servicio	Docencia del servicio	3	3

	Gestión de recursos físicos	ambiental	5	10
	Gestión de recursos físicos	Gestión de suministros y activos fijos	6	8
	Gestión de recursos físicos	Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento	3	4
	Gestión de recursos físicos	Gestión de recursos físicos	2	3
	Talento humano	Seguridad y salud en el trabajo	4	5
	Talento humano	Talento humano	5	9
PROCESOS APOYO	Gestión jurídica	Gestión jurídica	3	3
	Gestión financiera	Tesorería	5	7
	Gestión financiera	Presupuesto	3	4
	Gestión financiera	Auditoría	4	4
	Gestión financiera	Facturación	5	7
	Gestión financiera	Cartera	6	7
	Gestión de contratación	Gestión de contratación	7	8
	Gestión de la información	Gestión documental	4	7
	Gestión de la información	Tecnologías de la información	3	6
	Gestión de la información	Comunicaciones y medios	2	3
	Gestión servicios de apoyo	Gestión servicios de apoyo	1	5
PROCESOS EVALUACIÓN	Control interno	Control interno	3	6
TOTAL			114	170

8

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

MACRO PROCESOS	RIESGOS	CONTROLES
PROCESOS ESTRATÉGICOS	12	28
PROCESOS MISIONALES	31	36
PROCESOS APOYO	68	100
PROCESOS EVALUACIÓN	3	6
TOTAL	**114**	**170**

Fuente: Consolidado matrices de mapas de riesgos de gestión y fiscales de los procesos del HUSRT

4. SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO TERCERA LÍNEA 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 2024", el cual contiene la matriz Excel agregándole tres columnas que contiene las observaciones realizadas por la Oficina de control interno. 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

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 170 controles correspondientes a los 114 riesgos institucionales de los diferentes procesos del HUSRT, en la cual se analizaron los siguientes criterios establecidos en el Programa de Gestión de riesgos, identificado con el código OADS-PG-02

4.1 DESCRIPCIÓN DE LOS CONTROLES. Se adopta la estructura propuesta por la función pública desde la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6, la cual permite entender la tipología y otros atributos para su valoración. La estructura es la siguiente:

- **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:

CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	MONITOREO SEGUNDA LÍNEA		EVALUACIÓN TERCERA LÍNEA	
	No	%	No	%
FUERTE	134	80	122	72%
MODERADO	32	18	39	23%
DEBIL	2	1	2	1%
NA	2	1	7	4%
	170	100%	170	100%

Fuente: Matriz mapa de riesgo de gestión y fiscales 2024

Como se puede observar en la tabla de los 170 controles evaluados y verificados se evidenció que un 72% 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 23% 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 1% 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, el 4% restantes no se evaluaron teniendo en cuenta que para el periodo no se requiero la implementación de los controles definidos.

A continuación, se adjunta el resultado del análisis y evaluación de los controles por sub proceso y clasificación del control:

SUB PROCESO	CÓDIGO RIESGO	CALIFICACIÓN CONTROL
Planeación	PLA-RG-01	FUERTE
Planeación	PLA-RG-02	FUERTE
Planeación	PLA-RG-03	FUERTE
Planeación	PLA-RG-04	FUERTE
Gestión del Riesgo Integral	GRI-RG-05	FUERTE
		FUERTE
		FUERTE
Gestión de calidad	CA-RG-01	FUERTE
		FUERTE

Gestión de calidad	CA-RG-02	FUERTE
		FUERTE
		FUERTE
		FUERTE
		FUERTE
		FUERTE
		FUERTE
Gestión de calidad	CA-RG-03	FUERTE
		FUERTE
		FUERTE
		FUERTE
Gestión de calidad	CA-RG-04	FUERTE
		FUERTE
Gestión de calidad	CA-RG-05	FUERTE
Gestión de calidad	CA-RG-06	FUERTE
		FUERTE
Gestión ambiental	GA-RG-01	FUERTE
		FUERTE
Gestión ambiental	GA-RG-02	FUERTE
		FUERTE
Gestión ambiental	GA-RG-04	FUERTE
Talento humano	TH-RG-01	FUERTE
Talento humano		FUERTE
Talento humano		FUERTE
Talento humano		FUERTE

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
icontec ISO 14001 SA-CER560814
icontec ISO 45001 OS-CER559527
ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Talento humano	TH-RG-02	FUERTE
Talento humano	TH-RG-03	FUERTE
Talento humano		FUERTE
Talento humano	TH-RG-04	FUERTE
Talento humano	TH-RG-05	FUERTE
Docencia de servicio	DS-RG-01	FUERTE
Docencia de servicio	DS-RG-03	FUERTE
Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	SIAU-RG-01	FUERTE
Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	SIAU-RG-02	FUERTE
Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	SIAU-RG-03	FUERTE
Enfermería	ENF-RG-01	FUERTE
Enfermería	ENF-RG-02	FUERTE
Atención urgencias	U-RG-01	FUERTE
Atención urgencias	U-RG-02	FUERTE
Atención hospitalaria	AH-RG-01	FUERTE
Atención hospitalaria	AH-RG-02	FUERTE
Salas de Cirugía	QX-RG-01	FUERTE
Salas de Cirugía	QX-RG-02	FUERTE
Salud pública	GPP-RG-01	FUERTE
Unidades de Cuidado Crítico	UCI-RG-01	FUERTE
Gestión farmacéutica	SF-RG-01	FUERTE
Gestión farmacéutica	SF-RG-02	FUERTE
Gestión farmacéutica	SF-RG-03	FUERTE
		FUERTE
Gestión farmacéutica	SF-RG-05	FUERTE

Gestión farmacéutica	SF-RG-06	FUERTE
Atención ambulatoria	CE-RG-01	FUERTE
Atención ambulatoria	CE-RG-04	FUERTE
Laboratorio clínico	LB-RG-01	FUERTE
Gestión jurídica	OAJ-RG-02	FUERTE
Gestión jurídica	OAJ-RG-03	FUERTE
Tesorería	AF-RG-05	FUERTE
Presupuesto	AF-RG-06	FUERTE
Presupuesto	AF-RG-07	FUERTE
Gestión de suministros y activos fijos	A-RG-01	FUERTE
Gestión de suministros y activos fijos		FUERTE
Gestión de suministros y activos fijos	A-RG-02	FUERTE
Gestión de suministros y activos fijos	A-RG-03	FUERTE
Gestión de suministros y activos fijos	A-RG-04	FUERTE
Gestión de suministros y activos fijos		FUERTE
Gestión de suministros y activos fijos	A-RG-05	FUERTE
Gestión de contratación	C-RG-01	FUERTE
Gestión de contratación	C-RG-02	FUERTE
Gestión de contratación	C-RG-03	FUERTE
Gestión de contratación	C-RG-04	FUERTE
Gestión de contratación	C-RG-05	FUERTE
Gestión de contratación	C-RG-06	FUERTE
		FUERTE
Gestión documental	GD-RG-01	FUERTE
Gestión documental		FUERTE

Gestión documental	GD-RG-02	FUERTE
		FUERTE
Gestión documental	GD-RG-03	FUERTE
		FUERTE
Gestión documental	GD-RG-04	FUERTE
Tecnologías de la información	S-RG-01	FUERTE
		FUERTE
		FUERTE
Tecnologías de la información	S-RG-02	FUERTE
		FUERTE
Tecnologías de la información	S-RG-03	FUERTE
Comunicaciones y medios	CO-RG-01	FUERTE
Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento	IB-RG-02	FUERTE
Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento	IB-RG-03	FUERTE
Gestión de servicios de apoyo	INT-RG-01	FUERTE
		FUERTE
		FUERTE
		FUERTE
Gestión de recursos físicos	GAF-RG-01	FUERTE
Gestión de recursos físicos	GAF-RG-02	FUERTE
Auditoría	AM-RG-02	FUERTE
Auditoría	AM-RG-03	FUERTE
Auditoría	AM-RG-04	FUERTE
Cartera	CAR-RG-01	FUERTE
		FUERTE

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
icontec ISO 14001 SA-CER560814
icontec ISO 45001 OS-CER559527
ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Cartera	CAR-RG-06	FUERTE
Facturación	F-RG-05	FUERTE
Facturación		FUERTE
Facturación		FUERTE
Facturación	F-RG-03	FUERTE
Gestión comercial	GC-RG-01	FUERTE
Control interno	CI-RG-01	FUERTE
		FUERTE
Control interno	CI-RG-02	FUERTE
		FUERTE
		FUERTE
Control interno	CI-RG-03	FUERTE

SUB PROCESO	CÓDIGO RIESGO	CALIFICACIÓN CONTROL
Gestión de calidad	CA-RG-02	MODERADO
		MODERADO
Seguridad y salud en el trabajo	SST-RG-01	MODERADO
Seguridad y salud en el trabajo	SST-RG-02	MODERADO
Seguridad y salud en el trabajo	SST-RG-03	MODERADO
		MODERADO
Seguridad y salud en el trabajo	SST-RG-04	MODERADO
Gestión ambiental	GA-RG-01	MODERADO
Gestión ambiental	GA-RG-03	MODERADO

Gestión ambiental	GA-RG-05	MODERADO
Docencia de servicio	DS-RG-02	MODERADO
Gestión farmacéutica	SF-RG-04	MODERADO
		MODERADO
Gestión farmacéutica	SF-RG-07	MODERADO
Atención ambulatoria	CE-RG-02	MODERADO
Atención ambulatoria	CE-RG-03	MODERADO
Programa madre canguro	PMC-RG-01	MODERADO
Programa madre canguro	PMC-RG-02	MODERADO
Programa madre canguro		MODERADO
Programa madre canguro		MODERADO
Gestión jurídica	OAJ-RG-01	MODERADO
	OAJ-RG-02	MODERADO
Tesorería	AF-RG-01	MODERADO
Tesorería	AF-RG-02	MODERADO
	AF-RG-03	MODERADO
Tesorería	AF-RG-03	MODERADO
	AF-RG-04	MODERADO
Gestión de suministros y activos fijos	A-RG-06	MODERADO
Comunicaciones y medios	CO-RG-01	MODERADO
Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento	IB-RG-01	MODERADO
		MODERADO
Gestión de servicios de apoyo	INT-RG-01	MODERADO
Gestión de recursos físicos	GAF-RG-01	MODERADO

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
icontec ISO 14001 SA-CER560814
icontec ISO 45001 OS-CER559527
ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Auditoría	AM-RG-01	MODERADO
Cartera	CAR-RG-02	MODERADO
Cartera	CAR-RG-03	MODERADO
Cartera	CAR-RG-04	MODERADO
Facturación	F-RG-01	MODERADO
Facturación	F-RG-02	MODERADO

SUB PROCESO	CÓDIGO RIESGO	CALIFICACIÓN CONTROL	OBSERVACIONES OACI
Gestión ambiental	GA-RG-05	DEBIL	RIESGO MATERIALIZADO/IDENTIFICADO POR LA PRIMERA LÍNEA
Tesorería	AF-RG-01	DEBIL	ERRORES DILIGENCIAMIENTO FORMATOS-REITERATIVO

SUB PROCESO	CÓDIGO RIESGO	CALIFICACIÓN CONTROL	OBSERVACIONES OACI
Unidades de Cuidado Crítico	UCI-RG-02	N/A	NO APLICA EVALUACIÓN PARA ESTE SEMESTRE
		N/A	
Presupuesto	AF-RG-08	N/A	
Gestión de contratación	C-RG-07	N/A	
Comunicaciones y medios	CO-RG-02	N/A	
Cartera	CAR-RG-05	N/A	
Facturación	F-RG-04	N/A	

Fuente: propia- Evaluación controles OACI

4.3 ESCALA DE SEVERIDAD DEL RIESGO

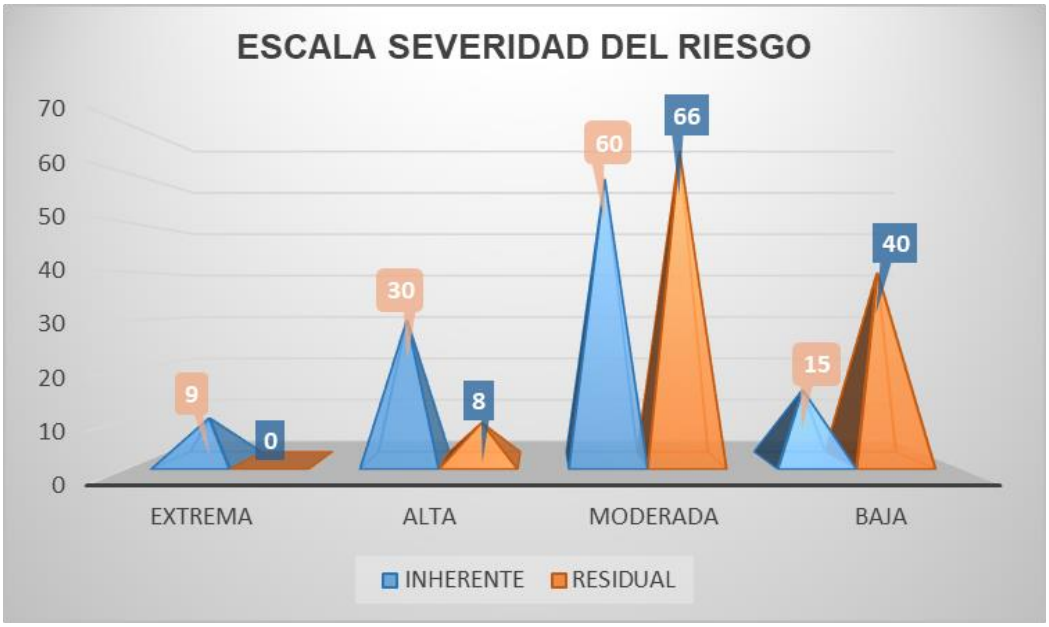
Conforme a las directrices metodológicas de la *Guía para la administración del riesgo del departamento administrativo de la función pública. Versión 6,* ante la identificación de riesgos inherentes, corresponde el diseño y la aplicación de controles orientados a una debida orientación de los componentes 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:

DESCRIPCIÓN	ZONA DE RIESGO INHERENTE				
	EXTREMA	ALTA	MODERADA	BAJA	TOTAL
RIESGOS DE GESTIÓN Y FISCAL	9	30	60	15	114
	ZONA DE RIESGO RESIDUAL				
	0	8	66	40	114

Fuente: Matriz mapa de riesgo de gestión 2024

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 (60) con porcentaje del (53%), 30 en zona Alta con un porcentaje del (27%) y 15 en zona baja con un porcentaje del 13%.



Fuente: Matriz mapa de riesgo de gestión 2024

Los riesgos presentaron una disminución en su valoración una vez implementados los controles, los riesgos de la zona extrema desaparición en su totalidad, los de la zona alta disminuyen pasaron de un 27% con (30) controles a un 7% con (8) controles; los de la zona moderada aumentan pasando de un 52% con (60) controles a un 57% con (66) controles y los de la zona baja incrementan pasando de un 13% con (15) controles a un 35% con (40) controles, lo que permite observar que los riesgos extremos y altos pasan a ser moderados y bajos.

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

Teniendo en cuenta lo establecido en el numeral 4.3… De acuerdo a lo descrito al nivel de aceptación cuando se defina una estrategia que requiera plan de acción, este debe contener: Acción específica, Responsable, Fecha de implementación, Fecha de seguimiento, Indicador producto, se pueden implementar acciones que a futuro se conviertan en controles o acciones específicas que conlleven a la disminución de la probabilidad y/o impacto del riesgo.

De acuerdo lo anterior se puede observar la implementación de 17 planes de acción, según seguimiento realizado por la Oficina de control interno se evidenció lo siguiente:

Subproceso	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Producto final	OBSERVACIONES
Planeación	Creación e implementación de Plan de desarrollo y planes operativos anuales	Referente de Planeación	ago-24	Semestral	Plan de desarrollo aprobado y planes operativos anuales	Aportan documento contiene el Plan de Desarrollo 2024- 2027
Planeación	Documentar Manual de modelo integrado de planeación y gestión institucional	Referente de Planeación	1/07/2024	Semestral	Manual documentado y aprobado	No aportan evidencia
Planeación	Codificar formato base de datos producción 2193 de 2004	El Referente de sistema de información(sic	31/05/2024	Semestral	Formato codificado	Se crea formato CA-F-43 Estadística consolidada para reporte según decreto 2193
Gestión de calidad	Codificar formato base de datos producción 2193 de 2004	El Referente de sistema de información(sic	31/05/2024	Semestral	Formato codificado	Se crea formato CA-F-43 Estadística consolidada para reporte según decreto 2193
Seguridad y salud en el trabajo	Crear el programa de seguridad basada en el comportamiento, prueba piloto con UCI Adultos.	Líder SST	Julio a Noviembre de 2024	Semestral	Programa de seguridad basada en el comportamiento Indicadores de accidentalidad UCI Adultos.	No aportan evidencia
Seguridad y salud en el trabajo	Codificar, e implementar Tablero de zonificación	Profesional especializado de gestión ambiental	31/05/2024	Semestral	Formato codificado.	Se crea formato GA-F-49 Tablero de control de zonificación del riesgo gestión ambiental de fecha 26 de agosto de 2024.
Gestión ambiental	Codificar el formato inventario de gases refrigerantes	Profesional especializado de gestión ambiental	31/07/2024	Semestral	Formato codificado.	Se crea formato GA-F-50 inventario de gases refrigerantes de fecha 29 de agosto de 2024.
Talento humano	Definir metodología que permita evaluar la adherencia la código de integridad	Profesional encargado del código de integridad	Diciembre del 2024	Febrero del 2025	Documento aprobado	No aportan evidencia

Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	Actualizar el Procedimiento SIAU-PR-10 Evaluación de la Satisfacción del usuario	Coordinador Apoyo Servicios de Salud	Enero a diciembre	Semestral	Procedimiento Actualizado	A la fecha no se ha actualizado el procedimiento SIAU-PR-10 Evaluación de la Satisfacción del usuario
Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	Diseñar, e implementar formato para el seguimiento y trazabilidad a los tiempos de respuesta establecidos en la resolución 194 de 2018	Coordinador Apoyo Servicios de Salud	Enero a diciembre	Semestral	Matriz de seguimiento	No aportan evidencia 20
Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	Solicitar agendas adicionales de las especialidades consulta especializada de Endocrinología, Neurocirugía, Urología, Anestesia manejo del dolor, Neuropediatría, con el fin de disminuir la demanda insatisfecha	El Coordinador Apoyo de Servicios de Salud	Enero a diciembre	Semestral	Numero de agendas adicionales de las especialidades de consulta especializada de Endocrinología, Neurocirugía, Urología, Anestesia manejo del dolor, Neuropediatría,	Aportan evidencias de agendas adicionales
Atención ambulatoria	El Líder de PMC junto con la oficina de comercial realizan mesas de trabajo para revisión de acciones en caso de requerirse frente a las EPS	Líder de PMC Líder de comercial	Enero a diciembre	Trimestral	Acta de mesa de trabajo Plan de Trabajo en caso de requerirse	No aportan evidencia
Tecnologías de la información	Unificar los Formatos S-F-04 Mantenimiento preventivo de Hardware, S-F-05 Mantenimiento preventivo de Software	Técnico de TIC	Julio a Diciembre	Semestral	Formato aprobado	No aportan evidencia
Comunicaciones y medios	Actualizar procedimiento CO-PR-06 divulgación de información a través de comunicado de prensa incluyendo el formato CO-F-O7 Comunicado de prensa	líder de Comunicaciones	jul-24	Semestral	Procedimiento actualizado	Se actualiza procedimiento CO-PR-06 divulgación de información a través de comunicado de prensa, 31/05/2024
	Actualizar el Procedimiento CO -PR-01 Comunicados internos agregar en documentos soportes el formato CO-f-02 Solicitud de piezas comunicativas	líder de Comunicaciones	jul-24	Semestral	Procedimiento actualizado	PENDIENTE, última fecha actualización 13/02/2023 versión 5
Facturación	Codificar planilla de inconsistencias de ingresos de pacientes.	coordinador de facturación	1/07/2024	Semestral	formato codificado	Se crea formato F-F-23 PLANILLA DE CORRECCIONES DE INCONSISTENCIAS

Gestión comercial	Documentar procedimiento de contratación y venta de servicios de salud.	Coordinador de comercial y contratación de servicios de salud.	1/07/2024	Semestral	Procedimiento actualizado	Se crea procedimiento codificado con AC-PR-01 VENTA DE SERVICIOS DE SALUD A DIFERENTES CLIENTES

Fuente: Matriz mapa de riesgo de gestión 2024

Se recomienda ajustar el campo de fecha de seguimiento en los planes de acción, lo anterior teniendo en cuenta que no hay una fecha establecida sino un periodo (semestral, trimestral, mensual). REITERATIVO

Se concluye que de las 17 acciones propuestas, solo cumplen 10, quedando pendiente las acciones de los siguientes subprocesos: Planeación, seguridad y Salud en el trabajo, Talento humano, SIAU, Atención ambulatoria, tecnologías de la información, Comunicación y medios.

4.5 MATERIALIZACIÓN DE RIESGOS - REITERATIVOS

Teniendo en cuenta que existen diferentes fuentes de información que pueden evidenciar la materialización de los riesgos como: análisis de indicadores, resultados de auditorías internas y externas, informes de seguimiento y evaluación de los procesos, informes de quejas y reclamos entre otras. Producto del seguimiento realizado por la segunda y tercera línea se evidenció que se materializaron 3 riesgos, lo cual se describe a continuación:

• Teniendo en cuenta seguimiento a los riesgos se observa que el riesgo CA-RG-03 de "Posibilidad de no conformidades por la utilización de formatos desactualizados por falta de adherencia a la norma fundamental." se materializo asociado a la utilización de formatos que no son vigentes y/o formatos vigentes ajustados y/o modificados, en los subprocesos de gestión ambiental, docencia del servicio, gestión farmacéutica, gestión jurídica, auditoria, gestión de suministros y activos fijos, gestión de la tecnología biomédica, comunicaciones y medios, gestión de servicios de apoyo; en el servicio de tesorería se evidencio el cambio en un mes diferente al de la actualización y en el proceso de cartera es reiterativo el uso de formatos desactualizados.

• El riesgo IB-RG-01 "Posibilidad de presentarse Falla en los equipos biomédicos asociados a operación indebida" se materializó, pero el indicador 549 se encuentra por debajo de la meta, lo que indica reducción en los reportes de fallas de equipos asociados a la operación indebida, el control de capacitación constante, rondas en los servicios y atención oportuna a los reportes de novedades con los equipos, permitió que en segundos semestre el indicador obtuviera un valor de 7.08 con tres mantenimientos correctivos por manejo inadecuado.

• El riesgo GA-RG-05 "Posibilidad de contaminación acuática por disposición inadecuada de residuos líquidos al vertimiento" se materializo debido a que en los análisis realizados a los vertimientos por parte del laboratorio externo a la institución se evidencio valores por fuera de parámetros de los índices DBO y DQO, el proceso plantea la adquisición de una planta de

tratamiento de aguas residuales que permitiría manejo adecuado de los vertimientos antes de ser entregados a la red principal.

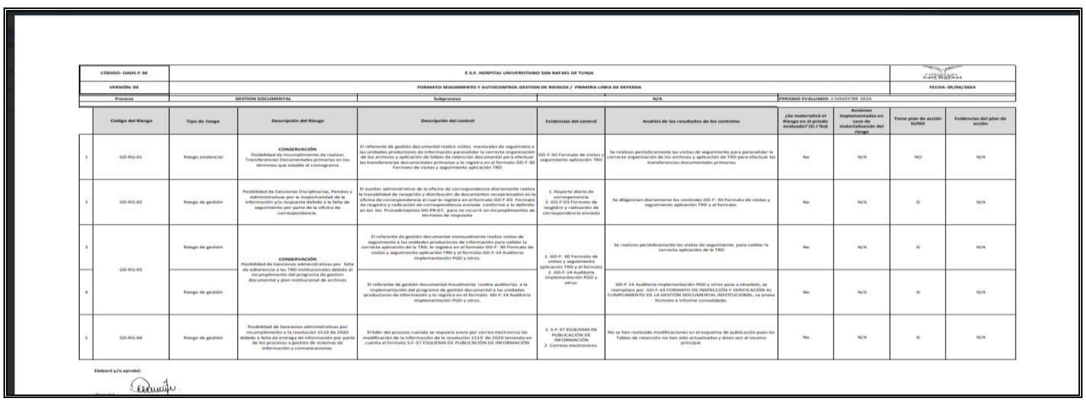
A continuación relaciono los riesgos materializados por la primera línea de defensa, por error en el diligenciamiento del formato establecido OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA

Gestión de calidad- CA-RG-02 "Posibilidad de sanciones debido al reporte extemporáneo de información legal a entes de inspección vigilancia y control frente, Resolución 256 de 2016, resolución 1552 de 2013, Decreto 2193 tabla de calidad, producción y resolución 1519 de 2020"

Seguridad y salud en el trabajo SST-RG-02 "Posibilidad de pérdidas económicas, materiales o humanas por la ocurrencia de accidentes de trabajo"

Gestión de contratación, C-RG-01 "Posibilidad de sanciones disciplinarias y fiscales debido al no reporte oportuno de rendición de contratos en las plataformas destinadas por los entes de control y seguimiento. (PROCURADURÍA, SECOP)"

En el caso de GESTIÓN DOCUMENTAL Indican que cuentan con plan de acción, pero en realidad no existe, como se observa en la siguiente imagen.



CÓDIGO: OADS-F-36 — E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

VERSIÓN: 03 — FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTION DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSA — FECHA: 05/06/2024

Proceso: GESTION DOCUMENTAL — Subproceso: N/A — PERIODO EVALUADO: II SEMESTRE 2024

	Código del Riesgo	Tipo de riesgo	Descripción del Riesgo	Descripción del control	Evidencias del control	Analisis de los resultados de los controles	¿Se materializó el Riesgo en el priodo evaluado? (Si / No)	Acciones implementadas en caso de materialización del riesgo	Tiene plan de acción SI/NO	Evidencias del plan de acción
1	GD-RG-01	Riesgo asistencial	CONSERVACIÓN Posibilidad de incumplimiento de realizar Transferencias Documentales primarias en los términos que estable el cronograma	El referente de gestión documental realiza visitas mensuales de seguimiento a las unidades productoras de información paravalidar la correcta organización de los archivos y aplicación de tablas de retención documental para efectuar las transferencias documentales primarias y lo registra en el formato GD-F-30 Formato de visitas y seguimiento aplicación TRD	GD-F-30 Formato de visitas y seguimiento aplicación TRD	Se realizan periódicamente las visitas de seguimiento para paravalidar la correcta organización de los archivos y aplicación de TRD para efectuar las transferencias documentales primarias	No	N/A	NO	N/A
2	GD-RG-02	Riesgo de gestión	Posibilidad de Sanciones Disciplinarias, Penales y Administrativas por la inoportunidad de la información y/o respuesta debido a la falta de seguimiento por parte de la oficina de correspondencia.	El auxiliar administrativo de la oficina de correspondencia diariamente realiza la trazabilidad de recepción y distribución de documentos recepcionados en la oficina de correspondencia el cual lo registra en el formato GD-F-03 Formato de registro y radicación de correspondencia enviada conforme a lo definido en los los Procedimientos GD-PR-07, para no incurrir en incumplimientos de términos de respuesta	1. Reporte diario de correspondencia 2. GD-F-03 Formato de resgistro y radicación de correspondencia enviada	Se diligencian diariamente los controles GD-F- 30 Formato de visitas y seguimiento aplicación TRD y el formato.	No	N/A	Si	N/A
3	GD-RG-03	Riesgo de gestión	CONSERVACIÓN Posibilidad de Sanciones administrativas por falta de adherencia a las TRD institucionales debido al incumplimiento del programa de gestion documental y plan institucional de archivos	El referente de gestión documental mensualmente realiza visitas de seguimiento a las unidades productoras de información para validar la correcta aplicación de la TRD, lo registra en el formato GD-F- 30 Formato de visitas y seguimiento aplicación TRD y el formato GD-F-14 Auditoria implementación PGD y otros.	1. GD-F- 30 Formato de visitas y seguimiento aplicación TRD y el formato 2. GD-F-14 Auditoria implementación PGD y otros	Se realizan periódicamente las visitas de seguimiento para validar la correcta aplicación de la TRD	No	N/A	Si	N/A
4		Riesgo de gestión		El referente de gestión documental Anualmente realiza auditorias a la implementación del programa de gestión documental a las unidades productoras de información y lo registra en el formato GD-F-14 Auditoria implementación PGD y otros.		GD-F-14 Auditoria implementación PGD y otros pasa a obsoleto, se reemplaza por GD-F-33 FORMATO DE INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL INSTITUCIONAL, se anexa formato e informe consolidado.	No	N/A	Si	N/A
5	GD-RG-04	Riesgo de gestión	Posibilidad de Sanciones administrativas por incumplimiento a la resolución 1519 de 2020 debido a falta de entrega de información por parte de los procesos a gestión de sistemas de información y comunicaciones.	El líder del proceso cuando se requiera envía por correo electronico las modificación de la información de la resolución 1519 de 2020 teniendo en cuenta el formato S-F-37 ESQUEMA DE PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN	1. S-F-37 ESQUEMA DE PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN 2. Correos electronicos	No se han realizado modificaciones en el esquema de publicación pues las Tablas de retención no han sido actualizadas y éstas son el insumo principal	No	N/A	Si	N/A

Elaboró y/o aprobó:

De acuerdo a lo anterior y según lo establecido en el programa de gestión del riesgo OADS-PG-02, se deben establecer las siguientes acciones por parte de la oficina de control interno y gestión del riesgo.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Convocar al comité institucional de coordinación de control interno e informar sobre los hechos detectados, desde donde se tomarán las decisiones para iniciar la investigación de los hechos
- Verificar que se tomaron las acciones y se actualizo el mapa de riesgos

GESTIÓN DE RIESGOS

- Realizar reporte de la materialización del riesgo
- Realizar seguimiento de a los riesgos materializados en la institución.

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 trimestral 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.

CONCLUSIONES

La evaluación específica para cada riesgo y controles se encuentra en la **Matriz de seguimiento "Evaluación del Mapa de riesgos – segundo semestre de 2024", 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 y fiscales se concluye lo siguiente:

- Producto de la actualización de los mapas de riesgos institucionales y fiscales, se identificaron 2 riesgos nuevos para un total de 114 riesgos de gestión y fiscales y 4 nuevos controles para un total de 170 controles.

- Los riesgos se clasifican en diferentes categorías de la siguiente manera: 99 riesgos operacionales, 1 riesgo de mercado de capitales, 1 riesgo actuarial, 9 riegos de crédito y 4 riesgos de liquidez

- Se tienen identificados 114 riesgos, de los cuales 107 el 94% son riesgos de gestión y 7 el 6% restante son riesgos fiscales.

- Los subprocesos realizaron el seguimiento por parte de la primera línea de defensa, de autocontrol con corte al segundo semestre del 2024, entregaron los soportes del FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA 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.

- De acuerdo a la severidad de la zona el riesgo inherente en la mayoría de riesgos se ubican en zona moderada (60), con porcentaje del (53%), 30 en zona Alta con un porcentaje del (26%), 15 en zona Alta con un porcentaje del (13%), 9 en zona Extrema con un porcentaje del (8%).

- 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: Los riesgos en zona extrema desaparecen, en zona Moderada, 66 riesgos con un porcentaje del (58%), zona alta 8 con un porcentaje de (7%) y en zona baja, 40 riesgos con un porcentaje del (35%).

- Se revaloró la evaluación del diseño y ejecución de los controles realizada por la segunda línea, arrojando el siguiente resultado; el 72% de los controles se pueden evaluar o caracterizar como Fuertes, un 23% se pueden evaluar o caracterizar como moderados, y el 1% se evaluó como débil, el 4% restantes no se evaluaron teniendo en cuenta que para el periodo no se requiero la implementación de los controles definidos, dicha calificación fue ajustada teniendo en cuenta que los procesos calificados como débiles por no adjuntar las evidencias suficientes o por utilizar formatos desactualizados pasaron de débiles a moderados.

- Producto del seguimiento realizado por la primera y segunda línea de defensa se evidencia que se materializaron 3 riesgos de gestión asociados a: "Posibilidad de no conformidades por la utilización de formatos desactualizados por falta de adherencia a la norma fundamental", "Posibilidad de presentarse Falla en los equipos biomédicos asociados a operación indebida" , "Posibilidad de contaminación acuática por disposición inadecuada de residuos líquidos al vertimiento"

  Es importante tener en cuenta que 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 trimestral 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.

- Se evidencio 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

- Se evidencia que la metodología establecida en la MATRIZ DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES, específicamente en la evaluación del diseño del control Numeral 3. Propósito (¿El control tiene un propósito que indique para qué se realiza? (verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar), afecta la calificación final del control, ya que se está dando una calificación a la tipología del control (correctivo, preventivo y/o detectivo), lo cual no es claro ya que la pregunta hace referencia al propósito del control.

- Se concluye que de las 17 acciones propuestas, solo cumplen 10, quedando pendiente las acciones de los siguientes subprocesos: Planeación, seguridad y Salud en el trabajo, Talento humano, SIAU, Atención ambulatoria, tecnologías de la información, Comunicación y medios

ALERTAS DE MEJORA

- Se eleva alertas a la línea estratégica respecto a la materialización en la actualidad de 3 riesgos, de igual manera se recomienda a la segunda línea, se apoye a los líderes de proceso en el replanteamiento de 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

- Se recomienda ajustar el campo de fecha de seguimiento en los planes de acción, lo anterior teniendo en cuenta que no hay una fecha establecida sino un periodo (semestral, trimestral, mensual).

- Se recomienda a la segunda línea de defensa (Gestión del riesgo), actualizar los mapas de riesgos de gestión y fiscales, 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 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. REITERATIVA

- 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.

- Se sugiere a la segunda línea de defensa revisar MATRIZ DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES, específicamente en la evaluación del diseño del control Numeral 3. Propósito

- Se reitera a los responsables y líderes de procesos que deben entender su compromiso con el proceso y la institución, garantizar que la información suministrada debe ser oportuna, sea la que corresponda, confiable y organizada.

- Se recomienda ajustar el control asociado al riesgo LB-RG-01 "Posibilidad de efecto dañoso sobre bienes por pérdida, extravío, hurto, robo o faltantes pertenecientes a la entidad, a causa de la omisión en la aplicación del procedimiento. SF-PR-29 inventario físico", teniendo en cuenta que el control no permite evidenciar el autocontrol ejercido por el proceso con el fin de evitar la pérdida o extravía hurto, robo o faltantes. Se sugiere la implementación de inventarios aleatorios previos al inventario semestral establecido en el procedimiento

- Se recomienda a los procesos que cuentan con controles asociados al riesgo CA-RG-02 "Posibilidad de sanciones debido al reporte extemporáneo de información legal a entes de inspección vigilancia y control frente, Resolución 256 de 2016, resolución 1552 de 2013, Decreto 2193 tabla de calidad, producción y resolución 1519 de 2020", aportar evidencias de cargue de reporte de información, tomado pantallazo que incluyan la fecha de envió.

- Se recomienda a la segunda línea de defensa, validar con los procesos que tienen asociado el control "El líder del proceso cuando se requiera envía por correo electrónico las modificación de la información de la resolución 1519 de 2020 teniendo en cuenta el formato S-F-37 ESQUEMA DE PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN", lo anterior fundamentado en la observación de los procesos de Gestión jurídica y Gestión de la contratación, los cuales indican que no reportan información que deba ser publicado en página web.

- Se recomienda verificar los controles asociados al riesgo SST-RG-03 "Posibilidad de pérdidas económicas o humanas por el desarrollo de enfermedad laboral de los trabajadores", lo anterior teniendo en cuenta que no describe a que procedimiento se encuentra asociado o mediante que formato realiza la actividad de control. REITERATIVO

- Se recomienda revisar el control "El profesional ambiental realiza trimestralmente Informe diagnóstico de servicios de adherencia critica el cual se presenta a POA" , asociado al riesgo "Posibilidad De Incumplimiento De Requisitos Legales Por Sanciones O Multas A Causa De Manejo Inadecuado De Residuos Peligrosos Hospitalarios", lo anterior teniendo en cuenta que esta actividad no se encuentra articulada en el POA vigente.

- Se recomienda verificar los controles asociados al riesgo UCI-RG-02 "Posibilidad de desviación en la prestación del servicio por la no actualización o ausencia de protocolos, guías, procedimientos, formatos, manuales", lo anterior teniendo en cuenta que los controles descritos no corresponden al proceso de Unidad de cuidados críticos.

- Se recomienda ajustar el control "El coordinador de almacén quien es responsable de entregar información a contabilidad, mensualmente envía por correo electrónico pantallazo de la interface, conforme a lo establecido en la Resolución interna 048 de 2022", lo anterior teniendo en cuenta que enuncia una resolución interna derogada, adicionalmente es importante incluir en el control el procedimiento AF-PR-46 flujo de información a contabilidad.

- Se recomienda verificar los controles asociado al proceso Gestión de contratación, los cuales describen la resolución 173 de 2021 donde se adopta Manual de contratación, esto teniendo en cuanta que esta resolución fue derogada

- Se sugiere verificar el control asociado al riesgo F-RG-04 "Posibilidad de pérdida de recursos económicos por errores en los registros de ingreso de pacientes", lo anterior teniendo en cuenta que el proceso de facturación reporta que no se está llevando el control debido a que se están realizando otras acciones para mitigar el riesgo, por lo que no se carga la evidencia estipulada en su momento, el proceso requiere de actualización para reajustar el control y soporte del riesgo.

- Se recomienda reasignar el siguiente control "El profesional del proceso de gestión de Talento Humano cuando se requiera, verifica que la carpeta contractual cuente con el formato TH-F-45, verificación requisitos hoja de vida y habilitación Posibilidad de pérdidas económicas o humanas por el desarrollo de enfermedad laboral de los trabajadores "al proceso de talento humano, lo anterior teniendo en cuenta que a la fecha está asignado al proceso de gestión contractual.

- Teniendo en cuenta que se presentaron varios errores en el diligenciamiento del FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSAS, ya que varios procesos materializaron riesgos, sin tener en cuenta las evidencias y/o soportes aportados que permitían evaluar la adecuada aplicación de los controles, se recomienda realizar campaña de socialización o capacitación relacionada con el diligenciamiento del mismo.

Hace parte integral de este informe, Anexo 1: **Matriz de seguimiento "Evaluación del Mapa de riesgos de gestión y fiscales – segundo semestre de 2024",** 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.

ORIGINAL FIRMADO
DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ
Asesora de Control Interno
ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Proyectó: Claudia S. Sáenz Jiménez
Profesional especializado I OACI