

Al contestar cite 202611100001531



Tunja, 14 de enero del 2026

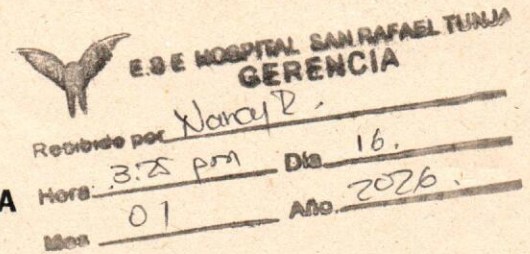
Doctor

**GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZÁLEZ**

Gerente

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

Ciudad



**Ref.** Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno – Segundo semestre vigencia 2025.

Cordial saludo, doctor:

En cumplimiento de lo establecido en la Ley 1474 de 2011 y el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, me permito socializar el Informe Semestral de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, correspondiente al período comprendido entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2025.

El mencionado informe será publicado en la página web institucional, conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente.

Lo anterior, para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



**LEONARDO PARADA MARQUEZ**

Asesor Control Interno

E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Anexo Informe (3 folios)



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



8-7405030

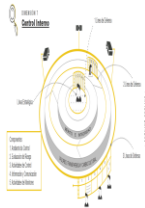


[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)

Miembro de la  
Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES  
[www.hospitalesporiasaludambiental.net](http://www.hospitalesporiasaludambiental.net)



<b>Nombre de la Entidad:</b>	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
<b>Periodo Evaluado:</b>	Periodo evaluado: 01 de Julio de 2025 al 31 de Diciembre de 2025



<b>Estado del sistema de Control Interno de la entidad</b>	<b>88%</b>
--	------------

**Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno**

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	<b>En proceso</b>	La E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja dispone de un conjunto de metodologías, técnicas y mecanismos administrativos y organizacionales que garantizan la adecuada gestión de sus recursos. Estos elementos se encuentran implementados dentro del Sistema de Control Interno, conforme a lo establecido en la Resolución 123 de 2019, la cual define la estructura operativa y su articulación con el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), a través de sus componentes: ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicaciones, y actividades de monitoreo.  Los procesos institucionales se desarrollan de manera coordinada, con el objetivo de promover la mejora continua y asegurar el cumplimiento eficaz de las metas organizacionales. La integración de dichos procesos en el marco del MECI permite una gestión integral orientada a fortalecer la eficiencia operativa y garantizar el logro de los fines institucionales.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	<b>Si</b>	El Sistema de Control Interno establece las medidas necesarias para que las entidades definan acciones, políticas, métodos, procedimientos, gestión de riesgos y mecanismos de control que permitan alcanzar las metas propuestas. Sin embargo, se evidencia la necesidad de mantener un seguimiento y control permanente de los procesos institucionales, así como de garantizar la continuidad en su implementación.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	<b>Si</b>	La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja ha implementado el esquema de líneas de defensa dentro del Sistema de Control Interno, a través de la Resolución 123 de 2019, la Política de administración del riesgo. Se han asignado roles y responsabilidades para la línea Estratégica (Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno); Primera Línea (Líderes de proceso); Segunda línea (Oficina Asesora desarrollo de servicios en acompañamiento, con la oficina de planeación, líderes de los sistemas de gestión ambiental, Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo, líder de seguridad digital y líder de seguridad del paciente) y Tercera línea (Oficina de control interno). Sin embargo, es necesario continuar articulando las líneas de defensa y cumplir con los objetivos institucionales.

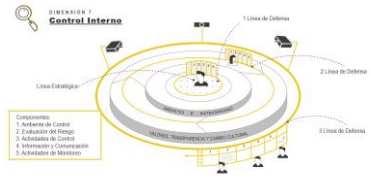
Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	SI	83%	<p><b>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja:</b></p> <p>*Se realizaron informes trimestrales sobre el análisis y resultados de: Análisis de PQRS, Informe resultado COCOLA de las empresas de servicios temporales y planta del HUSRT. Análisis de informe generado por SIAU. Frente a las conclusiones y recomendaciones se realizaron las acciones de mejora correspondientes. Se han realizado estrategias de divulgación y despliegue del código de integridad en los diferentes servicios del HUSRT, dando énfasis en servicios a donde no se había tenido presencia o una frecuencia mayor. Se soportan con registro fotográfico y firmas de asistencias, videos, imagen corporativa, publicidad impresa, premios y rifas, entre otros,</p> <p>* Se realizó la creación y/o actualización del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, incluyendo ajustes en la periodicidad de las reuniones y la articulación con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, en cumplimiento de la Resolución 220 de 202</p> <p>* Se definió la Política de Administración del Riesgo (Acorde con lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas). La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo</p> <p>*La entidad cuenta con la herramienta Planner para verificar el cumplimiento de los reportes, comprobando igualmente la conformidad por parte del proceso. Se recomienda generar alertas tempranas que permitan anticipar posibles incumplimientos y evitar la presentación de reportes extemporáneos</p> <p>*Se cuenta con procedimiento de seguimiento al desempeño de procesos y mejora PLA-PR-01, mediante el cual se mide la gestión de los procesos en 3 niveles de seguimiento, un primer nivel que se realiza en la reunión de equipo primario de mejoramiento y la lidera el coordinador / líder de proceso, un segundo nivel que se realiza entre coordinador / líder y su superior jerárquico y un tercer nivel que se realiza entre los superiores jerárquicos y la alta dirección, producto de las reuniones se generan los tableros de control de indicadores TUCIP- TUCIT-TUCIE.</p> <p>Se evalúa la estructura de control a partir de los cambios en procesos, procedimientos, u otras herramientas, a fin de garantizar su adecuada formulación y afectación frente a la gestión del riesgo.</p> <p><b>ALERTAS DE MEJORA</b></p> <p>Realizar los estudios técnicos que soporten la ampliación de la planta de personal</p> <p>* Se exhorta al proceso de Talento Humano, a mantener las hojas de vida de los funcionarios de planta organizadas y actualizadas con el fin de contar con información veraz, oportuna y de calidad.</p> <p>*Es necesario capacitar al personal en el uso del SIGEP II y el aplicativo de la Ley 2013 de 2019</p> <p>*Exigir de manera obligatoria y verificable la presentación de la declaración de bienes y rentas actualizada como requisito previo a la formalización de cada contrato de prestación de servicios</p> <p>*Programar revisiones periódicas de los registros cargados en SIGEP II para identificar errores comunes o inconsistencias recurrente</p> <p>* Se deben fortalecer los controles en los procesos que han incumplido de manera reiterativa, la actualización de documentos en la plataforma Almera</p> <p>*Es necesario implementar acciones orientadas a evaluar y fortalecer los instrumentos para la gestión de conflictos de interés. Entre estas acciones se incluyen:</p> <p>*Diseñar, actualizar y divulgar canales de consulta y orientación que faciliten el manejo adecuado de los conflictos de interés y su correspondiente declaración.</p> <p>*Establecer controles específicos dentro del proceso de Gestión del Talento Humano, especialmente en la vinculación de personal a través de empresas temporales, con el fin de prevenir situaciones de tráfico de influencias y conflictos de interés derivados de relaciones personales (amistad, enemistad o vínculos con personas influyentes) que puedan favorecer injustamente a terceros.</p> <p>* No ha sido posible identificar la forma de evaluación relacionada con las actividades de ingreso, permanencia y retiro del personal independientemente de su forma de vinculación con la entidad, para la vigencia 2025.</p> <p>* Se debe continuar con el desarrollo del Plan de Ética, Transparencia y Ética Pública, articulando la política de administración de riesgos de la entidad con la nueva guía de administración de riesgos de la Función Pública, en lo referente al Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP. Las organizaciones se enfrentan frecuentemente al riesgo de no cumplir sus objetivos como consecuencia de los diferentes intereses que pueden confluir en la toma de decisiones, especialmente cuando se privilegian intereses particulares sobre el interés general de la organización.</p> <p>*Se debe promocionar la línea de denuncia de cualquier actividad que esté asociada a las señales de alerta definidas por la entidad, sin temor a represalias; informe las consecuencias del incumplimiento de la política</p> <p>*Revisar los procesos que no han cumplido con las metas propuestas en el POA, con el fin de conformar mesas de trabajo junto con el área de planeación y realizar seguimiento a los avances. De esta manera, al cuarto trimestre se podrá generar un informe de avance sobre el cumplimiento de dichos procesos rezagados, asegurando que se alcancen las metas establecidas en el POA.</p> <p>*Se recomienda programar las actividades de bienestar desde el inicio de la vigencia, definiendo con claridad la metodología para su selección, con el fin de evitar que algunos colaboradores queden sin participar en las actividades previstas. Asimismo, se sugiere distribuir la programación de manera equilibrada durante el año, ya que al</p>	83%	<p><b>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja:</b></p> <p>* Se observa la Aplicación del Código de Integridad , informes de convivencia laboral, temas disciplinarios internos, Informe operativo dimensión talento humano política de integridad, Seguimiento a plan de mejoramiento talento humano código integridad realizado por la oficina de control interno</p> <p>*Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo cuarto, metodología: * Actualizar y dar continuidad a la implementación del Programa de gestión de riesgos integral (OADS-PG-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja." en donde se contemplan los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno como tipo de riesgos institucionales.</p> <p>*Aprobación y Seguimiento del Plan Anual de Auditoría: La entidad aprueba y supervisa el Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por la Oficina de Control Interno, lo que asegura una revisión continua y un control efectivo de las actividades.</p> <p>*Para la definición del esquema de líneas de defensa, la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuenta con la Resolución 123 del 2019, en el capítulo 2 se encuentra la estructura de trabajo de las líneas de defensa y adicionalmente.</p> <p>*La oficina de planeación realizó informe semestral de mipg donde se observa una actividad relacionada con Mejorar en canal de denuncia anticorrupción; canal de denuncia página web institucional/ en la página web se generó la opción de denuncias frente a mecanismos anticorrupción, así como denuncias frente a la afectación de valores de código de integridad.</p> <p>* La entidad cuenta con documentos relacionados con: planeación estratégica del talento humano, actividades relacionadas con el ingreso, permanencia, retiro, capacitación del personal.</p> <p><b>Alertas de Mejora</b></p> <p>* Realizar los estudios técnicos que soporten la ampliación de la planta de personal</p> <p>*Se deben implementar mecanismos, que permitan fortalecer los controles respecto la publicación del reporte de información y cumplimiento de la Ley 2013 de 2019 y el Decreto 830 de 2021, y así desarrollar en el cliente tanto interno como externo y los grupos de valor un mayor compromiso con la transparencia y la política integridad.</p> <p>* Se deben fortalecer los controles en los procesos que han incumplido de manera reiterativa, la actualización de documentos en la plataforma Almera</p> <p>*Es necesario implementar acciones orientadas a evaluar y fortalecer los instrumentos para la gestión de conflictos de interés. Entre estas acciones se incluyen:</p> <p>*Diseñar, actualizar y divulgar canales de consulta y orientación que faciliten el manejo adecuado de los conflictos de interés y su correspondiente declaración.</p> <p>*Realizar seguimiento y control a la gestión de conflictos de interés, así como a los procesos de impedimentos y recusaciones, garantizando su trazabilidad y resolución oportuna.</p> <p>*Establecer controles específicos dentro del proceso de Gestión del Talento Humano, especialmente en la vinculación de personal a través de empresas temporales, con el fin de prevenir situaciones de tráfico de influencias y conflictos de interés derivados de relaciones personales (amistad, enemistad o vínculos con personas influyentes) que puedan favorecer injustamente a terceros.</p> <p>* No ha sido posible identificar la forma de evaluación relacionada con las actividades de ingreso, permanencia y retiro del personal independientemente de su forma de vinculación con la entidad, para la vigencia 2025.</p> <p>*Se evidencia la necesidad de incluir, diseñar y divulgar sesiones, talleres o jornadas de formación en lenguaje claro, comprensible e incluyente en el marco del Plan Institucional de Capacitación.</p> <p>* No es posible verificar el impacto de del plan de institucional de capacitación PIC ya que no se cuentan con los soporte ni evidencias que indiquen la forma de evaluar el impacto.</p> <p>* Es importante que se realice planes de mejoramiento relacionados con las recomendaciones de los resultados dr FURAG vigencia 2024.</p> <p>* No se evidenció la ejecución de actividades relacionadas con el Plan de Bienestar e Incentivos, el Plan Anual de Vacantes y el Plan de Previsión de Recursos Humanos durante el periodo evaluado. Por lo tanto, se recomienda revisar y fortalecer el proceso de planeación estratégica del talento humano, con el fin de garantizar la alineación de estos instrumentos con las necesidades institucionales y los objetivos organizacionales</p> <p>* La oficina de control interno , realizo apertura de auditoria teniendo en cuenta el siguiente objetivo« Verificar y evaluar el cumplimiento de la gestión del área de Talento Humano, frente a los aspectos relacionados con carrera administrativa en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja»</p>	0%

			<p>concentrarse la mayoría de actividades al finalizar los meses se generan cruces que impiden su adecuada ejecución y disfrute.</p>			
<p>Evaluación de riesgos</p>	<p>Si</p>	<p>94%</p>	<p>*La entidad cuenta con una herramienta de Plan Operativo Anual por procesos, en la cual se establecen indicadores alineados con el Plan de Desarrollo. Sobre esta herramienta se realizan seguimientos trimestrales, generando alertas de mejora por parte de la Oficina de Control Interno. Asimismo, los resultados se socializan en los comités directivos y en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</p> <p>*Se dispone de la Resolución 559 de 2024, mediante la cual se adoptan los Planes Operativos conforme a los lineamientos del Plan de Desarrollo 2024-2027 "San Rafa, Alma, Vida y Corazón". En esta resolución se definen los mecanismos de planeación, evaluación y rendición de informes de gestión en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja.</p> <p>*La entidad, a través de diferentes comités (Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, Comité de Gestión del Riesgo y Comité de Gestión del Desempeño), evalúa el Sistema de Control Interno.</p> <p>*Se tienen identificados riesgos de gestión y fiscales, relacionados con aspectos contables, seguridad de la información, SICOFIS, SARLAFT, riesgos contractuales y asistenciales.</p> <p>*Se conocen las líneas de defensa y sus respectivos roles.</p> <p>*Se ha fortalecido el autocontrol mediante campañas y socializaciones publicadas en la página web institucional.</p> <p>*Dentro de las matrices de riesgos se incluyen riesgos asociados a procesos tercerizados, los cuales son monitoreados y evaluados por la segunda y tercera línea de defensa.</p> <p>*Se cuenta con la Política de Gestión del Riesgo, actualizada recientemente mediante el Acuerdo 018 de 2025.</p> <p><b>Alertas de mejora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Definir y aplicar inventario de eventos y riesgos materializados como herramienta para la gestión del riesgo en la entidad.</li> <li>- Diseñar y aplicar indicadores clave de riesgo como herramienta para el monitoreo de la gestión del riesgo en la entidad.</li> <li>- Actualizar las matrices de riesgos de acuerdo a la nueva guía del Dapf versión 7.</li> <li>- Articular los riesgos de integridad con el programa de transparencia y ética empresarial que actualmente se encuentra en proceso de actualización y de implementación</li> <li>- Cumplir con los compromisos de los informes de la oficina de control interno según periodicidad .</li> <li>-Realizar mesas de trabajo con los procesos que tengan riesgos débiles y/o moderados con el objeto de actualizarlos y fortalecer controles.</li> <li>-Dar cumplimiento en lo establecido en la norma fundamental, utilización de formatos vigentes .</li> <li>-Se recomienda a la segunda línea tener en cuenta los formatos de correlación hallazgos , para la identificación de nuevos riesgos</li> </ul>	<p>93%</p>	<p><b>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja:</b></p> <p>-La entidad cuenta herramienta de Plan Operativo Anual por procesos en el formato OADS-F-03, en el cual se establecen los indicadores de impacto para lograr las metas definidas en Plan de Desarrollo y sobre el cual se realizan seguimientos trimestrales al cumplimiento sus metas individuales, los cuales cuentan con sus respectivas fichas técnicas.</p> <p>-Se cuenta con la resolución 559 de 2024 donde se adoptan los planes Operativos, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el plan de desarrollo 2024-2027 "San Rafa, Alma, Vida y Corazón". Y se definen los mecanismos de Planeación, Evaluación y Rendición de Informes de Gestión en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja,</p> <p>La entidad mediante los diferentes comités (Comité institucional de coordinación de control interno, Comité gestión del riesgo y comité institucional) analiza el impacto sobre el sistema de control interno y evalúa los cambios en los diferentes niveles institucionales ( actualización mapa de procesos, organigrama).</p> <p>Se tienen identificados riesgos de Gestión y fiscales, de índole contable, seguridad de la información, SICOFIS, SARLAFT, contractuales, asistenciales Las líneas de defensa conocen sus roles respecto al autocontrol, monitoreo y seguimiento de los riesgos identificados en la entidad.</p> <p>Dentro de las matrices de riesgos, se cuentan con riesgos relacionados con los procesos tercerizados, los cuales son monitoreados y evaluados por la segunda y tercer línea de defensa</p> <p>Se cuenta con la política de gestión de riesgo actualizada recientemente mediante Acuerdo 018 de 2025</p> <p><b>Alertas de mejora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Definir y aplicar inventario de eventos y riesgos materializados como herramienta para la gestión del riesgo en la entidad.</li> <li>- Diseñar y aplicar indicadores clave de riesgo como herramienta para el monitoreo de la gestión del riesgo en la entidad.</li> <li>-Identificar en la política de administración del riesgo las instancias responsables del seguimiento y monitoreo a la gestión del riesgo institucional, incluyendo el jefe de talento humano o quien haga sus veces encargado, como instancia de 2a línea de defensa encargada de monitorear temas clave del ciclo del servidor (PIC, bienestar, incentivos, convivencia laboral, código integridad), generando alertas sobre incumplimientos, situaciones críticas que afectan en clima laboral y posibles afectaciones al código de integridad.</li> </ul>	<p>1%</p>

<p style="text-align: center;"><b>Actividades de control</b></p>	<p>Si</p>	<p><b>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja</b></p> <p>*Se realizó seguimiento al plan de mejoramiento correspondiente a los subprocesos de TIC y Comunicaciones y Medios, en el cual se evidenció la ejecución de acciones orientadas a minimizar las fallas en la captura de información primaria.</p> <p>* Se verifican las acciones realizadas por el subproceso, con el propósito de minimizar o reducir a cero las fallas en la captura de información primaria, esta acción está en seguimiento a su efectividad</p> <p>* El sub proceso de comunicaciones y medios, para subsanar hallazgos identificados, se presentó el documento CO-PG-01 «Plan Estratégico de Comunicaciones». En su numeral 12.3, correspondiente a la Comunicación Interna, se describen las herramientas disponibles y sus funciones dentro del Hospital Universitario San Rafael de Tunja, orientadas a mantener informado al personal sobre las metas estratégicas y demás información relevante para la organización.</p> <p>Entre los canales de comunicación interna se incluyen: Correo electrónico, Circulares y comunicados, Boletín institucional, Carteleras, Fondo de escritorio, Productos audiovisuales, Pantalla digital ubicada en el hall principal</p> <p>Asimismo, se cuenta con el procedimiento CO-PR-01 «Comunicados Internos», el cual detalla el paso a paso para la divulgación de información y la gestión de comunicaciones internas.</p> <p>*EL subproceso de comunicaciones y medios implemento el documento CO-PG-01 «Plan Estratégico de Comunicaciones» (PECOS) y realiza evaluación a los resultados de la encuesta de satisfacción a cliente externo</p> <p>*Se cuenta con Política de gestión de riesgos integral</p> <p>*Se tienen identificados riesgos de Gestión y fiscales, de índole contable, seguridad de la información, SICOFS, SARLAFT, Las líneas de defensa conocen sus roles respecto al autocontrol, monitoreo y seguimiento de los riesgos identificados en la entidad,</p> <p>Alertas de mejora</p> <p>* Se identificó fallas en la captura de información primaria y falta de oportunidad en las respuestas a solicitudes realizadas mediante mesa de servicios GLPI.</p> <p>*Respecto a las peticiones referentes a copias de remisiones, es necesario realizar concertación entre el área de referencia y contra referencia y Gestión documental con el fin de determinar quién es el responsable de suministrar la información referente a las peticiones de remisiones y así poder verificar que se esté efectuando el reemplazo de las respuestas en el sistema ORFEO</p> <p>* Frente a la matriz OAJ-F-07 se evidencia que no se realiza una adecuada actualización ya que la información que se encuentra en dicho documento está incompleta y en algunas ocasiones no coincide con la información que se encuentra en las carpetas físicas de las peticiones</p> <p>*Definir y ejecutar mecanismos de seguimiento para asegurar que lo definido en la estrategia, plan o esquema se esté implementando en la práctica para la gestión de la información interna de la entidad.</p> <p>* Evaluar la efectividad de los canales de comunicación de la entidad, empleando mediciones a través de análisis de datos, para establecer tendencias, focalización de temas o situaciones más recurrentes</p> <p style="text-align: center; font-size: 24pt; font-weight: bold;">83%</p>	<p style="text-align: center; font-size: 24pt; font-weight: bold;">79%</p>	<p><b>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja:</b></p> <p>Se cuenta con la Matriz de levantamiento de activos de la información e inventario actualizado y clasificado de activos.</p> <p>Evaluar la implementación de las estrategias definidas en el Plan de Desarrollo 2024-2027 "San Rafa Alma, vida y corazón" conforme a las metas de producto, para la vigencia 2024.</p> <p>*La entidad tiene actualizado el mapa de riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT),</p> <p>*Se cuenta con Política de gestión de riesgos integral, adoptada mediante acuerdo No. 007 de 2024</p> <p>*Se tienen identificados riesgos de Gestión y fiscales, de índole contable, seguridad de la información, SICOFS, SARLAFT, Las líneas de defensa conocen sus roles respecto al autocontrol, monitoreo y seguimiento de los riesgos identificados en la entidad.</p> <p>*Se cuenta con el Programa de Gestión del Riesgo código: OADS-PG-02, el cual estableció su propio comité, que se reúne trimestralmente, con el fin de socializar a la alta dirección el cumplimiento del Plan de trabajo gestión de riesgos integral 2024.</p> <p><b>Alertas de mejora</b></p> <p>*No se han identificado y documentado las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones (ej: falta de personal, presupuesto), con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados.</p> <p>*Es necesario generar medios y espacios para que la entidad cree matrices y roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.</p> <p>*Se deben fortalecer los controles en los procesos que han incumplido de manera reiterativa, la actualización de documentos en la plataforma ALMERA</p> <p>* Es importante que los informes de auditoría realizados por las ISO, sean socializados en comité institucional y sea invitado la oficina de control interno, con el propósito de realizar la integración del sistema.</p> <p>*Se debe continuar fortaleciendo las actividades de control relevantes sobre infraestructuras tecnológicas, procesos de gestión de la seguridad, y procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías.</p> <p>*Identificar y mantener respecto a la gestión de la información de la entidad las condiciones adecuadas de almacenamiento de acuerdo con el Sistema Integrado de Conservación.</p> <p>* Promover el uso de tecnologías para el manejo de la información (de acuerdo con las capacidades propias)</p> <p>*Establecer mecanismos de control que permita realizar revisiones periódicas sobre la integridad y precisión de la información para el control sobre la gestión de la información en la entidad.</p>	<p>4%</p>

<p style="text-align: center;"><b>Información y comunicación</b></p>	<p>SI</p>	<p>80%</p>	<p><b>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja</b></p> <p>*Se realizó seguimiento al plan de mejoramiento correspondiente a los subprocesos de TIC y Comunicaciones y Medios, en el cual se evidenció la ejecución de acciones orientadas a minimizar las fallas en la captura de información primaria.</p> <p>* Se verifican las acciones realizadas por el subproceso, con el propósito de minimizar o reducir a cero las fallas en la captura de información primaria, esta acción está en seguimiento a su efectividad</p> <p>* El sub proceso de comunicaciones y medios, para subsanar hallazgos identificados, se presentó el documento CO-PG-01 «Plan Estratégico de Comunicaciones». En su numeral 12.3, correspondiente a la Comunicación Interna, se describen las herramientas disponibles y sus funciones dentro del Hospital Universitario San Rafael de Tunja, orientadas a mantener informado al personal sobre las metas estratégicas y demás información relevante para la organización.</p> <p>Entre los canales de comunicación interna se incluyen: Correo electrónico, Circulares y comunicados, Boletín institucional, Carteleras, Fondo de escritorio, Productos audiovisuales, Pantalla digital ubicada en el hall principal</p> <p>Asimismo, se cuenta con el procedimiento CO-PR-01 «Comunicados Internos», el cual detalla el paso a paso para la divulgación de información y la gestión de comunicaciones internas.</p> <p>*EL subproceso de comunicaciones y medios implemento el documento CO-PG-01 «Plan Estratégico de Comunicaciones» (PECOS) y realiza evaluación a los resultados de la encuesta de satisfacción a cliente externo.</p> <p>El subproceso actualizo sus estructura documental, en particular los siguientes documentos: CO-PG- 01 «PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES» (PECOS) en el cual como documentos para desarrollo de actividades se presenta el formato diligenciado CO-F-07 «COMUNICADOS DE PRENSA» que se encuentra inmerso en el procedimiento, CO-PR-06 « DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE COMUNICADO DE PRENSA»</p> <p><b>Alertas de mejora</b></p> <p>* Se identificó fallas en la captura de información primaria y falta de oportunidad en las respuestas a solicitudes realizadas mediante mesa de servicios GLPI.</p> <p>*Respecto a las peticiones referentes a copias de remisiones, es necesario realizar concertación entre el área de referencia y contra referencia y Gestión documental con el fin de determinar quién es el responsable de suministrar la información referente a las peticiones de remisiones y así poder verificar que se esté efectuando el reemplazo de las respuestas en el sistema ORFEO</p> <p>* Evaluar la efectividad de los canales de comunicación de la entidad, empleando mediciones a través de análisis de datos, para establecer tendencias, focalización de temas o situaciones más recurrentes</p> <p>* Realizar seguimiento permanente al inventario de información relevante, con el fin de garantizar que se mantenga actualizado, completo y disponible para la gestión institucional. Este seguimiento debe incluir la verificación periódica de la incorporación de nueva información, la depuración de datos obsoletos.</p> <p>*Caracterización de Grupos de Valor: Contar con información suficiente de los procesos involucrados para lograr una correcta caracterización de los grupos de valor.</p> <p>* Evaluar los niveles de satisfacción de los grupos de valor o ciudadanía en general, así como de otros grupos de interés, frente a los canales de comunicación a través de los cuales se les brinda la información</p>	<p>77%</p>	<p><b>Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja</b></p> <p>*Se realizó seguimiento al plan de mejoramiento correspondiente a los subprocesos de TIC y Comunicaciones y Medios, en el cual se evidenció la ejecución de acciones orientadas a minimizar las fallas en la captura de información primaria.</p> <p>* Se verifican las acciones realizadas por el subproceso, con el propósito de minimizar o reducir a cero las fallas en la captura de información primaria, esta acción está en seguimiento a su efectividad</p> <p>* El sub proceso de comunicaciones y medios, para subsanar hallazgos identificados, se presentó el documento CO-PG-01 «Plan Estratégico de Comunicaciones». En su numeral 12.3, correspondiente a la Comunicación Interna, se describen las herramientas disponibles y sus funciones dentro del Hospital Universitario San Rafael de Tunja, orientadas a mantener informado al personal sobre las metas estratégicas y demás información relevante para la organización.</p> <p>Entre los canales de comunicación interna se incluyen: Correo electrónico, Circulares y comunicados, Boletín institucional, Carteleras, Fondo de escritorio, Productos audiovisuales, Pantalla digital ubicada en el hall principal</p> <p>Asimismo, se cuenta con el procedimiento CO-PR-01 «Comunicados Internos», el cual detalla el paso a paso para la divulgación de información y la gestión de comunicaciones internas.</p> <p>*EL subproceso de comunicaciones y medios implemento el documento CO-PG-01 «Plan Estratégico de Comunicaciones» (PECOS) y realiza evaluación a los resultados de la encuesta de satisfacción a cliente externo</p> <p>Alertas de mejora</p> <p>* Se identificó fallas en la captura de información primaria y falta de oportunidad en las respuestas a solicitudes realizadas mediante mesa de servicios GLPI.</p> <p>*Mecanismos de Quejas y Denuncias: Fortalecer y promover mecanismo de quejas y denuncias, respecto a canales de información interna para la denuncia anónima de posibles situaciones Irregulares, recomendando acciones específicas para mejorar su efectividad y asegurar una respuesta adecuada y oportuna.</p> <p>*Caracterización de Grupos de Valor: Contar con información suficiente de los procesos involucrados para lograr una correcta caracterización de los grupos de valor.</p> <p>*Definir y ejecutar mecanismos de seguimiento para asegurar que lo definido en la estrategia, plan o esquema se esté implementando en la práctica para la gestión de la información interna de la entidad.</p> <p>* Establecer si el flujo de información sobre gestión interna de la entidad se da en las dos vías: desde el equipo directivo hacia las y los trabajadores como de las y los trabajadores hacia el equipo directivo</p> <p>*Evaluar los niveles de satisfacción de los grupos de valor o ciudadanía en general, así como de otros grupos de interés, frente a los canales de comunicación a través de los cuales se les brinda la información</p> <p>* Evaluar la efectividad de los canales de comunicación de la entidad, empleando mediciones a través de análisis de datos, para establecer tendencias, focalización de temas o situaciones más recurrentes</p>	<p>3%</p>
					<p><b>Fortalezas del Sistema de Control Interno</b></p> <p>*El comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan de Auditoría presentado por el Jefe de Control Interno (o su delegado) y realiza el correspondiente seguimiento a su ejecución.</p> <p>* La Alta Dirección evalúa periódicamente los resultados de las evaluaciones continuas e independientes, lo que le permite concluir sobre la efectividad del Sistema de Control Interno.</p> <p>* Se llevan a cabo evaluaciones independientes periódicas, con una frecuencia definida en función del análisis de riesgos, lo que facilita valorar el diseño y la operación de los controles establecidos y determinar su efectividad para prevenir la materialización de riesgos.</p> <p>* La entidad ha apropiado un esquema articulado de líneas de defensa, el cual se refleja en los diferentes informes de riesgos, fortaleciendo la gestión preventiva y el aseguramiento institucional.</p> <p>* *La oficina de control interno tiene un manual de auditorías OACI-M-01, donde se encuentra modelo que se acompaña por un esquema de asignación de responsabilidades, adaptada del Modelo Líneas de Defensa</p> <p>* Adicionalmente la oficina de control interno se articula con el modelo de mejoramiento con enfoque de acreditación y se realiza bajo el PAPAS que a continuación se describe por cada una de las fuentes de mejora establecidas: Indicadores, Auditoría externa, Autoevaluación seguridad del paciente, Eventos adversos, Autoevaluación y Acreditación, Referenciación competitiva, oportunidades de mejora, Revisoría fiscal.</p> <p>* Inconformidades e inconsistencias, una vez analizadas, se incorporan en los informes finales resultantes de las auditorías y seguimientos. Estos informes son posteriormente socializados a los niveles jerárquicos superiores, facilitando así una comunicación efectiva y la toma de decisiones informadas en el ámbito institucional. Este proceso integral no solo busca detectar y corregir posibles fallas, sino también fortalecer la participación activa de todos los involucrados en</p>	

Monitoreo	SI	96%	<p>el proceso, contribuyendo a la mejora continua de los sistemas de control interno de la organización.</p> <p>Alertas de mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*La entidad debe fortalecer la apropiación de las recomendaciones derivadas de las evaluaciones externas que aportan una visión independiente. Se recomienda socializar de manera sistemática los resultados de dichas evaluaciones, realizadas por organismos de control, entes de vigilancia, entidades certificadoras, ONG's u otros actores especializados, con el fin de garantizar transparencia, objetividad y la mejora continua en los procesos institucionales.</li> <li>*Cuantificar el total de acciones de mejora que han sido cerradas de manera efectiva en relación con los planes de mejoramiento vigentes, dado que en algunos casos se registra el cierre sin que las acciones se ejecuten plenamente, lo cual impide que el proceso resulte efectivo.</li> <li>*portar evidencias debidamente diligenciadas, garantizando que sean legibles, completas y verificables, de manera que respalden la conformidad con los requisitos establecidos y demuestren la operación eficaz y efectiva del Sistema de Gestión de Calidad.</li> </ul>	93%	<p>mejoramiento con enfoque de acreditación y se realiza bajo el PAPAS que a continuación se describe por cada una de las fuentes de mejora establecidas: Indicadores, Auditoría externa, Autoevaluación seguridad del paciente, Eventos adversos, Autoevaluación y Acreditación , Referenciación competitiva , oportunidades de mejora, Revisoría fiscal</p> <p>* Inconformidades e inconsistencias, una vez analizadas, se incorporan en los informes finales resultantes de las auditorías y seguimientos. Estos informes son posteriormente socializados a los niveles jerárquicos superiores, facilitando así una comunicación efectiva y la toma de decisiones informadas en el ámbito institucional. Este proceso integral no solo busca detectar y corregir posibles fallas, sino también fortalecer la participación activa de todos los involucrados en el proceso, contribuyendo a la mejora continua de los sistemas de control interno de la organización.</p> <p><b>Alertas de Mejora</b></p> <p>*Identificar las instancias responsables del seguimiento y monitoreo a la gestión del riesgo institucional, incluyendo el jefe de talento humano o quien haga sus veces encargado, como instancia de 2a línea de defensa encargada de monitorear temas clave del ciclo del servidor (PIC, bienestar, incentivos, convivencia laboral, código integridad), generando alertas sobre incumplimientos, situaciones críticas que afectan en clima laboral y posibles afectaciones al código de integridad.-(Talento Humano.</p> <p>*Cuantificar el total de acciones de mejora que se les hizo cierre efectivo con respecto a los planes de mejoramiento vigentes</p> <p>*Evidencias y Documentación: Aportar evidencias debidamente diligenciadas, garantizando que sean legibles, completas, y que proporcionen evidencia de la conformidad con los requisitos, así como la operación eficaz y efectiva del sistema de Gestión de Calidad.</p>	3%
	<hr/> JEFE DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN					



**AMBIENTE DE CONTROL**

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

	Lineamiento 1: La entidad demuestra el compromiso con la integridad (valores) y principio+1186+C21:131+1186+C21:131+C21:131+C21:131	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas+C21:131/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	
					No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Observaciones de la evaluación independiente (tener encuesta papel de líneas de defensa)
<b>EJEMPLO</b>	Aplicación del Código de Integridad. (incluye análisis de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad, u otros temas relacionados).	Dimensión Talento Humano Política Integridad	Se implementó el Código de Integridad acorde con el esquema definido de 5 valores y sus lineamientos de conducta y se desarrollaron ejercicios internos con talleres para la socialización e interiorización a todos los servidores y contratistas de la entidad.	1	1	Seguimiento al cumplimiento de la elaboración y socialización del Código de Integridad, con base en el informe presentando por la segunda línea de defensa (cuando aplique).	Se llevo a cabo un seguimiento a lo dispuesto en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, donde se determino la necesidad de estructurar el código de integridad siguiendo la metodología de Función Pública, para ello se delego como responsable del mismo al Secretario General.  Se encontro que se realizaron ejercicios ludicos y participativos para la construccion de los 5 valores institucionales, cada mes se hacen campañas de interiorizacion de los mismo al personal de la entidad, teniendo como evidencia el compromiso de los funcionarios con el horario laboral, una reduccion del ausentismo asi como un bajo porcentaje de quejas por parte de los ciudadanos.  Por otra parte, se realiza seguimiento mensual por parte del Secretario General al cumplimiento de las actividades propuestas en el cronograma.	3
					2	En el marco del Comité Institucional de Control Interno bimensualmente se contrastan quejas internas y externas sobre situaciones irregulares.		
					3	Se han analizado los temas más críticos acerca en relación con el ausentismo, acoso laboral, solicitudes de traslado y rotación del personal.		
					4			
					5			
					6			
					7			
					8			
	1.1 Aplicación del Código de Integridad. (incluye análisis de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad, u otros temas relacionados).	Dimensión Talento Humano Política Integridad	La E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuenta con Codigo de Integridad que, el cual se puede consultar en el siguiente Link: <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=151&amp;seccion=nuestra-entidad&amp;slug=codigo-de-integridad">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=151&amp;seccion=nuestra-entidad&amp;slug=codigo-de-integridad</a> Se cuenta con tres comites de convivencia laboral, uno del personal de planta creado mediante resolución No 382 de 2022. los otros		1 Informe resultado COCOLA 2 Informe operativo dimensión talento humano política de integridad 3 Informe seguimiento semestral migp 4 Informe control interno disciplinario 5 p a plan de mejoramiento talento humano codigo 6 7	Primera Línea de Defensa: Se realizaron informes trimestrales sobre el análisis y resultados de: Análisis de PQRS, Informe resultado COCOLA de las empresas de servicios temporales y planta del HUSRT. Análisis de informe generado por SIAU. Frente a las conclusiones y recomendaciones se realizaron las acciones de mejora correspondientes. Se han realizado estrategias de divulgación y despliegue del código de integridad en los diferentes servicios del HUSRT, dando énfasis en servicios a donde no se habla tenido presencia o una frecuencia mayor. Se soportan con registro fotográfico y firmas de asistencias, videos, imagen corporativa, publicidad impresa, premios y rifas, entre otros. Segunda Línea de Defensa: Se realizo seguimiento a través de los plan de acción de migp realizado por la oficina de planeación encontrando lo siguiente :para el periodo evaluado, ocho (8) actividades, de las cuales 1 no fue ejecutada. obteniendo un porcentaje de cumplimiento de la política del 85.7%.		

		<p>dos corresponde a las empresas tercerizadas TEMPOLAB y CONSORCIO SAN RAFAEL.</p> <p>Se cuenta con informes de convivencia de manera trimestral de los comités de: Planta, Tempolab y Consorcio, en donde se relaciona los tipos de quejas por presunto acoso laboral y su posible afectación al código de integridad.</p> <p>El comité institucional de control interno aprobo plan anual de auditoria, donde se incluye seguimiento a furag y se tendra en cuenta la politica de integridad, este se realizara en el segundo semestre</p>	3	8		<p><b>Tercera Línea de Defensa:</b> "Durante el primer trimestre de la vigencia 2025 se realizó el seguimiento y cierre del plan de mejoramiento derivado de la auditoría al proceso de Talento Humano, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad en la implementación y actualización del Código de Integridad. De igual manera, se efectuó seguimiento y monitoreo a través del mapa de riesgos asociados al proceso, así como al componente Ambiente de Control del MECI, primer semestre de 2025, numeral 1.1 "Aplicación del Código de Integridad" (incluye análisis de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas, denuncias sobre servidores de la entidad y otros aspectos relacionados).</p> <p>Con base en la información disponible en el drive compartido por el proceso de Talento Humano, registrada en la TRD respectiva, se verificó el cumplimiento en la generación y presentación de informes trimestrales, entre ellos:</p> <p>Informe Código de Integridad versus SIAU.</p> <p>Informe de resultados COCOLA de las empresas de servicios temporales y planta del HUSRT.</p> <p>Informe de recolección, revisión y análisis de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones (PQRSF) radicadas por los colaboradores a través del buzón de cliente interno, correspondientes al primer y segundo trimestre de 2025.</p> <p>Informe de resultados del test de percepción de integridad, primer semestre de 2025, con las recomendaciones respectivas.</p> <p>Adicionalmente, se implementaron estrategias de divulgación y despliegue del Código de Integridad en los diferentes servicios del HUSRT, respaldadas con registros fotográficos, firmas de asistencia, videos, audios, carteleras, concursos, rifas, juegos, boletines, stickers, página web, imagen corporativa y material impreso.</p> <p>Asimismo, se efectuó verificación y seguimiento en el informe semestral del MIPG, en lo relacionado con el cumplimiento de las acciones del Código de Integridad de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, primer semestre de 2025.</p> <p>Adicionalmente, la Oficina de Planeación elaboró el Informe de Seguimiento al cumplimiento de la implementación del plan de acción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, con corte al 30 de septiembre de 2025. En dicho informe se evidencia que el seguimiento se realizó a través de 38 actividades programadas para el periodo evaluado, orientadas al cumplimiento de las políticas, alcanzando un porcentaje general de cumplimiento del 91,8%. El detalle por política es el siguiente:</p> <p>* Política de Talento Humano: Se incluyó una (1) actividad en el plan de acción para el periodo evaluado, la cual fue</p>	3
1.2 Mecanismos para el manejo de conflictos de interés.	Dimensión Talento Humano Política Integridad	<p>En la institución se tiene documentado TH-INS-01, V3 «Instructivo de manejo de conflictos de interés», : «Matriz de registro de solicitudes y/o trámites de conflicto de interés» QAJ-F-19 V01; y el formato TH-F-67 «Declaración de situaciones de conflicto de intereses servidor público o contratista»V03"</p>	2	8	<p>1</p> <p>2 Plan de accion furag mipg</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p>	<p><b>Primera Línea de Defensa:</b> La presente actividad se tiene programada para el segundo semestre de la vigencia 2025. Se anexa ruta cronograma de integridad, C:\CODIGO DE INTEGRIDAD\2025\PLAN ACCIO FURAG MIPG,</p> <p><b>Segunda Línea de Defensa:</b> La oficina de planeación realizo seguimiento relacionado para el primer semestre y manifestó que no se reporta actividades para el periodo evaluado</p> <p><b>Tercera Línea de Defensa:</b> "La Oficina de Control Interno realiza seguimiento a riesgos de corrupción, el cual con corte al segundo cuatrimestre de 2025, el responsable del control informa que el personal de planta no aplica el diligenciamiento del formato TH-F-67, teniendo en cuenta que el funcionario diligencio la declaración de bienes y rentas 2003 de 2019 que no es potencial en conflictos de interés, este formato únicamente se diligencia cuando se reportan los conflictos, para este periodo no se han presentados posibles conflictos de interés en el desarrollo de las actividades de los servidores públicos con responsabilidades de supervisión de contratos, interventoría, contratación, ordenación del gasto, pagaduría o tesorería, sin embargo, es necesario que el proceso de Gestión de Talento Humano, establezca controles para la vinculación de personal a través de las temporales frente a la posibilidad de presentarse tráfico de influencias y conflicto de intereses (amistad o enemistad, persona influyente) en el proceso de vinculación de personal para favorecer a un tercero.</p> <p>*Mediante auditorías internas realizadas por la oficina de control interno en la vigencia 2025 se verifica aplicación y efectividad el formato C-F-10 formato de conocimiento del cliente y/o contraparte (sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo (SARLAFT).</p> <p>* Es importante que el proceso realice un plan de acción teniendo en cuenta las recomendaciones emitidas por furag para la vigencia 2024.</p>	2
1.3 Mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada u otras situaciones que puedan implicar riesgos para la entidad.	Dimensión Información y Comunicación Política Transparencia y Acceso a la Información Pública Política Gestión Documental	<p>"En concordancia con la Política de Gobierno Digital y el habilitador de Seguridad y Privacidad de la Información, la institución ha implementado mecanismos orientados a prevenir y detectar el uso inadecuado de información privilegiada, particularmente aquella relacionada con historias clínicas y datos personales, los cuales se encuentran formalizados en el Manual de Políticas de Seguridad de la Información S-M-02,</p> <p>S-PR-13 Gestión de usuarios para el acceso a sistemas de información y/o plataformas institucionales,</p> <p>C-F-43 Acuerdo de confidencialidad de la información.</p> <p>S-M-18 Manual De Perfiles De Usuario Del Sistema De Información Servinte Clinical Suite</p> <p>S-F-46 Formato matriz levantamiento de activos de información.</p> <p>S-PR-30 Gestión de incidentes de seguridad de la información."</p>	3	5	<p>1 S-M-02 Manual de Políticas de Seguridad de la Información. <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;procesoid=8053&amp;hl=S-M-02">https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;procesoid=8053&amp;hl=S-M-02</a></p> <p>2 S-PR-13 Gestión de usuarios para el acceso a sistemas de información y/o plataformas institucionales, <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;procesoid=7133&amp;hl=S-PR-13">https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;procesoid=7133&amp;hl=S-PR-13</a></p> <p>3 C-F-43 Acuerdo de confidencialidad de la información. <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=documentos&amp;option=ver&amp;actual&amp;documentoid=10768&amp;hl=C-F-43">https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=documentos&amp;option=ver&amp;actual&amp;documentoid=10768&amp;hl=C-F-43</a></p> <p>4 S-M-18 Manual De Perfiles De Usuario Del Sistema De Información Servinte Clinical Suite <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;procesoid=7416&amp;hl=S-M-18">https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;procesoid=7416&amp;hl=S-M-18</a></p> <p>5 S-F-46 Formato matriz levantamiento de activos de información. <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/c/contenido.php?id=359&amp;seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&amp;slug=registros-de-activos-de-informacion">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/c/contenido.php?id=359&amp;seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&amp;slug=registros-de-activos-de-informacion</a></p>	<p><b>Primera Línea de Defensa:</b> La institución utiliza mecanismos preventivos y de detección frente al uso inadecuado de información privilegiada, enmarcados en el Manual de Políticas de Seguridad de la Información (código S-M-02), el cual establece directrices para la protección, confidencialidad y uso adecuado de la información institucional y se aplican procedimientos como: S-PR-28: Control de Cambios de Actualización de Sistemas de Información, S-PR-13: Gestión de Usuarios para el Acceso a Sistemas de Información y/o Plataformas Institucionales, S-PR-30: Gestión de Incidentes de Seguridad de la Información. Adicionalmente, se hace uso de formatos como: S-F-39: Solicitud de Creación, modificación e inactivación de Usuarios en los diferentes servicios de TI, C-F-43: Acuerdo de Confidencialidad de la Información, exigido a los funcionarios con acceso a información sensible, S-F-46: Matriz de levantamiento de activos de información, para identificar y clasificar recursos críticos. S-M-18 Manual de perfiles de usuarios al sistema de información clínico que determina los grupos y permisos de los usuarios en el sistema Servinte.</p> <p>Estos documentos permiten controlar el acceso, uso y modificación de la información institucional, minimizando riesgos y permitiendo la trazabilidad de las acciones realizadas sobre los sistemas de información.</p> <p><b>Gestión de riesgo desde el rol de la Segunda Línea de Defensa:</b> Informe de seguimiento al mapa de riesgos de seguridad de la información por parte de la Segunda Línea de Defensa." el cual fue radicado en la oficina de control interno 24 de enero de 2025</p> <p><b>Tercera línea de defensa:</b> La oficina de control interno realizo seguimiento al plan de mejoramiento producto de la auditoria al subproceso de TIC, mediante la cual se identificó, que se presenta reporte mensual de las fallas en la captura de información primaria las cuales son enviadas al proceso responsable, para tomar las medidas pertinentes para lograr tener información precisa, confiable y de calidad con que se alimentan los indicadores.</p> <p>Asi mismo se efectúa seguimiento en el tercer trimestre de 2025 al plan operativo anual POA, encontrando que el subproceso TIC, cuenta con el indicador « Cumplimiento Plan de seguridad y privacidad de la información», sin embargo no se pudo realizar analisis debido a que la periodicidad de este indicador es semestral.</p> <p>La oficina Asesora de Control interno presento «INFORME SEGUIMIENTO MATRIZ DE RIESGO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL SEGUNDO SEMESTRE 2024» del cual se presentan algunas de las recomendaciones dadas en el informe.</p> <p>-Se recomienda revisar y ajustar el MANUAL METODOLÓGICO PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN S-M-11, de acuerdo a la actualización de la ISO 27002 – 2022</p> <p>- Establecer estrategias que permita al personal de la entidad apropiarse de los conceptos que fundamentan la seguridad y privacidad de la información para su contextualización con el entorno laboral de la entidad, para que la seguridad de la información se convierta en cultura organizacional, al generar competencias y hábitos en todos los niveles (directivos, funcionarios, terceros) del Hospital Universitario San Rafael de Tunja. "</p>	2

				<p>S-PR-30 Gestión de incidentes de seguridad de la información.</p> <p>6 <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&amp;opcion=verproceso&amp;proceso=7813&amp;nl=s-pr-30">https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&amp;opcion=verproceso&amp;proceso=7813&amp;nl=s-pr-30</a></p> <p>7</p> <p>8</p>		
1.4 La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción.	Dimensión Talento Humano Política de Integridad	"Dentro de la política de gestión de riesgos integral, en su artículo cuarto, metodología: " Actualizar y dar continuidad a la implementación del manual de gestión de riesgos integral (OADS-M-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, la complejidad del proceso de atención, incluyendo de esta forma la gestión de riesgos asistenciales y clínicos siendo para fundamental de la gestión institucional, por lo tanto no es una adopción textual de la guía del DAFP y contempla las instrucciones impartidas de la circular externa de la superintendencia nacional de salud 2021170000004-5 de 2021, 2021170000005-5 de 2021 y 20215100000053-5 de 2022." en donde se contemplan los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno como tipo de riesgos institucionales "	3	<p>1 <b>Formato OADS-F-36</b></p> <p>2 Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno tercer cuatrimestre 2025</p> <p>3 informe seguimiento de mapas de riesgos de corrupción, opacidad fraude y soborno segundo cuatrimestre 2025</p> <p>4 Mapa de riesgos corrupción</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p><b>PRIMERA LINEA DEFENSA</b> :En cuanto al seguimiento realizado por parte de la primera línea de defensa desde el rol del responsable del proceso (Autocontrol), según lo establecido en programa de gestión del riesgo OADS-PG-02 Primera línea de defensa (Autocontrol).</p> <p><b>SEGUNDA LINEA DEFENSA</b> : 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.</p> <p><b>TERCERA LINEA DEFENSA</b> : 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 segundo cuatrimestre 2025.</p> <p>Se debe continuar con el desarrollo del Plan de Ética, Transparencia y Ética Pública, articulando la política de administración de riesgos de la entidad con la nueva guía de administración de riesgos de la Función Pública, en lo referente al Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP. Las organizaciones se enfrentan frecuentemente al riesgo de no cumplir sus objetivos como consecuencia de los diferentes intereses que pueden confluir en la toma de decisiones, especialmente cuando se privilegian intereses particulares sobre el interés general de la organización.</p>	2
1.5 Análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad. NOTA: Si la entidad ya cuenta con esta línea en funcionamiento, establezca si ha aportado para la mejora de los mapas de riesgos o bien en otros ámbitos organizacionales.	Dimensión Direcciónamiento Estratégico y Planeación Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	En la pagina web de la entidad diseño un espacio para informar sobre cualquier conducta que contravenga nuestro Código de Integridad o compartir cualquier inquietud relacionada.  <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=151&amp;seccion=nuestra-entidad&amp;slug=codigo-de-integridad">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=151&amp;seccion=nuestra-entidad&amp;slug=codigo-de-integridad</a>	3	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p><b>Primera Línea de Defensa:</b> Se realiza creación de un espacio de denuncia sobre situaciones que afecten al código de integridad en la página web institucional, la cual además está siendo socializada por los diferentes servicios.</p> <p><b>Segunda Línea de Defensa:</b> La oficina de planeación realizó informe semestral de mipg donde se observa una actividad relacionada con Mejorar en canal de denuncia anticorrupción; canal de denuncia página web institucional/ en la página web se generó la opción de denuncias frente a mecanismos anticorrupción, así como denuncias frente a la afectación de valores de código de integridad.</p> <p><b>Tercera Línea de Defensa:</b> La Oficina de Control Interno evidenció el envío de los informes mensuales de la línea anticorrupción emitidos por el proceso de jurídica en el primer semestre de la vigencia 2025, adicionalmente observo el reporte trimestral de informe generados por el área de talento humano en lo relacionado con informe de buzón cliente interno y externo y el uso de buzones de denuncia generando recomendaciones sobre el procedimiento en proyección para asegurar su efectividad, así mismo sugiere la importancia de realizar seguimiento al canal de denuncias de anticorrupción asociado con el código de integridad.</p> <p>Se debe promoción de la denuncia de cualquier actividad que esté asociada a las señales de alerta definidas por la entidad, sin temor a represalias; informe las consecuencias del incumplimiento de la política.</p>	2
<b>Lineamiento 2.</b> Aplicación de mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno	<b>DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO</b>	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instruccionos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente 1/1/2020	<b>EVIDENCIA DEL CONTROL</b>		<b>Funcionamiento 1/1/20</b>
			No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	
2.1 Creación o actualización del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (incluye ajustes en periodicidad para reunión, articulación con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño).	Dimensión Control Interno Política de Control Interno	La resolución 220 del 2025 actualizo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja a través del siguiente link: <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=189&amp;seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&amp;slug=resoluciones">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=189&amp;seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&amp;slug=resoluciones</a> Dentro de sus funciones se encuentra : - Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la entidad presentado por el jefe de Control Interno o quien haga sus veces, hacer sugerencias y seguimientos a las recomendaciones producto de la ejecución del plan de acuerdo con lo dispuesto en el estatuto de auditoría, basado y la priorización de los temas críticos según la gestión del riesgo de la administración» Adicionalmente en la resolución 225 del 2024 , en su artículo primero se encuentra «aprobar Plan Anual de Auditoría ».		<p>1 Acta numero 4 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno</p> <p>2 Acta numero 5 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno</p> <p>3 Acta numero 6 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p>	<p><b>Cuarto Comité Institucional de coordinación de control interno</b> se realiza seguimiento a los compromisos adquiridos en el comité anterior, informando que de las cuatro actividades pendientes 3 se encuentran dentro de termino y una se encuentra vencida. Se presentan los avances relacionados con los riesgos identificados en activos fijos y tesorería, así como los progresos en la implementación del Plan de Mejoramiento para el área de activos fijos.</p> <p>Se presenta avance del Plan Anual de Auditoría, detallando las actividades desarrolladas así: Rol de evaluación y seguimiento: presenta avance del 48% Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta avance del 50% Rol de enfoque hacia la prevención: Presenta un avance del 33% Rol de liderazgo estratégico: Presenta un cumplimiento del 100% Ejecución de auditorías: Presenta un avance del 60% Informes de Ley: Presenta un avance del 50% Seguimiento: Presenta un avance del 48%.</p> <p>Adicionalmente, la asesora de Control Interno expone los resultados del Índice de Gestión del Desempeño correspondientes a las vigencias 2021, 2022, 2023 y 2024, destacando los incrementos observados en cada periodo evaluado. Posteriormente, se socializa el primer seguimiento al Plan de Trabajo del Programa de Transparencia y Ética Empresarial; finalmente, se solicita la segunda modificación del Plan Anual de Auditoría la cual es aceptada. Finalmente, el Comité aprueba la Política Integral de Riesgos. <b>Quinto Comité Institucional de coordinación de control interno</b>: Se realiza seguimiento a los compromisos adquiridos, informando que queda pendientes seis actividades a las cuales se les ha dado cumplimiento a tres, dos con cumplimiento parcial y una se encuentra</p>	

			3	8	<p>pendiente pendiente.</p> <p>Se presenta informe de seguimiento a Plan Anual de Auditoría con corte a 22 de septiembre de 2025</p> <p>Rol de evaluación y seguimiento: presenta cumplimiento del 69%</p> <p>Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta cumplimiento del 75%</p> <p>Rol de liderazgo estratégico: Se programaron y ejecutaron 56 actividades, se presentan 21 actividades pendientes, logrando un cumplimiento del 63%</p> <p>Ejecución de auditorías: Presenta un cumplimiento del 70%</p> <p>Informes de Ley: Preseta un cumplimiento del 70%</p> <p>Seguimiento: Presenta un avance del 68%.</p> <p>Se socializan los seguimientos realizados, incluyendo: Informe de rendición de cuentas, informe planes de mejoramiento, Seguimiento reporte entes externos, Seguimiento a plan operativo anual, posteriormente se presenta el seguimiento mapa de riesgos gestión, fiscal mostrando el resultado del análisis y evaluación de los controles con calificación moderada y débil por sub proceso y código del riesgo.</p> <p>La oficina de control interno ha generado 2 campañas de fomento del auto control, las cuales se han socializado en los fondos de pantalla de los computadores institucionales, para el diagnostico respecto a la cultura de auto control, se realiza encuesta de diagnostico de cultura de autocontrol, la cual fue aplicada en el sistema de información ALMERA en el mes de agosto, con una participación de 273 colaboradores, reflejando un nivel de cumplimiento general del 90.03%.</p> <p>Se informa la modificación del Plan Anual de Auditoría, la cual es aprobada por el comité.</p> <p>Sexto Comité Institucional de coordinación de control interno: Se realiza seguimiento a los 6 compromisos adquiridos, estableciendo que se dio cumplimiento a 5, quedando pendiente por ejecutar la revisión de la resolución 194 de 2018. Posteriormente se presenta informe de seguimiento al Plan Anual de Auditoría, con corte 11 de diciembre, Rol de evaluación y seguimiento: presenta cumplimiento del 87%.</p> <p>Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta cumplimiento del 100%</p> <p>Rol de liderazgo estratégico: Con fecha a 11 de dic, se realizo acompañamiento a 49 reuniones de comites.</p> <p>Informes de Ley: Preseta un cumplimiento del 95%</p> <p>Seguimiento: Presenta un avance del 79%.</p> <p>Posteriormente la Asesora de Control Interno, presenta una relacion de los principales y mas relevantes logros obtenidos por la oficina, así como una relación de las actividades a las que se les debe seguir haciendo seguimiento en pro de la mejora continua de la entidad</p>	3
2.2 Definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa	Dimension Control Interno Política de Control Interno Líneas de defensa	<p>Para la definición del esquema de líneas de defensa, la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuenta con la siguiente documentación:</p> <p>* Resolución 123 del 2019, en el capítulo 2 se encuentra la estructura de trabajo de las líneas de defensa y adicionalmente.</p> <p>* Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025) . Se establece las líneas de defensa</p> <p>* La resolución 220 del 2025 actualizo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, en su capítulo II, se encuentra la estructura de trabajo y articulación MECI, desarrollado a través de las tres líneas de defensa</p>	3	<p>1 OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSA.</p> <p>2 SEGUIMIENTO SEGUNDA LINEA DE DEFENSA MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN.</p> <p>3 INFORME SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS POR PROCESO</p> <p>4 ACTAS DE COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN CONTROL INTERNO</p> <p>5 ACTAS DE COMITÉ GESTIÓN DEL RIESGO</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p><b>SEGUIMIENTO AL AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LINEA DE DEFENSA"</b></p> <p>Se realiza seguimiento por parte de la primera línea de defensa, se realiza a través de la plataforma Almera</p> <p><b>SEGUIMIENTO SEGUNDA LINEA:</b> Gestión de riesgo realizó "Informe de seguimiento al mapa de riesgos de gestión y fiscales por parte de la segunda línea de defensa del primer semestre del 2025."</p> <p><b>SEGUIMIENTO TERCERA LINEA:</b> Esta verificación se realizó en base a las evidencias que soportan los avances en la gestión del riesgo en cada una de procesos de la ESE, las cuales fueron cargadas en el Link que dispuso Gestión de riesgo, en algunas ocasiones fueron tomadas otras evidencias que se encuentran publicadas en la página web del HUSRT, plataforma Almera y evaluaciones o Auditorías realizadas por control interno, informe que fue socializado en el comité institucional de control interno</p>	3
2.3 Definición de líneas de reporte en temas clave para la toma de decisiones, atendiendo el Esquema de Líneas de Defensa	Dimension Control Interno Política de Control Interno Línea de Defensa Dimension de Información y Comunicación	<p>Resolución 121 de 2025 «Por medio de la cual se ajusta la metodología y reglamento el proceso de control y monitoreo del trabajo en equipo ».</p> <p>La resolución 220 del 2025 actualizo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, en su capítulo II, se encuentra la estructura de trabajo y articulación MECI,</p> <p>En su artículo 12 Roles frente al Sistema de control Interno y teniendo en cuenta que el sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se estructura a través del MECI, se establecen los siguientes roles y responsabilidades principales para el sistema en cada una de las líneas de defensa:</p>	3	<p>1 Informes de Auditorías</p> <p>2 Actas de instalación y cierre de auditorías</p> <p>3 Seguidientos e informes de ley</p> <p>4 Actas de comité de coordinación de control interno</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>Esto fue socializado a los responsables del nivel jerárquico superior en el: Primer, segundo y tercer Comité Institucional de coordinación de control Interno, de igual forma se socializaron los informes finales de las auditorías realizadas durante el segundo semestre de 2025, los cuales adicionalmente fueron enviados vía correo electrónico a los procesos involucrados, supervisores y al gerente.</p> <p><b>INFORMES DE AUDITORIAS REALIZADAS:</b></p> <p>"Informe final de auditoría a Docencia de Servicio</p> <p>"Informe final de auditoría al Proceso de Gestión Financiera/ Presupuesto</p> <p>"Informe final de auditoría al Proceso de Gestión Contractual</p> <p>"Informe final de auditoría al Proceso de Gestión del Talento Humano</p> <p>"Informe final de auditoría al Proceso de Gestión de la Información</p>	3
<b>Línea 3:</b>				<b>EVIDENCIA DEL CONTROL</b>		

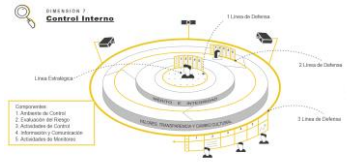
Establece la planeación estratégica con responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento. Así mismo a partir de la política de riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección.	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Observaciones de la evaluación independiente (tener encuesta papel de líneas de defensa)	Funcionamiento (1/2/3)
3.1 Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo (Acorde con lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas). La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo.	Dimensión de Dirección/amiento Estratégico y Planeación Política de Planeación Institucional Dimensión Control Interno	"Dentro de la política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo cuarto, metodología: "Actualizar y dar continuidad a la implementación del Programa de gestión integral de riesgos (OADS-PG-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, la complejidad del proceso de atención, incluyendo de esta forma la gestión de riesgos asistenciales y clínicos siendo para fundamental de la gestión institucional, por lo tanto no es una adopción textual de la guía del DAFT y contempla las instrucciones impartidas de la circular externa de la superintendencia nacional de salud 2021170000004-5 de 2021, 2021170000005-5 de 2021 y 20215100000053-5 de 2022, se definen 7 etapas estratégicas en la cual una hace referencia a ""1. Realizar análisis de contexto interno y externo de la institución, y 6. Realizar seguimiento a la materialización de los riesgos." Se actualiza política de gestión integral de riesgos, antes tipos - categorías ahora subsistemas (11) - tipos; esta fue presentada en comité de gestión integral de riesgo, comité Institucional de Coordinación de Control Interno y junta directiva en donde fue aprobada por acuerdo 018 de 15 de agosto de 2025. ""Programa de Gestión Integral de Riesgos código: OADS-PG-02 Lineamientos para el manejo de Riesgos Materializados Formato de seguimiento y autocontrol gestión de riesgos/primer línea de defensa OADS-F-36"	1 2 3 4 5 6 7 8	Acta comité de gestión de riesgos - 10 de julio Acta comité Institucional de Coordinación de Control Interno - 10 de julio	"Línea estratégica: Tiene dentro de sus funciones la aprobación de ajustes o modificaciones que se efectúen a las políticas, manuales, procedimientos y demás metodologías definidas relacionadas con la gestión del riesgo integral que se requiere por lineamientos externos. Se revisó desde el comité de gestión de riesgos y comité de coordinación de control interno los ajustes realizados por la segunda línea de defensa; y fue aprobada por junta directiva. Segunda línea de defensa: Tiene dentro de sus funciones elaborar, revisar, actualizar y presentar a comité de gestión de riesgos integral política, manual y demás metodologías definidas relacionadas con la gestión del riesgo integral y a junta directiva la política y demás metodologías que se requieran por lineamientos externos, y socializar política y metodologías de gestión de riesgos integral, capacitar a los líderes involucrados y desplegar a todo nivel. Actualizo la política de gestión de riesgos en el mes de abril, presento a comité de gestión de riesgos y comité de coordinación de control interno previo a presentación para aprobación por junta directiva quienes dieron su aprobación final." El cumplimiento de esta política se evidencia a través de los diferentes informes de riesgos —Gestión, SICOFIT, SARLAFT e Informáticos—, los cuales permiten generar conclusiones y establecer alertas de mejora orientadas al fortalecimiento del sistema de control interno.	3
3.2 La Alta Dirección frente a la política de Administración del Riesgo definen los niveles de aceptación del riesgo, teniendo en cuenta cada uno de los objetivos establecidos.	Dimensión Control Interno Política de Control Interno Línea Estratégica	Dentro de la Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo cuarto, metodología: ""Actualizar y dar continuidad a la implementación del Programa de gestión integral de riesgos (OADS-PG-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, la complejidad del proceso de atención, incluyendo de esta forma la gestión de riesgos asistenciales y clínicos siendo para fundamental de la gestión institucional, por lo tanto no es una adopción textual de la guía del DAFT y contempla las instrucciones impartidas de la circular externa de la superintendencia nacional de salud 2021170000004-5 de 2021, 2021170000005-5 de 2021 y 20215100000053-5 de 2022", se definen 7 etapas estratégicas en la cual una hace referencia a 4. Definir las estrategias para reducir, mitigar y/o transferir el riesgo y en su artículo sexto, NIVELES DE ACEPTACIÓN AL RIESGO: establece las opciones para tratar y manejar los riesgos basada en la valoración de estos. Se actualiza política de gestión integral de riesgos, antes tipos - categorías ahora subsistemas (11) - tipos; esta fue presentada en comité de gestión integral de riesgo, comité Institucional de Coordinación de Control Interno y junta directiva en donde fue aprobada por acuerdo 018 de 15 de agosto de 2025. ""Programa de Gestión Integral de Riesgos código: OADS-PG-02" 4. Definir las estrategias para evitar, reducir, aceptar y/o compartir el riesgo. 4.2. Estrategias NIVEL DE ACEPTACIÓN"	1 2 3 4 5 6 7 8	Acta comité de gestión de riesgos - 10 de julio Acta comité Institucional de Coordinación de Control Interno - 10 de julio	"Línea estratégica: Aprueba política que incluye los niveles de aceptación del riesgo. Comité institucional de Coordinación de sistema de Control Interno y Comité de gestión de riesgos aprobaron política de gestión de riesgos integral. Segunda línea de defensa: Realiza ajustes pertinentes asociados al artículo sexto de niveles de aceptación al riesgo, el cual fue presentado a junta directiva para aprobación final. Actualizó política y presentó a Comité institucional de Coordinación de sistema de Control Interno y Comité de gestión de riesgos en el mes de julio"	3
3.3 Evaluación de la planeación estratégica, considerando alertas frente a posibles incumplimientos, necesidades de recursos, cambios en el entorno que puedan afectar su desarrollo, entre otros aspectos que garanticen de forma razonable su cumplimiento.	Dimensión Evaluación de Resultados Política de Seguimiento y Evaluación al Desempeño Institucional Dimensión Control Interno Líneas de defensa	"Se cuenta con la resolución 559 de 2024 la cual establece los mecanismos de planeación, Evaluación y Redición de informes de gestión, así mismo se adoptan los planes Operativos, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el plan de desarrollo 2024-2027 En el artículo octavo planes estratégicos institucionales de acuerdo con el ambiente de aplicación del modelo integrado de planeación y gestión los cuales deben publicarlos en la página web de la institución a más tardar al 31 de enero de cada año. La evaluación de planes estratégicos institucionales se realizará de forma trimestral por la oficina de planeación conforme a lo definido por las funciones del comité institucional de gestión y desempeño."	1 2 3 4 5 6 7 8	Informe de seguimiento al cumplimiento de la ejecución de los Planes Institucionales y Estratégicos conforme a lo establecido en el Decreto 612 de 2018 a corte 30 de septiembre de 2025 Informe Seguimiento a planes operativos anuales con corte 30 de septiembre de 2025 Acta de comité institucional de coordinación de control interno	Segunda línea de defensa: Realiza monitoreo a planes operativos anuales de tercer trimestre del 2025, el informe de seguimiento que emite la oficina de control interno, es presentado en comité de control interno. Tercera línea de defensa: Se elaboró el informe correspondiente al segundo y tercer trimestre del POA, en el cual se generaron alertas de mejora respecto a los indicadores que no cumplieron la meta establecida. Dicho informe fue socializado en el sexto Comité de Control Interno, donde igualmente se dejaron alertas de mejora a los procesos que no habían alcanzado los objetivos, con el propósito de conformar mesas de trabajo orientadas a lograr el cumplimiento de las metas durante la vigencia y fortalecer la efectividad de esta herramienta de planeación.	3

Lineamiento 4: Compromiso con la competencia de todo el personal, por lo que la gestión del talento humano tiene un carácter estratégico con el despliegue de actividades clave para todo el ciclo de vida del servidor público –ingreso, permanencia y retiro.	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Institucionales u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionario (1/2/3)	
				No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)
4.1 Evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano.	Dimensión de Talento Humano Política Gestión Estratégica del Talento Humano  Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa	Se cuenta con el Programa estratégico del Talento humano, TH-PG-01. «PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO» el cual puede ser consultado en el siguiente link: <a href="https://www.hospitalsanrafael.tunja.gov.co/adjuntos/5.pdf">https://www.hospitalsanrafael.tunja.gov.co/adjuntos/5.pdf</a>	3	1	PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO	<b>Primera Línea de Defensa:</b> Se realizó el seguimiento a la matriz denominada Plan Estratégico TH 2024, y se aportaron las evidencias. Adicionalmente se desarrolló lo definido en el POA, se adjunta evidencia <b>Segunda Línea de Defensa:</b> A través de su plan de acción, el Plan Estratégico de Talento Humano, incluyó tres (3) actividades, estratégicas esenciales para fortalecer el programa en el periodo evaluado, las cuales tienen un porcentaje de cumplimiento del 100%. <b>Tercera Línea de Defensa:</b> El seguimiento al MECI, en el componente Ambiente de Control, numeral 4.1 "Evaluación de la implementación estratégica del talento humano", La oficina de control verifica: * Evidencias aportadas en el informe de seguimiento al POA del tercer trimestre 2025, que incluye: actividades de capacitación y bienestar, ejecución del cronograma de bienestar, cobertura de personal de planta y terceros, encuesta de satisfacción de bienestar, ejecución del cronograma de capacitación, cobertura de capacitación para personal de planta y terceros, porcentaje de cumplimiento de metas de los indicadores impactados por el plan de formación, porcentaje de aprendizaje en actividades de capacitación, resultados de los planes de formación y encuesta de aprendizaje. Todo ello garantiza una adecuada articulación en el plan estratégico de talento humano, considerando la medición, seguimiento, evaluación y cumplimiento de los indicadores establecidos conforme a los lineamientos del Decreto 612 de 2018. *Informe de Seguimiento al cumplimiento del plan de acción del MIPG, corte 30 de septiembre de 2025: Inicia con el monitoreo de las actividades establecidas en el plan de acción de cada política del MIPG y finaliza con el informe de resultados, contemplando el avance y/o cumplimiento de las políticas y sus acciones asociadas. *Auditoría de Talento Humano: Incluye seguimiento al Plan Anual de Vacantes, Plan de Previsión de Recursos Humanos, Plan Estratégico de Talento Humano, Plan Institucional de Capacitación y Plan de Incentivos Institucionales. *Auditoría de Sistemas: Comprende el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI), el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.	3
				2			
				3			
				4			
				5			
				6			
				7			
				8			
4.2 Evaluación de las actividades relacionadas con el Ingreso del personal.	Dimensión de Talento Humano Política Gestión Estratégica del Talento Humano  Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa	Para ejecutar las acciones relacionadas con este ítem, la institución y específicamente el área de talento humano, cuenta con los siguientes procedimientos: Selección, ingreso y Promoción de personal, código TH-PR-08- V8 Vinculación laboral, código TH-PR-17- V7  Programa de Inducción y Reinducción: Código TH-PR-01-V9: Programas para nuevos empleados y para quienes cambian de puesto, garantizando la comprensión de responsabilidades y funcionamiento institucional	3	1	*Auditoría de Talento Humano:	<b>Primera Línea de Defensa:</b> Existen tres procedimientos para el proceso de selección el TH-F-08, TH-F-42 y TH-F-42, los cuales dependen del tipo de vinculación en la institución. Todos deben cumplir con la lista de requisitos general establecida en el formato TH-F-75, el formato TH-F-45 se adjunta en cada hoja de vida del personal que va ser vinculado. <b>Tercera Línea de Defensa:</b> *Auditoría de Talento Humano: Incluye seguimiento al Plan Anual de Vacantes, Plan de Previsión de Recursos Humanos, Plan Estratégico de Talento Humano, Plan Institucional de Capacitación y Plan de Incentivos Institucionales. Adicionalmente se evidencia diligenciamiento razonable del formato TH-F-45 verificación de requisitos de hoja de vida y habilitación y la aplicación de procedimientos relacionados con selección, ingreso y promoción de personal, Vinculación laboral, así como los programas de inducción y reinducción, lo anterior teniendo en cuenta las recomendaciones emitidas por fureg una de ellas es «Verificar y evaluar el cumplimiento de la gestión del área de Talento Humano, frente a los aspectos relacionados con carrera administrativa en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja». *Hace falta fortalecer la evaluación de actividades de ingreso al personal *Se recomienda continuar con la formalización laboral para la vigencia 2026, cumpliendo con los plazos establecidos por la institución, así como realizar el proceso de provisión de cargos de la entidad. *Se exhorta al proceso de Talento Humano, a mantener las hojas de vida de los funcionarios de planta organizadas y actualizadas con el fin de contar con información veraz, oportuna y de calidad. *Es necesario capacitar al personal en el uso del SIGEP II y el aplicativo de la Ley 2013 de 2019	2
				2	Informe de seguimiento POA		
				3			
				4			
				5			
				6			
				7			
				8			
4.3 Evaluación de las actividades relacionadas con la permanencia del personal.	Dimensión de Talento Humano Política Gestión Estratégica del Talento Humano  Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa	"El proceso de talento humano, efectúa la evaluación a la permanencia del personal, mediante la aplicación de los siguientes procedimientos.  Plan institucional de capacitación código: TH-PR-02 v12  Medición clima laboral código: TH-PR-37 v5 Plan de bienestar social e incentivos código: TH-PR-04 v8 Trámite de comisiones de servicio código: TH-PR-16 v5 Programación y liquidación de vacaciones código: TH-PR-07 v5 Autorización de libranzas y créditos para el personal de planta global de la E.S.E código: TH-PR-13 v7"	3	1	Plan institucional de capacitación	<b>Primera Línea de Defensa:</b> A la fecha se está consolidado el informe correspondiente al primer semestre 2025. <b>Segunda Línea de Defensa:</b> A través de su plan de acción, el Plan de Bienestar, incluyó diez (10) actividades estratégicas esenciales para fortalecer el programa en el periodo evaluado, sin embargo, las cuales tienen un porcentaje de cumplimiento del 100%. <b>Tercera Línea de Defensa:</b> La Oficina de Control interno realiza Auditoría de Talento Humano, la cual incluye seguimiento al Plan Anual de Vacantes, Plan de Previsión de Recursos Humanos, Plan Estratégico de Talento Humano, Plan Institucional de Capacitación y Plan de Incentivos Institucionales, así mismo realiza revisión POA tercer trimestre en lo relacionado actividades Clima laboral, Plan de bienestar social e incentivos y demás actividades plasmadas en el cronograma de bienestar vigencia 2025, para este periodo fue posible verificar la evaluación de las actividades de permanencia del personal. *Programar revisiones periódicas de los registros cargados en SIGEP II para identificar errores comunes o inconsistencias recurrentes.	2
				2	Plan de bienestar social e incentivos		
				3			
				4			
				5			
				6			
				7			
				8			
4.4 Analizar si se cuenta con políticas claras y comunicadas relacionadas con la responsabilidad de cada servidor sobre el desarrollo y mantenimiento del control interno (1a línea de defensa)	Dimensión de Talento Humano Política Gestión Estratégica del Talento Humano  Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa	Cuenta con la política de operación donde refiere: contenidos del plan de capacitación y actividades de bienestar, inducción general y específica	3	1		<b>Tercera línea de defensa:</b> La Oficina de Control interno realiza auditoría a Talento Humano 2025, actividades relacionadas con Clima laboral, Plan de bienestar social e incentivos y demás actividades plasmadas en el TH-F-38 "cronograma de bienestar social", adicionalmente se realiza seguimiento a través del Plan Operativo Anual tercer trimestre 2025, revisando evidencias aportadas por el proceso, el cual incluye actividades de bienestar e incentivos del personal de planta y personal tercerizados, tales como detalle de cumpleaños, día de las profesiones, día de la madre, día del servidor público, día de la enfermera entre otros, sin embargo no fue posible verificar la ejecución y evaluación de las actividades a del personal de planta. <b>Recomendación segundo semestre:</b> Se recomienda programar las actividades de bienestar desde el inicio de la vigencia, definiendo con claridad la metodología para su selección, con el fin de evitar que algunos colaboradores queden sin participar en las actividades previstas. Asimismo, se sugiere distribuir la programación de manera equilibrada durante el año, ya que al concentrarse la mayoría de actividades al finalizar los meses se generan cruces que impiden su adecuada ejecución y disfrute. De igual forma, se evidenció que no se continuó con el programa cardiovascular ni se realizó el ajuste correspondiente para reemplazarlo, lo cual refleja una falta de planeación que obstaculiza el cumplimiento de los objetivos institucionales en materia de bienestar. Realizar una mejor planeación en los programas de capacitación y bienestar durante toda la vigencia, para garantizar la	3
				2	Plan de mejoramiento Talento Humano		
				3			
				4			
				5			
				6			

				7		cobertura completa del personal, además se verifica cumplimiento en lo relacionado con la rendición de informes PQORS Información por quejas o denuncias de los grupos de valor de la entidad, Informes internos (Informes del comité de convivencia, Informes de la comisión de personal.	
				8			
4.5 Evaluación de las actividades relacionadas con el retiro del personal.	Dimensión de Talento Humano Política Gestión Estratégica del Talento Humano  Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa	Para las actividades referentes al retiro del personal, el proceso de Talento Humano, cuenta con el procedimiento «RETIRO DEL SERVICIO» TH-PR-09 V 5.	3	1			
				2			
				3			
				4			
				5		Primera Línea de Defensa: Se realiza encuesta de retiro al personal; el personal prepensionable cuenta con actividades de retiro; se realiza anualmente informe de retiro.	3
				6		Tercera Línea de Defensa: La Oficina de Control interno observo actividades dispuestas en el cronograma de bienestar, no se programan actividades para el primer semestre 2025 , por lo tanto no es posible contar con una evaluación	
				7			
				8			
4.6 Evaluar el impacto del Plan Institucional de Capacitación - PIC	Dimensión de Talento Humano Política Gestión Estratégica del Talento Humano  Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa	La entidad cuenta con un procedimiento de Plan Institucional de capacitación cuyo objeto es: Contribuir al fortalecimiento de competencias laborales, conocimientos, habilidades de formación y de capacitación, enmarcadas en la mejora en la prestación de los servicios de salud a los usuarios y sus familias, el eficaz desempeño de las funciones cargo, teniendo en cuenta la protección del ambiente y el autocuidado de la salud PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION CÓDIGO: TH-PR-02 V12  Se encuentra publicado el PIC, a través del siguiente enlace: <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/adjuntos/6.pdf">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/adjuntos/6.pdf</a>	3	1			
				2	Plan de Bienestar		
				3			
				4			
				5		Primera Línea de Defensa: Se tiene evaluación del impacto 2024, de la capacitación orientada al cumplimiento de los indicadores de eficacia, los cuales se formulan por plan de formación. Par la vigencia 2024 el resultado fue del 83%.	2
				6		Segunda Línea de Defensa: A través de su plan de acción, el Plan de Bienestar, incluyó cuarenta y tres (43) actividades estratégicas esenciales para fortalecer el programa en el periodo evaluado, sin embargo, las cuales tienen un porcentaje de cumplimiento del 99%.	
				7		Tercera Línea de Defensa: La Oficina de Control Interno verificación el cumplimiento a la publicación del cronograma de capacitación 2025, y se realizara seguimiento a través del Plan Operativo Anual primer semestre 2025.	
				8		Se recomienda programar las actividades de bienestar desde el inicio de la vigencia, definiendo con claridad la metodología para su selección, con el fin de evitar que algunos colaboradores queden sin participar en las actividades previstas. Asimismo, se sugiere distribuir la programación de manera equilibrada durante el año, ya que al concentrarse la mayoría de actividades al finalizar los meses se generan cruces que impiden su adecuada ejecución y disfrute	
4.7 Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo.	Dimensión de Talento Humano Política Gestión Estratégica del Talento Humano  Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa	En el proceso de contratación y en Manual tiene establecido que dentro del estudio previo de conveniencia y oportunidad se debe realizar el análisis de riesgo propio de cada proceso y modalidad de contratación así como la forma de mitigarlo adicionalmente se tiene establecido el procedimiento«Evaluación de proveedores» C-PR-04 V03 y los formato C-F-22	3	1			
				2		Primera Línea de Defensa: La oficina de talento humano trabaja de la mano con las empresas temporales, de lo cual mensualmente emite un certificado de cumplimiento.	2
				3		Tercera Línea de Defensa: La Oficina de Control Internocontempla dentro de su Plan anual 2025 realizar auditoria al proceso Gestión Contratación y continuar con el seguimiento y evaluación de riesgo, en la cual se verifica el diligenciamiento y la adherencia al formato C-F-22 Informe de Actividades Contratistas y procedimiento «Evaluación de proveedores» C-PR-04, así como seguimiento y evaluación de riesgo.	
				4			
				5			
				6			
				7			
				8			
<b>Lineamiento 5:</b> La entidad establece líneas de reporte dentro de la entidad para evaluar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.	<b>DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO</b>	<b>Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento</b> Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	<b>Presente (1/2023)</b>	<b>EVIDENCIA DEL CONTROL</b>			<b>Funcionamiento (1/2023)</b>
				No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Observaciones de la evaluación independiente (tener encuesta papel de líneas de defensa)	
5.1 Acorde con la estructura del Esquema de Líneas de Defensa se han definido estándares de reporte, periodicidad y responsables frente a diferentes temas críticos de la entidad.	Dimensión de Información y Comunicación  Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa	*Resolución 559 de 2024 en su artículo 2 establece los roles de autocontrol y autoevaluación de los líderes de proceso o unidades funcionales para la evaluación de planes operativos anuales, así como el monitoreo a la autoevaluación, que realiza la segunda línea de defensa que para el caso sería desarrollo de servicios, y un seguimiento final que realiza la oficina de control interno como tercera línea de defensa  Resolución 225 de 2024 « Por medio de la cual se definen los lineamientos institucionales para que la Oficina de control interno cumpla con las actividades de evaluación independiente y auditoría interna de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja».  ** Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025) ,Se establece las líneas de defensa	3	1	Cuarto Comité Institucional de coordinación de control Interno	Primera Línea de Defensa: Se tiene establecido un formato OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA', seguimiento a través de la plataforma almera	
				2	Cuarto Comité Institucional de coordinación de control Interno	Segunda Línea de Defensa: Realiza Seguimiento segunda línea de defensa Mapa de Riesgos de Gestión cuyo objetivo es verificar « Realizar seguimiento y verificación de los controles propuestos en el mapa de riesgos de gestión de la ESE Hospital Universitario San Rafael Tunja».	
				3	Cuarto Comité Institucional de coordinación de control Interno	Tercera Línea de Defensa: La Oficina de Control Interno realiza recomendaciones son socializadas en el Comité institucional de coordinación de control interno, realizado en seis sesiones.	
				4			
				5			
				6		PLANES OPERATIVOS ANUALES: Mediante Resolución 559 de 2024 la cual establece los mecanismos de Planeación, Evaluación y Rendición de Informes de Gestión, se establece el rol de cada una de las líneas de defensa, frente al monitoreo y seguimiento de Planes operativos Anuales	3
				7			
				8			

<p>5.2 La Alta Dirección analiza la información asociada con la generación de reportes financieros.</p>	<p>Dimensión de Control Interno Línea de Estratégica</p>	<p>"La entidad cuenta con la Resolución 121 de abril 01 de 2025 que deroga Resolución 371 de 2023, por la cual se ajusta la metodología y reglamenta el proceso de «control y monitoreo de trabajo en equipo» comité. Para los comités de gerencia esta: Comité directivo, comité de conciliación y defensa Judicial, comité de coordinación de control interno y comité institucional de gestión y desempeño, adicionalmente están los comités de subgerencia administrativa y financiera, entre los que se encuentran el comité de sostenibilidad financiera y evaluación y valoración de bienes y el comité de cartera.</p> <p>En los comités mencionados se revelan las cifras y hechos económicos mas relevantes de estados financieros, cifras por depurar, estados de cartera, glosas, acciones jurídicas de cobro y conciliaciones, facturación, inventarios de insumos y de activos fijos, bajas de activos, cuentas por pagar, entre otros que contribuyen a la toma de decisiones por parte de la alta gerencia."</p>	<p>1 Acta Comité de sostenibilidad financiera tercer y cuarto trimestre de 2025</p> <p>2 Actas Comité de cartera segundo semestre de 2025</p> <p>3 Informe entes externo julio 2025</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>A través del comité de sostenibilidad financiera que se reúne trimestralmente son presentados los estados financieros con corte al último mes cerrado, resultados que son analizados y sobre los cuales se toman medidas de control cuando es necesario, así mismo son presentadas y estudiadas las bajas de activos para recomendar a gerencia la aprobación de la baja. A este comité se llevan igualmente los indicadores financieros que permiten mostrar a la alta dirección la medición de factores económicos determinantes en la toma de decisiones, así mismo, la oficina de control interno, realiza una verificación de los informes que deben ser rendidos por el proceso de financiera a los diferentes entes externo, constando que estos fueron enviados dentro del término establecido.</p> <p>Se cuenta con el comité de cartera que se reúne mensualmente en donde se presenta y analiza el comportamiento de cartera, facturación, el recauda, glosas, devoluciones y seguimiento jurídicos de cobro de cartera. Este comité conformado por los líderes de cada una de las áreas involucradas con la cartera de la entidad es insumo para la toma de decisiones por parte de la alta dirección en materia financiera.</p> <p>Se realizó seguimiento a través de la herramienta Planner para verificar el cumplimiento de los reportes, comprobando igualmente la conformidad por parte del proceso. No obstante, se evidenció la presentación de un informe de manera extemporánea.</p>	<p>3</p>
<p>5.3 Teniendo en cuenta la información suministrada por la 2a y 3a línea de defensa se toman decisiones a tiempo para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos.</p>	<p>Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa</p>	<p>Se cuenta con el Procedimiento «Asesoría y evaluación de la gestión institucional» OACI-PR-03, que en la actividad # 11 «realizar acta de compromiso con los responsables de las metas por indicador con calificación e 1% a 59% en formato Cod: OADS-F-09 o que presenten desviaciones frente al periodo evaluado» y esta actividad se realizara « dentro de la semana siguiente a la emisión del informe definitivo de planes operativos»</p> <p>Resolución 121 de 2025 «Por medio de la cual se ajusta la metodología y reglamenta el proceso de "control y monitoreo del trabajo en equipo" – en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja y se deroga la resolución 371 de 2023»</p> <p>Se cuenta con procedimiento de seguimiento al desempeño de procesos y mejora PLA-PR-01, mediante el cual se mide la gestión de los procesos en 3 niveles de seguimiento, un primer nivel que se realiza en la reunión de equipo primario de mejoramiento y la lidera el coordinador / líder de proceso, un segundo nivel que se realiza entre coordinador / líder y su superior jerárquico y un tercer nivel que se realiza entre los superiores jerárquicos y la alta dirección, producto de las reuniones se generan los tableros de control de indicadores TUCIP- TUCIT-TUCIE.</p>	<p>1 Informe de seguimiento a plan operativo anual con corte 30 de septiembre de 2025</p> <p>2 cuarto comité institucional de coordinación de control</p> <p>3 Quinto comité institucional de coordinación de control</p> <p>4 Sexto comité institucional de coordinación de control</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p><b>Segunda línea de defensa:</b> Realiza INFORME a planes operativos anuales del II y III trimestre del 2025, el informe de seguimiento que emite la oficina de control interno, es presentado en comité de control interno, estos informes contienen recomendaciones y alertas de mejora</p> <p>*Se realiza seguimiento al desempeño de los procesos de primer trimestre, presentando a la alta dirección las mejoras y brechas presentadas en cada uno</p> <p><b>Tercera línea de defensa:</b> comité Institucional de control interno los siguientes temas:</p> <p>*Informe de seguimiento al plan de mejoramiento con el organismo de control (Contraloría)</p> <p>*Seguimiento planes de mejoramiento y Planes pendientes por suscribir</p> <p>Inventarios Farmacia, salas de cirugía, laboratorio clínico, mantenimiento, biomédica y almacén</p> <p>*Seguimiento Resultados FURAG</p> <p>*Seguimiento plan anticorrupción</p> <p>AVANCE ROL DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN EL RIESGO</p> <p>Seguimiento a Mapas de Riesgos de SICOF</p> <p>Seguimiento a los Mapas de Riesgo Contables</p> <p>AVANCE ROL LIDERAZGO ESTRATEGICO</p> <p>Comités (interinstitucionales e institucionales)</p>	<p>3</p>
<p>5.4 Se evalúa la estructura de control a partir de los cambios en procesos, procedimientos, u otras herramientas, a fin de garantizar su adecuada formulación y afectación frente a la gestión del riesgo.</p>	<p>Dimensión de Gestión con Valores para Resultado Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos</p> <p>Dimensión Control Interno Líneas de Defensa</p>	<p>"Se evalúa la estructura de control a partir de la solicitud de cambios por los procesos los cuales han sido llevados al Comité Institucional de Control Interno para su aprobación por parte de la tercera línea de defensa en interlocución con la Primera y Segunda Línea de defensa "La validación de los documentos y su oportuna actualización está enmarcada en los siguientes documentos":</p> <p>CA-M-00 Norma fundamental.</p> <p>CA-PR-06 Control de documentos</p> <p>CA-PR-08 Control de registros</p> <p>CA-PR-05 Actualización de normograma."</p> <p>Manual de de auditoría</p> <p>Manual de riesgos</p> <p>Política de riesgos</p>	<p>1 Informe Operatividad realización de documentos en Software Almera y Estado de los Documentos</p> <p>2 Informes de auditorías OACI</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA</p> <p>La primera línea diligencia el formato OADS-F-36«FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS</p> <p><b>SEGUNDO TRIMESTRE:</b> Se realiza informe Operatividad realización de documentos en el software almera y estados de documentos</p> <p><b>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA</b></p> <p>informes de auditoría realizadas por control interno durante el segundo semestre de 2025</p> <p>*Informe final de auditoría a Docencia de Servicio</p> <p>*Informe final de auditoría al Proceso de Gestión Financiera/ Presupuesto</p> <p>*Informe final de auditoría al Proceso de Gestión Contractual</p> <p>*Informe final de auditoría al Proceso de Gestión del Talento Humano</p> <p>*Informe final de auditoría al Proceso de Gestión de la Información</p>	<p>3</p>

<p>5.5 La entidad aprueba y hace seguimiento al Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por parte de la Oficina de Control Interno.</p>	<p>Dimension Control Interno Linea Estrategica</p>	<p>La resolución 220 del 2025 actualizo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja</p> <p>En sus funciones se encuentra Aprobar el plan anual de auditoría de la entidad presentado por el jefe de control interno o quien haga sus veces hacer sugerencias y seguimientos a las recomendaciones productos de la ejecución del plan de acuerdo con los dispuesto en el estatuto de auditoría, basado y la priorización de los temas criticos según la gestión del riesgo de la administración.</p> <p>Adicionalmente en la resolución 225 del 2024, en el artículo 1 se encuentra que dentro de sus roles y responsabilidades frente al sistema de control interno se encuentra aprobar plan anual de auditoria responsabilidad de la linea estrategica</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>3</p> <p>8</p>	<p>Acta numero 4 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno</p> <p>Acta numero 5 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno</p> <p>Acta numero 6 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno</p>	<p>La Alta dirección realiza seguimiento del sistema de control interno a través de los comités Institucionales de coordinación de control interno.</p> <p>1-CUARTO COMITE DE CONTROL INTERNO DE JULIO DE 2025</p> <p>SEGUIMIENTOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Seguimiento a Plan Operativo Anual</li> <li>-Seguimiento Plan de Desarrollo</li> <li>-Inventarios farmacia, salas de cirugía, laboratorio clínico, mantenimiento, biomédica y almacén</li> <li>-Seguimiento de Cajas Menor/ Arqueos</li> <li>-Rol de Evaluación de Gestión del Riesgo</li> <li>-Seguimiento a los Mapas de riesgos de SICOFs</li> </ul> <p>INFORMES DE LEY</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Medición estado de avance del modelo estándar de control interno MECI en el marco de MIPG a través de FURAG en cada vigencia</li> <li>- Seguimiento a la Formulación e Implementación del Programa de Transparencia y Elica Pública</li> </ul> <p>2. QUINTO COMITE DE CONTROL INTERNO SEPTIEMBRE DE 2025.</p> <p>La Jefe de la Oficina de Control Interno presenta ante los miembros del Comité Informe de Seguimiento al Plan Anual de de Auditoría – Corte al 22 de septiembre de 2025</p> <p>Rol de Evaluación y Seguimiento: Se programaron 58 actividades, de las cuales se han ejecutado 37 (entreportes y auditorías), lo que representa un avance del 69%. Actualmente, hay: 37 actividades en ejecutadas, 3 actividad en termino y 18 actividades pendientes otros periodo. Rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo: De las 8 actividades programadas para la vigencia, se han realizado 6, alcanzando un cumplimiento del 75%. Quedan pendientes 2 actividades.</p> <p>Rol de Enfoque hacia la Prevención: Se programaron 3 actividades, de las cuales se ha ejecutado 2. Las 1 restantes están pendientes.</p> <p>Rol de Liderazgo Estratégico: Se programaron y ejecutaron 56 actividades, ejecutadas 34, 1 actividad en termino y 21 actividades pendientes otros periodo, logrando un cumplimiento del 63%.</p> <p>3. SEXTO COMITE DE CONTROL INTERNO DICIEMBRE 11 DE 2025: Annual de de Auditoria – Corte al 11 de diciembre de 2025</p> <p>Rol de Evaluación y Seguimiento: presenta un cumplimiento del 87%, con 7 actividades pendientes por ejecutar, las cuales se encuentran dentro de termino..</p> <p>Rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo: Tiene un cumplimiento del 100%</p> <p>Rol de Enfoque hacia la Prevención: Se programaron 3 actividades, de las cuales se han ejecutado 2, quedando una dentro de termino para ser ejecutada</p> <p>Rol de Liderazgo Estratégico: Se realizó acompañamiento a 49 reuniones relacionadas con los comités.</p>	<p>3</p>
<p>5.6 La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional.</p>	<p>Dimension Control Interno Linea Estrategica</p>	<p>La resolución 220 del 2025 actualizo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>	<p>Acta numero 4 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno</p> <p>Acta numero 5 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno</p> <p>Acta numero 6 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno</p>	<p>Cuarto Comité Institucional de coordinación de control Interno se realiza seguimiento a los compromisos adquiridos en el comite anterior, informando que de las cuatro actividades pendientes 3 se encuentran dentro de termino y una se encuentra vencida.</p> <p>Se presentan los avances relacionados con los riesgos identificados en activos fijos y tesoreria, así como los progresos en la implementación del Plan de Mejoramiento para el área de activos fijos.</p> <p>Se presenta avance del Plan Anual de Auditoria, detallando las actividades desarrolladas así:</p> <p>Rol de evaluación y seguimiento: presenta avance del 48%</p> <p>Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta avance del 50%</p> <p>Rol de enfoque hacia la prevención: Presenta un avance del 33%</p> <p>Rol de liderazgo estratégico: Presenta un cumplimiento del 100%</p> <p>Ejecución de auditorías: Presenta un avance del 60%</p> <p>Informes de Ley: Presenta un avance del 50%</p> <p>Seguimiento: Presenta un avance del 48%.</p> <p>Quinto Comité Institucional de coordinación de control Interno: Se realiza seguimiento a los compromisos adquiridos, informando que queda pendientes seis actividades a las cuales se les ha dado cumplimiento a tres, dos con cumplimiento parcial y una se encuentra pendiente pendiente.</p> <p>Se presenta informe de seguimiento a Plan Anual de Auditoria con corte a 22 de septiembre de 2025</p> <p>Rol de evaluación y seguimiento: presenta cumplimiento del 69%</p> <p>Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta cumplimiento del 75%</p> <p>Rol de liderazgo estratégico: Se programaron y ejecutaron 56 actividades, se presentan 21 actividades pendientes, logrando un cumplimiento del 63%</p> <p>Ejecución de auditorías: Presenta un cumplimiento del 70%</p> <p>Informes de Ley: Presenta un cumplimiento del 70%</p> <p>Seguimiento: Presenta un avance del 68%.</p> <p>Se socializan los seguimientos realizados, incluyendo: Informe de rendición de cuentas, informe planes de mejoramiento, Seguimiento reportes entes externos, Seguimiento a plan operativo anual, posteriormente se presenta el seguimiento mapa de riesgos gestión, fiscal mostrando el resultado del análisis y evaluación de los controles con calificación moderada y débil por algunos y crítica del riesgo.</p>	



EVALUACIÓN DE RIESGOS

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

Lineamiento 6: Definición de objetivos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados: i)Estratégicos; ii)Operativos; iii)Legales y Presupuestales; iv)De Información Financiera y no Financiera.	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	Evaluación
				No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		
6.1 La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos.	Dimensión de Dirección y Planeación Política de Planeación Institucional	<p>Resolución 559 del 2024 por lo cual se fija la planeación evaluación y rendición del informe de gestión en La E.S.E Hospital universitario san Rafael de Tunja, en su artículo primero se fija « adoptar planes operativos de acuerdo a lineamientos establecidos en el plan de desarrollo 2024-2027 « San Rafa, Alma, vida y corazón».</p> <p>Artículo primero: se deben formular los planes operativos por procesos, bajo coordinación de la oficina de desarrollo de servicios de acuerdo con las metas institucionales definidas en el plan de desarrollo, las cuales se operativizan a través de los POAS mediante indicadores que propenderán por el alcance de las metas institucionales, articulándolos con el artículo octavo se cuentan con planes estratégicos institucionales de acuerdo con el ámbito de aplicación del modelo integrado de planeación y gestión y esto se deberá publicar en la página web de la institución.</p> <p>Es importante mencionar que el Artículo 2 de esta resolución establece: Autocontrol y autoevaluación donde se menciona que los procesos deberán realizar reporte dentro de los primeros diez días hábiles del mes siguiente, en su Artículo Cuarto establece que la oficina Asesora de Desarrollo de servicios consolida reporte de autoevaluación POAS y finalmente la oficina de control interno realiza evaluación de los planes operativos.</p> <p>Se cuenta con los procedimientos OADS-PR-05 elaboración Plan de Desarrollo, OADS-PR-06 Elaboración Plan operativo Anual Institucional y OADS-PR-07 Elaboración Plan Operativo Anual por Proceso Mediante acuerdo.</p> <p>ASESORIA Y EVALUACION DE LA GESTION INSTITUCIONAL: Realizar seguimiento y evaluación de los planes operativos anuales por proceso y servicios con el fin de verificar el cumplimiento de las metas establecidas según lo establecido en el Plan de Desarrollo.</p>	3	<p>1 Oficio Seguimiento Poa con los Soportes Respetivos Con Corte 30 de septiembre de 2025</p> <p>2 Herramienta Plan Operativo</p> <p>3 Informe de Seguimiento Plan Operativo Por Procesos</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>PRIMERA LINEA DEFENSA: Los procesos con Planes Operativos deben entregar el reporte de su autoevaluación dentro de los 10 primeros días hábiles del mes siguiente al corte del periodo evaluado, ante la oficina Asesora de Desarrollo de Servicios en Archivo magnético con los respectivos soportes. Para los casos especiales como Indicadores financieros, Seguridad del paciente, Adherencia Guía Práctica Clínica y Modelo de atención se tendrán en cuenta las fechas estipuladas en la resolución 559 de 2024.</p> <p>SEGUNDA LINEA DEFENSA: La oficina Asesora de Desarrollo de Servicios consolidará los reportes de autoevaluación de POA recibidos de los procesos, y enviará la información consolidada a la oficina de control interno, para esto se utilizó la herramienta : Plan Operativo Anual</p>	3	Mantenimiento del control
6.2 Los objetivos de los procesos, programas o proyectos (según aplique) que están definidos, son específicos, medibles, alcanzables, relevantes, delimitados en el tiempo.	Dimensión de Gestión con Valores para Resultado Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	<p>La evaluación de resultados es parte del proceso de la planificación estratégica en la gestión. Este método de evaluación es basado en la comparación entre los resultados previstos y los realizados, teniendo como parámetro los indicadores de desempeño definidos.</p> <p>La entidad cuenta herramienta de Plan Operativo Anual por procesos en el formato OADS-F-03, en el cual se establecen los indicadores de impacto para lograr las metas definidas en Plan de Desarrollo y sobre el cual se realizan seguimientos trimestrales al cumplimiento sus metas individuales, los cuales cuentan con sus respectivas fichas técnicas</p> <p>La entidad cuenta con el instructivo de gestión de indicadores, el cual permite orientar la forma de realizar el correcto reporte, análisis, asignación de fallas, y elaboración de planes de acción, con el fin de garantizar un adecuado análisis de la calidad para la mejora continua de la entidad</p>	3	<p>1 Caracterizaciones de procesos las cuales indican los objetivos claros de cada proceso, las cuales están en proceso de actualización</p> <p>2 Para los indicadores se tiene definido un procedimiento para creación de los indicadores, el cual establece la estructura del mismo (ficha técnica)</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p>	<p>PRIMERA LINEA DEFENSA: Los procesos, servicios, Generan sus Caracterizaciones, orientados en norma fundamental y plantilla predefinida teniendo en cuenta el ciclo P.H.V.A</p> <p>SEGUNDA LINEA DE DEFENSA: Desde el componente de procesos prioritarios se cuenta con ciclo documental que incluye revisión técnica para validación de caracterizaciones.</p> <p>*Los líderes de proceso miden indicadores según la periodicidad establecida en las fichas técnicas, establecidas modulo indicadores Se realizan informes mensuales y trimestrales de la gestión de indicadores de todos los procesos</p> <p>TERCERA LINEA DE DEFENSA: Se realizan auditorías, relacionada con * Gestión de farmacia, * Proceso de Gestión financiera /Presupuesto</p>	3	Mantenimiento del control



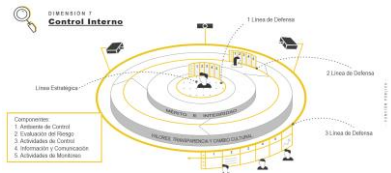
		<p>encontrados.</p> <p>Informe monitoreo y seguimiento riesgos de gestión y fiscales primer semestre 2025  Informe monitoreo y seguimiento riesgos de seguridad de la información primer semestre 2025  Informe monitoreo y seguimiento riesgos SICOFs segundo cuatrimestre 2025  Informe monitoreo y seguimiento riesgos SARLAFT primer semestre 2025  Informe adherencia OADS-M-04 Manual de riesgos contractuales primer semestre 2025  Informe monitoreo y seguimiento riesgos índole contable 2025</p> <p>Formato OADS-F-40 Mapa de riesgos de gestión, fiscales e índole contable en sistema de gestión integral institución Almería  Formato OADS-F-14 Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOFs)  Formato AF-F-23 Mapa de riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva - SARLAFT/PADM  Formato S-F-51 MATRIZ DE RIESGO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN - MSPi - GOBIERNO DIGITAL en sistema de gestión integral institución Almería</p>	3	<p>5 "Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024  *OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos seguridad de la información</p> <p>6 "Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2024 desde la segunda línea de defensa  *OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFs tercer cuatrimestre 2024</p> <p>7 "Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda línea de defensa  *OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2024</p> <p>8 Mapa de riesgos SICOFs 2025  Acta extraordinaria comité de gestión de riesgos</p>	<p>mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2024 desde la segunda línea de defensa, Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda línea de defensa.</p>	3	Mantenimiento del control
<p>7.3 A partir de la información consolidada y reportada por la 2a línea de defensa (7.2), la Alta Dirección analiza sus resultados y en especial considera si se han presentado materializaciones de riesgo.</p>	<p>Dimensión Control Interno  Líneas de Defensa</p>	<p>"Dentro de la Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la Línea estratégica - Alta dirección en el marco del comité institucional de Coordinación de sistema de Control Interno, comité de gestión integral de riesgos y junta directiva, específicamente: "Revisar, validar y supervisar el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; Reorientar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizar seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión integral del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso"</p>	3	<p>1 Acta 006 del comité de gestión integral de riesgos de Octubre</p> <p>2 Mapa de riesgos de gestión, fiscales e índole contable 2025 en almería (link de consulta  <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=riesgos&amp;option=riesgoinstitutional&amp;systemareferenciaid=37&amp;individual=true">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=riesgos&amp;option=riesgoinstitutional&amp;systemareferenciaid=37&amp;individual=true</a>)</p> <p>3 Mapa de riesgos de seguridad de la información 2025 (<a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=riesgos&amp;option=riesgoinstitutional&amp;systemareferenciaid=53&amp;individual=true">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=riesgos&amp;option=riesgoinstitutional&amp;systemareferenciaid=53&amp;individual=true</a>)</p> <p>4 Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOFs) 2025</p> <p>5 Mapa de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo/ Proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT/PADM) 2025</p> <p>6 Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte de 30 de junio del 2025.</p> <p>7 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales</p> <p>8 Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 30 de junio del 2025.</p>	<p>Línea estratégica: Revisan, validan y supervisan el cumplimiento de políticas en materia de gestión integral de riesgos; reorientan a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizan seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión integral de riesgos con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso, en el comité de gestión integral de riesgos y el comité de coordinación de control interno. Los resultados fueron evaluados en el comité de gestión integral de riesgos de octubre.</p>	3	Mantenimiento del control
<p>7.4 Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente.</p>	<p>Dimensión de Dirección  Estrategico y Planeación.  Política de Planeación Institucional  Dimensión Control Interno  Líneas de Defensa</p>	<p>"Dentro de la Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo cuarto, metodología: " Actualizar y dar continuidad a la implementación del Programa de gestión integral de riesgos (OADS-PG-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Turja, la complejidad del proceso de atención, incluyendo de esta forma la gestión de riesgos asistenciales y clínicos siendo para fundamental de la gestión institucional, por lo tanto no es una adopción textual de la guía del DAFP y contempla las instrucciones impartidas de la circular externa de la superintendencia nacional de salud 2021170000004-5 de 2021, 2021170000005-5 de 2021 y 20215100000053-5 de 2022. "" se definen 7 etapas estratégicas en la cual una hace referencia a ""6. Realizar seguimiento a la materialización de los riesgos.</p> <p>Se actualiza política de gestión integral de riesgos, antes tipos - categorías ahora subsistemas (11) - tipos; esta fue presentada en comité de gestión integral de riesgo, comité Institucional de Coordinación de Control Interno y junta directiva en donde fue aprobada por acuerdo 018 de 15 de agosto de 2025..</p> <p>""Programa de gestión integral de riesgos código: OADS-PG-02</p>	7	<p>1 Acuerdo No. 018 de 2025</p> <p>2 Programa de Gestión Integral de Riesgos código: OADS-PG-02</p> <p>3 Acta de capacitación en el diligenciamiento del formato OADS-F-36</p> <p>4 Informes de monitoreo- segunda línea</p> <p>5 Informe seguimiento efectividad de controles tercera línea</p> <p>6</p> <p>7</p>	<p>Primera línea de defensa: Reporta la materialización del riesgo en caso de presentarse en el OADS-F-36 y plantean acciones inmediatas.</p> <p>Segunda línea: Tiene en cuenta la materialización del riesgo, informes de tercera línea y formatos de hallazgos riesgos suministrado por control interno en la actualización de los riesgos institucionales.</p> <p>Tercera línea de defensa: En los seguimientos incluye los riesgos materialización y sugiere actualizaciones asociadas a estos, y a lo encontrado en las auditorías, alimentado en formato correlación hallazgo riesgo y compartido para tener en cuenta en las actualizaciones de los riesgos y es informado en el comité institucional de coordinación de control interno.</p>		

		Lineamientos para el manejo de Riesgos Materializados  Formato de seguimiento y autocontrol gestión de riesgos/primer línea de defensa OADS-F-36" *  ****Dentro de la Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), , en su artículo cuarto, metodología: " Actualizar y dar continuidad a la implementación del Programa de gestión integral de riesgos (OADS-PG-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, la complejidad del proceso de atención, incluyendo de esta forma la gestión de riesgos asistenciales y clínicos siendo para fundamental de la gestión institucional, por lo tanto no es una adopción textual de la guía del DAFP y contempla las instrucciones impartidas de la circular externa de la superintendencia nacional de salud 2021170000004-5 de 2021, 2021170000005-5 de 2021 y 20215100000053-5 de 2022"**** se definen 7 etapas estratégicas en la cual	3	8		2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)
7.5 Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas.	Dimension de Evaluación de Resultados Política de Seguimiento y evaluación al Desempeño Institucional.  Dimension Control Interno Líneas de Defensa	Se cuenta con el Programa de Gestión Integral del Riesgo código: OADS-PG-02 en el cual se estableció « Una vez materializado un riesgo, el líder del proceso procederá de manera inmediata a aplicar las actividades que permitan dar continuidad del servicio o el restablecimiento del mismo (si es el caso), se debe reportar en el seguimiento que realiza cada líder de proceso a través del formato OADS-F-36, para lo cual se documenta un plan de Mejora y se ajustaran y/o replantearán los riesgos y/o controles del proceso, para lo cual se debe establecer un plan de acción que permita generar acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora»	3	1 Programa de Gestión del Riesgo código: OADS-PG-02 2 Acta de capacitación en el diligenciamiento del formato OADS-F-36 3 4 5 6 7 8	*Primera línea de defensa: Describe las acciones implementadas ante la materialización de riesgo en el OADS-F-36  Segunda línea de defensa: Realiza seguimiento desde el OADS-F-36, información utilizada para los diferentes informes de seguimiento  Tercer línea de defensa: Realiza seguimiento a las acciones desde las auditorías y los seguimientos que realiza a los riesgos*  *Primera línea de defensa: Describe las acciones implementadas ante la	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)
<b>Lineamiento 8:</b> Evaluación del riesgo de fraude o corrupción. Cumplimiento artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción.	<b>DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO</b>	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	<b>EVIDENCIA DEL CONTROL</b>		Funcionando (1/2/3)	Evaluación
8.1 La Alta Dirección acorde con el análisis del entorno interno y externo, define los procesos, programas o proyectos (según aplique), susceptibles de posibles actos de corrupción.	Dimension de Direccionamiento Estratégico y Planeación.  Política de Planeación Institucional	****Dentro de la Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo cuarto, metodología: " Actualizar y dar continuidad a la implementación del Programa de gestión integral de riesgos (OADS-PG-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja. En el artículo quinto, responsables, el monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimiento de control y de gestión del riesgo: - Primer línea de defensa: " Identificar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales. * Analizar los riesgos de acuerdo con la metodología definida para cada subsistema según aplicabilidad.  - Segunda línea de defensa: * Realizar reportes internos y externos, de prevención y detección de la corrupción, opacidad, fraude y soborno del hospital cuando aplique.  - Tercer línea de defensa: *Alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas."	3	1 Seguimiento Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOF5) 2025 2 Plan de trabajo gestión de riesgos integral 2025 (Link de almera <a href="https://sg.almeraim.com/sg/secciones/sigspa/mod_operativo/proyectos/control_proyecto.php?proyecto=145#subtabPage1">https://sg.almeraim.com/sg/secciones/sigspa/mod_operativo/proyectos/control_proyecto.php?proyecto=145#subtabPage1</a> ) 3 4 5 6 7 8	*Primera línea de defensa: Dentro de sus funciones tiene el análisis de contexto interno y externos de la institución, previo a la identificación de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales, este análisis se realiza con el acompañamiento de planeación.  Segunda línea de defensa: dentro de sus funciones realiza acompañamiento a la primera línea de defensa en la gestión del riesgo, se tomó como base el análisis de la primera línea en la actualización de los riesgos.  Tercer línea de defensa: dentro de sus funciones identifica y evalúa cambios que pueden tener impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna.; alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas; y elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgos	3	Mantenimiento del control
8.2 La Alta Dirección monitorea los riesgos de corrupción con la periodicidad establecida en la Política de Administración del Riesgo.	Dimension de Control Interno  Línea Estratégica	****Dentro de la Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo cuarto, metodología: " Actualizar y dar continuidad a la implementación del Programa de gestión integral de riesgos (OADS-PG-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja. En el artículo quinto, responsables, el monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimiento de control y de gestión del riesgo: - Línea estratégica: Comité institucional de coordinación de sistema de control interno: Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles. Comité de gestión integral de riesgos: Realizar seguimiento a la implementación del ciclo de gestión integral de riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso."  Se actualiza política de gestión integral de riesgos, antes tipos - categorías ahora subsistemas (11) - tipos; esta fue presentada en comité de gestión integral de riesgo, comité Institucional de Coordinación de Control Interno y junta directiva en donde fue aprobada por acuerdo 018 de 15 de agosto de 2025"	3	1 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del segundo cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa 2 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOF5 segundo cuatrimestre 2025 3 4	*Primera línea de defensa: Dentro de sus funciones tiene el análisis de contexto interno y externos de la institución, previo a la identificación de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales, este análisis se realiza con el acompañamiento de gestión integral de riesgos.  Segunda línea de defensa: dentro de sus funciones realiza acompañamiento a la primera línea de defensa en la gestión del riesgo, se tomó como base el análisis de la primera línea en la actualización de los riesgos.  Primera línea de defensa: Dentro de sus funciones realiza autocontrol de los riesgos identificados.  Segunda línea de defensa: dentro de sus funciones realiza reportes internos y externos de prevención y detección de la corrupción, la opacidad, el fraude y soborno del hospital cuando aplique; monitorea y revisa los riesgos identificados y realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el manual.	3	Mantenimiento del control

			5		Tercera línea de defensa: dentro de sus funciones realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el manual; alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas; y elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgos.		
			6				
			7		Línea estratégica: Dentro de sus funciones realiza seguimiento a la implementación del ciclo de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso.		
			8		En octubre en el comité de gestión integral de riesgos, se presente el informe de SICOF del segundo cuatrimestre 2025."		
8.3 Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas.	Dimensión de Control Interno  Líneas de Defensa	"Dentro de la Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo cuarto, metodología: "Actualizar y dar continuidad a la implementación del Programa de gestión integral de riesgos (OADS-PG-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja. En el artículo quinto, responsables, el monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimiento de control y de gestión del riesgo.  Línea estratégica: - Comité institucional de coordinación de sistema de control interno, - Comité de gestión integral de riesgos integral. - Junta directiva  Primera línea de defensa: - Líderes de procesos /subproceso/ servicios/ programas y funcionarios  Segunda línea de defensa: Subproceso de gestión integral de riesgos, coordinador y referente de gestión integral de riesgos, referente de seguridad del paciente, líder de gestión clínica y programas de alta complejidad y seguimiento comunitario, coordinador de atención hospitalaria, subgerente administrativo y financiero, coordinador gestión financiera, coordinador gestión comercial, asesor de la oficina de desarrollo de servicios, profesional universitario TIC - líder, profesional especializado responsable del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo y referente gestión ambiental  Se actualiza política de gestión integral de riesgos, antes tipos - categorías ahora subsistemas (11) - tipos; esta fue presentada en comité de gestión integral de riesgo, comité Institucional de Coordinación de Control Interno y junta directiva en donde fue aprobada por acuerdo 018 de 15 de agosto de 2025.  Tercer línea: - Asesora oficina de Control interno , - Profesional de control interno  Los responsables cuentan con la responsabilidad frente a la gestión integral del riesgo en el mismo."  Mediante acuerdo 012 de junio del 2022 la junta directiva designan oficiales de cumplimiento para los sistemas de SARLAFTPADM Y SICOF.  Mediante resolución 051 del 23 de febrero del 2024 se actualiza el oficial de cumplimiento de SARLAFT/PADM Mediante resolución 305 del 11 de julio de 2024 se actualiza el oficial de cumplimiento del PTEE"	3	1 Política de gestión de riesgos integral - Acuerdo 018 de 2025 2 Acuerdo 012 del 02 de junio del 2023 3 AF-M-02 Manual contra lavado de activos SARLAFT/PADM y SICOF 4 Programa de gestión integral de riesgos OADS-PG-02 5 Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOF) 2025 6 Mapa de riesgos de SARLAFT/PADM 2025 7 Resolución 305 del 2024 Actualización Oficial de cumplimiento PTEE	Primer línea de defensa: Dentro de sus funciones esta aplicar los controles operativos correspondientes a la actividad del proceso que este a su cargo.  Segunda línea de defensa: Se cuenta con el oficial de cumplimiento para SICOFs el cual realiza reportes internos y externos de prevención y detección de la corrupción, opacidad, fraude y soborno del hospital cuando aplique.  Tercera línea de defensa : Se realiza seguimiento cuatrimestral de Riesgos SICOF revisando: Lineamientos frente a la gestión del riesgo, seguimiento efectuado por la primera línea, Seguimiento efectuado por el subproceso de gestión integral de riesgos, oficial de cumplimiento de SICOF en cabeza del asesor de desarrollo de servicios y resultado de evaluación realizada por la tercera línea de defensa	3	Mantenimiento del control
8.4 La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora.	Dimensión de Control Interno  Línea Estratégica	" Dentro de la Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la Línea estratégica - Alta dirección en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, comité de gestión de riesgos integral y junta directiva; específicamente: "Revisar, validar y supervisar el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; Reorientar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizar seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso"	3	1 Acta 006 del comité de gestión integral de riesgos de octubre 2 Acta 00x del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno 3 Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte de 30 de junio del 2025. 4 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales 5 Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 30 de junio del 2025. 6 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos seguridad de la información	"Línea estratégica: Revisan, validan y supervisan el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; reorientan a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizan seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso, en el comité de gestión integral de riesgos y el comité de coordinación de control interno. Se evalúan los informes presentados desde segunda línea de defensa en comité de gestión integral de riesgos de octubre, y los presentados desde la tercera línea de defensa en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno  Primera línea de defensa: Toma en cuenta observaciones asociadas a la mejora de los controles de los informes de seguimiento de segunda y tercera línea de defensa, los cuales son implementados en las actualizaciones de los riesgos.  Segunda línea de defensa: Incluye observaciones de mejora resultado del seguimiento de los riesgos para tener en cuenta en la actualización del riesgo.  Tercer línea: Deja observaciones y sugerencias asociadas a la mejora de los controles en informes de seguimientos para que sean tenidos en	3	Mantenimiento del control

				7	para tener un sistema de seguimiento para que esta tarea se encuentre en la actualización de la primera línea de defensa con el acompañamiento de la segunda línea de defensa."			
Lineamiento 9: Identificación y análisis de cambios significativos	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	No.	EVIDENCIA DEL CONTROL Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	Funcionado (1/2/3)	Evaluación
9.1 Acorde con lo establecido en la política de Administración del Riesgo, se monitorean los factores internos y externos definidos para la entidad, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes.	Dimensión de Dirección Estratégico Política de Planeación Institucional	"Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo cuarto, metodología: Actualizar y dar continuidad a la implementación del manual de gestión de riesgos integral (OADS-M-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, la complejidad del proceso de atención, incluyendo de esta forma la gestión de riesgos asistenciales y clínicos siendo para fundamental de la gestión institucional, por lo tanto no es una adopción textual de la guía del DAFP y contempla las instrucciones impartidas de la circular externa de la superintendencia nacional de salud 20211700000004-5 de 2021, 20211700000005-5 de 2021 y 202151000000053-5 de 2022." en donde se contemplan las etapas estratégicas para la implementación y despliegue de la política, específicamente: Realizar análisis de contexto interno y externo de la institución e identificar los riesgos a todo nivel.  En el artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad y periodicidad, específicamente para las etapas anteriormente mencionadas de manera anual"  Programa de gestión de riesgos OADS-PG-02 Informes de seguimiento de los diferentes tipos y líneas de defensa del cual se tienen en cuenta las conclusiones y sugerencias en la actualización de los riesgos. Formatos de relación hallazgo riesgos suministrado por la oficina de control interno para ser tenidos en cuenta en la actualización de los riesgos.  Se actualiza política de gestión de riesgos integral, asociada a normatividad, y cambio presentado de manual a programa de gestión de riesgos; esta fue presentada en comité de gestión de riesgo y comité Institucional de Coordinación de Control Interno para aprobación previo a socialización a junta directiva para aprobación final.	3	1 Acta 001 del comité de gestión de riesgo integral Acta 002 del comité de gestión de riesgos integral Acta 003 del comité de gestión de riesgos integral  2 Mapa de riesgos de gestión y fiscales 2025 Mapa de riesgos de índole contable 2025 Mapa de riesgos de seguridad de la información 2025  3 Mapa de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo/ Proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT/PADM) 2024.  4 Informe de monitoreo y seguimiento mapa de riesgos de gestión desde la segunda línea y tercera línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.  5 OADS-E-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.  6 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea y tercera línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFs primer cuatrimestre 2025  7 Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2024  8 Formato correlación hallazgo riesgo	Primera línea de defensa: Dentro de sus funciones tiene el análisis de contexto interno y externos de la institución, previo a la identificación de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales, este análisis se realiza con el acompañamiento de planeación.  Segunda línea de defensa: dentro de sus funciones realiza acompañamiento a la primera línea de defensa en la gestión del riesgo, se tomó como base el análisis de la primera línea en la actualización de los riesgos.  Tercera línea de defensa: dentro de sus funciones identifica y evalúa cambios que pueden tener impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna.; alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas; y elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgos. Se realiza matriz hallazgo riesgo Auditoría gestión presupuestal	3	Mantenimiento del control	
9.2 La Alta Dirección analiza los riesgos asociados a actividades tercerizadas, regionales u otras figuras externas que afecten la prestación del servicio a los usuarios, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa.	Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa	" Dentro de la Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la Línea estratégica - Alta dirección en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, comité de gestión de riesgos integral y junta directiva; específicamente: "Revisar, validar y supervisar el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizar seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso"	3	1 Acta 006 del comité de gestión integral de riesgos de octubre  2 Acta 00x del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno  3 Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte de 30 de junio del 2025.  4 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales  5 Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 30 de junio del 2025.	"Segunda línea de defensa: Actualiza política de gestión integral de riesgos la cual ya tiene incluido dentro del alcance el cual incluye a todos los procesos, subprocesos, servicios y personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada subsistema y tipo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso, subprocesos y líneas de defensa.  "Línea estratégica: Aprueba política que incluye los niveles de aceptación del riesgo. Aprobó política de gestión de riesgos integral por medio de acuerdo 018 del 2025.  Segunda línea de defensa: Realiza ajustes pertinentes asociados al artículo sexto de niveles de aceptación al riesgo, el cual fue presentado a junta directiva para aprobación final. Actualizó política y presentó a junta directiva en el mes de agosto.  Tercer comité Institucional de control interno: La oficina de control interno manifiesta ante el Comité su participación y acompañamiento en la aprobación de la Política de Gestión Integral de Riesgo Integral Actualizada y el Manual de Gestión de Riesgos Integral, que se surtió en el comité de gestión integral de riesgos.  La política fue aprobada el 15 de agosto del 2025 por medio del acuerdo 018 de 2025."	3	Mantenimiento del control	

			6 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos seguridad de la información			
			7			
9.3 La Alta Dirección monitorea los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos.	Dimension de Control Interno Linea Estrategica	"Dentro de la política de gestión de riesgos integral (acuerdo No. 007 de 2024), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la línea estratégica, desde el comité institucional de coordinación de control interno, la función de realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; desde el comité de gestión de riesgos, realizar seguimiento del ciclo de gestión de riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos de planes de mejoramiento cuando sea el caso; y que en el artículo sexto, niveles de aceptación al riesgo, se define realizar seguimiento, asignar tratamiento acorde a lo evaluado de todos los riesgos sin importar la zona de riesgo residual en la que se encuentre"	1 Acta 001 del comité de gestión de riesgo integral 2 Acta 003 del comité de gestión de riesgos integral 3 Comité Institucional de coordinación de control interno 4 Seguimiento al Cronograma Plan Anual de Auditorías 5 Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la s 6 Informe sede seguimiento de control interno riesgo 7 8	Actas Cuarta Comites institucional de coordinación de control interno realizadas en la vigencia. Como resultado del seguimiento realizado por la tercera línea a los Riesgo de Corrupción, opacidad, fraude y soborno correspondiente al tercer cuatrimestre del año 2025 se concluye lo siguiente: - Se cuenta con programa de gestión del riesgo OADS-PG-02, el cual Aplica a todos los procesos, subprocesos, servicios y colaboradores de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada tipo y clasificación de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa. -	3	Mantenimiento del control
9.4 La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa.	Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	"Dentro de la política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la línea estratégica, desde el comité institucional de coordinación de control interno, la función de realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; desde el comité de gestión de riesgos, realizar seguimiento del ciclo de gestión de riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos de planes de mejoramiento cuando sea el caso.	1 Acta 001 del comité de gestión de riesgo integral 2 Acta 003 del comité de gestión de riesgos integral 3 Comité Institucional de coordinación de control interno 4 Seguimiento al Cronograma Plan Anual de Auditorías 5 Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte de 30 diciembre del 2024. 6 Seguimiento plan de trabajo de gestión integral de riesgos 7 8	"Línea estratégica: Revisan, validan y supervisan el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; realimentan a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizan seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso, en el comité de gestión de riesgos y el comité de coordinación de control interno. Se evalúan los informes presentados desde segunda línea de defensa en comité de gestión de riesgos de enero y mayo, y los presentados desde la tercera línea de defensa en el comité de coordinación de control interno. Primera línea de defensa: Toma en cuenta observaciones asociadas a la mejora de los controles de los informes de seguimiento de segunda y tercer línea de defensa, los cuales son implementados en las actualizaciones de los riesgos. Segunda línea de defensa: Incluye observaciones de mejora resultado del seguimiento de los riesgos para tener en cuenta en la actualización del riesgo. Tercer línea: Deja observaciones y sugerencias asociadas a la mejora de los controles en informes de seguimientos para que sean tenidos en cuenta en la actualización de la primera línea de defensa con el acompañamiento de la segunda línea de defensa. -" "Línea estratégica: Revisan, validan y supervisan el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; realimentan a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los	3	Mantenimiento del control
9.5 La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales.	Dimension de Direccionamiento Estrategico y Planeacion Política de Planeacion Institucional Dimension de Control Interno Linea Estrategica	La entidad mediante los diferentes comités (Comité institucional de coordinación de control interno, Comité gestión del riesgo y comité institucional) analiza el impacto sobre el sistema de control interno y evalúa los cambios en los diferentes niveles institucionales (actualización mapa de procesos, organigrama).	1 Acta de comité institucional de coordinación de de control interno 2 Acta comité de control interno 3 Actas Comité desempeño institucional 4 5 6 7 8	La oficina asesora de control interno verificó el estado del Sistema de Control Interno por medio de la realización de auditorías, evaluaciones o seguimientos con enfoque en riesgos, para aportar al cumplimiento de la misión, los objetivos estratégicos, el desempeño de los procesos, la mejora continua y la toma de decisiones. El sistema de control interno es un proceso que debe ser ejecutado por toda la entidad, desde la gerencia hasta el personal. Su objetivo es garantizar la seguridad de los objetivos de la entidad y su cumplimiento, mediante el análisis del impacto del control interno se detectó deficiencias y se contribuyó a mejorar el desempeño de la entidad.	3	Mantenimiento del control



ACTIVIDADES DE CONTROL

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

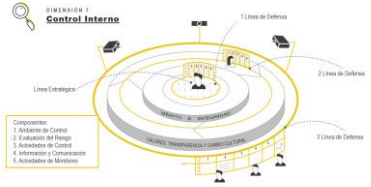
Lineamiento 10: Diseño y desarrollo de actividades de control (Integra el desarrollo de controles con la evaluación de riesgos; tiene en cuenta a qué nivel se aplican las actividades; facilita la segregación de funciones).	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	Evaluación	
				No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno			
10.1 Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación.	Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	Las funciones y responsabilidades se encuentran segregadas en la documentación de los procesos, tales como, procedimientos, manuales, instructivos, guías, que establecen una serie de actividades de control asociando roles y responsabilidades a cada uno de los funcionarios y/o dependencias que participan en determinadas actividades.  <b>La entidad cuenta con un manual de funciones aprobado mediante acuerdo 028 del 2022. Manual específico de funciones y competencias laborales para los empleos de la planta de personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.</b>	3	1 2 3 4 5 6 7 8	Acuerdo 028 del 2022. Manual específico de funciones y competencias laborales para los empleos de la planta de personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.G21:145H120G21:147G21:15G21:147  Procedimientos, manuales establecidos en almera Manual Especifico de Funciones  Auditorías internas	PRIMERA LINEA DE DEFENSA Las funciones y responsabilidades se encuentran segregadas en la documentación de los procesos, tales como, procedimientos, manuales, instructivos, guías, que establecen una serie de actividades de control asociando roles y responsabilidades a cada uno de los funcionarios y/o dependencias que participan en determinadas actividades  TERCERA LINEA DE DEFENSA La oficina de control interno durante el II semestre de 2025 realizo auditoría a los procesos: gestión de talento humano, gestión de contratación, tecnologías de la información y gestión jurídica	3	Mantenimiento del control
10.2 Se han identificado y documentado las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones (ej: falta de personal, presupuesto), con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados.	Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	La oficina de control interno mediante la realización de auditoría internas, verifica la adecuada segregación de funciones y este se puede evidenciar en los informes de auditoría, mediante la verificación nde procedimientos.	1	1 2 3 4 5 6 7 8	Auditorías internas	TERCERA LINEA DE DEFENSA La oficina de control interno durante el II semestre de 2025 realizo auditoría a los procesos: gestión de talento humano, gestión de contratación, tecnologías de la información y gestión jurídica	1	Deficiencia de control mayor (diseño y ejecución)
10.3 El diseño de otros sistemas de gestión (bajo normas o estándares internacionales como la ISO), se entregan de forma adecuada a la estructura de control de la entidad.	Dimension de Gestión con Valores para Resultados  Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	Los procesos cuentan con lalos siguientes documentos para desarrollar las actividades.  CA-F-13 Manual de calidad SST-M-05 Manual de SST GA-M-01 Manual de Gestión ambiental	3	1 2 3 4 5 6 7 8	seguimiento al plan operativo anual para el primer trimestre INFORME DE EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO 2024-2027 «San Rafa, alma, vida y corazón»	SEGUNDA LINEA DEFENSA Se realiza seguimiento de planes de mejoramiento , se revisa las acciones de mejora del las ISO TERCERA LINEA DE DEFENSA: La oficina de control interno durante el primer trimestre donde se observa lo siguiente: El indicador «Cumplimiento de planes de mejora por auditorías: interna y de seguimiento por ICOMNTEC» el cual para este tercer trimestre de 2025, obtuvo el 94% en la ejecución de las actividades GESTIÓN TALENTO HUMANO: Eje 7 «Responsabilidad Social» con la actividad «Implementar plan de acción de Seguridad y Salud en el Trabajo para el mantenimiento de la certificación ISO 9001. INFORME DE EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO 2024-2027 «San Rafa, alma, vida y corazón» Se evalua la implementación de las estrategias definidas en el Plan de Desarrollo 2024-2027 "San Rafa Alma, vida y corazón" conforme a las metas de producto, para la vigencia 2024.	3	Mantenimiento del control
Lineamiento 11: Selección y Desarrolla controles generales sobre TI para apoyar la consecución de los objetivos .	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	Evaluación	
			No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Observaciones de la evaluación independiente (tener encuesta papel de líneas de defensa)			
11.1 La entidad establece actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas; los procesos de gestión de la seguridad y sobre los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías.	Dimension de Gestión con Valores para el Resultado  Política de Gobierno Digital Política de Seguridad Digital	La institución establece actividades de control sobre su infraestructura tecnológica y procesos asociados a la gestión de la seguridad de la información, adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías, mediante los siguientes mecanismos: Se cuenta con el PROGRAMA ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN S-PG-01 en el cual se describen los objetivos, las metas y actividades a realizar. Para la vigencia 2025 se elabora el programa estrategico de fortalecimiento de la gestión de tecnologías de la información y sus actividades serán programadas para cada vigencia. Se realiza la priorización de proyectos a ejecutar para la vigencia 2025 en el Manual estrategico de tecnologías de la información PETI. Se cuenta con la Matriz de Levantamiento de activos de la información que		1 2	PROGRAMA ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN S-PG-01 <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;opcion=verproceso&amp;procesoId=6980&amp;nl=S-PG-01">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;opcion=verproceso&amp;procesoId=6980&amp;nl=S-PG-01</a>  S-F-46 Formato matriz levantamiento de activos de información. <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=359&amp;accion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&amp;slug=registros-de-activos-de-informacion">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=359&amp;accion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&amp;slug=registros-de-activos-de-informacion</a>	PRIMERA LINEA DE DEFENSA: El subproceso elabora PROGRAMA ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, cuyo objetivo es «Fortalecer la Gestión de Tecnologías de la Información para asegurar la continuidad de la prestación de servicios de salud, apoyando de manera estratégica y oportuna los diferentes servicios ofrecidos, a través de la implementación de medidas de seguridad de la información que garanticen su confidencialidad, integridad y disponibilidad.» Para la vigencia 2025 se priorizan 5 proyectos de PETI y 9 proyectos que corresponden a la operación del proceso de TIC de la Entidad. Los proyectos de TI priorizados se desarrollan de manera escalonada, en cada vigencia, se realizan actividades parciales, lo cual depende del flujo de recursos y disponibilidad de intervención en las áreas del Hospital, entre otros. El subproceso de TI cuenta con 55 indicadores de seguimiento al proceso que incluyen, PETI, equipos de cómputo y seguridad de la información. Se tiene inventario actualizado y clasificado de los activos de la entidad a través de la S-F-46 Formato		

		<p>inventario actualizado y clasificado de activos.          Controles de acceso físico y lógico al data center y centros de cableado, con mecanismos de autenticación y seguimiento.          Procedimientos frente a incidentes y fallas tecnológicas.          Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos</p> <p>A demás se cuenta con el manual de interventoría y/o supervisión, que fue creado mediante resolución 260 de 2014. En su numeral 4.1 describe los «objetivos específicos de la supervisión o interventoría», en el numeral 6 enuncia la «obligatoriedad de contar con supervisión o interventor» y en el numeral 9 plantea «los lineamientos y obligaciones generales del supervisor».</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="892 162 934 251">3</td> <td data-bbox="934 162 1291 251">           S-M-03 MANUAL ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION PETI  <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6638&amp;hl=S-M-03">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6638&amp;hl=S-M-03</a> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="892 251 934 381">4</td> <td data-bbox="934 251 1291 381">           S-PR-30 Gestión de incidentes de seguridad de la información.  <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7813&amp;hl=s-pr-30">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7813&amp;hl=s-pr-30</a> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="892 381 934 462">5</td> <td data-bbox="934 381 1291 462">           S-PR-10 MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO PARA EQUIPOS DE COMPUTO  <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6960&amp;hl=S-PR-10">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6960&amp;hl=S-PR-10</a> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="892 462 934 560">6</td> <td data-bbox="934 462 1291 560">           S-F-27 CONTROL DE INGRESO DE PERSONAL AL DATA CENTER Y CENTROS DE CABLEADO  <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/lib/php/descargar.php?token=8f5a83f5d525005b3d537c5abaec7b1ab9084c53677cc87c0ce742d8c1866b1b&amp;archivoid=14966">https://sgl.almeraim.com/sgl/lib/php/descargar.php?token=8f5a83f5d525005b3d537c5abaec7b1ab9084c53677cc87c0ce742d8c1866b1b&amp;archivoid=14966</a> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="892 560 934 641">7</td> <td data-bbox="934 560 1291 641">           Informes de supervisión a Contratos  <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/sigspa/mod_formulacion/cronogramas/form_seguiemientoactividad.php?actividadid=2222">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/sigspa/mod_formulacion/cronogramas/form_seguiemientoactividad.php?actividadid=2222</a> </td> </tr> </table>	3	S-M-03 MANUAL ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION PETI <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6638&amp;hl=S-M-03">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6638&amp;hl=S-M-03</a>	4	S-PR-30 Gestión de incidentes de seguridad de la información. <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7813&amp;hl=s-pr-30">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7813&amp;hl=s-pr-30</a>	5	S-PR-10 MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO PARA EQUIPOS DE COMPUTO <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6960&amp;hl=S-PR-10">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6960&amp;hl=S-PR-10</a>	6	S-F-27 CONTROL DE INGRESO DE PERSONAL AL DATA CENTER Y CENTROS DE CABLEADO <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/lib/php/descargar.php?token=8f5a83f5d525005b3d537c5abaec7b1ab9084c53677cc87c0ce742d8c1866b1b&amp;archivoid=14966">https://sgl.almeraim.com/sgl/lib/php/descargar.php?token=8f5a83f5d525005b3d537c5abaec7b1ab9084c53677cc87c0ce742d8c1866b1b&amp;archivoid=14966</a>	7	Informes de supervisión a Contratos <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/sigspa/mod_formulacion/cronogramas/form_seguiemientoactividad.php?actividadid=2222">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/sigspa/mod_formulacion/cronogramas/form_seguiemientoactividad.php?actividadid=2222</a>	<p>matriz levantamiento de activos de información, se realiza control de acceso físico al data center y centros de cableado con mecanismos de autenticación biométrica y seguimiento a a través de formato S-F-27 CONTROL DE INGRESO DE PERSONAL AL DATA CENTER Y CENTROS DE CABLEADO y se realiza mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de acuerdo a lo definido en el procedimiento S-PR-10 MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO PARA EQUIPOS DE COMPUTO Informes de supervisión de contratos de TIC.</p> <p><b>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA</b>          La oficina de control interno realiza seguimiento a la ejecución de actividades del subproceso TIC, mediante informe POA III trimestre del 2025, como resultado de este seguimiento, se observo que el subproceso cuenta con el indicador «cumplimiento PETI» formulado como «Número de proyectos ejecutados en el periodo y que corresponden al periodo de medición según lo planeado / Número total de proyectos planeados a ejecutar en el periodo», los cuales con corte al tercer trimestre muestran una ejecución del 100%, se debe tener en cuenta que la periodicidad del indicador es semestral.</p>	3	Mantenimiento del control						
3	S-M-03 MANUAL ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION PETI <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6638&amp;hl=S-M-03">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6638&amp;hl=S-M-03</a>																					
4	S-PR-30 Gestión de incidentes de seguridad de la información. <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7813&amp;hl=s-pr-30">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7813&amp;hl=s-pr-30</a>																					
5	S-PR-10 MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO PARA EQUIPOS DE COMPUTO <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6960&amp;hl=S-PR-10">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6960&amp;hl=S-PR-10</a>																					
6	S-F-27 CONTROL DE INGRESO DE PERSONAL AL DATA CENTER Y CENTROS DE CABLEADO <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/lib/php/descargar.php?token=8f5a83f5d525005b3d537c5abaec7b1ab9084c53677cc87c0ce742d8c1866b1b&amp;archivoid=14966">https://sgl.almeraim.com/sgl/lib/php/descargar.php?token=8f5a83f5d525005b3d537c5abaec7b1ab9084c53677cc87c0ce742d8c1866b1b&amp;archivoid=14966</a>																					
7	Informes de supervisión a Contratos <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/sigspa/mod_formulacion/cronogramas/form_seguiemientoactividad.php?actividadid=2222">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/sigspa/mod_formulacion/cronogramas/form_seguiemientoactividad.php?actividadid=2222</a>																					
11.2 Para los proveedores de tecnología selecciona y desarrolla actividades de control internas sobre las actividades realizadas por el proveedor de servicios.	Dimensión de Gestión con Valores para el Resultado  Política de Gobierno Digital Política de Seguridad Digital	La entidad implementa actividades de control para la selección, seguimiento y supervisión de los proveedores de tecnología, con el fin de asegurar que los bienes y servicios contratados cumplan con los requerimientos técnicos, normativos y de seguridad de la información institucional y de acuerdo a lo establecido en el Manual de Interventoría y/o Supervisión, adoptado mediante Resolución 376 de 2024, el cual establece	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="892 641 934 738">1</td> <td data-bbox="934 641 1291 738">           S-M-03 MANUAL ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION PETI  <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6638&amp;hl=S-M-03">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6638&amp;hl=S-M-03</a> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="892 738 934 820">2</td> <td data-bbox="934 738 1291 820">           Informes de supervisión a Contratos  <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/sigspa/mod_formulacion/cronogramas/form_seguiemientoactividad.php?actividadid=2222">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/sigspa/mod_formulacion/cronogramas/form_seguiemientoactividad.php?actividadid=2222</a> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="892 820 934 852">3</td> <td data-bbox="934 820 1291 852">Informe de gestión de riesgo oficina de control interno</td> </tr> <tr> <td data-bbox="892 852 934 885">4</td> <td data-bbox="934 852 1291 885"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="892 885 934 917">5</td> <td data-bbox="934 885 1291 917"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="892 917 934 950">6</td> <td data-bbox="934 917 1291 950"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="892 950 934 982">7</td> <td data-bbox="934 950 1291 982"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="892 982 934 1015">8</td> <td data-bbox="934 982 1291 1015"></td> </tr> </table>	1	S-M-03 MANUAL ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION PETI <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6638&amp;hl=S-M-03">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6638&amp;hl=S-M-03</a>	2	Informes de supervisión a Contratos <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/sigspa/mod_formulacion/cronogramas/form_seguiemientoactividad.php?actividadid=2222">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/sigspa/mod_formulacion/cronogramas/form_seguiemientoactividad.php?actividadid=2222</a>	3	Informe de gestión de riesgo oficina de control interno	4		5		6		7		8		<p><b>PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA</b>          De acuerdo a lo definido en el manual de contratación, el supervisor realiza seguimiento al cumplimiento de las actividades por medio del Informe de supervisión mensual de los contratos suscritos para subproceso de Tecnologías de la información.          A la fecha el subproceso de TI cuenta con 14 contratos suscritos de acuerdo a lo priorizado en el PETI.</p> <p><b>SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA</b>          Informe de monitoreo riesgos          Dentro del informe de seguimiento a riesgos de procesos corte a 30 de Diciembre no se materializo ninguno.</p> <p><b>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA</b>          La Oficina de Control Interno de Gestión debe asegurar que los controles sean efectivos, le apunten al riesgo: « Posibilidad de Interrupción del servicio que afecte la infraestructura tecnológica de la entidad por falta de mantenimientos » y cuenta con 3 controles que fueron evaluados en el informe presentado por la oficina de control interno para el PRIMER semestre del 2025..</p>	3	Mantenimiento del control
1	S-M-03 MANUAL ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION PETI <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6638&amp;hl=S-M-03">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=6638&amp;hl=S-M-03</a>																					
2	Informes de supervisión a Contratos <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/sigspa/mod_formulacion/cronogramas/form_seguiemientoactividad.php?actividadid=2222">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/sigspa/mod_formulacion/cronogramas/form_seguiemientoactividad.php?actividadid=2222</a>																					
3	Informe de gestión de riesgo oficina de control interno																					
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
11.3 Se cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.	Dimensión de Gestión con Valores para el Resultado  Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos.	La entidad cuenta con la definición de roles y responsabilidades usuarios, relaciona las políticas de TI, determina la estructura y funciones del subproceso de TI e indicadores del seguimiento a la gestión, lo cual se encuentra definido en el S-M-15 – Esquema de Gobierno TI, S-M-19 – Manual de Roles de Seguridad y Privacidad de la Información, S-M-18 – Manual de Perfiles de Usuario del Sistema de Información Servinte Clínica Suite, S-M-20 Manual de Roles y perfiles en el directorio activo	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="892 1015 934 1096">1</td> <td data-bbox="934 1015 1291 1096">           S-M-15 ESQUEMA GOBIERNO TI  <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7106&amp;hl=esquema">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7106&amp;hl=esquema</a> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="892 1096 934 1193">2</td> <td data-bbox="934 1096 1291 1193">           S-M-19 MANUAL DE ROLES DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN  <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7417&amp;hl=S-M-19">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7417&amp;hl=S-M-19</a> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="892 1193 934 1323">3</td> <td data-bbox="934 1193 1291 1323">           S-M-18 MANUAL DE PERFILES DE USUARIO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SERVINTE CLINICAL SUITE  <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7416&amp;hl=S-M-18">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7416&amp;hl=S-M-18</a> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="892 1323 934 1388">4</td> <td data-bbox="934 1323 1291 1388">           S-M-20 Manual de Roles y perfiles en el directorio activo  <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=documentos&amp;option=verolicitud&amp;olicitudid=1426">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=documentos&amp;option=verolicitud&amp;olicitudid=1426</a> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="892 1388 934 1421">5</td> <td data-bbox="934 1388 1291 1421"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="892 1421 934 1453">7</td> <td data-bbox="934 1421 1291 1453"></td> </tr> </table>	1	S-M-15 ESQUEMA GOBIERNO TI <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7106&amp;hl=esquema">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7106&amp;hl=esquema</a>	2	S-M-19 MANUAL DE ROLES DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7417&amp;hl=S-M-19">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7417&amp;hl=S-M-19</a>	3	S-M-18 MANUAL DE PERFILES DE USUARIO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SERVINTE CLINICAL SUITE <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7416&amp;hl=S-M-18">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7416&amp;hl=S-M-18</a>	4	S-M-20 Manual de Roles y perfiles en el directorio activo <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=documentos&amp;option=verolicitud&amp;olicitudid=1426">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=documentos&amp;option=verolicitud&amp;olicitudid=1426</a>	5		7		<p><b>Primera Línea de defensa:</b>          El subproceso de TI ha estructurado y formalizado la gestión de usuarios para los accesos a los sistemas de información, y definiendo la segregación de funciones, responsabilidades y funciones definidos en: S-M-15 – Esquema de Gobierno TI: Define la estructura del subproceso de tecnología de la información, roles, funciones, relaciones jerárquicas y los mecanismos de seguimiento, lo cual permite una gestión articulada y controlada de las funciones TI. S-M-19 – Manual de Roles de Seguridad y Privacidad de la Información: Especifica las funciones y responsabilidades asociadas a cada rol relacionado con la gestión de la seguridad y privacidad de la información.          S-M-18 – Manual de Perfiles de Usuario del Sistema de Información Servinte Clínica Suite: Establece los perfiles específicos por área funcional dentro del sistema clínico, asegurando que cada usuario acceda únicamente a la información y funcionalidades necesarias para el cumplimiento de sus funciones.          S-M-20 – Manual de Roles y Perfiles en el Directorio Activo: Permite la gestión de accesos a recursos tecnológicos desde la infraestructura de red, permitiendo controles centralizados, trazabilidad y revocación de privilegios cuando se presentan cambios organizacionales o retiros.          lo anterior se encuentra articulado con las políticas institucionales de TI.</p> <p><b>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA</b>          La oficina de control interno efectúa seguimiento y controles mediante informes de auditoría, en los que se verifica la segregación de funciones a Los procesos y subprocesos auditados</p>	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)				
1	S-M-15 ESQUEMA GOBIERNO TI <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7106&amp;hl=esquema">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7106&amp;hl=esquema</a>																					
2	S-M-19 MANUAL DE ROLES DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7417&amp;hl=S-M-19">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7417&amp;hl=S-M-19</a>																					
3	S-M-18 MANUAL DE PERFILES DE USUARIO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SERVINTE CLINICAL SUITE <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7416&amp;hl=S-M-18">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verprceso&amp;procesoid=7416&amp;hl=S-M-18</a>																					
4	S-M-20 Manual de Roles y perfiles en el directorio activo <a href="https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=documentos&amp;option=verolicitud&amp;olicitudid=1426">https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=documentos&amp;option=verolicitud&amp;olicitudid=1426</a>																					
5																						
7																						

<p>11.4 Se cuenta con información de la 3a línea de defensa, como evaluador independiente en relación con los controles implementados por el proveedor de servicios, para asegurar que los riesgos relacionados se mitiguen.</p>	<p>Dimension Control Interno Tercera Línea de Defensa</p>	<p>La política de gestión de riesgos integral, aprobada mediante el acuerdo No. 018 DEL 15 DE AGOSTO DE 2025, en su Artículo quinto «Responsable. El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo[...].», para la primera línea de defensa tiene 7, la segunda línea 16 responsabilidades y la tercera línea 9. A continuación se mencionan algunas de estas</p> <p>Tercera línea de defensa: «Evaluar de manera independiente y objetiva los controles de 2ª línea de defensa para asegurar su efectividad», «Evaluar los controles de 1ª línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2ª línea de defensa» y «Revisar la efectividad de los controles, planes de mejora y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos de la institución para evitar la materialización de estos.» Realizar informes de seguimiento y monitoreo de gestión de riesgo acorde a las fechas definidas en el manual» «Eleva alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgo»</p>	<p>3</p>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Informe seguimiento a riesgos de Gestión y fiscal I Semestre</td></tr> <tr><td>2</td><td>Informe seguimiento sicofs segundo cuatrimestre</td></tr> <tr><td>3</td><td>Informe seguimiento riesgos sarlaft</td></tr> <tr><td>4</td><td>Informe de riesgos informaticos I semestre</td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td></tr> </table>	1	Informe seguimiento a riesgos de Gestión y fiscal I Semestre	2	Informe seguimiento sicofs segundo cuatrimestre	3	Informe seguimiento riesgos sarlaft	4	Informe de riesgos informaticos I semestre	5		6		7		8		<p><b>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA</b> La oficina de control interno realiza seguimiento riesgos de gestión y fiscales (semestral) riesgos sicof,(cuatrimestral) informaticos (semestral) y presenta informe a la alata direccion y CICCI segun periodicidad de la vigencia 2025</p> <p>Informes en los cuales se revisa la efectividad de los controles,vinculadas a riesgos de la institución para evitar la materialización de estos y Realizar informes de seguimiento y monitoreo de gestión de riesgo acorde a las fechas definidas y elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgo»</p>	<p>3</p>	<p>Mantenimiento del control</p>
1	Informe seguimiento a riesgos de Gestión y fiscal I Semestre																						
2	Informe seguimiento sicofs segundo cuatrimestre																						
3	Informe seguimiento riesgos sarlaft																						
4	Informe de riesgos informaticos I semestre																						
5																							
6																							
7																							
8																							
<p><b>Lineamiento 12:</b> Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).</p>	<p><b>DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO</b></p>	<p><b>Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento</b> Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación</p>	<p>Presente (1/2/3)</p>	<p>No.</p> <p>Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno</p>	<p><b>EVIDENCIA DEL CONTROL</b></p> <p>Observaciones de la evaluación independiente (tener encuesta papel de líneas de defensa)</p>	<p>Funcionando (1/2/3)</p>	<p>Evaluación</p>																
<p>12.1 Se evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales u otras herramientas para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control.</p>	<p>Dimension de Gestion con Valores para el Resultado Politica de Fortalecimiento Organizacional y Simplificacion de Procesos.</p>	<p>La entidad para la validación y oportuna actualización de los documentos cuenta con: CA-M-00 «Norma fundamental.» CA-PR-06 Control de documentos V10 CA-PR-08 Control de registros V05</p>	<p>2</p>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>CA-M-00 «Norma fundamental.» Operatividad y estado de los documentos en Software Daruma.</td></tr> <tr><td>2</td><td>Auditorias internas</td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td></tr> </table>	1	CA-M-00 «Norma fundamental.» Operatividad y estado de los documentos en Software Daruma.	2	Auditorias internas	3		4		5		6		7		8		<p><b>PRIMERA Y SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA</b> Se evidencia que desde Gestion de Calidad se soporta el despliegue en la contención del riesgo, evidencias disponibles en el SGI, incluyendo: Correos de notificación de movimientos documentales. Informes de estado y vigencia de documentos. Registros de revisión en ALMERA. Actas de mesas de trabajo de Procesos Prioritarios y GPC, entre otros.Registradas en Almera.</p> <p><b>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA</b> La oficina de control interno de gestión realiza Informes de auditoría realizadas durante el segundo semestre de 2025 Informe de riesgos de gestión I semestre de 2025 - Se eleva alertas a la línea estratégica respecto a la materialización en la actualidad de 2 riesgos, de igual manera se recomienda a la segunda línea, se apoye a los líderes de proceso en el replanteamiento de los riesgos y/o controles de los procesos, para lo cual se debe establecer un plan de acción que permita generar acciones correctivas, preventivas y oportunidades</p>	<p>2</p>	<p>Deficiencia de control (diseño o ejecución)</p>
1	CA-M-00 «Norma fundamental.» Operatividad y estado de los documentos en Software Daruma.																						
2	Auditorias internas																						
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
<p>12.2 El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo.</p>	<p>Todas las Dimensiones de MIPG</p>	<p>En el acuerdo 018 del 15 de agosto de 2025, por el cual se adopta la política de Gestión integral de la empresa social del estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja en su artículo 5 define: Segunda línea de defensa: " Revisar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente", la tercera línea «Evaluar los controles de la primera línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2 línea de defensa.</p> <p>Tercera línea de defensa: «Evaluar de manera independiente y objetiva los controles de 2ª línea de defensa para asegurar su efectividad», «Evaluar</p>		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte primer demestre de 2025. OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales</td></tr> <tr><td>2</td><td>Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de primer semestre de 2025.</td></tr> </table>	1	Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte primer demestre de 2025. OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales	2	Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de primer semestre de 2025.	<p><b>PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA:</b> Realiza cargue de evidencias correspondientes a los controles definidos y el formato OADS-F-36 diligenciado en el sistema de gestión integral Almera como base para el seguimiento de la segunda y la tercera línea de defensa.</p> <p><b>SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA</b> Realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el programa de gestión de riesgos OADS-PG-02, utiliza formato OADS-F-41 y consolida información en informe el cual es presentado a todas las línea de defensa. Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión desde la segunda línea de defensa a corte de 30 de junio de 2025, Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 30 de junio de</p>														
1	Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte primer demestre de 2025. OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales																						
2	Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de primer semestre de 2025.																						

		<p>los controles de 1ª línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2ª línea de defensa» y «Revisar la efectividad de los controles, planes de mejora y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos de la institución para evitar la materialización de estos.» Realizar informes de seguimiento y monitoreo de gestión de riesgo acorde a las fechas definidas en el manual» «Elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgo»</p> <p>Adicionalmente en el programa de gestión del riesgo código OADS-PG-02, en el capítulo de las etapas estratégicas, en la etapa de Monitorear y revisar los riesgos institucionales desde cada una de las líneas de defensa, se menciona, Segunda línea de defensa: Encargada de asegurar el adecuado diseño de los controles para la mitigación de los riesgos establecidos por la primera línea de defensa y su correcta aplicabilidad, validando que estos estén aportando al reducción o mitigación del riesgo, determinando las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de los mismos a fin de evitar que se materialicen. Realiza informe de seguimiento y monitoreo tomando como base el formato OADS-F-36 y soportes cargados en la ruta dispuesta para el cargue de información respectiva. Para tal fin se utiliza el formato OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos.*</p>	<p>3</p> <p>OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFIS segundo cuatrimestre 2025</p> <p>4</p> <p>Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2025 desde la segunda línea de defensa</p> <p>OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM primer semestre 2025</p> <p>6</p> <p>Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2025 desde la tercer línea de defensa</p> <p>Informe de seguimiento riesgos de gestión y seguridad de la información segundo semestre 2024 desde la tercer línea de defensa</p> <p>7</p> <p>Informe de seguimiento mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte primer semestre de 2025.</p> <p>8</p>	<p>2025, Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del segundo cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa, Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2025, Informe adherencia OADS-M-04 Manual de riesgos contractuales primer semestre 2025</p> <p>Informe monitoreo y seguimiento riesgos indole contable 2025 desde la segunda línea de defensa</p> <p><b>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA:</b></p> <p>Realiza seguimiento a la primera y segunda línea de defensa, mediante los informes de auditoría efectuados a los procesos y subprocesos, evaluando de manera independiente y objetiva los controles de la segunda línea con el fin de asegurar que estos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, adicionalmente como resultado de la evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos la oficina de control interno presenta observaciones y recomendaciones de mejora sobre la identificación de riesgos de acuerdo a la tipología así como la definición y aplicación de controles, que permitan mitigar o reducir los riesgos</p>	<p>3</p> <p>Mantenimiento del control</p>
<p>12.3 Monitoreo a los riesgos acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad.</p>	<p>Dimension de Direccionamiento Estratégico y Planeacion</p> <p>Política de Planeacion Institucional.</p>	<p>En el acuerdo 018 del 15 de agosto de 2025, por el cual se adopta la política de Gestión integral de la empresa social del estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja en su artículo 5 define: Segunda línea de defensa: " Revisar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente", la tercera línea «Evaluar los controles de la primera línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2 línea de defensa.</p> <p>Tercera línea de defensa: «Evaluar de manera independiente y objetiva los controles de 2ª línea de defensa para asegurar su efectividad», «Evaluar los controles de 1ª línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 1ª línea de defensa» y «Revisar la efectividad de los controles, planes de mejora y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos de la institución para evitar la materialización de estos.» Realizar informes de seguimiento y monitoreo de gestión de riesgo acorde a las fechas definidas en el manual» «Elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgo» los riesgos institucionales desde cada una de las líneas de defensa, se menciona, los tipos, responsables, frecuencias e información para a monitorización y revisión de los riesgos identificados, analizados, evaluados y tratados, con el fin de mejorar el diseño, la implementación y los resultados de los procesos institucionales." Adicionalmente en el programa de gestión del riesgo código OADS-PG-02, en el capítulo de las etapas estratégicas, en la etapa de Monitorear y revisar los riesgos institucionales desde cada una de las líneas de defensa, se menciona, Segunda línea de defensa: Encargada de asegurar el adecuado diseño de los controles para la mitigación de los riesgos establecidos por la primera línea de defensa y su correcta aplicabilidad, validando que estos estén aportando al reducción o mitigación del riesgo, determinando las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de los mismos a fi</p>	<p>1</p> <p>Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte primer semestre de 2025.</p> <p>OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales</p> <p>2</p> <p>Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa primer semestre de 2025</p> <p>3</p> <p>Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del segundo cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa</p> <p>OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFIS segundo cuatrimestre 2025</p> <p>4</p> <p>Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2025 desde la segunda línea de defensa</p> <p>OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2025</p> <p>5</p> <p>Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del segundo cuatrimestre del 2025 desde la tercera línea de defensa</p> <p>6</p> <p>Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2025 desde la tercer línea de defensa</p> <p>Informe de seguimiento riesgos de gestión y seguridad de la información primer semestre 2025 desde la tercera línea de defensa</p> <p>8</p> <p>Informe seguimiento riesgos de gestion y fiscales del primer semestre de 2025</p>	<p><b>PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA</b></p> <p>Realiza cargue de evidencias correspondientes a los controles definidos y el formato OADS-F-36 diligenciado en el sistema de gestión integral Almera como base para el seguimiento de la segunda y la tercera línea de defensa.</p> <p><b>SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA:</b></p> <p>Realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el programa de gestión de riesgos OADS-PG-02, utiliza formato OADS-F-41 y consolida información en informe el cual es presentado a todas las línea de defensa, Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión desde la segunda línea de defensa a corte de 30 de junio de 2025, Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 30 de junio de 2025, Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del segundo cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa, Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2025, Informe adherencia OADS-M-04 Manual de riesgos contractuales primer semestre 2025</p> <p>Informe monitoreo y seguimiento riesgos indole contable 2025 desde la segunda línea de defensa</p> <p><b>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA</b></p> <p>Realiza seguimiento a la primera y segunda línea de defensa, mediante los informes de auditoría efectuados a los procesos y subprocesos, evaluando de manera independiente y objetiva los controles de la segunda línea con el fin de asegurar que estos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, adicionalmente como resultado de la evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos la oficina de control interno presenta observaciones y recomendaciones de mejora sobre la identificación de riesgos de acuerdo a la tipología así como la definición y aplicación de controles, que permitan mitigar o reducir los riesgos</p>	<p>3</p> <p>Mantenimiento del control</p>
<p>12.4 Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados.</p>	<p>Dimension Control Interno</p> <p>Segunda Línea de Defensa</p>	<p>En el acuerdo 007 del 2024, por el cual se adopta la política de Gestión integral de la empresa social del estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja en su artículo 5 define: Segunda línea de defensa: " Revisar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente", la tercera línea «Evaluar los controles de la primera línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2 línea de defensa.</p> <p>Adicionalmente en el programa de gestión del riesgo código OADS-PG-02, en el capítulo de las etapas estratégicas, en la etapa de Monitorear y revisar los riesgos institucionales desde cada una de las líneas de defensa, se menciona, los tipos, responsables, frecuencias e información para a monitorización y revisión de los riesgos identificados, analizados, evaluados y tratados, con el fin de mejorar el diseño, la implementación y los resultados de los procesos institucionales."</p>	<p>1</p> <p>Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte primer semestre del 2025.</p> <p>OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales</p> <p>2</p> <p>Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.</p> <p>3</p> <p>Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del segundo cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa</p> <p>OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFIS segundo cuatrimestre 2025</p> <p>4</p> <p>Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2024 desde la segunda línea de defensa</p> <p>OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2024</p> <p>5</p> <p>Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del segundo cuatrimestre del 2025 desde la tercera línea de defensa</p>	<p><b>PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA</b></p> <p>Realiza cargue de evidencias correspondientes a los controles definidos y el formato OADS-F-36 diligenciado en el sistema de gestión integral Almera como base para el seguimiento de la segunda y la tercera línea de defensa.</p> <p><b>SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA:</b></p> <p>Realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el programa de gestión de riesgos OADS-PG-02, utiliza formato OADS-F-41 y consolida información en informe el cual es presentado a todas las línea de defensa, Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión desde la segunda línea de defensa a corte de 30 de junio de 2025, Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del segundo cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa, Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2025, Informe adherencia OADS-M-04 Manual de riesgos contractuales primer semestre 2025</p> <p>Informe monitoreo y seguimiento riesgos indole contable 2025 desde la segunda línea de defensa</p> <p><b>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA:</b></p> <p>Realiza seguimiento a la primera y segunda línea de defensa, mediante los informes de auditoría efectuados a los procesos y subprocesos, evaluando de manera independiente y objetiva los controles de la segunda línea con el fin de asegurar que estos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, adicionalmente como resultado de la evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos la oficina de control interno presenta observaciones y recomendaciones de mejora sobre la identificación de riesgos de acuerdo a la tipología así como la definición y aplicación de controles, que permitan mitigar o reducir los riesgos.</p>	<p>3</p> <p>Mantenimiento del control</p>

				<p>Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2025 desde la tercer línea de defensa</p> <p>6 Informe de seguimiento riesgos de gestión y seguridad de la información primer semestre 2025 desde la tercera línea de defensa</p> <p>7 Informe seguimiento riesgos de gestión y fiscales del primer semestre de 2025</p> <p>8</p>		
<p>12.5 Se evalúa la adecuación de los controles a las especificidades de cada proceso, considerando cambios en regulaciones, estructuras internas u otros aspectos que determinen cambios en su diseño.</p>	<p>Dimension Control Interno</p> <p>Lineas de Defensa</p>	<p>En el acuerdo 018 del 15 de agosto de 2025, por el cual se adopta la política de Gestión integral de la empresa social del estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja en su artículo 5 define: Segunda línea de defensa: "Revisar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente", la tercera línea «Evaluar los controles de la primera línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2 línea defensa.</p>	<p>3</p> <p>1 Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte .primer semestre 2025</p> <p>OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales</p> <p>2 Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre del 2024.</p> <p>3 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del segundo cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa</p> <p>OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFs segundo cuatrimestre 2025</p> <p>4 Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2025 desde la segunda línea de defensa</p> <p>OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM primer semestre 2025</p> <p>5 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del segundo cuatrimestre del 2025 desde la tercera línea de defensa</p> <p>6 Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2025 desde la tercer línea de defensa</p> <p>Informe de seguimiento riesgos de gestión y seguridad de la información primer semestre 2025 desde la tercera línea de defensa</p> <p>7 Informe seguimiento riesgos de gestión y fiscales del primer semestre de 2025</p> <p>8</p>	<p><b>PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA</b> Realiza cargue de evidencias correspondientes a los controles definidos y el formato OADS-F-36 diligenciado en el sistema de gestión integral Almera como base para el seguimiento de la segunda y la tercera línea de defensa.</p> <p><b>SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA</b> Realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el programa de gestión de riesgos OADS-PG-02, utiliza formato OADS-F-41 y consolida información en informe el cual es presentado a todas las línea de defensa. Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión desde la segunda línea de defensa a corte de 30 de junio de 2025, Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 30 de junio de 2025, Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del segundo cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa, Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2025, Informe adherencia OADS-M-04 Manual de riesgos contractuales primer semestre 2025 Informe monitoreo y seguimiento riesgos indole contable 2025 desde la segunda línea de defensa</p> <p><b>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA:</b> Realiza seguimiento a la primera y segunda línea de defensa. mediante los informes de auditoria efectuados a los procesos y subprocesos, evaluando de manera independiente y objetiva los controles de la segunda línea con el fin de asegurar que estos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, adicionalmente como resultado de la evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos la oficina de control interno presenta observaciones y recomendaciones de mejora sobre la identificación de riesgos de acuerdo a la tipología así como la definición y aplicación de controles, que permitan mitigar o reducir los riesgos.</p> <p>La tercera línea verifica y evaluar el cumplimiento de las acciones y efectividad de los controles, definidos para el tratamiento de los riesgos de gestión y fiscales identificados en cada uno de los procesos y Subprocesos de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja,</p>	<p>3</p>	<p>Mantenimiento del control</p>



INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

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

Lineamiento 13: Utilización de información relevante (Identifica requisitos de información; Capta fuentes de datos internas y externas; Procesa datos relevantes y los transforma en información).	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionamiento (1/2/3)	Evaluación	
				No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno			Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)
13.1 La entidad ha diseñado sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos.	Dimensión de Información y comunicación	La entidad tiene el MANUAL ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN S-PG-01  La Entidad cuenta con sistemas de información como: 1. Servinte, clinical suite. 2. Almer 3. Orfeo, 4. Enterprise Imaging 5. Mesa de servicios GLPI 6. Sistema de Información para Mantenimiento HRCATCH 7. Sicof ERP 8. 3CX	2	1	PROGRAMA ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN S-PG-01 <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;procesoid=6980&amp;hi=S-PG-01">https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;procesoid=6980&amp;hi=S-PG-01</a>	PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA El subproceso de tecnologías de la información desarrolla PROGRAMA ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, cuyo objetivo es «Fortalecer la Gestión de Tecnologías de la Información para asegurar la continuidad de la prestación de servicios de salud, apoyando de manera estratégica y oportuna los diferentes servicios ofrecidos, a través de la implementación de medidas de seguridad de la información que garanticen su confidencialidad, integridad y disponibilidad.» El subproceso de TI cuenta con 55 indicadores, equipos de cómputo y seguridad de la información, que permiten monitorear el avance de los proyectos, la gestión de los activos tecnológicos, el desempeño del sistema de seguridad de la información y la cobertura institucional de los servicios tecnológicos. Los proyectos de TI priorizados en el PETI para la vigencia se desarrollan de manera escalonada, en cada vigencia se realizan actividades parciales, lo cual depende del flujo de recursos y disponibilidad de intervención en las áreas del Hospital, entre otros. Para la vigencia 2025 se priorizan 5 proyectos de PETI y 9 proyectos que corresponden a la operación del proceso de TIC de la Entidad.  El porcentaje de cumplimiento del indicador 1512 PETI fue del 100%. Se realiza seguimiento a los planes estratégicos: PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN con corte a 30 de Septiembre de 2025 con cumplimiento del 100%. PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN (PETI) con corte a 30 de Septiembre de 2025 con cumplimiento del 100%. PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN con corte a 30 de Septiembre de 2025 con cumplimiento del 100%. Se realizan las acciones de mejora de acuerdo al Plan de Acción generado según Informe Hallazgo realizado por la oficina de Control Interno con cumplimiento del 100% de las actividades.  TERCERA LÍNEA DE DEFENSA La oficina de control interno realiza trimestralmente seguimiento al plan operativo anual de inversiones y sus resultados son socializados en el comité institucional de control interno, además la oficina de control interno efectúa seguimiento al Plan Operativo Anual del tercer trimestre de 2025, en el cual se evidenció cumplimiento del 100% a la meta de los indicadores, para el I semestre de 2025, se debe tener en cuenta que la medición de estos indicadores se efectúa de manera semestral  Así mismo se efectuó seguimiento y cierre al plan de mejoramiento a los subprocesos TIC y comunicaciones y medios, en la cual se identificó la ejecución de acciones tendientes a minimizar las fallas en la captura de información primaria, de otra parte, respecto a la falta de oportunidad en las respuestas a solicitudes realizadas mediante mesa de servicios GLPI, para lo cual el referente del subproceso, presentó el documento S-M-10 «Manual de mesa de Servicios GLPI», actualizado y en el cual se definen tiempos de acuerdo al tipo de categorías de la solicitud. Adicionalmente se ejecutó auditoría al subproceso TIC y en el cual se identificó «inconsistencias en las observaciones de los indicadores asociados a PETI.» y «Falta de adherencia al modelo de seguridad y privacidad de la información (MSPI) respecto a lo establecido en el documento S-M-02 «manual de políticas de seguridad de la información», específicamente en lo relacionado con la inactivación de usuarios y el uso indebido de usuarios» . Producto la auditoría se generó plan de mejoramiento al cual se le hará seguimiento en el la vigencia 2026	3	Oportunidad de mejora
2	CICLO DE VIDA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN HUSRT S-M-16 <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;procesoid=7107&amp;hi=S-M-16">https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;procesoid=7107&amp;hi=S-M-16</a>							
3	S-M-03 MANUAL ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN PETI <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;procesoid=6638&amp;hi=S-M-03">https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;procesoid=6638&amp;hi=S-M-03</a>							
4	S-PR-30 Gestión de incidentes de seguridad de la información. <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;procesoid=7813&amp;hi=s-pr-30">https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;procesoid=7813&amp;hi=s-pr-30</a>							
5	Seguimiento a poa							
6	Auditoria subproceso de tecnología de la información							
7								
8								

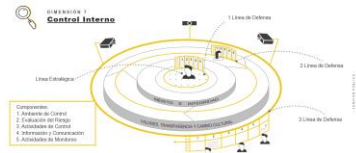
<p>13.2 La entidad cuenta con el inventario de información relevante (interno/externa) y cuenta con un mecanismo que permita su actualización.</p>	<p>Dimensión de Información y comunicación Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública</p>	<p>Para efectuar y actualizar el inventario de información relevante la entidad cuenta con: <b>Resolución 537 de 2024</b> «Por medio de la cual se adopta el inventario de activos de información en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a la Ley estatutaria 1712 de 2014», el procedimiento «<b>Inventario Clasificación y Etiquetado de Activos de Información-S-PR-24</b>» y el «Manual Metodológico Para el Levantamiento Activos de Información» S-M-12 y Formato matriz levantamiento activos de información S-F-46 y el esquema de publicación de información para externos.</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8</p>	<p>Resolución 537 de 2024 <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/adjuntos/Resoluc%C3%B3n%20537%20del%2025%20de%20Nov%202024.pdf">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/adjuntos/Resoluc%C3%B3n%20537%20del%2025%20de%20Nov%202024.pdf</a></p> <p>S-F-46 ACTIVOS DE INFORMACIÓN <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=359&amp;seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&amp;slug=registros-de-activos-de-informacion">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=359&amp;seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&amp;slug=registros-de-activos-de-informacion</a></p> <p>S-F-37 ESQUEMA DE PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=361&amp;seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&amp;slug=esquema-de-publicacion-de-la-informacion">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=361&amp;seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&amp;slug=esquema-de-publicacion-de-la-informacion</a></p> <p>S-PR-24 INVENTARIO CLASIFICACIÓN Y ETIQUETADO DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN <a href="https://sgi.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;processoid=6959&amp;h=S-PR-24">https://sgi.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;processoid=6959&amp;h=S-PR-24</a></p> <p>S-M-12 MANUAL METODOLÓGICO PARA EL LEVANTAMIENTO ACTIVOS DE INFORMACIÓN <a href="https://sgi.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;processoid=7098&amp;h=S-M-12">https://sgi.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&amp;option=verproceso&amp;processoid=7098&amp;h=S-M-12</a></p> <p>Seguimiento POA</p>	<p><b>PRIMERA LINEA DE DEFENSA</b> La entidad cuenta con un inventario estructurado y actualizado de información relevante (tanto interna como externa), lo cual permite identificar, clasificar y gestionar los activos de información institucionales de manera organizada, conforme a los principios de transparencia, acceso a la información pública y seguridad de la información.</p> <p><b>Resolución 537 de 2024</b> Por medio de la cual y se adopta el Inventario de Activos de Información conforme a la Ley estatutaria 1712 de 2014 Se actualiza la <b>matriz de Activos de Información S-F-46</b> para la vigencia 2025 y el S-F-37 ESQUEMA DE PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN actualizado para la vigencia 2025 que se encuentran en la página web del hospital. Se cuenta con S-PR-24 para Inventario, clasificación y etiquetado de activos de información, que establece las responsabilidades, criterios y periodicidad de revisión del inventario institucional, así como el Manual metodológico S-M-12 que detalla la técnica y enfoque para el levantamiento estructurado de activos y se aplica el formato S-F-46 Matriz de levantamiento de activos de información, que permite registrar, clasificar y actualizar cada activo según criterios como tipo, criticidad, confidencialidad y propietario. El Esquema de publicación de información para externos. Define qué información se hace pública, bajo qué formato y con qué frecuencia, cumpliendo con la Ley 1712 y los lineamientos del Manual de Gobierno Digital.</p> <p><b>TERCERA LINEA DE DEFENSA</b> La Oficina de Control Interno efectuó seguimiento al plan de mejoramiento derivado de la auditoría realizada al subproceso de sistemas. Como resultado de este seguimiento, se verificaron las acciones ejecutadas por el responsable, orientadas a minimizar o eliminar las fallas en la captura de información primaria. De acuerdo con las acciones realizadas y comprobadas, se dio cierre efectivo a la no conformidad.</p> <p>Respecto a la acción relacionada con la inoportunidad en la atención de algunas solicitudes gestionadas mediante la mesa de trabajo GLPI, el subproceso actualizó el documento «Manual Mesa de Servicios GLPI» S-M-10 y definió acciones estratégicas encaminadas a fortalecer los niveles de cumplimiento. Estas medidas priorizan la mejora continua en los tiempos de respuesta y la eficiencia operativa en la atención de solicitudes. Con la evidencia aportada, se dio cierre formal a la acción, quedando pendiente la evaluación de su efectividad en el cuarto trimestre de 2025.</p> <p>Asimismo, la Oficina de Control Interno adelanta seguimiento al Plan Operativo Anual. En la verificación correspondiente al tercer trimestre de 2025, se constató que los indicadores alcanzaron un 100% de ejecución. Cabe señalar que dichos indicadores tienen una periodicidad semestral</p>	<p>2 Deficiencia de control (diseño o ejecución)</p>
<p>13.3 La entidad considera un ámbito amplio de fuentes de datos (internas y externas), para la captura y procesamiento posterior de información clave para la consecución de metas y objetivos.</p>	<p>Dimensión de Información y comunicación Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública</p>	<p>La entidad cuenta con el Plan de Gerencia de la Información S-M-17 dentro de los cuales se identifica el ciclo de la información, componentes tecnológicos, fuentes de datos necesarios para la captura y procesamiento de la información, seguridad de la información entre otros aspectos, incluye Sistemas de información, Reportes de gestión, indicadores de calidad, PAMEC y auditorías internas.</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8</p>	<p>S-M-17 PLAN DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN <a href="https://sgi.almeraim.com/sgl/seguimiento/?nosgim&amp;c=sgihospitalsanrafaeltunja">https://sgi.almeraim.com/sgl/seguimiento/?nosgim&amp;c=sgihospitalsanrafaeltunja</a></p>	<p><b>PRIMERA LINEA DE DEFENSA</b> Se elabora el Plan de Gerencia de la Información, que articula las fuentes internas y externas utilizadas por la entidad para capturar, procesar y almacenar información para la toma de decisiones, incluye fuentes de información internas, que se encuentran en los sistemas de información y se contempla estrategias para garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.</p> <p><b>SEGUNDA LINEA DE DEFENSA</b> se presentó Informe de seguimiento al cumplimiento de la ejecución de los Planes Institucionales y Estratégicos conforme a lo establecido en el Decreto 612 de 2016 a corte 30 de septiembre de 2024 en este informe se describe el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información PETI, y que incluyó para el periodo evaluado la ejecución de cinco (5) actividades estratégicas, esenciales para fortalecer el Plan, las cuales presentaron ejecución del 100%</p> <p><b>TERCERA LINEA DE DEFENSA</b> La Oficina de Control Interno realizó seguimiento al plan de mejoramiento derivado de la auditoría al subproceso de TIC. En dicho seguimiento se identificó que se presenta un reporte mensual de las fallas en la captura de información primaria, el cual es remitido al proceso responsable para la adopción de medidas pertinentes, con el fin de garantizar información precisa y de calidad en el aplicativo SERVINTE. Asimismo, se evidenció falta de oportunidad en las respuestas a solicitudes gestionadas mediante la mesa de servicios GLPI.</p> <p>De igual manera, la Oficina de Control Interno efectuó seguimiento al plan de mejoramiento generado como resultado de la auditoría realizada por la Revisoría Fiscal. En este plan se requirió adelantar acciones orientadas a crear un directorio de contactos apropiados con las autoridades competentes y/o grupos de interés especial, para el reporte de incidentes de seguridad de la información. A esta acción se le realizó seguimiento de efectividad y se procedió a su cierre definitivo, manteniéndose en observación para evaluar su impacto.</p> <p>Así mismo, la Oficina de Control Interno llevó a cabo auditoría al subproceso, en la cual se identificó la necesidad de fortalecer el seguimiento al informe de riesgos, de acuerdo con el cronograma establecido en el programa de gestión del riesgo</p>	<p>2 Deficiencia de control (diseño o ejecución)</p>
<p>13.4 La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes.</p>	<p>Dimensión de Información y comunicación Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública</p>	<p>Dentro de los elementos que componen la estructura de la Política de Gobierno Digital, se encuentran los «habilitadores», y uno de ellos corresponde a «Seguridad y privacidad de la información». Para cumplir con este habilitador la institución cuenta con los siguientes documentos: MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN S-M-02, PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN S-M-08, los Procedimientos CONTROL DE CAMBIOS DE ACTUALIZACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN S-PR-28, GESTIÓN DE USUARIOS PARA EL ACCESO A SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y/O PLATAFORMAS INSTITUCIONALES S-PR-13 y los formatos S-F-52 FORMATO DE ACTUALIZACIÓN SERVINTE CLINICAL SUITE», S-F-53 CONTROL DE CAMBIOS DE ACTUALIZACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Matriz De Riesgo Sistema De Gestión De La Seguridad De La Información <a href="https://sgi.almeraim.com/sgl/seguimiento/?nosgim&amp;c=sgihospitalsanrafaeltunja">https://sgi.almeraim.com/sgl/seguimiento/?nosgim&amp;c=sgihospitalsanrafaeltunja</a></p> <p>SEGUIIMIENTO PLANES ESTRATÉGICOS DECRETO 612 de 2018</p> <p>Seguimiento a poa</p> <p>Auditoría subproceso de tecnología de la información</p>	<p><b>PRIMERA LINEA DE DEFENSA</b> Se han implementado actividades de control orientadas a garantizar los principios de confidencialidad, integridad y disponibilidad (CID) de la información conforme a lo establecido en su Manual de Políticas de Seguridad de la Información (S-M-02) y su alineación con la norma ISO/IEC 27001. Entre las acciones implementadas se destacan: Clasificación y levantamiento de activos de información mediante el procedimiento S-PR-24 y el formato S-F-46, lo cual permite identificar los activos críticos y aplicar controles diferenciados según su nivel de riesgo y sensibilidad. Controles de acceso físico y lógico al datacenter y centros de cableado, mediante autenticación biométrica, monitoreo y registro de ingresos (formato S-F-27), protegiendo los equipos que almacenan y procesan la información institucional. Gestión de usuarios y accesos regulada mediante el procedimiento S-PR-13, que establece el ciclo de vida de las cuentas de usuario, roles y permisos, así como la trazabilidad de su creación, modificación y eliminación.</p>	<p>2 Deficiencia de control (diseño o ejecución)</p>

		CONTROL DE CAMBIOS DE ACTUALIZACIÓN SISTEMA DE INFORMACIÓN, S-F-39 SOLICITUD DE CREACIÓN DE USUARIOS, C-F-43. ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.	3	8	<p>Acuerdo de confidencialidad (C-F-43) firmado por funcionarios y terceros con acceso a información sensible, como parte del control contractual y ético sobre el tratamiento de datos.</p> <p>Control de cambios en sistemas de información, según el procedimiento S-PR-26, que asegura que las modificaciones a plataformas tecnológicas se realicen con autorización, pruebas y respaldo previo.</p> <p>Gestión de incidentes de seguridad de la información mediante el procedimiento S-PR-30, que permite detectar, analizar y responder a eventos que afecten la seguridad de los datos, incluyendo registros de evidencia y medidas correctivas.</p> <p>Estas actividades, complementadas con el seguimiento a los planes estratégicos PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN con corte a 30 de Septiembre de 2025 con cumplimiento del 100%.</p> <p>PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN (PETI) con corte a 30 de Septiembre de 2025 con cumplimiento del 100%.</p> <p>PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN con corte a 30 de Septiembre de 2025 con cumplimiento del 100%.</p> <p>Se realizan las acciones de mejora de acuerdo al Plan de Acción generado según Informe Hallazgo realizado por la oficina de Control Interno con cumplimiento del 100% de las actividades.</p> <p>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA</p> <p>La Oficina de Control Interno analizó las evidencias de las acciones implementadas, mediante las cuales se observó en el reporte mensual una disminución de las fallas en la captura de información primaria. Dichas fallas fueron remitidas al proceso responsable, el cual adoptó las medidas correctivas necesarias. En consecuencia, se dio cierre efectivo a esta acción, garantizando información precisa y de calidad en el aplicativo SERVINTE. Una vez verificada la información, se confirmó la efectividad del cierre.</p> <p>Asimismo, la Oficina de Control Interno realizó seguimiento al plan de mejoramiento generado como resultado de la auditoría practicada por la Revisoría Fiscal. En este plan se estableció la necesidad de adelantar acciones orientadas a crear un directorio de contactos apropiados con las autoridades pertinentes y/o grupos de interés especial, para el reporte de incidentes de seguridad de la información. A esta acción se le efectuó seguimiento y se definió su efectividad.</p> <p>De igual manera, la Oficina de Control Interno llevó a cabo una auditoría al subproceso TIC, en la cual se identificó la falta de adherencia al Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) respecto a lo estipulado en el</p>	3	Mantenimiento del control
<b>Lineamiento 14:</b> Comunicación Interna (Se comunica con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalente; Facilita líneas de comunicación en todos los niveles; Selecciona el método de comunicación pertinente).	<b>DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO</b>	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	No.	<b>EVIDENCIA DEL CONTROL</b>	Funcionamiento (1/2/3)	Evaluación
14.1 Para la comunicación interna la Alta Dirección tiene mecanismos que permitan dar a conocer los objetivos y metas estratégicas, de manera tal que todo el personal entienda su papel en su consecución. (Considera los canales más apropiados y evalúa su efectividad).	Dimensión de Información y comunicación	Dimensión de Información y comunicación "La institución cuenta con un Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS). En el numeral 12.3, correspondiente a la Comunicación Interna, se describen las herramientas disponibles y sus respectivas funciones dentro del Hospital Universitario San Rafael de Tunja, orientadas a informar al personal sobre las metas estratégicas y demás información relevante para la organización.  Adicionalmente, se implementó una estrategia de difusión enfocada en el proceso de acreditación, la cual incluye consejos informativos, audios e imágenes diseñadas para fortalecer el lenguaje institucional asociado a la acreditación.	3	8	<p><b>PRIMERA LÍNEA</b></p> <p>El sub proceso de comunicaciones y medios, para subsanar hallazgos identificados, se presentó el documento CO-PG-01 «Plan Estratégico de Comunicaciones». En su numeral 12.3, correspondiente a la Comunicación Interna, se describen las herramientas disponibles y sus funciones dentro del Hospital Universitario San Rafael de Tunja, orientadas a mantener informado al personal sobre las metas estratégicas y demás información relevante para la organización.</p> <p>Entre los canales de comunicación interna se incluyen: Correo electrónico, Circulares y comunicados, Boletín institucional, Carteleras, Fondo de escritorio, Productos audiovisuales, Pantalla digital ubicada en el hall principal</p> <p>Asimismo, se cuenta con el procedimiento CO-PR-01 «Comunicados Internos», el cual detalla el paso a paso para la divulgación de información y la gestión de comunicaciones internas.</p> <p><b>TERCERA LÍNEA DEFENSA</b></p> <p>La Oficina de Control Interno realizó seguimiento al plan de mejoramiento correspondiente al subproceso de comunicaciones. Como parte de este seguimiento, se verificó la implementación de la plataforma GLPI (mesa de servicios) como único medio oficial para la gestión de solicitudes dirigidas al área de Comunicaciones y Medios. El proceso incluyó la presentación de los formatos CO-F-17 «Solicitud de Apoyo en Comunicaciones», debidamente diligenciados, así como capturas de pantalla que evidencian las solicitudes realizadas a través de GLPI, verificada la información, se dio cierre al plan con efectividad. así mismo se verifica este indicador en el informe poa correspondiente al tercer trimestre</p>	3	Mantenimiento del control
14.2 La entidad cuenta con políticas de operación relacionadas con la administración de la información (niveles de autoridad y responsabilidad)	Dimensión de Información y comunicación	Se cuenta con la «POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES» CO-PO-01, donde se aclara el rol del gerente como máxima autoridad y vocero oficial de la institución	3	8	<p><b>PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA</b></p> <p>El subproceso de comunicaciones y medios efectúa las acciones definidas en el plan de mejoramiento, y en ese sentido actualizó el documento POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES CO-PO-01. En el numeral 12.6: Plan de Comunicaciones, se describen los niveles jerárquicos involucrados y la forma en que se comunicará la información a los diferentes públicos objetivo.</p> <p><b>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA</b></p> <p>La Oficina de Control Interno realiza seguimiento a las acciones contempladas en el plan de mejoramiento del subproceso de Comunicaciones. Como parte de las evidencias presentadas para subsanar la necesidad de contar con un plan de comunicaciones—según lo establecido en la Política de Operación de Comunicaciones— se elaboró el documento CO-PG-01 «Plan Estratégico de Comunicaciones»</p>	3	Mantenimiento del control

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

			8				
15.3 La entidad cuenta con procesos o procedimientos para el manejo de la información entrante (quién la recibe, quién la clasifica, quién la analiza), y a la respuesta requerida (quién la canaliza y la responde).	<p>Dimensión de Información y Comunicación</p> <p>Política de Gestión Documental</p> <p>Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción</p>	<p>La entidad elabora e implementa el «MANUAL DE VENTANILLA ÚNICA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA» GD-M-08.</p> <p>Para la producción, recepción, trámite y distribución de su correspondencia se cuenta con los siguientes procedimientos:  -GD-PR-03 «PRODUCCIÓN DE DOCUMENTOS»  -GD-PR-06 «ORGANIZACIÓN DE DOCUMENTOS»  -GD-PR-07 «RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS»  -GD-PR-08 «DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS»  -GD-PR-09 «TRAMITE DE DOCUMENTOS»</p> <p>La entidad realiza la radicación, trámite y envío de sus comunicaciones oficiales externas a través del sistema de información ORFEO.  Para la correspondencia enviada se maneja el GD-F-03 «FORMATO REGISTRO Y RADICACIÓN DE CORRESPONDENCIA ENVIADA»</p>	3	<p>1 MANUAL DE VENTANILLA ÚNICA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA GD-M-08.</p> <p>2 Reporte diario de correspondencia ORFEO</p> <p>3 Informe detallado correspondencia ORFEO</p> <p>4 FORMATO REGISTRO Y RADICACIÓN DE CORRESPONDENCIA ENVIADA GD-F-03</p> <p>5 INFORMES DE SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO III TRIMESTRE DE 2025</p> <p>6 INFORME TRIMESTRAL POA</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA</p> <p>El subproceso de SIAU recibe la información por medio de la ventanilla única con el fin de que desde ahí se medie, clasifique y dirija la información que ingresa a la E.S.E HURST</p> <p>SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA</p> <p>El proceso de SIAU consolida y presenta, informe semestral de PQRS</p> <p>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA</p> <p>La oficina de control interno realiza seguimiento semestral, al informe PQRSD correspondiente al primer semestre de 2025 en el cual se presentó la siguiente recomendación:</p> <p>«El proceso debe llevar un control diario efectivo a la matriz OAJ-F07 «MATRIZ DERECHOS DE PETICIÓN OFICINA JURÍDICA» que permita tener concordancia entre la información reportada en ORFEO y la que se encuentra en la matriz, para una trazabilidad a los derechos de petición y evitar dar respuesta fuera de los términos legales, definidos en la ley 1755 de 2015 y la resolución interna 194 de 2018.</p> <p>Además la oficina de control interno realiza informe de seguimiento a al plan de mejoramiento del subproceso de gestión documental, al cual se dio cierre con eficiencia.</p>	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)
15.4 La entidad cuenta con procesos o procedimientos encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de tal forma que se puedan mejorar.	<p>Dimensión de Información y Comunicación</p> <p>Política de Control Interno</p> <p>Líneas de Defensa</p>	<p>Se cuenta con el documento CO-PG-01 Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS), el cual, en su numeral 13 «Seguimiento y Medición – Metodología de Evaluación», establece los indicadores para medir tanto los canales de comunicación como la efectividad de la información dirigida a partes externas.</p> <p>La efectividad de la comunicación se evalúa mediante una encuesta externa, con el fin de conocer la percepción de la comunidad. En este sentido, se llevó a cabo la correspondiente encuesta de satisfacción del cliente externo.</p>	3	<p>1 CO-PG-01 Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS)</p> <p>2 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA</p> <p>EL subproceso de comunicaciones y medios implemento el documento CO-PG-01 Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS) y realiza evaluación a los resultados de la encuesta de satisfacción a cliente externo</p> <p>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA</p> <p>La Oficina de Control Interno realizó seguimiento al plan de mejoramiento derivado de la auditoría al subproceso de Comunicaciones y Medios. Como resultado, se generó el documento CO-PG-01 Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS), en el cual se encuentran como mecanismos de evaluación periódica a la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, dentro de estos indicadores se encuentran los siguientes:  2173 « Porcentaje de satisfacción de los medios y canales de comunicación, Cliente Externo» con medición anual  2484 «Porcentaje de efectividad en la difusión de información» medición mensual</p>	3	Mantenimiento del control
15.5 La entidad analiza periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente.	<p>Dimensión de Dirección Estratégico y Planeación</p> <p>Política de Planeación Institucional</p>	<p>Se cuentan con el «manual de caracterización de Usuarios» OADS-M-03, cuyo objetivo es: Identificar las características, intereses y necesidades de los usuarios de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja a fin de fortalecer las estrategias de atención de cara al ciudadano para garantizar sus derechos e interacción con la Entidad, con el «Formato caracterización de usuarios» OADS-F-32 y la «Así mismo se realiza anualmente caracterización de grupos de valor</p>	2	<p>1 Caracterización Grupos de valor 2024</p> <p>2 Manual de caracterización de Usuarios OADS-M-03</p> <p>3 Formato caracterización de usuarios OADS-F-32</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p><b>Segunda línea de defensa.</b></p> <p>La referente de planeación entrega informe anual «INFORME CARACTERIZACIÓN DE GRUPOS DE VALOR Y GRUPOS DE INTERÉS 2024»</p> <p>*Alimentar en sistema servinte clínico Suite, en el momento de diligenciamiento de historia clínica si es un paciente con discapacidad, debido a que la información que si tiene de esta población es diligenciada por el personal de Trabajo Social o Humanización y de esa forma, se corre el riesgo de un subregistro, pues no se alimenta la información en su totalidad.</p> <p>* En la variable demográfica de los usuarios es importante alimentar: etnia, escolaridad, lenguaje o idioma, para con base a ello poder caracterizar más a fondo el grado de escolaridad de los usuarios con los que trata la entidad, al igual que su lenguaje, con el fin de mejorar procesos en los que se involucre a la ciudadanía. • Ahondar más por parte del proceso Comercial en la tipología organización de las EPS en cuanto a las variables: Industria, con el fin de conocer la actividad económica y/o su objeto social, ya que esta variable es importante para aquellos servicios en los que las necesidades específicas de sus organizaciones usuarias dependen de las particularidades del desarrollo de su actividad.</p> <p>El informe se encuentra publicado en el siguiente link:  <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=316&amp;seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&amp;slug=informe-de-caracterizacion">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=316&amp;seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&amp;slug=informe-de-caracterizacion</a>.</p> <p><b>TERCERA LÍNEA DE DEFENSA</b></p> <p>En el estándar 89 del manual de acreditación por parte de la oficina de control interno se identificó: De los 24 procesos establecidos en el mapa de procesos, 18 cuentan con su caracterización debidamente documentada. Así mismo el Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta dentro de su sistema de gestión documental con la identificación con el código CA-F-112 MATRIZ DE PARTES INTERESADAS PERTINENTES DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN QHSE, COMUNICACIONES INTERNAS Y EXTERNAS Y PARTICIPACIÓN Y CONSULTA SST</p>	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)
15.6 La entidad analiza periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes.	<p>Dimensión de Dirección Estratégico y Planeación</p> <p>Política de Planeación Institucional</p>	<p>«La entidad cuenta con el procedimiento SIAU-PR-10 «EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN» y el formato «Encuesta de satisfacción a los usuarios» SIAU-F-25, la aplicación de la encuesta se realiza de manera mensual a partir de una muestra que se obtiene con las atenciones del año inmediatamente anterior por servicio, de la tabulación de la información de los usuarios de realiza de manera mensual un informe que se publica en página web y el diligenciamiento de unos indicadores de satisfacción a s como reporte de indicadores de la resolución 256 de 2016»</p>	4	<p>1 Procedimiento documentado SIAU-PR-10 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN</p> <p>2 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN SIAU-F-25</p> <p>3 INFORME MENSUAL DE SATISFACCIÓN</p> <p>4 INDICADORES DE PERCEPCIÓN CON LA SATISFACCIÓN 12, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1746</p> <p>5 INFORME DE SEGUIMIENTO PQRS I I SEMESTRE DE 2024</p> <p>6</p> <p>7</p>	<p>Primera Línea de Defensa:</p> <p>el subproceso SIAU realiza un seguimiento continuo al nivel de satisfacción de los usuarios a través de un informe mensual. Este informe evalúa diferentes aspectos del servicio proporcionado y se publica mensualmente en la página web de la institución, en el siguiente link:  <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=332&amp;seccion=atencion-y-servicios-a-la-ciudadania&amp;slug=informes-de-satisfaccion-a-los-usuarios">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=332&amp;seccion=atencion-y-servicios-a-la-ciudadania&amp;slug=informes-de-satisfaccion-a-los-usuarios</a></p> <p>Segunda Línea de Defensa: Informe de Planeación y Ejecución del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano</p> <p>Tercera Línea de Defensa:</p> <p>La oficina de control interno realiza seguimiento semestral, al informe PQRSD correspondiente al primer semestre de 2025, en el cual se presentaron recomendaciones de las que se se toman las siguientes como las más representativas</p> <p>*Es necesario que se realice una integración entre el proceso de talento humano, específicamente el profesional encargado de la política de integridad y el subproceso SIAU, con el propósito de usar la información contenida en</p>	4	Oportunidad

			2	8	<p>los informes generados por este subproceso y así evaluar que proceso cuenta con el mayor número de quejas, reclamos o sugerencias y de qué manera se está afectando esta política para implementar las mejoras necesarias.</p> <p>*Análisis periódico de tendencias: Establecer un proceso de análisis mensual de las PQRS para identificar tendencias emergentes y abordar problemas recurrentes de manera proactiva.</p> <p>En el estándar 89 del manual de acreditación por parte de la oficina de control interno se identificó: De los 24 procesos establecidos en el mapa de procesos, 18 cuentan con su caracterización debidamente documentada. Así mismo el Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta dentro de su sistema de gestión documental con la identificación con el código CA-F-112 MATRIZ DE PARTES INTERESADAS PERTINENTES DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN QHSE, COMUNICACIONES INTERNAS Y EXTERNAS Y PARTICIPACIÓN Y CONSULTA SST</p>	3	----- de mejora
--	--	--	---	---	---	---	--------------------



**ACTIVIDADES DE MONITOREO**

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

Lineamiento 16. Evaluaciones continuas y/o separadas (autoevaluación, auditorías) para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno están presentes y funcionando.	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	Evaluación	
				No.	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)  *Nota: Únicamente diligenciar las observaciones que van vinculadas al desarrollo de actividades de las demás líneas de defensa			
16.1 El comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría presentado por parte del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces y hace el correspondiente seguimiento a su ejecución?	Dimensión de Control Interno  Lineas Estrategica	El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del Hospital Universitario San Rafael de Tunja aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría presentado por el Jefe de Control Interno o quien haga sus veces. Además, realiza sugerencias y seguimiento a las recomendaciones derivadas de la ejecución de este plan, conforme a lo establecido en el estatuto de auditoría, la resolución 220 de 2025, y prioriza temas críticos según la gestión de riesgos de la administración.  La jefe de la Oficina de Control Interno, presenta al comité la aprobación del Plan Anual de Auditoría para el año 2025, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Ley 87 de 1993 y la Guía de Auditoría para Entidades Públicas. Este plan se configura de acuerdo a los roles de control interno: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación a la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, así como la relación con entes externos de control.  Objetivo: El propósito fundamental de este plan es definir y llevar a cabo las auditorías internas, informes de ley, seguimientos y asesorías necesarias durante la vigencia 2025. Con un enfoque claro, apoyando la consecución de los objetivos estratégicos de la entidad y evaluar el sistema de control interno.	3	1	Cuarto Comité Institucional de coordinación de control Interno -10 de julio de 2025.	Cuarto Comité Institucional de coordinación de control Interno se realiza seguimiento a los compromisos adquiridos en el comité anterior, informando que de las cuatro actividades pendientes 3 se encuentran dentro de término y una se encuentra vencida.  Se presentan los avances relacionados con los riesgos identificados en activos fijos y tesorería, así como los progresos en la implementación del Plan de Mejoramiento para el área de activos fijos. Se presenta avance del Plan Anual de Auditoría, detallando las actividades desarrolladas así: Rol de evaluación y seguimiento: presenta avance del 48% Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta avance del 50% Rol de enfoque hacia la prevención: Presenta un avance del 33% Rol de liderazgo estratégico: Presenta un cumplimiento del 100% Ejecución de auditorías: Presenta un avance del 60% Informes de Ley: Presenta un avance del 50% Seguimiento: Presenta un avance del 48% Adicionalmente, la asesora de Control Interno expone los resultados del Índice de Gestión del Desempeño correspondientes a las vigencias 2021, 2022, 2023 y 2024, destacando los incrementos observados en cada periodo evaluado. Posteriormente, se socializa el primer seguimiento al Plan de Trabajo del Programa de Transparencia y Ética Empresarial; finalmente, se solicita la segunda modificación del Plan Anual de Auditoría la cual es aceptada. Finalmente, el Comité aprueba la Política Integral de Riesgos.  Quinto Comité Institucional de coordinación de control Interno: Se realiza seguimiento a los compromisos adquiridos, informando que queda pendiente seis actividades a las cuales se les ha dado cumplimiento a tres, dos con cumplimiento parcial y una se encuentra pendiente pendiente. Se presenta informe de seguimiento a Plan Anual de Auditoría con corte a 22 de septiembre de 2025 Rol de evaluación y seguimiento: presenta cumplimiento del 69% Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta cumplimiento del 75% Rol de liderazgo estratégico: Se programaron y ejecutaron 56 actividades, se presentan 21 actividades pendientes, logrando un cumplimiento del 63% Ejecución de auditorías: Presenta un cumplimiento del 70% Informes de Ley: Presenta un cumplimiento del 70% Seguimiento: Presenta un avance del 68%. Se socializan los seguimientos realizados, incluyendo: Informe de rendición de cuentas, informe planes de mejoramiento, Seguimiento reporte entes externos, Seguimiento a plan operativo anual, posteriormente se presenta el seguimiento mapa de riesgos gestión, fiscal mostrando el resultado del análisis y evaluación de los controles con calificación moderada y débil por sub proceso y código del riesgo. La oficina de control interno ha generado 2 campañas de fomento del auto control, las cuales se han socializado en los fondos de pantalla de los computadores institucionales, para el diagnóstico respecto a la cultura de auto control, se realiza encuesta de diagnóstico de cultura de autocontrol, la cual fue aplicada en el sistema de información ALMERA en el mes de agosto, con una participación de 273 colaboradores, reflejando un nivel de cumplimiento general del 90.03%. Se informa la modificación del Plan Anual de Auditoría, la cual es aprobada por el comité.  Sexto Comité Institucional de coordinación de control Interno: Se realiza seguimiento a los 6 compromisos adquiridos, estableciendo que se dió cumplimiento a 5, quedando pendiente por ejecutar la revisión de la resolución 194 de 2018. Posteriormente se presenta informe de seguimiento al Plan Anual de Auditoría, con corte 11 de diciembre, Rol de evaluación y seguimiento: presenta cumplimiento del 87%. Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta cumplimiento del 100% Rol de liderazgo estratégico: Con fecha a 11 de dic, se realizó acompañamiento a 49 reuniones de comités.	3	Mantenimiento del control
				2	Quinto Comité Institucional de coordinación de control Interno - 24 de septiembre de 2025			
				3	Sexto Comité Institucional de coordinación de control Interno - 11 de diciembre de 2025			
				4				
				5				
				6				
				7				
				8				
16.2 La Alta Dirección periódicamente evalúa los resultados de las evaluaciones (continuas e independientes) para concluir acerca de la efectividad del Sistema de Control Interno	Dimensión de Control Interno  Lineas Estrategica	A través de la resolución 220 del 2025, se actualizó el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja y la Estructura de Trabajo. Como parte de sus funciones se encuentra: «evaluar el sistema de control interno de acuerdo con las características propias de la entidad y aprobar las modificaciones»	3	1	Acta 2 Comité Institucional de coordinación de control Interno	En el comité Institucional de Coordinación de control Interno, se cuenta con la participación activa de los funcionarios de la Alta Dirección como miembros fundamentales en dicho comité.  La Oficina de Control Interno realiza evaluaciones semestrales del estado del SCL con base en herramientas diseñadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), estos resultados son socializados en el comité institucional de control interno, así mismo el proceso de Control Interno, actúa como puente informativo, dando a conocer de manera clara y efectiva las tareas y evaluaciones realizadas por la diferentes líneas de defensas. Durante el segundo semestre de 2025, se llevaron a cabo 3 comités, en los cuales se realizó seguimiento a los compromisos adquiridos, se rindieron informes sobre la ejecución del plan de anual de auditoría, detallando los hallazgos de las auditorías realizadas a Donancia de Servicios, Gestión del Talento Humano, Financiera, gestión Contractual y Gestión de la información, así mismo se socializan los informes de ley presentados durante el segundo semestre, y los seguimientos realizados a los diferentes planes de mejora, y los seguimientos realizados desde los diferentes roles de la oficina de control interno	3	Mantenimiento del control
				2	Acta 5 Comité Institucional de coordinación de control Interno			
				3	Acta 6 Comité Institucional de coordinación de control Interno			
				8				

<p>16.3 La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces realiza evaluaciones independientes periódicas (con una frecuencia definida con base en el análisis de riesgo), que le permite evaluar el diseño y operación de los controles establecidos y definir su efectividad para evitar la materialización de riesgos.</p>	<p>Dimensión de Control Interno</p> <p>Tercera Línea de Defensa</p>	<p>*1) La oficina de control interno cuenta dentro de su estructura documental con el «manual de auditorías» OACI-M-01. En el cual se encuentra la priorización de procesos o unidades auditables, que se incluirán en el plan anual de auditoría, con un enfoque de riesgos. Adicionalmente en la planeación y ejecución de la auditoría se verifica el diseño y operación de los controles.</p> <p>2) Otro de los documentos con los que cuenta la oficina de control interno para el desarrollo de sus actividades, es el «Realización de auditorías internas» OACI-PR-02.</p> <p>3) Están definidos los lineamientos institucionales para que la oficina de control interno cumpla con las actividades de evaluación independiente, auditoría interna, y auditoría para el mejoramiento de la calidad de la ESE»</p>	<p>3</p>	<p>1 INFORME FINAL DE AUDITORIA</p> <p>2 FORMATO CORRELACIÓN HALLAZGO RIESGO</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>La oficina asesora de Control Interno revisa el cumplimiento de las funciones y responsabilidades a través de las evaluaciones independientes y seguimientos</p> <p>Las Auditorías realizadas por parte de la oficina de Control Segundo semestre de 2025</p> <p>las cuales se relacionan a continuación:</p> <p>* <b>Docencia de servicio:</b> cuenta con 6 no conformidades, asociadas a dos riesgos. Posibilidad de pérdida de convenios docencia servicio por no cumplimiento de las actividades y obligaciones conjuntas de docencia-servicio y Posibilidad de sanciones administrativas por inoportunidad en el cobro de las contraprestaciones debido a la falta de gestión por parte del proceso de gestión académica.</p> <p>* <b>Proceso de Gestión financiera (Presupuesto):</b> preseta 3 incumplimientos, asociada a dos riesgos: Posibilidad de incumplimiento de los objetivos misionales y metas del proceso debido a la falta de identificación, análisis y seguimiento de indicadores, y Posibilidad de sanciones por entes de control debido a inconsistencias en la información durante la expedición de los Certificados de Disponibilidad y Registro Presupuestal sin lleno de requisitos o afectación equivocada de rubros presupuestales</p> <p>* <b>Gestión Contractual:</b> Cuenta con 9 no conformidades, relacionadas con debilidades en SIA OBSERVA y SECOPII, debilidades en la supervisión, entre otros.</p> <p>* <b>Gestión del Talento Humano:</b> Cuenta con 9 no conformidades, sin embargo estas no se encuentran asociadas a ningún riesgo, por lo que se hace necesario la creación de estos.</p> <p>* <b>Gestión de la información:</b> cuenta con 5 no conformidades, relacionadas con los siguientes riesgos: a) Posibilidad de no conformidades por la utilización de formatos desactualizados por falta de adherencia a la norma fundamental b) Posibilidad de incumplimiento a los objetivos misionales y las metas del proceso debido a la falta de identificación de identificación, análisis y seguimiento de indicadores. c) Posibilidad de acceso no autorizado a la información por falta de inactivación oportuna de cuentas de usuario. d) Posibilidad de pérdidas de información por falta de infraestructura tecnológica. e) Posibilidad de Bloqueo de los sistemas de información, equipos de cómputo por desactualización Tecnológica.</p>	<p>3</p>	<p>Mantenimiento del control</p>
<p>16.4 Acorde con el Esquema de Líneas de Defensa se han implementado procedimientos de monitoreo continuo como parte de las actividades de la 2a línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones.</p>	<p>Dimensión de Control Interno</p> <p>Segunda Línea de Defensa</p>	<p>“Dentro de la Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo cuarto, metodología: “ Actualizar y dar continuidad a la implementación del Programa de gestión integral de riesgos (GADS-PI-01) el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja.</p> <p>En el artículo quinto, responsables, el monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de “Control interno”, que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimiento de control y de gestión del riesgo:</p> <p>- Línea estratégica: Comité institucional de coordinación de sistema de control interno: Reorientar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles.</p> <p>Comité de gestión integral de riesgos: Realizar seguimiento a la implementación del ciclo de gestión integral de riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso.”</p> <p>Se actualiza política de gestión integral de riesgos, antes tipos- categorías ahora subsistemas (11) - tipos:</p>	<p>3</p>	<p>1 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del segundo cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa</p> <p>2 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS segundo cuatrimestre 2025</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>“Primera línea de defensa: Dentro de sus funciones tiene el análisis de contexto interno y externos de la institución, previo a la identificación de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales, este análisis se realiza con el acompañamiento de gestión integral de riesgos.</p> <p>Segunda línea de defensa: dentro de sus funciones realiza acompañamiento a la primera línea de defensa en la gestión del riesgo, se tomó como base el análisis de la primera línea en la actualización de los riesgos.</p> <p>Primera línea de defensa: Dentro de sus funciones realiza autocontrol de los riesgos identificados.</p> <p>Segunda línea de defensa: dentro de sus funciones realiza reportes internos y externos de prevención y detección de la corrupción, la opacidad, el fraude y soborno del hospital cuando aplique, monitorea y revisa los riesgos identificados y realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el manual.</p> <p>Tercera línea de defensa: dentro de sus funciones realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el manual; alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas; y elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgos.</p> <p>Línea estratégica: Dentro de sus funciones realiza seguimiento a la implementación del ciclo de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso.</p> <p>En octubre en el comité de gestión integral de riesgos, se presentó el informe de SICOFS del segundo cuatrimestre 2025.”</p>	<p>3</p>	<p>Mantenimiento del control</p>
<p>16.5 Frente a las evaluaciones independientes la entidad considera evaluaciones externas de organismos de control, de vigilancia, certificadores, ONG's u otros que permitan tener una mirada independiente de las operaciones.</p>	<p>Dimensión de Control Interno</p> <p>Líneas de Defensa</p>	<p>Se cuenta con un manual de auditorías OACI-M-01, donde incluye el rol la Oficina de Control Interno actúa como un puente entre los entes externos de control y la institución, facilitando el flujo de la información. Para lograr un efectivo desarrollo de este rol, adicionalmente su objetivo general es:</p> <p>* Establecer los lineamientos para garantizar la Programación, planeación, ejecución y Seguimiento de las auditorías internas de gestión y de los sistemas de gestión cuando se requiere de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA y</p> <p>Establecer la metodología para realizar Auditorías a los procesos y/o servicios que intervienen en la atención en salud de la ESE HUSRT frente el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, así como los lineamientos para la ejecución de las auditorías a los sistemas de gestión certificados y a los procesos especiales de gestión farmacéutica (BPM/BPE) de la ESE HUSRT.”</p>	<p>3</p>	<p>1 Plan de mejoramiento Contraloría General de Boyacá 2024</p> <p>2 Plan de mejoramiento diferentes fuentes de control</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>El 10 de octubre de 2025 se suscribe plan de mejora, producto de la auditoría realizada por la Contraloría General de Boyacá, en el cual se establecen 15 acciones de mejora, correspondientes a 11 hallazgos administrativos. Este plan esta dentro del termino de ejecución.</p> <p>Asimismo, la entidad lleva a cabo un seguimiento permanente de las diferentes fuentes de mejora, dentro de las cuales se incluyen auditorías externas, organismos de control y entidades certificadoras, entre otras. Este proceso se realiza con el propósito de garantizar cantidad en los lineamientos y asegurar el cumplimiento de los estándares establecidos.</p>	<p>2</p>	<p>Deficiencia de control (diseño o ejecución)</p>
<p>EVIDENCIA DEL CONTROL</p>							

Lineamiento 17. Evaluación y comunicación de deficiencias oportunamente (Evalúa los resultados, Comunica las deficiencias y Monitorea las medidas correctivas).	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instrucciones u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa) *Nota: Únicamente diligenciar las observaciones que van vinculadas al desarrollo de actividades de las demás líneas de defensa	Funcionamiento (1/2/3)	Evaluación
17.1 A partir de la información de las evaluaciones independientes, se evalúan para determinar su efecto en el Sistema de Control Interno de la entidad y su impacto en el logro de los objetivos, a fin de determinar cursos de acción para su mejora.	Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa	La oficina de control interno tiene un manual de auditorías OACI-AO1, donde se encuentra modelo que se acompaña por un esquema de asignación de responsabilidades, adaptada del Modelo Líneas de Defensa, que precisa las siguientes responsabilidades: Tercera línea de defensa: conformada por la Oficina de Control Interno. Proporciona información sobre la efectividad del Sistema de Control Interno, así: *Ejercer la auditoría interna de manera lícita y acorde con las políticas y prácticas apropiadas. *Identificar y evaluar cambios que podrían tener un impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna. *Comunicar al comité de coordinación de control interno posibles cambios e impactos en la evaluación del riesgo, previamente detectados en las auditorías.	3	1 2 3 4 5 6 7 8	Informe de auditoría de la Oficina de Control Interno Formulación de planes de mejoramiento por proceso Asesorías de planes de mejoramiento	La evaluación de las auditorías o evaluaciones independientes permite: Identificar debilidades y fortalezas. Medir el impacto en los objetivos. Planificar acciones correctivas. Fomentar la mejora continua se hace a través de auditorías, durante el segundo semestre se realizaron las siguientes auditorías: *Declaración de Servicio * Proceso de Gestión Financiera/ Presupuesto * Proceso de Gestión Contractual * Proceso de Gestión del Talento Humano * Gestión de la información  Estas auditorías se socializan en el comité institucional de control interno	3	Mantenimiento del control
17.2 Los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros) se consolidan y se concluye sobre el impacto en el Sistema de Control Interno, a fin de determinar los cursos de acción.	Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa	*Es importante mencionar que la entidad cuenta con un manual de Auditoría que tiene como objetivo: Establecer los lineamientos para garantizar la Programación, planeación, ejecución y Seguimiento de las auditorías internas de gestión y de los sistemas de gestión cuando se requiera de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.	3	1 2 3 4 5 6 7	Plan de mejoramiento Contraloría General de Boyacá Seguimiento plan de mejoramiento tercer trimestre 2025	Se presentan avances y cumplimientos resultantes de la implementación de las fuentes de mejora como: habilitación, indicadores, seguridad del paciente, ISO 9001:2015 ISO 14001:2015 y auditoría externa aire medicinal, auditoría externa 14 y 45 en el módulo plan de trabajo, información que va con corte a tercer trimestre	3	Mantenimiento del control
17.3 La entidad cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo.	Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa	La entidad cuenta con la política de operación de control interno. Mediante la aprobación de la Resolución 123 de 2019, se establece el manual de MECI, el cual contempla y define las tres líneas de defensa y articulación con la Gestión del Riesgo. Asimismo se cuenta con los siguientes documentos * Estatuto del auditor * Código de ética del auditor. Resolución 225 de 2024*Por medio de la cual se definen los lineamientos institucionales para que la Oficina de Control Interno cumpla con las actividades de evaluación independiente y auditoría interna de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja* * Caracterización de control interno, Manual de auditorías.	3	1 2 3 4 5 6 7 8	Seguimiento plan anual de auditoría	Para el segundo semestre del 2025 se proyectaron los siguientes informes : SEGUIMIENTOS *Medición Estado de Avance del Modelo Estándar de Control Interno MECI en el marco de MIPG a través de FURAG en cada vigencia * Seguimiento a la formulación e implementación del prorama de transparencia y ética pública . * Informe de Gestión Control Interno- Rendición cuenta anual- Contraloría *Informe sobre la atención prestada por la entidad, por parte de las Oficinas de Quejas, Sugerencias y Reclamos. *Informe de peticiones de los meses de julio, agosto, septiembre y octubre de 2025 *Informe avanza a planes de mejoramiento *Informe Comité de Conciliación *INFORMES DE LEY *Seguimiento a plan de desarrollo *Seguimiento a plan Operativo anual *Informe de seguimiento Control Interno Contable *Informe de seguimiento fortalecimiento a la meritocracia *Informe de evaluación de gestión institucional	3	Mantenimiento del control
17.4 La Alta Dirección hace seguimiento a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno y si se han cumplido en el tiempo establecido.	Dimensión de Control Interno Líneas de Defensa	La entidad cuenta con la Resolución 121 del 2021, "Control y Monitoreo del trabajo en equipo", donde se define la metodología, la importancia de la periodicidad en las reuniones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, establecida en el Artículo 5, se destaca al señalar que estas se llevarán a cabo bimensualmente, específicamente el segundo martes de cada mes. Este riguroso calendario asegura la continuidad y la efectividad de las funciones del Comité. Y la Resolución 225 de 2024*Por medio de la cual se definen los lineamientos institucionales para que la Oficina de Control Interno cumpla con las actividades de evaluación independiente y auditoría interna de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja»		1 2 3 4 5 6 7	CUARTO COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO QUINTO COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO SEXTO COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO	La Alta dirección realiza seguimiento del sistema de control interno a través de los comités institucionales de coordinación de control interno. 1- CUARTO COMITÉ DE CONTROL INTERNO 10 DE JULIO DE 2025 SEGUIMIENTOS. Seguimiento a Plan Operativo Anual Seguimiento Plan de Desarrollo -Inventarios farmacia, salas de cirugía, laboratorio clínico, mantenimiento, biomédica y almacén Seguimiento de Cajas Menor/ Arqueos Rol de Evaluación de Gestión del Riesgo Seguimiento a los Mapas de riesgos de SICOFIS *INFORMES DE LEY Medición estado de avance del modelo estándar de control interno MECI en el marco de MIPG a través de FURAG en cada vigencia Seguimiento a la Formulación e Implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública 2. QUINTO COMITÉ DE CONTROL INTERNO SEPTIEMBRE 24 DE 2025. La Jefe de la Oficina de Control Interno presenta ante los miembros del Comité Informe de Seguimiento al Plan Anual de Auditoría – Corte al 22 de septiembre de 2025		

			3	8	<p>rol de Evaluación y Seguimiento: Se programaron 56 actividades, de las cuales se han ejecutado 37 (entrefinanzas y auditorías), lo que representa un avance del 69%. Actualmente, hay: 37 actividades en ejecución, 3 actividad en término y 18 actividades pendientes otros periodo.</p> <p>Rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo: De las 8 actividades programadas para la vigencia, se han realizado 6, alcanzando un cumplimiento del 75%. Quedan pendientes 2 actividades.</p> <p>Rol de Enfoque hacia la Prevención: Se programaron 3 actividades, de las cuales se ha ejecutado 2. Las 1 restantes están pendientes.</p> <p>Rol de Liderazgo Estratégico: Se programaron y ejecutaron 56 actividades, ejecutadas 34, 1 actividad en término y 21 actividades pendientes otros periodo, logrando un cumplimiento del 63%.</p> <p>3. SEXTO COMITÉ DE CONTROL INTERNO DICIEMBRE 11 DE 2025: La Jefe de la Oficina de Control Interno presenta ante los miembros del Comité Informe de Seguimiento al Plan Anual de Auditoría – Corte al 11 de diciembre de 2025</p> <p>Rol de Evaluación y Seguimiento: presenta un cumplimiento del 87%, con 7 actividades pendientes por ejecutar, las cuales se encuentran dentro de término.</p> <p>Rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo: Tiene un cumplimiento del 100%</p> <p>Rol de Enfoque hacia la Prevención: Se programaron 3 actividades, de las cuales se han ejecutado 2, quedando una dentro de término para ser ejecutada</p> <p>Rol de Liderazgo Estratégico: Se realizó acompañamiento a 49 reuniones relacionadas con los comités.</p>	3	Mantenimiento del control	
17.5 Los procesos y/o servicios tercerizados, son evaluados acorde con su nivel de riesgos.	<p>Dimension de Control Interno</p> <p>Lineas de Defensa</p>	<p>* Dentro de la Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la Línea estratégica - Alta dirección en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, comité de gestión de riesgos integral y junta directiva, específicamente: "Revisar, validar y supervisar el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; Reorientar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizar seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso"</p>	3	1 2 3 4 5 6 7 8	<p>Acta 006 del comité de gestión integral de riesgos de octubre</p> <p>Acta 04 y 06 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno</p> <p>Informe de monitoreo mapa de riesgos de gestión y fiscales desde la segunda línea de defensa a corte de 30 de junio del 2025.</p> <p>OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales</p> <p>Informe de monitoreo mapa de riesgos de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 30 de junio del 2025.</p> <p>OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos seguridad de la información</p>	<p>"Línea estratégica: Aprobada política que incluye los niveles de aceptación del riesgo. Aprobó política de gestión de riesgos integral por medio de acuerdo 018 del 2025.</p> <p>Segunda línea de defensa: Realiza ajustes pertinentes asociados al artículo sexto de niveles de aceptación al riesgo, el cual fue presentado a junta directiva para aprobación final. Actualizó política y presentó a junta directiva en el mes de agosto.</p> <p>Tercer comité Institucional de control interno: La oficina de control interno manifiesta ante el Comité su participación y acompañamiento en la aprobación de la Política de Gestión Integral de Riesgo Integral Actualizada y el Manual de Gestión de Riesgos Integral, que se surtió en el comité de gestión integral de riesgos.</p> <p>La política fue aprobada el 15 de agosto del 2025 por medio del acuerdo 018 de 2025.", lo cual incluye los servicios tercerizados</p>	3	Mantenimiento del control
17.6 Se evalúa la información suministrada por los usuarios (Sistema PQRD), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema de Control Interno de la Entidad?	<p>Dimension de Información y Comunicación</p> <p>Dimension de Control Interno</p> <p>Lineas de Defensa</p>	<p>Se cuenta con el procedimiento SIAU-PR-02 Tramite y respuesta a manifestaciones de inconformidad, el cual contiene los mecanismos que tiene el usuario para presentar sus manifestaciones de inconformidad con respecto a la atención, su funcionalidad y apoyo jurídico se sustentan mediante la resolución 194 de 2018, mediante la cual se fija los tiempos de respuesta para las quejas los reclamos y las peticiones presentadas por nuestros usuarios. A partir de la información suministrada se realiza el consolidado y trazabilidad en una matriz para el seguimiento a los tiempos de respuesta. La información captada se presentan en un informe de manera trimestral y se socializa de manera mensual en el en el comité de ética hospitalaria</p>	3	1 2 3 4 5 6 7 8	<p>INFORME SOBRE PETICIONES, QUEJAS, SUGERENCIAS Y RECLAMOS</p> <p>INFORME PARCIAL DE DERECHOS DE PETICIÓN</p>	<p>La Oficina de Control Interno del E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Turja, en cumplimiento con la normatividad vigente, especialmente el artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, "Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional", y el artículo 76 del Capítulo IV de la Ley 1474 de 2011, que establece: "Toda entidad pública deberá contar al menos con una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos de los ciudadanos relacionados con el cumplimiento de la misión de la entidad (...). Teniendo en cuenta lo anterior se presenta:</p> <p>Informe de seguimiento y evaluación a la atención de derechos de petición, quejas y reclamos interpuestos por la ciudadanía ante el hospital durante el primer semestre de 2025, comprendido durante el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2025.</p> <p>Informe parcial de seguimiento de los derechos de petición alegados a la entidad, en el periodo de 1 de julio a 31 de octubre de 2025</p>	3	Mantenimiento del control
17.7 Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea).	<p>Dimension de Control Interno</p> <p>Lineas de Defensa</p>	<p>Se cuenta con un modelo de mejoramiento documentado mediante un PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO CA-PG-02, que busca Mejorar el desempeño institucional y la capacidad para lograr los objetivos estratégicos, buscando el cierre permanente de brechas entre la calidad observada y los resultados esperados. De igual manera le aporta a la entidad a mejorar los procesos y servicios, para fomentar la cultura del mejoramiento continuo y reforzar la gestión al logro de los resultados en salud. De forma trimestral se articula el seguimiento a las gestiones de cada una de las fuentes de mejora estandarizadas en la entidad (13) y de esta manera medir de manera mensual mediante un Indicador Porcentaje de cumplimiento a la ejecución oportuna de las acciones planteadas en los planes de mejora según cronograma por fuente de mejora ( 2202 Almería), de manera adicional de manera mensual desde el referente de mejoramiento continuo se realiza seguimiento a la gestión y cierre de las acciones de mejora y el cierre de ciclos de la mejora institucional. Como mecanismo adicional para fortalecer el seguimiento y fortalecer la cultura de calidad se cuenta con 34 EPM que contribuyen a la gestión y cierre de compromisos institucionales para asegurar el cierre de brechas y el mejoramiento organizacional.</p>	3	1 2 3 4 5 6 7 8	<p>Informe de seguimiento fuentes de mejora tercer trimestre del 2025.</p> <p>Seguimiento referente de planes de mejora .</p>	<p>Informes mensuales de seguimiento y cierre de acciones de mejora de cada una de las fuentes de mejora</p> <p>Presentación del EMI frente a la gestión de las barreras de mejoramiento</p> <p>Presentación de comité de calidad</p> <p>Informe trimestral de planes de mejoramiento</p>	3	Mantenimiento del control
17.8 Evaluación de la efectividad de las acciones incluidas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos. (3ª Línea)		<p>*La entidad cuenta con la resolución 225 del 2024 + por medio de la cual se define los lineamientos institucionales para que la oficina de control interno</p>		1 2	<p>Matriz de plan de mejoramiento</p> <p>Seguimiento plan de mejoramiento software Almería</p>	<p>Desde la perspectiva de la tercera línea de defensa, se realiza una evaluación del progreso de las acciones de mejora, los principales objetivos de esta evaluación es la siguiente:</p> <p>*Verificar y realizar un seguimiento constante del cumplimiento de los planes y acciones de mejora</p>		

	<p>Dimension de Control Interno</p> <p>Lineas de Defensa</p>	<p>cumpla con las actividades de evaluación independiente y la auditoría interna de la E.S.E Hospital UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA »</p> <p>La Oficina de Control Interno (OCI), DEFINICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS. « Establecer, las actividades necesarias para realizar la formulación y seguimiento a los planes de mejoramiento, con el fin de subsanar las No Conformidades identificadas en las fuentes de auditoría interna.</p> <p>Adicionalmente se cuenta con el manual que permite orientar y facilitar la gestión de los planes de mejora que surgen de diversas fuentes o situaciones identificadas en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael Tunja. Abarca la formulación de estrategias, la ejecución de acciones correctivas y el seguimiento de estas para garantizar un proceso eficiente y efectivo</p>	<table border="1"> <tr><td>3</td><td>Actas de comité de coordinación de control interno</td></tr> <tr><td>4</td><td>Informe trimestral de planes de mejoramiento</td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td></tr> </table>	3	Actas de comité de coordinación de control interno	4	Informe trimestral de planes de mejoramiento	5		6		7		8		<p>registradas en el software ALMERA, así como de las evidencias presentadas a la fuente de mejora de control interno.</p> <p>*Identificar y hacer seguimiento al estado, efectividad y eficiencia de las acciones, incluyendo las vencidas en cada uno de los procesos.</p> <p>*Realizar alertas de mejora producto de este seguimiento.</p> <p>Durante el III trimestre se realizó informe de seguimiento de efectividad, el cual fue socializado vía correo electrónico a cada una de las subgerencias de la entidad.</p>	<p>3</p> <p>Mantenimiento del control</p>				
3	Actas de comité de coordinación de control interno																				
4	Informe trimestral de planes de mejoramiento																				
5																					
6																					
7																					
8																					
<p>17.9 Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes?</p>	<p>Dimension de Control Interno</p> <p>Lineas de Defensa</p>	<p>Las inconformidades e inconsistencias, una vez analizadas, se incorporan en los informes finales resultantes de las auditorías y seguimientos. Estos informes son posteriormente socializados a los niveles jerárquicos superiores, facilitando así una comunicación efectiva y la toma de decisiones informadas en el ámbito institucional. Este proceso integral no sólo busca detectar y corregir posibles fallas, sino también fortalecer la participación activa de todos los involucrados en el proceso, contribuyendo a la mejora continua de los sistemas de control interno de la organización.</p>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Informes de Auditorías</td></tr> <tr><td>2</td><td>Actas de instalación y cierre de auditorías</td></tr> <tr><td>3</td><td>Seguimientos e informes de ley</td></tr> <tr><td>4</td><td>Actas de comité de coordinación de control interno</td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td></tr> </table>	1	Informes de Auditorías	2	Actas de instalación y cierre de auditorías	3	Seguimientos e informes de ley	4	Actas de comité de coordinación de control interno	5		6		7		8		<p>Esto fue socializado a los responsables del nivel jerárquico superior en el: Primer, segundo y tercer Comité Institucional de coordinación de control Interno, de igual forma se socializaron los informes finales de las auditorías realizadas durante el segundo semestre de 2025, los cuales adicionalmente fueron enviados vía correo electrónico a los procesos involucrados, supervisores y al gerente.</p> <p>INFORMES DE AUDITORIAS REALIZADAS:</p> <p>*Informe final de auditoría a Docencia de Servicio</p> <p>*Informe final de auditoría al Proceso de Gestión Financiera/ Presupuesto</p> <p>*Informe final de auditoría al Proceso de Gestión Contractual</p> <p>*Informe final de auditoría al Proceso de Gestión del Talento Humano</p> <p>*Informe final de auditoría al Proceso de Gestión de la Información</p>	<p>3</p> <p>Mantenimiento del control</p>
1	Informes de Auditorías																				
2	Actas de instalación y cierre de auditorías																				
3	Seguimientos e informes de ley																				
4	Actas de comité de coordinación de control interno																				
5																					
6																					
7																					
8																					

