

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

1

INFORME

**SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y
SOBORNO (SICOFS) PRIMER CUATRIMESTRE 2025**

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, mayo de 2025



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

INFORME SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD FRAUDE Y SOBORNO PRIMER CUATRIMESTRE 2025

GENERALIDADES

2

Con fundamento en lo establecido Decreto 1081 de 2015 y la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas también regulan el seguimiento a la gestión de riesgos, incluyendo los riesgos de corrupción.

Que la resolución 1122 de 2024, establece en el **ARTÍCULO 4. Vigencia.** El presente Decreto rige a partir de su publicación y regula de manera integral lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública. En consecuencia, se derogan tácitamente las normas reglamentarias relacionadas con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano que sean incompatibles y, de forma expresa, los artículos 2.1.4.1, 2.1.4.2, 2.1.4.3, 2.1.4.4, 2.1.4.5, 2.1.4.6, 2.1.4.7, 2.1.4.8 y 2.1.4.9 del Decreto 1081 de 2015.

Para orientar la correcta identificación, análisis y evaluación del riesgo, la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta con la Política de Gestión de Riesgos Integral en la que se establecen lineamientos para la gestión de los mismos, incluidos los de corrupción, opacidad, fraude y soborno, adoptando la metodología de la Guía de administración de riesgo y el diseño de controles Versión 6.

Así las cosas, la Oficina de Control Interno, en desarrollo del rol de “Evaluación de la gestión del Riesgo” y en cumplimiento del artículo 2.1.4.6 del Decreto 124 de 2016 “*mecanismos de seguimiento al cumplimiento y monitoreo*”; presenta el Informe de seguimiento de mapas de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno SICOFS, – primer cuatrimestre de 2025, tomando como referente los parámetros normativos y metodológicos vigentes a la fecha del seguimiento:

- **Resolución 1122 de 2024** “Por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública”
- Decreto 1499 de 2017 Modelo Integral de Planeación y Gestión. 7ª. Dimensión Control Interno.
- Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

- Circular Externa No 202117000005-5 de 2021 en marco de SICOFS
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” Versión 6, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Acuerdo 020 de 2022, por medio del cual se adopta el subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude SICOFS de la E.S.E Hospital Universitario san Rafael de Tunja
- Programa de gestión del riesgo OADS-PG-02
- Formato OADS-F-41 MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN OPACIDAD Y FRAUDE (SICOFS)
- Acuerdo 007 de 2024 “Por medio del cual se actualiza 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

3

OBJETIVO

Evaluar la gestión de los Riesgos de Corrupción, Opacidad, fraude y soborno SICOFS, en cuanto a la aplicación de la metodología, cumplimiento de los controles establecidos, acciones de monitoreo, y administración del riesgo de corrupción de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, de acuerdo a las normas legales vigentes

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Revisar el adecuado diseño de los riesgos y controles identificados, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el programa de gestión del riesgo OADS-PG-02 y la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” Versión 6
2. Evaluar si los controles se están aplicando de manera oportuna, si se realizan de forma confiable y si la evidencia presentada es pertinente y cumple con la actividad de control.
3. Evaluar seguimiento realizado por la primera y segunda línea de defensa

ALCANCE

Con el presente informe se realiza seguimiento al mapa de riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno SICOFS para el periodo comprendido entre el 1 de enero y 30 de abril de 2025



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

METODOLOGÍA:

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

Las acciones adelantadas se refieren a:

4

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

Para esta evaluación y seguimiento la Coordinadora Gestión de riesgo integral la matriz de riesgos está dispuesta para consulta y seguimiento en el sistema de gestión integral Almera ingresando con el usuario asignado bien sea desde el mapa de procesos al proceso/subproceso específico para el cargue y consolidación de los informes y las evidencias que soportan los avances en la gestión del riesgo en cada una de los procesos, información compartida a esta Oficina y que junto con el Informe de seguimiento y monitoreo realizado por la segunda línea de defensa, se convierten en insumo para la generación del presente informe.

1. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

1.1 LINEAMIENTOS FRENTE A LA GESTIÓN DEL RIESGO- POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Mediante el Comité de gestión del riesgo integral realizado el 8 de mayo de 2025, se socializó la actualización de la Política de Gestión del riesgo integral, como compromiso de que esta sea presentada al equipo consultor para su verificación y ajustes necesarios dentro del proceso de acreditación, para su posterior presentación y aprobación por parte de la junta directiva.

Se realizaron ajustes pequeños de normatividad, se cambia manual por programa debido a que el Manual de riesgos migro y a la fecha se cuenta con un programa de gestión de riesgos, se realizan ajustes de programas y especificidades.



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

1.2 PUBLICACIÓN DEL MAPA DE RIESGO CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO SICOFS

El día 19 de mayo de 2025, se revisa la página web institucional, sección Nuestra entidad/Gestiona de calidad, y se evidencia que el MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO (SICOFS), fue publicado el 12 de mayo de 2025.

5



Fuente: Pantallazo Publicación página web

1.3 EVALUACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y VALORACIÓN

Gestión del riesgo acompañó y asesoró cada uno de los procesos en la elaboración de los mapas de riesgos, mediante la metodología establecida a través de la política de riesgos, se identificaron 40 riesgos, 1 menos que en el periodo anterior, asociados al proceso de Gestión financiera y el subproceso de Auditoría. El riesgo eliminado fue el "AF-RC-02 Posibilidad de pérdida recursos económicos de la entidad y/o investigaciones y sanciones disciplinarias por recibir sobornos por aceptación de glosa a favor de las entidades responsables de pago" este se elimina dado que al realizar el análisis se identifica que es el mismo riesgo de "AF-RS-03 Posibilidad de pérdida recursos económicos de la entidad y/o investigaciones y sanciones disciplinarias por recibir dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros por aceptación de glosas a favor de las entidades responsables de pago". En la siguiente tabla se describe los riesgos y controles identificados por proceso.



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Tabla 1. Numero de riesgos y controles

Proceso	Subproceso	RIESGOS	CONTROLES
Gestión de calidad	Calidad	1	2
Gestión de recursos físicos	ambiental	1	2
Talento humano	Seguridad y salud en el trabajo	1	2
Talento humano	Talento humano	5	6
Investigación	Investigación	1	1
Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	1	1
Atención ambulatoria	Atención ambulatoria	1	2
Quirófanos	Salas de Cirugía	1	2
Gestión farmacéutica	Gestión farmacéutica	3	4
Gestión jurídica	Gestión jurídica	1	1
Gestión financiera	Tesorería	3	3
Gestión financiera	Gestión financiera	1	1
Gestión de recursos físicos	Gestión de suministros y activos fijos	3	4
Gestión de contratación	Gestión de contratación	4	6
Gestión de la información	Gestión documental	1	2
Gestión de la información	Tecnologías de la información	3	5
Gestión de recursos físicos	Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento	2	5
Gestión financiera	Auditoría	1	1
Gestión financiera	Facturación	1	1
Gestión financiera	Cartera	3	3
Direccionamiento estratégico	Gestión comercial	1	1
Control interno	Control interno	1	2
TOTAL		40	57

Fuente: Propia consolidado Mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno

En la actualidad el mapa de riesgos SICOFS cuenta con un total de 40 riesgos, de los cuales 25 corresponden a corrupción, 3 de fraude, 4 de opacidad y 9 de soborno. Participación que se puede observar en la siguiente tabla y gráfica.

Tabla No 2 Riesgos por tipo

TIPO DE RIESGO	NUMERO	PORCENTAJE
CORRUPCIÓN	24	60%
FRAUDE	3	7%
OPACIDAD	4	10%
SOBORNO	9	23%
TOTAL	40	100%

Fuente: Propia consolidado Mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno



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



SC-CER906254



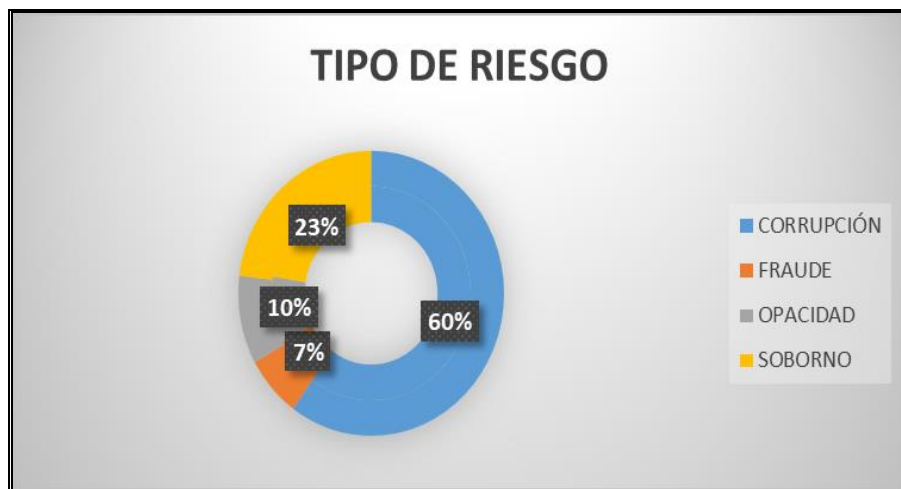
SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Grafica 1. Porcentaje participación por tipo



Fuente: Mapa de riesgos formato OADS-F-14

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

Tabla No 4 zona de riesgo inherente/residual

DESCRIPCIÓN	ZONA DE RIESGO INHERENTE				
	EXTREMA	ALTA	MODERADA	BAJA	TOTAL
RIESGOS CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO	2	28	10	0	40
	ZONA DE RIESGO RESIDUAL				
	0	20	20	0	40

Fuente: Propia consolidado Mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno

De los 40 riesgos SICOFS identificados, en zona inherente dos (2) riesgos se encuentran ubicados en zona extrema, veintiocho (28) en zona Alta, diez (10) en zona moderada y Mediante el establecimiento y valoración de controles, se evidencia una disminución de la zona Extrema y Alto a nivel 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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

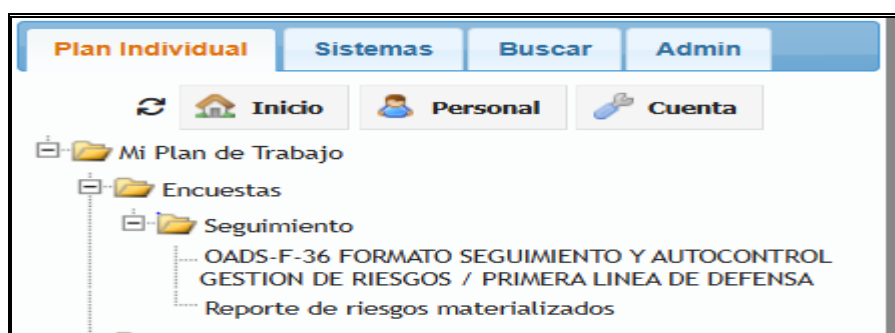
ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

1.4 SEGUIMIENTO EFECTUADO POR LA PARTE DE LA PRIMERA LÍNEA

En cuanto al seguimiento realizado por parte de la primera línea de defensa desde el rol del responsable del proceso (Autocontrol), según lo establecido en programa de gestión del riesgo OADS-PG-02 **Primera línea de defensa (Autocontrol)**: Durante la aplicación de las acciones de seguimiento cada líder de proceso debe mantener la traza o documentación respectiva de todas las actividades realizadas, para garantizar de forma razonable que dichos riesgos no se materializarán y por ende que los objetivos del proceso se cumplirán, mediante el formato OADS-F-36 Seguimiento y Autocontrol Gestión de Riesgos / Primera Línea de Defensa.

8

Para este seguimiento y por directriz de gestión de riesgo los líderes o dueños de proceso debían diligenciar en el sistema de gestión documental de Almera formato OADS-F-36 Seguimiento y Autocontrol Gestión de Riesgos, y no en el formato como tal, como se observa en la siguiente imagen.



Fuente: pantallazo Seguimiento SGD ALMERA

La Oficina asesora de control interno verifico, que los sub procesos diligencien el formato y lo firmen, como resultado de este seguimiento se evidencio que 23 sub procesos diligenciaron el formato, pero al compararlo con lo documentado al interior no se evidencia análisis por parte del líder de la aplicación de las acciones de seguimiento




Fuente: pantallazos ALMERA



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

1.5 SEGUIMIENTO EFECTUADO POR LA SEGUNDA LÍNEA- GESTIÓN DEL RIESGO

La Segunda línea de defensa es: La Encargada de asegurar el adecuado diseño de los controles para la mitigación de los riesgos establecidos por la primera línea de defensa y su correcta aplicabilidad, validando que estos estén aportando al reducción o mitigación del riesgo, determinando las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de los mismos a fin de evitar que se materialicen. Realiza informe de seguimiento y monitoreo tomando como base Soportes cargados en el módulo de RIESGOS SICOFS 2025.

9

Gestión de riesgo desde el rol de la Segunda Línea de Defensa realizó informe "Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno primer cuatrimestre 2025. El cual se radicó en la oficina de control interno 12 de mayo de 2025 cuyo objetivo fue: Realizar seguimiento y monitoreo a los riesgos y verificación de la aplicación de los controles propuestos en el mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno SICOFS código OADS-F-14 de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael Tunja.

La segunda línea de defensa realizó las siguientes actividades para dar cumplimiento al seguimiento:

- A través de Circular No 202511000000395 desde Gerencia se generó y socializó cronograma de trabajo a fin de iniciar mesas de trabajo con los procesos para dar llevar a cabo la revisión y actualización de los riesgos de SICOFS.
- A través de correo electrónico se solicitó a la primera línea de defensa el cargue de las evidencias en el sistema de gestión integral Almera, 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 02 de mayo del 2025.
- Mediante correo electrónico se socializó documento paso a paso para el ingreso al sistema de gestión integral Almera, así mismo una guía para el cargue de soportes de evidencias de los controles formato OADS-F-36 de seguimiento y autocontrol gestión de riesgos/primera línea de defensa y se realizó acompañamiento desde la segunda línea de defensa en el cargue de información respectiva.
- Aplicación del formato OADS-F-41 Matriz de monitoreo y seguimiento de los riesgos para evaluar el diseño de los controles de cada uno de los riesgos objeto de seguimiento.
- Revisión y verificación de la información reportada por cada uno de los procesos y/o subprocesos vs comparación con lo registrado en el sistema de gestión integral Almera.
- Se reiteró correo electrónico dirigido a todos los procesos mediante el cual se conminaba a surtir el proceso de cargue de soportes de evidencia de la aplicación del control.



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



8-7405030



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



- Se llevó acompañamiento a los líderes del proceso a fin de absolver dudas, verificar el recibido del correo y de orientarlos en el cargue de los soportes en el sistema sistema de gestión integral Almera.

Como resultado seguimiento realizado por la segunda línea se concluyó lo siguiente:

Después de realizar la evaluación de los controles los cuales se podía evaluar se tiene que el 95% de los controles son fuertes, el 3% restante no se puede evaluar en el periodo teniendo en cuenta seguimientos brindados por la primera línea, por lo tanto, de los controles evaluados el 100% son fuertes., como se puede observar en la siguiente tabla

10

Tabla No 5 calificación final del Control

CALIFICACIÓN FINAL DEL CONTROL	No. Controles	Porcentaje (%)
FUERTE	55	97%
MODERADO	0	0%
DEBIL	0	0%
N/A	3	3%

Fuente. Informe monitoreo segunda línea primer cuatrimestre 2025

De acuerdo con lo anterior, se observa que la segunda línea de defensa, cumplió con las responsabilidades mencionadas en Programa de gestión de riesgo OADS-PG-02: "Realiza informe de seguimiento y monitoreo tomando como base el formato OADS-F-36 y soportes cargados en la ruta dispuesta para el cargue de información respectiva".

1.6 RESULTADO DE LA EVALUACIÓN REALIZADA POR LA TERCERA LÍNEA DEFENSA A LOS RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO –SICOFS

Tercera línea de defensa: Realizar informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo en donde evalúa de manera independiente y objetiva los controles de 2ª línea de defensa, evalúa los controles de 1ª línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2ª línea de defensa, para asegurar su efectividad y revisar la efectividad de los controles, planes de mejora y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos de la institución para evitar la materialización de estos; y eleva alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgos.

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



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

cuatrimestre 2025. En este aparte se registraron las conclusiones del análisis metodológico del diseño del riesgo y del control, se realizan comentarios acerca de la materialización u ocurrencia del riesgo y se hacen alertas de mejora con el fin de mejorar el proceso de administración del riesgo de corrupción y la aplicación de la metodología dispuesta por el DAFP. **Archivo que se anexa a este informe.**

Esta verificación se realizó con base en las evidencias cargadas por los procesos el módulo de riesgos del ALMERA, algunas fueron tomadas página web institucional del HUSRT y otras fueron allegadas a la oficina de control interno.

11

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

Tabla No 6. OBSERVACIONES CONTROL INTERNO PRIMER CUATRIMESTRE 2025

Identificación de riesgo			Evaluación del riesgo - Valoración de los controles		OBSERVACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO PRIMER CUATRIMESTRE
Subproceso	Código del Riesgo	Riesgo	No. Contro	Descripción del Control	
Gestión de calidad	CA-RC-01	Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por favorecimiento a un tercero en la emisión de conceptos técnicos en la contratación asociada al proceso	1	El líder del proceso según necesidad emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2014 en donde están los requisitos, mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública y/o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios	*Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el responsable del control adjunta C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios, *(3) del formato C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión de calidad			2	El líder del proceso según la necesidad basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el concepto técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2014	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el responsable del control, adjunta formatos: * Evaluación técnica definitiva C-F-31 del periodo evaluado *Propuestas del periodo evaluado. Se recomienda ajustar el control teniendo en cuenta que la actualización del manual de contratación se realizó por medio de la resolución 376 de 2024, no por acuerdo 014 de 2024



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



8-7405030



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



ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

				Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión ambiental	GA-RC-01	Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por favorecimiento a un tercero en la emisión de conceptos técnicos en la contratación asociada al proceso	1	El líder del proceso según necesidad emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 de 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2014 en donde están los requisitos, mediante el formato C-F-51 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública y/o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el responsable del control adjunta el formato C-F-27 "Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios", correspondiente al formato C-F-51 "Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa o convocatoria pública". Esto permite evidenciar que, según la necesidad, el líder del proceso emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad conforme al tipo de contratación requerido. Se recomienda ajustar el control, teniendo en cuenta que el Manual de Contratación fue actualizado mediante la Resolución 376 de 2024, y no por el Acuerdo 014 de 2014.
Gestión ambiental			2	El líder del proceso según la necesidad basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el concepto técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No. 014 de 2014 Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el responsable del control adjunta 1 Evaluación técnica definitiva C-F-31 del periodo evaluado, aportan 3, Propuestas Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024, no por el acuerdo 014 de 2014 Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Seguridad y salud en el trabajo	SST-RC-01	Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por favorecimiento a un tercero en la emisión de conceptos técnicos en la contratación asociada al proceso	1	El líder del proceso según necesidad emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 de 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2014 en donde están los requisitos, mediante el formato C-F-51 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública y/o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el responsable del control adjunta formato C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios (2) * C-F-51 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública.(2) Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024 , no por el acuerdo 014 de 2014 Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Seguridad y salud en el trabajo			2	El líder del proceso según la necesidad basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el concepto técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2014	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el responsable del control, adjunta. Evaluación técnica definitiva C-F-31 (3), Propuestas (3) Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024, no por el acuerdo 014 de 2014 Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Talento humano	TH-RC-01	Posibilidad de investigaciones de los organismos de control, disciplinarias y sanciones pecuniarias por favorecer a un aspirante en el acceso a un cargo sin el lleno de requisitos legales (personal de planta, CPS, empresa temporal y tercerizados asistenciales)	1	La profesional de nómina y/o los profesionales delegados previo a la vinculación del personal revisan hojas de vida, cumplimiento de requisitos para la selección y vinculación del personal por medio del formato TH-F-45 Verificación requisitos de hoja de vida y habilitación el cual se formaliza a través de firma una vez cumpla con los requisitos allí definidos de acuerdo a lo establecido en el TH-PR-08 Procedimiento selección, ingreso y promoción de personal, TH-PR-05 procedimiento de verificación, manejo y control y custodia de historias laborales y el TH-PR-42 Procedimiento de selección de personal en misión.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso anexo como evidencia: muestra formatos TH-F-45 Verificación requisitos de hoja de vida y habilitación, Hojas de vida personal vinculado. Anexo Técnico personal en misión. TH-F-75 Base de datos para el registro de personal nuevo relación de personal contratado dentro del periodo en que se realiza el seguimiento: modalidad prestación de servicios (17) personal en misión (155), planta (2) soportes que permiten evidenciar que el profesional de nómina verificó, cumplimiento de los requisitos.



				Se recomienda ajustar el control teniendo en cuenta que el procedimiento TH-PR-05 procedimiento de verificación, manejo y control y custodia de historias laborales, no aplica para la selección de personal contratista que es el (TH-PR-47 validación hojas de vida contratistas)
				Se evidencia que la aplicación del control es efectiva, sin embargo se recomienda ajustar los documentos soporte, ya que no se encuentran acorde con el diseño del mismo.
Talento humano	TH-RO-01	Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por favorecimiento a un tercero en la emisión de conceptos técnicos en la contratación asociada a lo relacionado con capacitación, bienestar, uniformes y otros elementos, contratación con empresas de suministro de personal.	1	El líder del proceso según necesidad emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2014 en donde están los requisitos, mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad , requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública y/o C-F-51 Estudio previo de conveniencia y oportunidad (suministro de uniformes) Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024 , no por el acuerdo 014 de 2014 Se evidencia que la aplicación del control es efectiva, sin embargo se recomienda ajustar los documentos soporte, ya que no se encuentran acorde con el diseño del mismo.
Talento humano			2	El líder de talento humano Según la necesidad basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el concepto técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica definitiva, y en caso de las contrataciones directas se acompaña del formato C-F-27 Estudio de conveniencia y oportunidad - Prestación de servicios Con corte al primer cuatrimestre de 2025, C-F-31 Evaluación técnica definitivo (1) C-F-27 Estudio de conveniencia y oportunidad - Prestación de servicios no aplica fue contratación por convocatoria pública Se evidencia que la aplicación del control es efectiva, sin embargo, se recomienda ajustar los documentos soporte, ya que no se encuentran acorde con el diseño del mismo.
Talento humano	TH-RC-02	Posibilidad de tráfico de influencias conflicto de intereses	1	El profesional de apoyo de talento humano aplica el instructivo TH-INS-01 de conflicto de interés para la vinculación de personal previo a la contratación. A través de los formatos THF-67 Declaración de situaciones de conflicto de intereses servidor público o Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el responsable del control informa que el personal de planta no aplica el diligenciamiento del formato TH-F-67, formato TH-F-92 en el primer cuatrimestre del 2025



		(amistad o enemistad, persona influyente) en el proceso de vinculación de personal para favorecer un tercero		contratista, TH-F-92 Formato de declaración de intereses particulares del personal en misión	no se ha reportado ningún caso del personal en proceso de selección en misión para dar uso del formato Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Talento humano	TH-RC-03	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias por autorización de retiro parcial de cesantías sin el lleno de los requisitos previstos por ley para favorecer un tercero	1	El profesional universitario de talento humano una vez se requiere el retiro de las cesantías por parte del personal, recepción la solicitud de cesantías y verifica el cumplimiento de los requisitos, realiza visita de verificación, tramita legalización de los documentos para el pago de cesantías de acuerdo a lo descrito en TH-PR-50 procedimiento de liquidación y pago cesantía parcial LEY 50 y el TH-PR-51 procedimiento de liquidación y pago de cesantía parcial retroactivas	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el responsable del proceso, adjunta como evidencia: Solicitud de cesantías, Certificado de cumplimiento de requisitos, autorización de pago de cesantías, Oficio autorización de pago de cesantías, Certificado de cumplimiento de requisitos, Registro fotográfico de visita de reconocimiento, documentos de personal de planta (1) lo cual permite observar la adecuada aplicación del control en el periodo evaluado. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Talento humano	TH-RC-04	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias por celebrar contrato sin la verificación de títulos académicos del personal asistencial en misión, CPS, administrativos y de planta de la institución	1	El profesional de talento humano una vez se radique la solicitud al correo electrónico realiza seguimiento a las mismas a través de TH-F-88 Matriz de seguimiento de requisitos de formación continua del estándar de talento humano- personal en misión de acuerdo a lo descrito en el procedimiento TH-PR-53 verificación de títulos.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el responsable del proceso, adjunta como evidencia bases de datos de verificación de títulos y muestras de solicitudes de verificación y respuestas de las mismas, sin embargo, se aclara que esta verificación se debe realizar en el formato TH-F-88. Matriz de seguimiento de requisitos de formación continua del estándar de talento humano- personal en misión, Adjuntan también formato TH-F-90 MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE REQUISITOS DE FORMACIÓN CONTINUA DEL ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO- PERSONAL DE PLANTA Se recomienda ajustar el control y el soportes incluyendo el formato (TH-F-90 matriz de seguimiento personal de planta) el cual hace parte del procedimiento TH-PR-53 verificación de títulos y es aportado con evidencia por el proceso



					Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Investigación	INV-RO-01	Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por concentración de poder que puede generar prácticas no éticas o de conflictos de interés en investigaciones desarrolladas en el HUSRT para beneficio de un tercero	1	El comité de ética en investigación realiza análisis, aprobación y seguimiento de las investigaciones de la ESE HUSRT anualmente cuando se traten de proyectos que tengan una duración de un año y para los proyectos con duración inferior se realizará el seguimiento al 50% del cronograma propuesto en el proyecto. A través de los siguientes formatos: Actas de comité de ética en investigación. GAC-F-04 Consentimiento informado comité de ética en investigación GAC-F-05 Carta de compromiso del comité de ética en investigación GAC-F-06 Formato de evaluación y seguimiento de investigaciones. GAC-F-4 Resumen de investigación	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta información por mes de los siguientes formatos: Actas de comité de investigación y bioética (enero, febrero, marzo y abril de 2025), no se evidencia firmas de asistentes enero, febrero y abril, (3) Formato GAC-F-04 Consentimiento informado comité de bioética, formato que se encontraba en versión 3 y fue actualizado a versión 4 el 27/02/2025, (4) formatos GAC-F-05 Carta de compromiso del comité de bioética e investigación adjuntan formato, (4) formatos GAC-F-6 Formato de evaluación y seguimiento de evaluaciones, (4) GAC-F-14 Resumen de investigación, la mayoría de las evidencias se encuentran sin firmas Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, no están diligenciados completamente (sin firmas) se recomienda permanentemente revisar y fortalecer el control para evitar la materialización del mismo.
Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	SIAU-RS-01	Posibilidad de investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias por recibir cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros por omitir la gestión de PQR y reclamos realizados por alguna parte interesada	1	El coordinador y el técnico de SIAU una vez se reciben la manifestaciones realiza la clasificación, consolidación de la información en los formatos SIAU-F-13 Matriz de seguimiento de quejas y reclamos y SIAU-F-18 Matriz de consolidación de subgerencias por servicio y por factor de calidad, la incluye en informe mensual de petición, quejas y reclamos que se presenta a gerencia y tramitan cumpliendo con los tiempos de respuesta señalados en la Resolución 194 de 2018 vigente, de acuerdo a lo descrito en el procedimiento SIAU-PR-02 Tramité y respuesta a manifestaciones de inconformidad. El informe es publicado en la página web del hospital en el link de atención y servicios a la ciudadanía petición quejas y reclamos informe.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta los siguientes formatos: Formatos SIAU-F-13 MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMOS, SIAU-F-18 "MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN DE SUGERENCIAS POR SERVICIO Y POR FACTOR DE CALIDAD", del periodo evaluado, lo cual permite evidenciar que una vez se reciben la manifestaciones se realiza la adecuada clasificación, a su vez aportan Informe mensual de petición, quejas y reclamos Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.



Atención ambulatoria	CE-RC-01	Posibilidad de afectación del servicio por favorecimiento a terceros en la evaluación técnica final en la contratación que conlleven a investigaciones y sanciones disciplinarias	1	El líder del proceso según necesidad emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2024 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública. y/o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunto: (1) formato C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad (material médico quirúrgico) , no se presentó contratación por subasta inversa, o convocatoria pública. Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024, no por el acuerdo 014 de 2014 Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo, sin embargo, se sugiere actualizar el control de acuerdo a las observaciones de la OACI
Atención ambulatoria			2	El líder del proceso según la necesidad basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el concepto técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2014	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunto: (4) formato C-F-31 Evaluación Técnica definitiva del periodo evaluado, con sus respectivas propuestas. Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Salas de Cirugía	QX-RC-01	Posibilidad de afectación del servicio, investigaciones y sanciones disciplinarias debido al favorecimiento a terceros mediante la emisión de la evaluación técnica final en la contratación	1	El líder del proceso según necesidad emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2024 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública. y/o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta: (2) formatos C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios Grupo Ava latzel y pediátrica EMC, como evidencia de que el responsable del control emite dicho documento. Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024 , no por el acuerdo 014 de 2014 Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo, sin embargo se sugiere actualizar el control de acuerdo a las observaciones de la OACI



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Salas de Cirugía			2	El líder del proceso según la necesidad basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el concepto técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2014	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta (2) formato C-F-31 Evaluación Técnica definitiva del periodo evaluado PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA CONTINUAR CON LA FASE DE PREPARACIÓN ACREDITACIÓN, SERVICIOS DE GESTIÓN EXTERNA DE RESIDUOS con sus respectivas especificaciones técnica y propuestas , como evidencia de que el responsable del control según necesidad, basada en los requisitos contractuales y especificaciones técnicas emite el Concepto Técnico Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Gestión farmacéutica	SF-RC-01	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias o detrimento patrimonial debido al favorecimiento a terceros mediante la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos	1	El director técnico de farmacia según necesidad analiza la viabilidad de la necesidad de adquisición de medicamentos y dispositivos y emite el requerimiento de acuerdo al tipo de contratación según lo establecido en el Procedimiento selección y adquisición de medicamentos y dispositivos médicos SF-PR-23 mediante el formato C-F-28, Y C-F-51 estudio previo de conveniencia y oportunidad (convocatorias) C-F-31 Evaluación técnica definitiva, C-F-32 evaluación técnica preliminar.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta, Relación contratos de enero a abril de 2025 (28), formatos C-F-27 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD PARA CONTRATACIÓN DIRECTA, y (28) formatos C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva diligenciados del periodo evaluado, sin embargo se observa que el control describe el formato C-F-28 pero no adjuntan evidencias ,ni observación relacionada Se recomienda ajustar control y soportes del control incluyendo el formato C-F-27 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD PARA CONTRATACIÓN DIRECTA - REITERATIVO Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo, sin embargo se sugiere actualizar el control y los soportes de acuerdo al desarrollo de la actividad de control



Gestión farmacéutica	SF-RF-01	Posibilidad de investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias y afectación económica por hurto o pérdida de medicamentos y dispositivos médicos con alto valor comercial en el servicio farmacéutico derivados de falta de principios y valores institucionales del personal del servicio farmacéutico.	1	Los regentes y tecnólogos administrativos cotejan los inventarios aleatorios mensualmente a través del formato SF-F-58 Control de lotes y fechas de vencimiento con el fin de garantizar que las existencias físicas sean concordantes con el saldo reportado por el sistema (SERVINTE)	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunto, formatos SF-F-58 "Control de inventarios y fechas de vencimiento diligenciados del periodo evaluado, lo cual permite observar que los regentes y tecnólogos administrativos realizan los inventarios aleatorios según lo describe el control Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Gestión farmacéutica	SF-RF-02	Posibilidad de investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias y afectación económica por hurto o pérdida de medicamentos y dispositivos médicos del carro de paro derivados de falta de principios y valores institucionales del personal responsable	1	La enfermera jefe durante la primera semana de cada mes verifica el estado actual de los medicamentos, dispositivos médicos (fecha de vencimiento, lote, y cantidad), la cual queda registrada en el formato SF-F-36 Inventario de carro de paro y SF-F-38 Listado de reserva autorizada de medicamentos y dispositivos médicos para servicios, teniendo en cuenta el procedimiento SF-PR-61 Custodia, verificación, uso y reposición del carro de paro y reservas autorizadas con el fin de verificar el estado actual y uso de los medicamentos y dispositivos médicos.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta una muestra de los siguientes soportes: 24 formatos SF-F-36 "Inventario de Carro de Paro". En cuanto al formato SF-F-38 "Listado de Reserva Autorizada de Medicamentos y Dispositivos Médicos", se observa que los soportes adjuntos corresponden a una versión anterior (versión 0), mientras que actualmente se encuentra vigente la versión 5 Se evidencia que el proceso aplica el control, pero no de manera adecuada, ya que no utilizan formato desactualizados
Gestión farmacéutica			2	El químico farmacéutico realiza auditorías de carro de paro trimestralmente por medio del formato SF-F-59 Auditoria carros de paro de acuerdo a lo descrito en el procedimiento SF-PR-61 custodia, verificación, uso y reposición del carro de paro y reservas autorizadas.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunto, Formatos SF-F-59 Auditoria de carros de paro diligenciados y como evidencia de que el químico farmacéutico realiza auditorías de carro de paro trimestralmente Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo, sin embargo, se sugiere actualizar el control y los soportes de acuerdo al desarrollo de la actividad de control



Gestión jurídica	O AJ-RC-01	Posibilidad de providencias en contra de la institución, por ineffectivo seguimiento a procesos judiciales o favorecimiento a la parte demandante al ejercer una defensa judicial	1	Los abogados del proceso de gestión jurídica realizan seguimiento mensual a los procesos judiciales frente a términos para defensa técnica y a la trazabilidad de los mismos conforme a lo establecido en el OAJ-PR-05 Procedimiento procesos administrativos mediante OAJ-F-18 Matriz general de proceso y se elabora informe trimestral al comité de conciliación por parte de la secretaria técnica.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta los siguientes formatos: Matriz general de procesos OAJ-F-18 del periodo evaluado, adjuntan Informe trimestral al Comité de Conciliación realizado en el mes de diciembre de 2024. Sin embargo al verificar el procedimiento OAJ-PR-05 PROCESOS ADMINISTRATIVOS, no se encuentra articulado el formato OAJ-F-18 Matriz General de procesos, documento que permite evidenciar la aplicación del control, Se recomienda actualizar el procedimiento en mención. REITERATIVO Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo, sin embargo, se recomienda incluir los documentos soporte de la aplicación del control en el procedimiento establecido.
Tesorería	AF-RC-01	Posibilidad de sanciones de los entes de inspección vigilancia y control por la exclusión del giro a proveedores y contratistas para presionar y obtener algún beneficio personal.	1	El tesorero mensualmente aplica lo establecido en el AF-PR-36 Procedimiento liquidación y Giro de Cuentas a fin de realizar la priorización de pagos, conforme a la llegada de las facturas y a los plazos de pago y realiza informe de seguimiento plan financiero de cuentas por pagar. Resolución 048 de 2021	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el responsable del control aporte Informe seguimiento cuentas por pagar del periodo evaluado, como soportes de la ejecución del control, en donde se evidencia que se realiza seguimiento a la antigüedad de cuentas por pagar al mes de abril de 2025 y se priorizan los pagos del más antiguo al más actual razón por la que en enero ya no existen saldos por pagar. El control menciona la resolución 048 de 2021 la cual fue derogada por la res 405 de 2024, se recomienda actualizar el control. Se evidencia que el control es efectivo, le apunta al riesgo y está funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.



Gestión financiera	AF-RO-01	Posibilidad de investigaciones, sanciones administrativas y disciplinarias por presentar información contable y financiera no fidedigna por falencia en la calidad de información y para beneficiar un tercero	1	La contadora del HUSRT mensualmente valida la generación de interfaces del sistema de información SERVINTe de los procesos responsables teniendo en cuenta lo descrito en la resolución vigente que los registros sean individuales y que se encuentren soportados en un documento fuente	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta validación de las interfaces de los procesos en donde se observan frecuentes inoportunidades en las interfaces, adjunta además enlace de publicación de estados financieros de enero, febrero y marzo de 2025. Se evidencia que el control es efectivo, le apunta al riesgo y está funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control y tomar las medidas respectivas para los procesos que presenten inoportunidad.
Tesorería	AF-RS-01	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias y económicas por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para agilizar o demorar el pago.	1	El profesional de tesorería y/o el tecnólogo administrativo una vez se radica la cuenta validan que estas cumplan con los requisitos establecidos en el AF-PR-44 procedimiento Tramite de cuentas, según sea el caso se diligencia el formato AF-F-24 Constancia de radicación de cuentas de cobro y facturas de contratos de prestación de servicios para contratos por prestación de servicios y/o el formato AF-F-25 Constancia de radicación de cuentas de cobro de suministros y proveedores de servicios.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta 9 formatos AF-F-25 de Constancia de radicación de cuentas de cobro de suministros y proveedores de servicios del primer cuatrimestre de 2025 y Presentan 29 Constancias de radicación de cuentas de cobro y facturas de contratos de prestación de servicios formato AF-F-24. La versión del formato AF-F-24 V3, no coincide con la fecha de versión de la última actualización. Adicionalmente el Formato AF-F-25 se encuentra diligenciado en versión desactualizada. Se evidencia que el proceso aplica el control, pero no de manera adecuada, ya que no se utilizan los formatos en la versión y fecha aprobados para el cuatrimestre.
Tesorería	AF-RS-02	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias y económicas por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para efectuar un doble pago al mismo contratista.	1	El profesional de tesorería y/o el tecnólogo administrativo una vez se radica la cuenta validan que estas cumplan con los requisitos establecidos en el AF-PR-44 procedimiento Tramite de cuentas, según sea el caso se diligencia el formato AF-F-24 Constancia de radicación de cuentas de cobro y facturas de contratos de prestación de servicios para contratos por prestación de servicios y/o el formato AF-F-25 Constancia de radicación de cuentas de cobro de suministros y proveedores de servicios.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta 9 formatos AF-F-25 de Constancia de radicación de cuentas de cobro de suministros y proveedores de servicios del primer cuatrimestre de 2025 y Presentan 29 Constancias de radicación de cuentas de cobro y facturas de contratos de prestación de servicios formato AF-F-24. La versión del formato AF-F-24 V3, no coincide con la fecha de versión de la última actualización. Adicionalmente el Formato AF-F-25 se encuentra diligenciado en versión desactualizada.



					Se evidencia que el proceso aplica el control, pero no de manera adecuada, ya que no se utilizan los formatos en la versión y fecha aprobados para el cuatrimestre.
Gestión de suministros y activos fijos	A-RC-01	Posibilidad de incumplimiento de necesidades de la entidad debido al favorecimiento por la aceptación de bienes e insumos que no cumplan lo establecido contractualmente.	1	El líder de gestión de suministros y activos fijos según la necesidad verifica el cumplimiento contractual frente a las especificaciones técnicas de los bienes e insumos a ingresar, genera informe mensual de ingreso y egresos a contabilidad según lo establecido en el procedimiento A-PR-01 Ingreso de Mercancías a través de facturas y certificaciones de recibido a satisfacción	Con corte al primer cuatrimestre de 2025: El líder de almacén presenta evidencias en cumplimiento del procedimiento A-PR-01 Ingreso de Mercancías a través de facturas y certificaciones de recibido a satisfacción (Factura (5), comprobantes de egreso (3) Certificación de recibido a satisfacción, informe mensual de ingreso y egresos a contabilidad lo que permite corroborar que hay coincidencia entre la certificación de recibido a satisfacción, la factura y el comprobante de ingreso) Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión de suministros y activos fijos	A-RC-02	Posible detrimento patrimonial por uso indebido de los bienes de consumo en favorecimiento un tercero.	1	El técnico administrativo de gestión de suministros y activos fijos encargado del módulo de activos del sistema de información servinte recibe las solicitudes de los procesos por sistema y/o por medio del A-F-01 Formato de solicitud de insumos - Almacén , genera la salida de almacén a través del comprobante de egreso, el cual es analizado y aprobado por el coordinador de gestión de suministros y activos fijos, el comprobante se entrega a los técnicos encargados de llevar el suministro a cada área de acuerdo a lo descrito en el A-PR-15 Procedimiento de solicitud insumos.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el técnico administrativo del almacén adjunta los siguientes soportes: Muestra Solicitud de pedido de insumos de consumo realizado por SERVINTe, Comprobante de egreso Servinte/ módulo de activos Solicitud de pedido de insumos de consumo realizado por SERVINTe, Comprobante de egreso Servinte/ módulo de activos del periodo evaluado lo cual permite observar la adecuada aplicación del control. Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.



Gestión de contratación	C-RC-01	Etapas de Selección: Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias, penales y fiscales debido a la vulneración a principios de la contratación pública a favor de un tercero en la selección del contratista	1 El coordinador de contratación según necesidad da aplicación a lo descrito en resolución vigente (res.376 del 2024) donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2024, según cada modalidad de selección contractual, frente a los requisitos allí señalados para la selección de contratistas.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, El responsable del control adjunta: 1. Excel matriz procesos contractuales del primer cuatrimestre de 2025 2. Links de publicación en el SECOP 3. Evaluación del contratista 4. Respuesta a observaciones 5. Acta de cierre del proceso 6. Propuesta oferente 7. Estudios previos y demás soportes asociados a la etapa precontractual. 8. C-F-31 Evaluación técnica Definitiva 9. C-F-29 informe evaluación jurídica definitiva Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024 , no por el acuerdo 014 de 2014 Se evidencia la adecuada aplicación del control, teniendo en cuenta que el coordinador de contratación según modalidad de selección contractual, frente a los requisitos para la selección de contratistas adjunta los soportes establecidos Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión de contratación			2 La secretaria técnica del comité de contratación según necesidad, para el caso de convocatoria pública, documenta a través de actas, el estudio del proceso y la selección del contratista.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el responsable del control adjunta los siguientes soportes de la ejecución del control: (7) Actas de comité de contratación realizadas en el periodo evaluado lo que permite evidenciar que la secretaria técnica del comité de contratación según necesidad, para el caso de convocatoria pública, documenta a través de actas. Se recomienda verificar que las actas cuenten con la totalidad de las firmas (Acta 24/02/2025 sin firma coordinador contratación, Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la

					implementación del control.
Gestión de contratación	C-RC-02	Etapas de Ejecución: Posibilidad de investigaciones de carácter penal debido al favorecimiento a un tercero en la aceptación de bienes y/o servicios que no cumplan con las condiciones técnicas exigidas y/o las actividades del objeto contractual	1	El supervisor o interventor de contrato de suministros a necesidad revisa y avala cada uno de los elementos que ingresan a la entidad, dejando registro en el formato C-F-04 informe de supervisor con el fin de que cumplan con criterios de calidad conforme al objeto contractual dando cumplimiento al Manual de supervisión e interventoría.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, El responsable del control adjunta: 1. Listado de contratos del periodo evaluado 2. Muestra C-F-04 Formato informe de supervisor, documentos que permiten evidenciar que el supervisor o interventor de contrato de suministros a necesidad revisa y avala cada uno de los elementos que ingresan a la entidad. Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión de contratación	C-RS-01	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias, penales y fiscales en la etapa de selección por recibir dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros para emitir resultados de las evaluaciones distintos a la realidad, en contratos de convocatoria pública y requerimientos.	1	El coordinador de contratación, con los intervinientes realizan las evaluaciones (jurídica, técnica) cuando se trate de convocatorias públicas dando aplicabilidad a la resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No 014 de 2024, según cada modalidad de selección contractual, frente a los requisitos allí señalados para la selección de contratistas., evaluación consignada en el formato CF-30 Informe Evaluación Jurídica Preliminar, CF-31 Evaluación técnica Definitiva.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta los siguientes formatos: 1. Listado de contratos de convocatoria pública y requerimientos, publicados en SECOF y página WEB, evaluación de los contratistas. 2. C-F-30 Informe Evaluación Jurídica Preliminar, 3. C-F-31 Evaluación técnica Definitiva Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024, no por el acuerdo 014 de 2014 Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión de contratación			2	La secretaria técnica del comité de contratación según necesidad, para el caso de convocatoria pública, documenta a través de actas, el estudio del proceso y la selección del contratista.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025 el responsable del control adjunta los siguientes soportes de la ejecución del control: (7) Actas de comité de contratación realizadas en el periodo evaluado lo que permite evidenciar que la secretaria técnica del comité de contratación según necesidad, para el caso de convocatoria pública, documenta a través de actas. Se recomienda verificar que las actas cuenten con la totalidad de las



					firmas (Acta 24/02/2025 sin firma coordinador contratación, Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión de contratación	C-RS-02	Posibilidad de investigaciones de carácter penal en la etapa de ejecución por recibir dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros en la aceptación de bienes y/o servicios que no cumplan con las condiciones técnicas exigidas y/o las actividades del objeto contractual.	1	El supervisor que sea designado según la necesidad de los contratos aplica el formato C-F-04 informe de supervisión, donde certifica el cumplimiento de las obligaciones contractuales	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, El responsable del control adjunta: 1. Listado de contratos 2. PDF Formatos C-F-04 informe de supervisión del periodo evaluado, (muestra de los contratos) documentos que permiten evidenciar que el supervisor o interventor de contrato de suministros a necesidad revisa y avala cada uno de los elementos que ingresan a la entidad Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Gestión documental	GD-RC-01	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias y punitivas por utilización indebida y sustracción de la información física por parte del personal de la entidad	1	El personal de gestión documental cada vez que se requiera, verifica la competencia y cumplimiento de los pasos a seguir para consulta y préstamo de documentos en cumplimiento del procedimiento GD-PR-15 CONSULTA Y PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS y realiza trazabilidad mediante los formatos GD-F-01 FICHA REGISTRO PARA CONSULTA O PRÉSTAMO DOCUMENTOS, el Formato GD-F-20 FICHA REGISTRO PARA CONSULTA O PRÉSTAMO DOCUMENTOS ARCHIVOS DE GESTIÓN y el formato GD-F-12 TESTIGO DOCUMENTAL PRESTAMOS ARCHIVO CENTRAL.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta los siguientes formatos: GD- F-01 FICHA REGISTRO PARA CONSULTA O PRÉSTAMO DOCUMENTOS, Formato GD-F-20 FICHA REGISTRO PARA CONSULTA O PRÉSTAMO DOCUMENTOS ARCHIVOS DE GESTIÓN, GD-F-12 TESTIGO DOCUMENTAL PRESTAMOS ARCHIVO CENTRAL. del periodo evaluado Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.



Gestión documental			2	El personal de Gestión documental una vez se requiera, verifica la solicitud y ejecuta los pasos a seguir para el préstamo y consulta de historias clínicas en cumplimiento del procedimiento GD-PR-24 Solicitud de historia clínica en consulta externa e internación, articulado al formato GD-F-32 Solicitud de copia de historia clínica y GD-F-34 Relación de solicitudes de copia de historia clínica.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, se presentan como evidencia por parte del responsable del proceso los formatos: muestra GD-F-32 Solicitud de copia de historia clínica, GD-F-34 Relación de solicitudes de copia de historia clínica Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Tecnologías de la información	S-RC-01	Posibilidad de pérdida de recursos e imagen institucional debido a la alteración de la información registrada en los sistemas de información por parte de uno o más colaboradores del proceso en favorecimiento de un tercero.	1	El profesional de Tecnologías de la Información genera los datos del sistema de información Servinte Clinical Suite Enterprise de acuerdo con el instructivo reporte de 2193 Ministerio de Salud 6.0. Los datos generados del sistema son publicados en archivo de Excel en la ruta: \\HSRTUNCLU\Estadísticas\Estadísticas\ para revisión y uso de la información por los diferentes procesos del hospital, mediante la protección contra escritura del archivo publicado y con permisos de acceso a las procesos directamente implicadas.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunto informe de las Evidencias de Reporte Mensual Decreto 2193 del periodo evaluado, a su vez aportan la ruta para consultar los datos generados del sistema. Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Tecnologías de la información			2	El profesional de Tecnologías de la Información recibe la solicitud a través de la mesa de servicios GLPI con el formato S-F-39 Gestión de usuarios a sistemas de información TI, cuando se requiera de acuerdo a lo establecido en el procedimiento para la gestión de usuarios a sistemas de información S-PR-13 y de acuerdo a lo contenido en el manual de Políticas de seguridad de la información S-M-02 en su apartado gestión de usuarios.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025 el proceso adjunta muestra de los siguientes formatos: CÓDIGO S-F-39 CON NOMBRE GESTIÓN DE ACCESO A SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y/O PLATAFORMAS INSTITUCIONALES (10), correspondientes al periodo evaluado. Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Tecnologías de la información			3	El tecnólogo y/o profesional de Tecnologías de la Información cuando se requiera crea el usuario en el directorio activo según lo establecido en el procedimiento S-PR-12 Gestión y administración de directorio activo y lo registra en el formato S-F-65 Seguimiento gestión de usuarios servicios de TI.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el líder del proceso adjunta los siguientes soportes: S-F-65 Seguimiento gestión de usuarios servicios de TI. Correspondiente al periodo evaluado, el formato aportado no cuenta con encabezado, pero el proceso aclara que la evidencia será cargada solo con el filtro de creación de usuario directorio activo) Se evidencia que la aplicación



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

					del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Tecnologías de la información	S-RC-02	Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por uso indebido de la información para obtener un beneficio particular.	1	Los profesionales de Tecnologías de la información identifican los usuarios activos en los sistemas de información que presentan inactividad superior a 3 meses en el sistema de información SERVINTE, de manera trimestral se gestiona en el formato S-F-65 Seguimiento gestión de usuarios servicios de TI de SCSE de SERVINTE clinical suite enterprise.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el líder del proceso adjunta los siguientes soportes: S-F-65 Seguimiento gestión de usuarios servicios de TI. Correspondiente al periodo evaluado, el formato aportado no cuenta con encabezado, pero el proceso aclara que la evidencia será cargada solo con el filtro de creación de usuario directorio activo) Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Tecnologías de la información	S-RO-01	Posibilidad investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias y detrimento patrimonial por ataques cibernéticos que modifiquen la información guardada para obtener un beneficio particular.	1	El profesional TI mantiene vigente y realiza supervisión mensual del contrato para la interconexión de las sedes con FIREWALL que disminuye la posibilidad de controlar las amenazas y/o ataques perimetrales a la red de datos a través del C-F-04 Informe de supervisión	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta los siguientes formatos : Contrato 013 de 2025 interconexión de las sedes con FIREWALL, C-F-04 Informe de supervisión de los meses de enero, febrero marzo y abril de 2025) lo cual permite evidenciar que el supervisor realiza mensualmente seguimiento a los contratos de mantenimiento de los sistemas de información Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión de la tecnología biomédica	IB-RC-01	Posibilidad detrimento patrimonial por adquisición de equipos médicos de baja calidad debido al favorecimiento en la emisión de conceptos técnicos y certificaciones en la contratación asociada a la adquisición de	1	El coordinador de Gestión de la Tecnología Biomédica cada vez que los servicios misionales generan una necesidad a través del formato IB-F-10 SOLICITUD DE TECNOLOGÍAS que se encuentra articulado al documento IB-M-03 MANUAL DE GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS, recepción y revisa las solicitudes de tecnologías realizadas. En este se cuenta con apartado 2 donde el personal asistencial consigna las características técnicas mínimas que requieren para dar cumplimiento y solución a su necesidad, especificaciones que eventualmente serán parte del estudio previo.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el líder del proceso adjunta soportes IB-F-10 SOLICITUD DE TECNOLOGÍAS, como evidencia de la solicitud de necesidades de los servicios misionales, documento que es revisado y hará parte del estudio previo Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.



Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento		equipos médicos, con beneficio lucrativo propio.	2	El coordinador de Gestión de la Tecnología Biomédica formula el estudio de conveniencia y oportunidad de acuerdo con la modalidad de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en Resolución 376 de 2024 por la cual se adopta el Manual de Contratación. Por medio del formato C-F-51 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD, el cual establece y consigna los requisitos técnicos de los equipos y bienes a adquirir, así como las condiciones generales del mismo.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el líder del proceso adjunta Formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva, contrato, anexo técnico, especificaciones técnicas y servicios posventa. (contrato ADQUISICIÓN DE ECÓGRAFO PORTÁTIL PARA EL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.), lo que permite observar que el líder de Biomédica, basado en la oferta de tecnologías del mercado realiza el análisis de especificaciones técnicas conforme a la necesidad del Hospital Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento			3	El coordinador de Gestión de la Tecnología Biomédica, en la medida que se inicie un proceso contractual y toda vez que sean recibidas las ofertas de tecnologías, se procede a realizar el análisis de especificaciones técnicas conforme a los términos de referencia definitivos, de tal manera que se evalúe el cumplimiento de cada oferta frente a lo solicitado, por medio del formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, El coordinador de Gestión de la Tecnología Biomédica, informa que se presentaron dos estudios previos, sin embargo, de acuerdo con el cronograma del requerimiento en SECOP II las evaluaciones técnicas definitivas a través del formato C-F-31 se presentarán en el transcurso del mes de mayo. Se cargan términos de referencia definitivos. Por tal razón no se evaluó la aplicación del control.
Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento			4	El coordinador de Gestión de la Tecnología Biomédica, conforme a lo solicitado en los Términos de Referencia Definitivos, verifica el cumplimiento de las especificaciones técnicas de la tecnología adquirida a través del formato IB-F-01 RECEPCIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVA DE TECNOLOGÍAS, formato que se encuentra articulado al procedimiento IB-PR-09 Análisis de Ingreso de nuevas Tecnologías	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, El coordinador de Gestión de la Tecnología Biomédica, informa que no se diligencian formatos de ingreso de tecnologías, ya que las adquisiciones previstas se encuentran en etapa de presentación de requerimiento por SECOP II. Por tal razón no se evaluó la aplicación del control.
Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento	IB-RF-01	Posible afectación del servicio, investigaciones y sanciones disciplinarias por uso indebido y/o pérdida de equipos biomédicos por	1	El tecnólogo biomédico de Gestión de la Tecnología Biomédica realiza actualización y seguimiento de inventarios de las tecnologías biomédicas de la institución con frecuencia anual por medio del formato A-F-16 Acta inicio inventario	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el técnico biomédico. El tecnólogo biomédico del proceso dado que la frecuencia se establece anual para el inventario, se encuentra en proceso de ronda, verificación y ajustes a que haya lugar. Por tal razón no aplica evaluación para este periodo.



		intereses personales			
Gestión ambiente físico	GRF-RC-01	Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada a la adquisición, mantenimiento de infraestructura hospitalaria y equipo industrial.	1	Según necesidad El líder de mantenimiento emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 173 de 2023 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, El responsable del control adjunta: Muestra de (13) formatos C-F-28 Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad del periodo evaluado, lo que permite observar que el líder de mantenimiento emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Gestión ambiente físico			2	Según la necesidad el líder de mantenimiento basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el responsable del control adjunta: muestra de formato Evaluación Técnica definitiva C-F-31, lo cual permite evidenciar que el líder de mantenimiento emite el Concepto Técnico basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
Facturación	AF-RC-03	Posibilidad de pérdida de recursos económicos de la institución por no facturar servicios prestados por intereses particulares	1	El analista principal diariamente verifica que los egresos generados estén efectivamente facturados, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento F-PR-15 Auditoría administrativa, a través del formato F-F-17 Control de evidencias por facturación revisada	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el responsable del control aporta: 1. Soportes de Formato F-F-17 Control de evidencias por facturación revisada del periodo Enero, febrero, marzo y abril. El formato F-F-17 de enero tiene inconsistencias en la fecha factura en donde aparecen fechas de septiembre y diciembre de 2025. 2. Actas de socialización de inconsistencias encontradas y planes de mejora a implementar, del periodo evaluado. Se recomienda diligenciar el encabezado del listado del acta de 11/12/2025. Se evidencia que el control contribuye a la mitigación del riesgo, pero no es efectivo por cuanto hay errores de diligenciamiento. se



					recomienda continuar con la implementación del control.
Cartera	AF-RC-04	Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de cartera puedan ser objeto de concusión en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago	1	El líder de cartera y técnico de cartera dan el trámite respectivo de manera mensual para el proceso administrativo de cobro según corresponda a cobro persuasivo en el formato CAR-F-17 Lista de chequeo seguimiento a cobro persuasivos, cobro perjudico en el formato CAR-F-15 "Lista de chequeo seguimiento a cobro persuasivos, y en el formato CAR-F-16 Lista de chequeo verificación y seguimientos a pagares de acuerdo a necesidad conforme a lo descrito en el Procedimiento CAR-PR-12 Proceso de Cobro y Procedimiento CAR-PR-06 Recaudo Pagares.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el responsable del proceso aporta: 1. base de datos de pagarés, actas de comité de cartera enero y febrero, en donde se puede observar el informe mensual de cartera, (no se observa seguimiento a pagarés). 2. CAR-F-17 LISTA DE CHEQUEO SEGUIMIENTO A COBRO PERSUASIVOS 50%, radicados en enero de 2025. 3. CAR-F-15 Lista de chequeo seguimiento a cobro persuasivo, se presenta actualizado al mes de abril de 2025 4. CAR-F-16 Lista de chequeo verificación y seguimientos a pagares desde el año 2010 a 2025 Se evidencia que el proceso aplica el control, pero no de manera adecuada, ya que en los Comités de cartera no fue presentado seguimientos a pagares.
Auditoría	AF-RS-03	Posibilidad de pérdida recursos económicos de la entidad y/o investigaciones y sanciones disciplinarias por recibir dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros por aceptación de glosas a favor de las entidades responsables de pago	1	El Coordinador del proceso, auditores (Externo y de la ESE) y técnico de cuentas médicas, según necesidad levantan acta de reunión de análisis conjunto con las ERP con las cuales existen glosas reiteradas según lo establecido en el procedimiento AM-PR-03 Acta de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones, medido a través del indicador 546 Aceptación de glosa de la vigencia con una meta establecida	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el responsable del control aporta: 1. Pantallazos de actas de conciliación y muestreo de enero, febrero y marzo en formatos AM-F-02 Acta de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones. 2. Muestra aleatoria de 6 actas de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones. Se observa que el formato AM-F-02 aportado de MAFRE ni COMPENSAR, seguros Bolívar, servicio occidental de salud no tienen firmas del auditor médico de la ERP, ni el formato AM-F-02 con la auditoria de la policía y de fecha 6 de noviembre 2024. 3. Indicador mensual 546 Aceptación de glosa de la vigencia con cargue a marzo de 2025, 4. Informe I trimestre de análisis de aceptación de glosa y presentación de informe de glosas en comité de cartera. Se evidencia la aplicación del control, pero no es efectivo por la falta de firmas por parte de



					la ERP en el formato AM-F-02, se recomienda continuar con la implementación del control.
Cartera	AF-RS-04	Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de cartera pueden recibir dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago.	1	El técnico de cartera mensualmente realiza la gestión para los cobros persuasivos registrándolo en el formato CAR-F-14 Matriz general de cartera por entidad de acuerdo al procedimiento del CAR-PR-12, trimestralmente se dejan los saldos globales en comité de cartera.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta los siguientes formatos: *Formato CAR-F-14 Matriz general de cartera por entidad, por cada entidad responsable de pago, el cual se encuentra diligenciado en versión desactualizada. *Actas de comité de cartera del mes de enero y febrero de 2025, correspondientes al periodo evaluado, lo cual permite evidenciar que mensualmente se realiza la gestión para los cobros persuasivos. Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, ya que utilizan formatos desactualizados
Cartera	AF-RS-05	Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de cartera puedan ser objeto de concusión en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago	1	El técnico de cartera mensualmente realiza cobro de pagares aplicando el formato CAR-F-16 lista de chequeo verificación y seguimiento a pagares teniendo en cuenta el procedimiento del CAR-PR-12 Proceso de cobro el cual indica que mensualmente se socializa en comité de cartera.	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta los siguientes formatos: Formatos CAR-F-16 " lista de chequeo verificación y seguimiento a pagares" y Acta de comité mensual de cartera de enero y febrero de 2025. en las actas de comité de cartera no se muestran avances con respecto a pagares Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo.
Gestión comercial	AC-RS-01	Posibilidad de recibir cualquier dádiva o beneficio para celebrar acuerdos de voluntades con determinadas personas jurídicas sin que cumpla con los requisitos mínimos para su selección ley 1438 de 2011 y decreto 441 de 2022	1	El coordinador y profesional de apoyo de la oficina comercial, verifican que se den cumplimiento de los requisitos de la normatividad vigente ley 1438 de 2011 y decreto 441 de 2022, sus anexos técnicos en el momento de suscribir el acuerdo de voluntades articulado con el procedimiento AC-PR-01 Venta de servicios de salud a los diferentes clientes	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el coordinador y profesional de apoyo de la oficina comercial adjunta UNISALUD UPTC, HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO y UNIDAD POLITICA SOCIAL UPTC; para el contrato UNIDAD POLITICA SOCIAL UPTC de no es requisito la presentación de anexos debido a que es una seguro universitario estudiantil el cual no es necesario entregar dichos anexos contractuales para el contrato de HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO no es necesario presentar anexos contractuales ya que es un contrato por telemedicina de teletrombolisis



					Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.
Control interno	OACI-RC-01	Posibilidad de sanciones, pérdida de credibilidad y confiabilidad en los informes de control interno por manipulación en la gestión de las auditorías con el fin de beneficiar o desfavorecer a un proceso y/o subproceso de la entidad.	1	El asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoria OACI-F-02 y cuando se presente para su aprobación el Plan de trabajo de la Auditoria, verificará la suscripción de la declaración de conocimiento código de Ética del Auditor Interno y la suscripción de la carta de Representación de la veracidad de la información según lo establecido Manual de auditoria OACI-M-01, a través del Anexo 1 Declaración de Conocimiento código de Ética de la Auditoria Interna y la carta de representación de veracidad y oportunidad de la información OACI-F-06	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta los siguientes formatos :Plan Anual de auditoria OACI-F-02 vigencia 2025, con sus respectivos anexos: Declaración de Conocimiento código de Ética de la Auditoria Interna Anexo 1 Código de Ética, Carta de representación de veracidad de la información OACI-F-06 ,Formato OACI-F-15 Compromiso de confidencialidad del Auditor , correspondientes a las auditorias programadas para el primer cuatrimestre las cuales relaciono a continuación: (Gestión jurídica, farmacéutica, laboratorio clínico y presupuesto). Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control. Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.
Control interno			2	El asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoria OACI-F-02 Verifica el grado de conformidad y cumplimiento frente a las disposiciones planificadas por la institución y los requisitos aplicables a éstos, según lo establecido en el procedimiento Realización de auditorías internas OACI-PR-02, mediante el formato OACI-F-04 Plan de auditoria OACI-F-04 Informe Final de Auditoria OACI-F-16	Con corte al primer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta los siguientes formatos : Plan de auditoria OACI-F-04 vigencia 2024 (Gestión jurídica, farmacéutica, laboratorio clínico y presupuesto), Para el caso de la evidencia del informe final de auditoria OACI-F-16 a la fecha no se pueden presentar este soporte, porque estamos en periodo de ejecución y no hemos terminado ninguna auditoria Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.

Fuente: Mapa de riesgos SICOFS OADS-F-14



Como resultado de la evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos de Corrupción, opacidad fraude y soborno se presentan observaciones y recomendaciones de mejora sobre la identificación de riesgos de esta tipología, así como para la definición y aplicación de controles, que permitan mitigar o reducir los riesgos como aporte en el fortalecimiento de la administración de riesgos del HUSRT, las cuales se pueden consultar en el **Archivo que se anexa a este informe**.

33

Las observaciones generadas para los controles de los riesgos, se realizan teniendo en cuenta lo establecido para el diseño de controles, el control debe contener en su redacción un responsable, una acción y complemento claro, que, de acuerdo con lo señalado por la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6 del DAFP, se refiere a:

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

La acción, se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control”.

El complemento, corresponde a los detalles que permiten identificar claramente divulgar el objeto del control”.

Redacción del control: "responsable de ejecutar el control + Acción + Complemento”

Teniendo en cuenta la anterior la tercera línea de defensa (Oficina de control Interno) evaluó 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:

Tabla No 8 Calificación controles OACI

CALIFICACIÓN FINAL DEL CONTROL	No. Controles	Porcentaje (%)
FUERTE	42	74%
MODERADO	12	21%
DEBIL	0	0%
NA	3	5%

Fuente. Propia insumo Seguimiento tercera línea

Como se puede observar en la anterior tabla de los 57 controles evaluados y verificados se observó que un 74% 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 21% están clasificados como moderados lo que indica



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

en la mayoría de veces que los documentos que soportan el control NO se encuentran acorde con el diseño del mismo, aportan las evidencias en formatos desactualizados (obsoletos) y/o incompletas, un 5% no se evaluaron en este periodo.

Para los controles que fueron catalogados como moderados es necesario que se analice el anexo del presente informe y se tomen las acciones que permitan evaluar en que aspectos deben fortalecerse las acciones de control y si es necesario realizar nuevamente la valoración del riesgo residual, información que se puede consultar en la siguiente tabla.

34

Tabla No 9 comparativo calificación controles - OACI

Código del Riesgo	CALIFICACIÓN SEGUNDA LÍNEA	CALIFICACIÓN TERCERA LÍNEA OACI
TH-RC-04	FUERTE	MODERADO
INV-RO-01	FUERTE	MODERADO
SF-RC-01	FUERTE	MODERADO
SF-RF-02	FUERTE	MODERADO
OAJ-RC-01	FUERTE	MODERADO
AF-RS-01	FUERTE	MODERADO
AF-RS-02	FUERTE	MODERADO
AF-RC-03	FUERTE	MODERADO
AF-RC-04	FUERTE	MODERADO
AF-RS-03	FUERTE	MODERADO
AF-RS-04	FUERTE	MODERADO
AF-RS-05	FUERTE	MODERADO

Fuente. Propia insumo Seguimiento tercera línea

CONCLUSIONES

Como resultado del seguimiento realizado por la tercera línea a los Riesgo de Corrupción, opacidad, fraude y soborno correspondiente al primer cuatrimestre del año 2025 se concluye lo siguiente:

- Se identificaron 40 riesgos, uno menos que en el periodo anterior, los cuales fueron valorados en términos de probabilidad e impacto, para establecer el riesgo inherente; se identificaron y valoraron controles para cuantificar el riesgo residual.
- El mapa de riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno al corte del 30 de abril de 2025, está conformado por cuarenta (40) riesgos, 24 corresponden a corrupción, 3 fraude, 4 opacidad y 9 de soborno, los cuales tienen definidos un total de (57) cincuenta y siete controles



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

- Se evidenció que el seguimiento por parte de la primera línea de defensa de los procesos, lo realizan la totalidad de los subprocesos que tiene identificados riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno, lo cual permite observar una mayor adherencia al autocontrol por parte de la primera línea de defensa, respecto a lo identificado los cuatrimestres anteriores.
- De acuerdo con la información que reportó la primera línea de defensa en la matriz de riesgos de corrupción con corte al 30 de abril de 2025, monitoreo realizado por la segunda línea y el seguimiento realizado por la tercera línea, se concluyó que, para el segundo cuatrimestre del año, no se presentó materialización de riesgos de corrupción.
- De los 40 riesgos SICOFS identificados, en zona inherente dos (2) riesgos se encuentran ubicados en zona extrema, veintiocho (28) en zona Alta, diez (10) en zona moderada y Mediante el establecimiento y valoración de controles, se evidencia una disminución de la zona Extrema y Alto a nivel moderado
- Se concluye que después de la evaluación independiente realizada por la Oficina asesora de control interno se replantea la calificación final de los controles realizada por la segunda línea de defensa, pasando de un 97% a un 74% los controles caracterizados como fuerte, para el caso de los controles caracterizados como moderados se identifican un 21% y para este cuatrimestre no se les puede verificar la aplicación de los mismos a tres (3) controles.
- Se evidencio **inoportunidad en el cargue de la información**, esto teniendo en cuenta que la segunda línea de defensa, reiteró mediante correo electrónico la solicitud con el propósito de fortalecer la importancia y deber de cargue de los documentos que sustentan el monitoreo desde la segunda línea de defensa

35

ALERTAS DE MEJORA

- Se recomienda ajustar los controles que en su contenido citan el manual de contratación lo anterior teniendo en cuenta que la actualización de este Manual se realizó por medio de la resolución 376 de 2024, no por acuerdo 014 de 2014. Es importante que se describa solamente normatividad vigente, con el fin de no modificar el control cada vez que cambie esta. **REITERATIVO**
- Se recomienda proceso Gestión del talento humano ajustar el control y el soportes incluyendo el formato (TH-F-90 matriz de seguimiento personal de planta) el cual hace parte del procedimiento TH-PR-53 verificación de títulos y es aportado con evidencia por el proceso relacionado con el Riesgo TH-RC-04 "Posibilidad de investigaciones y



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

sanciones disciplinarias por celebrar contrato sin la verificación de títulos académicos del personal asistencial en misión, CPS, administrativos y de planta de la institución”

- Se recomienda al proceso Gestión del talento humano, ajustar el control asociado al riesgo TH-RC-01 “Posibilidad de investigaciones de los organismos de control, disciplinarias y sanciones pecuniarias por favorecer a un aspirante en el acceso a un cargo sin el lleno de requisitos legales (personal de planta, CPS, empresa temporal y tercerizados asistenciales)”, esto teniendo en cuenta que el procedimiento TH-PR-05 procedimiento de verificación, manejo y control y custodia de historias laborales, no aplica para la selección de personal contratista, siendo el procedimiento (TH-PR-47 validación hojas de vida contratistas), el adecuado
- Se recomienda al proceso Gestión financiera/tesorería ajustar el control asociado al riesgo AF-RC-01 “Posibilidad de sanciones de los entes de inspección vigilancia y control por la exclusión del giro a proveedores y contratistas para presionar y obtener algún beneficio personal.”, esto teniendo en cuenta que cita la Resolución 048 de 2021, la cual fue derogada por la res 405 de 2024
- Se recomienda al proceso Gestión Jurídica, actualizar el procedimiento OAJ-PR-05 PROCESOS ADMINISTRATIVOS, teniendo en cuenta no se encuentra articulado el formato OAJ-F-18 Matriz General de procesos, documento que permite evidenciar la aplicación del control. REITERATIVO
- Se recomienda al proceso Gestión de la Contratación, ajustar control y soportes del control incluyendo el formato C-F-27 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD PARA CONTRATACIÓN DIRECTA – REITERATIVO, lo anterior asociado al riesgo SF-RC-01 “Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias o detrimento patrimonial debido al favorecimiento a terceros mediante la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos” REITERATIVO
- Se evidenció que los soportes adjuntados por sub procesos (Tesorería, facturación, Auditoría y Cartera) en la mayoría de ocasiones utilizaron documentos desactualizados, adicionalmente los soportes aportados no son suficientes para evaluar la aplicación del control en el Riesgo AF-RC-04 (Cartera) por tal razón se recomienda a la primera y segunda línea de defensa realizar un monitoreo adecuado y dar cumplimiento a lo establecido en la Norma fundamental y la Política de administración de riesgos



- La Oficina asesora de control interno verifico, que los sub procesos diligencien el formato OADS-F-36 Seguimiento y Autocontrol Gestión de Riesgos en ALMERA , como resultado de este seguimiento se evidencio que 24 sub procesos diligenciaron el formato, pero al verificar al interior del documento no se evidencia análisis por parte del líder de la aplicación de las acciones de seguimiento, por tal razón se recomienda a la segunda línea ajustar este formato incluyendo el análisis de los resultado de los controles realizado por el líder del proceso.
- Se recomienda a la segunda línea de defensa (Gestión del riesgo), tener en cuenta las observaciones y 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”, esto teniendo en cuenta que algunas recomendaciones del informe del cuatrimestre anterior no se tuvieron en cuenta.
- Se recomienda tener en cuenta lo establecido en el PROGRAMA DE GESTIÓN DE RIESGOS OADS-PG-02 “El resultado de la evaluación por la tercera línea de defensa, se toma como insumo para la construcción del mapa de riesgos para la siguiente vigencia, teniendo en cuenta situaciones como si se ha realizado modificaciones al proceso con el fin de determinar si estas generan ajustes en la identificación, análisis o valoración del riesgo”

Es importante aclarar que La Ley 1122 de 2024 y el Decreto 1122 de 2024, que reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, buscan fortalecer los Programas de Transparencia y Ética Pública (anteriormente conocidos como PAAC) para reducir la corrupción y mejorar la gestión pública. El principal cambio es la implementación de un programa más robusto y efectivo que aborde los riesgos de corrupción de manera más integral.

Conforme a lo establecido en el Decreto 1122 de 2024 ⁽¹⁾, se recomienda adelantar las acciones encaminadas a estructurar e implementar el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), conforme a los parámetros establecidos, integrando el seguimiento a los riesgos de corrupción

ARTÍCULO 2.1.4.4.1.1. Ámbito de aplicación. Las entidades obligadas del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberán implementar Programas de Transparencia y Ética Pública con las características, estándares, elementos, requisitos, procedimientos y controles mínimos que para tales efectos establezca la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

PARÁGRAFO 1. Las entidades en las que se tenga implementado un Sistema Integral de Administración de Riesgos, éste deberá articularse con el Programa de Transparencia y Ética Pública.

1



Realizar procesos de capacitación e interiorización respecto al Programa de Transparencia y Ética Pública de tal modo que no se convierta solo en el cumplimiento de una norma, sino que permita la apropiación de conceptos a efectos de evitar situaciones que puedan llegar a materializar los riesgos de corrupción.

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.

38

ANEXO 1. SEGUIMIENTO PRIMER CUATRIMESTRE RIESGOS SICOFS-2025

CORDIALMENTE

ORIGINAL FIRMADO

DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ

Asesora de Control interno
ESE Hospital San Rafael de Tunja

Proyecto: Claudia Stella Sáenz Jiménez
Profesional Especializado OACI
Apoyo: Liliana Rodríguez
Profesional OACI



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



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO