

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

1

### INFORME

## SEGUIMIENTO DE MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO (SICOFS) TERCER CUATRIMESTRE 2025

### OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, febrero de 2026



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



8-7405030



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



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

### GENERALIDADES

2

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

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

Para orientar la correcta identificación, análisis y evaluación del riesgo, la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta con la Política de Gestión de Riesgos Integral en la que se establecen lineamientos para la gestión de los mismos, incluidos los de corrupción, opacidad, fraude y soborno, adoptando la metodología de la Guía de administración de riesgo y el diseño de controles Versión 7.

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

- Resolución 1122 de 2024 "Por el cual se reglamenta el artículo **73** de la Ley **1474** de 2011, modificado por el artículo **31** de la Ley **2195** de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública"
- Decreto 1499 de 2017 Modelo Integral de Planeación y Gestión. 7ª. Dimensión Control Interno.
- Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- Circular Externa No 202117000005-5 de 2021 en marco de SICOFs
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" Versión 7, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.



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



8-7405030



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



- Circular externa de la Superintendencia nacional de salud 20211700000004-5 de 2021

## INTERNO

- Acuerdo 020 de 2022, por medio del cual se adopta el subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude SICOF de la E.S.E Hospital Universitario san Rafael de Tunja
- Acuerdo 018 de 2025, por medio de la cual se actualiza la política de gestión de riesgos integral de la Empresa Social de Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja.
- Programa de gestión del riesgo OADS-PG-02
- Formato OADS-F-41 MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)

3

## OBJETIVO

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

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Revisar el adecuado diseño de los riesgos y controles identificados, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el programa de gestión del riesgo OADS-PG-02 y la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” Versión 7
2. Evaluar si los controles se están aplicando de manera oportuna, si se realizan de forma confiable y si la evidencia presentada es pertinente y cumple con la actividad de control.
3. Evaluar seguimiento realizado por la primera y segunda línea de defensa

## ALCANCE

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

## METODOLOGÍA:

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



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



8-7405030



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



Las acciones adelantadas se refieren a:

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

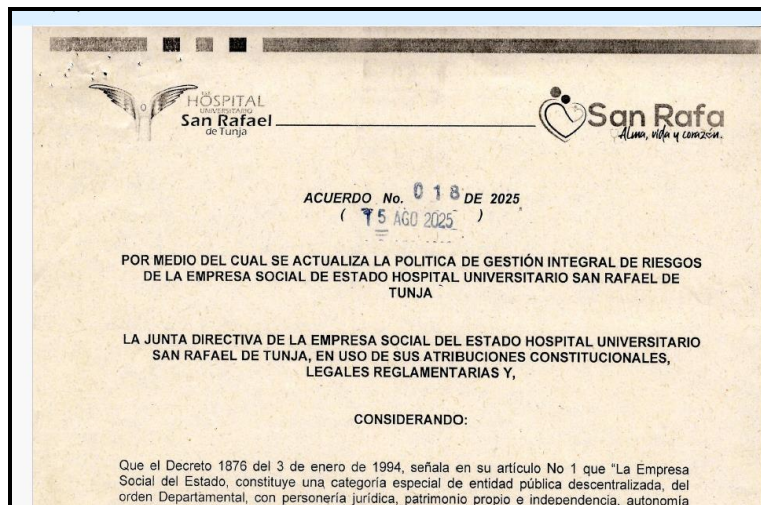
4

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

## 1. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

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

Mediante el Comité de gestión del riesgo integral realizado el 8 de mayo de 2025, se socializó la actualización de la Política de Gestión del riesgo integral, aprobado por parte de la junta directiva, mediante Acuerdo 018 del 15 de agosto de 2025



Fuente: Pantallazo Acuerdo



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



8-7405030



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



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

El día 03 de febrero de 2026, se revisa la página web institucional, sección Nuestra entidad/Gestiona de calidad, y se evidencia que el MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO (SICOFS), fue publicado el 12 de mayo de 2025.

5



Fuente: Pantallazo Publicación página web

## 1.3 EVALUACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y VALORACIÓN

Gestión del riesgo acompañó y asesoró cada uno de los procesos en la elaboración de los mapas de riesgos, mediante la metodología establecida a través de la política de gestión de riesgos integral, se identificaron 40 riesgos, En la siguiente tabla se describe los riesgos y controles identificados por proceso.

Tabla 1. Numero de riesgos y controles

Proceso	Subproceso	RIESGOS	CONTROLES
Gestión de calidad	Calidad	1	2
Gestión de recursos físicos	ambiental	1	2
Talento humano	Seguridad y salud en el trabajo	1	2
Talento humano	Talento humano	5	6
Investigación	Investigación	1	1

Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	1	1
Atención ambulatoria	Atención ambulatoria	1	2
Quirófanos	Salas de Cirugía	1	2
Gestión farmacéutica	Gestión farmacéutica	3	4
Gestión jurídica	Gestión jurídica	1	1
Gestión financiera	Tesorería	3	3
Gestión financiera	Gestión financiera	1	1
Gestión de recursos físicos	Gestión de suministros y activos fijos	3	4
Gestión de contratación	Gestión de contratación	4	6
Gestión de la información	Gestión documental	1	2
Gestión de la información	Tecnologías de la información	3	5
Gestión de recursos físicos	Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento	2	5
Gestión financiera	Auditoría	1	1
Gestión financiera	Facturación	1	1
Gestión financiera	Cartera	3	3
Direccionamiento estratégico	Gestión comercial	1	1
Control interno	Control interno	1	2
<b>TOTAL</b>		<b>40</b>	<b>57</b>

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

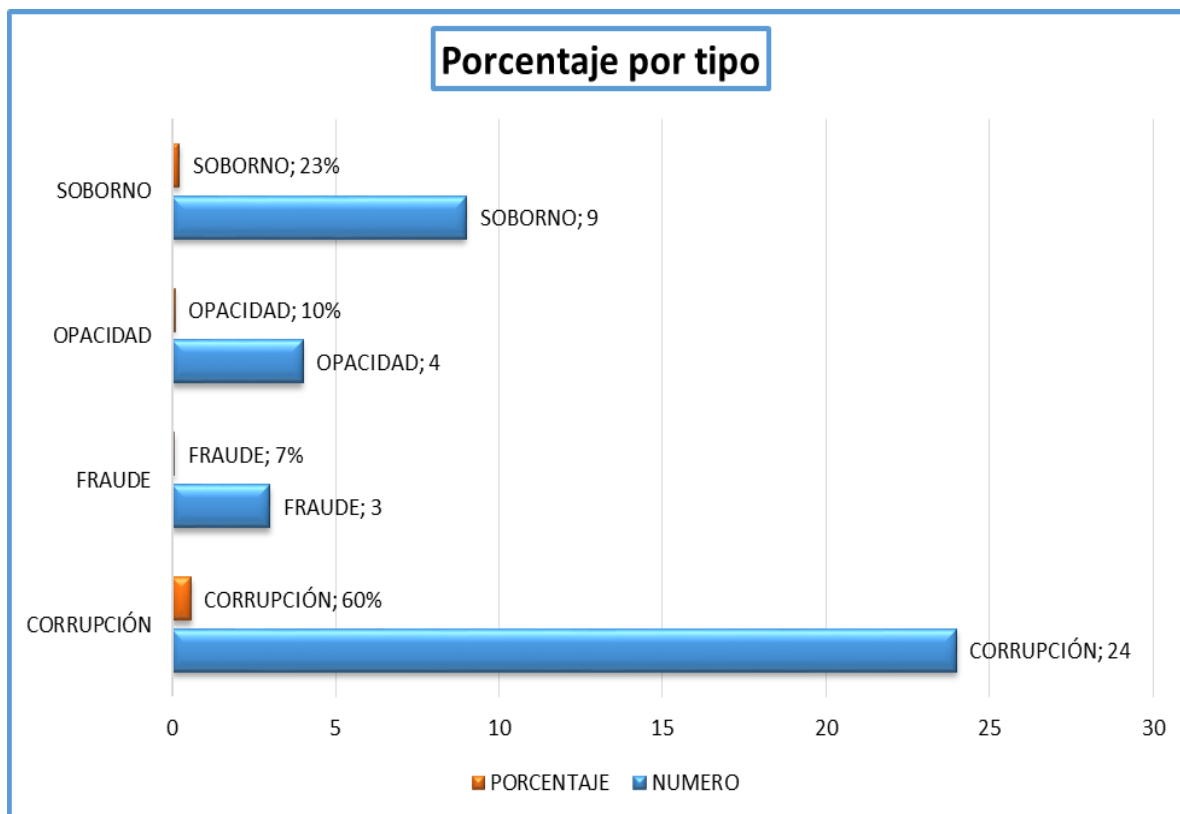
En la actualidad el mapa de riesgos SICOFS cuenta con un total de 40 riesgos, de los cuales 25 corresponden a corrupción, 3 de fraude, 4 de opacidad y 9 de soborno. Participación que se puede observar en la siguiente tabla y gráfica.

**Tabla No 2. Riesgos por tipo**

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

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

**Grafica 1. Porcentaje participación por tipo**



Fuente: Mapa de riesgos formato OADS-F-14

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

**Tabla No 4 zona de riesgo inherente/residual**

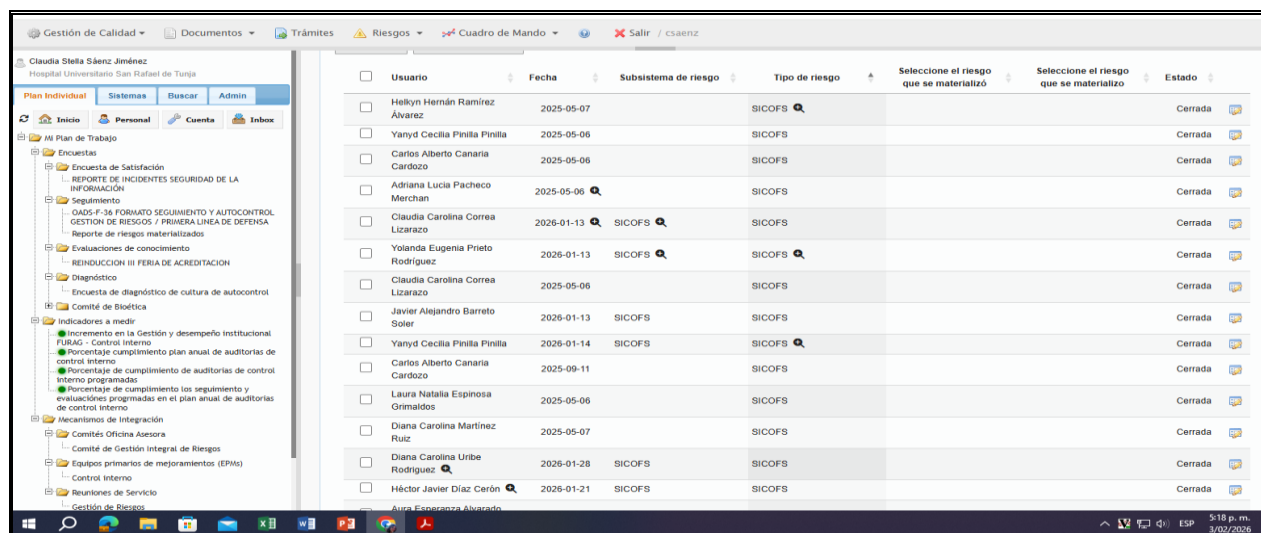
DESCRIPCIÓN	ZONA DE RIESGO INHERENTE				TOTAL
	EXTREMA	ALTA	MODERADA	BAJA	
RIESGOS CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE SOBORNO	2	28	10	0	40
	ZONA DE RIESGO RESIDUAL				
	0	20	20	0	40

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

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

#### 1.4 SEGUIMIENTO EFECTUADO POR LA PARTE DE LA PRIMERA LÍNEA

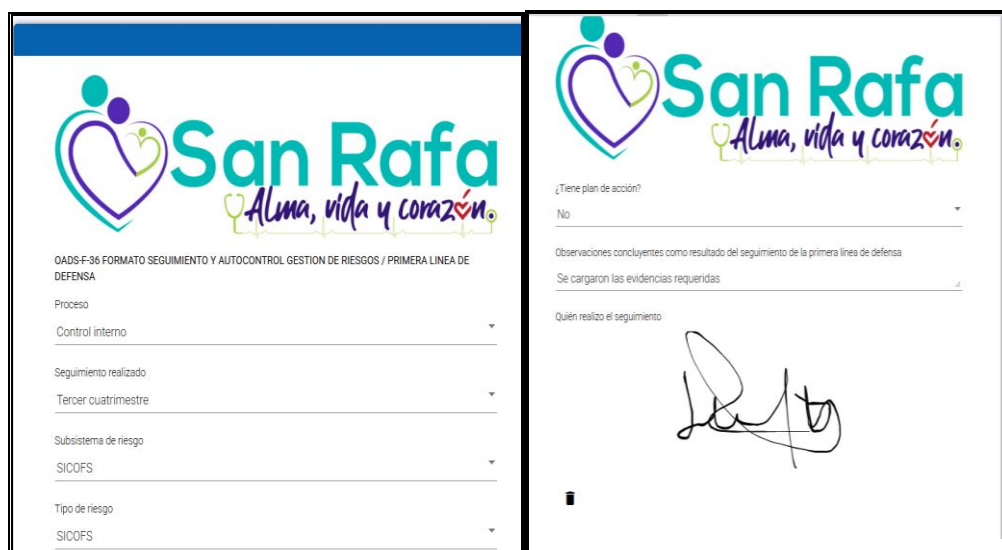
Según el programa de gestión del riesgo la primera línea de defensa (autocontrol): durante la aplicación de las acciones de seguimientos cada líder de procesos debe mantener la traza documentación respectiva de todas las actividades realizadas, para garantizar de forma razonable que dichos riesgos no se materializaran y por ende que los objetivos del proceso se cumplieran, mediante el formato OADS-F-36. FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA, actividad que realizan los procesos ingresando al sistema de información ALMERA/plan individual/ seguimiento/formato OADS-F-36



Usuario	Fecha	Subsistema de riesgo	Tipo de riesgo	Seleccione el riesgo que se materializó	Seleccione el riesgo que se materializó	Estado
<input type="checkbox"/> Helkyn Hernán Ramírez Álvarez	2025-05-07		SICOFS			Cerrada
<input type="checkbox"/> Yandy Cecilia Pinilla Pinilla	2025-05-06		SICOFS			Cerrada
<input type="checkbox"/> Carlos Alberto Canaria Cardozo	2025-05-06		SICOFS			Cerrada
<input type="checkbox"/> Adriana Lucía Pacheco Merchan	2025-05-06		SICOFS			Cerrada
<input type="checkbox"/> Claudia Carolina Correa Lizarazo	2026-01-13		SICOFS			Cerrada
<input type="checkbox"/> Yolanda Eugenia Prieto Rodríguez	2026-01-13		SICOFS			Cerrada
<input type="checkbox"/> Claudia Carolina Correa Lizarazo	2025-05-06		SICOFS			Cerrada
<input type="checkbox"/> Javier Alejandro Barreto Soler	2026-01-13		SICOFS			Cerrada
<input type="checkbox"/> Yandy Cecilia Pinilla Pinilla	2026-01-14		SICOFS			Cerrada
<input type="checkbox"/> Carlos Alberto Canaria Cardozo	2025-09-11		SICOFS			Cerrada
<input type="checkbox"/> Laura Natalia Espinosa Grimaldos	2025-05-06		SICOFS			Cerrada
<input type="checkbox"/> Diana Carolina Martínez Ruiz	2025-05-07		SICOFS			Cerrada
<input type="checkbox"/> Diana Carolina Uribe Rodríguez	2026-01-28		SICOFS			Cerrada
<input type="checkbox"/> Héctor Javier Díaz Cerón	2026-01-21		SICOFS			Cerrada

Fuente: pantallazo Seguimiento SGD ALMERA

La Oficina asesora de control interno verificó, que de los 22 sub procesos que tiene identificados riesgos SICOFS diligencien el formato como resultado de este seguimiento se evidencio que 22 sub procesos diligenciaron el formato, pero al compararlo con lo documentado al interior no se evidencia análisis por parte del líder de la aplicación de las acciones de seguimiento



Fuente: pantallazos ALMERA

## 1.5 SEGUIMIENTO EFECTUADO POR LA SEGUNDA LÍNEA- GESTIÓN DEL RIESGO

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 tercer cuatrimestre 2025. El cual se radicado en la oficina de control interno 29 de enero de 2026 cuyo objetivo fue: "Realizar el seguimiento y monitoreo de los riesgos, así como la verificación de la adecuada aplicación de los controles definidos en el mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno – SICOFS, código OADS-F-14, de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja.."

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

1. Verificar que el mapa de riesgos de la SICOFS se encontrara completo, actualizado y disponible en sistema de información Almera.
2. Verificar que el formato de seguimiento y autocontrol gestión de riesgos / primera línea de defensa OADS-F-36 se encontrara actualizado y disponible, en el sistema de información Almera.
3. Enviar el correo a cada proceso solicitando la información correspondiente a los riesgos de seguridad de la información, anexando guías para el ingreso al sistema y el cargue de los soportes de evidencia de cada uno de los riesgos.
4. Verificar el cargue oportuno y completo de la información solicitada a cada proceso en cada una de sus actividades.
5. Analizar la información recolectada, verificando si se ejecutaron los controles a cada uno de los riesgos estudiados, con ayuda de la matriz de monitoreo y seguimiento de los riesgos institucionales segunda línea de defensa ODSS-F-41.
6. Realizar acompañamiento a los procesos desde Gestión Integral de Riesgos, en articulación con el profesional de apoyo a los Oficiales de Cumplimiento del Sistema de



Identificación y Control del Riesgo de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno – SICOF, así como del Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE. Encaminado a brindar asesoría técnica, resolver inquietudes y orientar a los líderes de proceso en el adecuado seguimiento, diligenciamiento y cargue de la información requerida en el Sistema de Gestión Integral Almera, fortaleciendo así la gestión, el control y el monitoreo de los riesgos institucionales.

10

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

- El mapa de riesgos SICOFS de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja está conformado por un total de cuarenta (40) riesgos y cincuenta y siete (57) controles, lo que evidencia una estructura integral para la gestión y mitigación de los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno.
- De los riesgos identificados, el sesenta por ciento (60 %) corresponde a riesgos de corrupción, el veintitrés por ciento (23 %) a riesgos de soborno, el diez por ciento (10 %) a riesgos de opacidad y el ocho por ciento (8 %) a riesgos de fraude, lo cual permite priorizar acciones de control de acuerdo con el nivel de exposición y criticidad de cada tipología de riesgo.
- La totalidad de los riesgos identificados cuenta con controles definidos, lo que facilita la determinación del nivel de riesgo residual y fortalece el proceso de seguimiento y monitoreo del sistema SICOF.
- Se evidencia que la descripción de los riesgos y el diseño de los controles definidos son coherentes y se encuentran alineados con los lineamientos establecidos en el Programa de Gestión del Riesgo OADS-PG-02, permitiendo una adecuada gestión institucional del riesgo.
- La primera línea de defensa realiza el monitoreo de los riesgos y ejecuta los controles establecidos de manera adecuada, lo cual ha contribuido a que los riesgos no se materialicen durante el periodo evaluado. No obstante, se recomienda continuar fortaleciendo la mejora continua de los procesos y controles implementados.
- Se evidencia la implementación del Sistema de Gestión Integral Almera como una herramienta clave para la administración del mapa de riesgos SICOFS, la cual ha permitido un seguimiento estructurado, trazable y sistemático de la gestión del riesgo institucional.
- Sin perjuicio de lo anterior, se identificó que el cargue de los soportes que evidencian la ejecución de los controles no siempre se realiza de manera oportuna, situación que representa una oportunidad de mejora para fortalecer la disciplina operativa y el cumplimiento de los plazos establecidos.



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



8-7405030



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



- Del total de riesgos identificados, el 25% se encuentra en la zona de riesgo inherente moderado, el 70% en la zona de riesgo alto y el 5% restante en extremo. Tras la evaluación de los controles implementados, se obtiene que el 50% de los riesgos se ubica en la zona de riesgo residual alto y el 50% en la zona de riesgo moderado.
- De los controles que aplicaban en el cuatrimestre, el 91% son fuertes, el 7% moderados y el porcentaje restante no es medible en el periodo.
- El resultado para los riesgos de corrupción, opacidad y fraude, el 91.5% son fuerte, el 6.4% moderados por utilización de formatos a los cuales se les incluyo información adicional a los vigentes, y cargue de información incompleta; el porcentaje restante no aplicaba en el periodo evaluado.
- En cuanto a los riesgos de soborno específicamente, el 90% obtuvo una calificación fuerte, el porcentaje restante moderado asociado a utilización de formatos ajustados a lo vigentes dispuestos en ALMERA.

Después de realizar la evaluación de los controles los cuales se podía evaluar se tiene que que el 91% de ellos son considerados fuertes. El 7 % moderado, asociado al uso de formatos con versiones diferentes a las vigentes. Y el porcentaje restante no se evalúa, teniendo en cuenta que no se requirió su aplicación para el cuatrimestre evaluado, como se puede observar en la siguiente tabla

**Tabla No 5 calificación final del Control**

CALIFICACIÓN FINAL DEL CONTROL	No. Controles	Porcentaje (%)
FUERTE	52	91%
MODERADO	4	7%
DEBIL	0	0%
N/A	1	2%

Fuente. Informe monitoreo segunda línea tercer cuatrimestre 2025

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

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



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

Para la evaluación del estado de la gestión del riesgo de corrupción, opacidad, fraude y soborno la oficina Asesora de control Interno del HUSRT utilizó el formato CÓDIGO: OADS-F-14 denominado: "MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO (SICOFS)", agregándole una columna de Observaciones Oficina de control interno tercer cuatrimestre 2025. En este aparte se registraron las conclusiones del análisis metodológico del diseño del riesgo y del control, se realizan comentarios acerca de la materialización u ocurrencia del riesgo y se hacen alertas de mejora con el fin de mejorar el proceso de administración del riesgo de corrupción y la aplicación de la metodología dispuesta por el DAFP. **Archivo que se anexa a este informe.**

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

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

**Tabla No 6. OBSERVACIONES CONTROL INTERNO TERCER CUATRIMESTRE 2025**

Subproceso	Código del Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO TERCER CUATRIMESTRE
Gestión de calidad	CA-RC-01	Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por favorecimiento a un tercero en la emisión de conceptos técnicos en la contratación asociada al proceso	El líder del proceso según necesidad emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2014 en donde están los requisitos, mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública y/o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el responsable del control adjunta C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios (1) No se presentaron procesos de subasta inversa, ni convocatorias, por tal razón no adjuntan el formato C-F-28 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD - PRESTACIÓN DE SERVICIOS  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>

Gestión de calidad			El líder del proceso según la necesidad basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el concepto técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2014	Con corte al Tercer cuatrimestre de 2025, el responsable del control, adjunta soportes de contratos (2), formatos Evaluación técnica definitiva C-F-31 con sus respectivas Propuestas  <b>Se recomienda ajustar el control teniendo en cuenta que la actualización del manual de contratación se realizó por medio de la resolución 376 de 2024, no por acuerdo 014 de 2014 REITERATIVA</b>  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Gestión ambiental		Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por favorecimiento a un tercero en la emisión de conceptos técnicos en la contratación asociada al proceso	El líder del proceso según necesidad emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 de 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2014 en donde están los requisitos, mediante el formato C-F-51 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública y/o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el responsable del control adjunta, formato C-F-51 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública ( servicio de alcantarillado y disposición de desechos)  <b>Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024 , no por el acuerdo 014 de 2014 REITERATIVA</b>  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Gestión ambiental	GA-RC-01	Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por favorecimiento a un tercero en la emisión de conceptos técnicos en la contratación asociada al proceso	El líder del proceso según la necesidad basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el concepto técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2014	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el responsable del control adjunta Evaluación técnica definitiva C-F-31 ( P RESTACIÓN DEL SERVICIO DE MUESTREO Y ANÁLISIS FÍSICO QUIMICO Y MICROBIOLÓGICO DE AGUA POTABLE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES, TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE) y una propuesta de ANALIZAR LABORATORIO FÍSICOQUÍMICO LTDA.  <b>Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024 , no por el acuerdo 014 de 2014 REITERATIVA</b>  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>

<p>Seguridad y salud en el trabajo</p>	<p>SST-RC-01</p>	<p>Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por favorecimiento a un tercero en la emisión de conceptos técnicos en la contratación asociada al proceso</p>	<p>El líder del proceso según necesidad emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 de 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2014 en donde están los requisitos, mediante el formato C-F-51 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública y/o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios</p>	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el responsable del control adjunta formato C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios de recarga mantenimiento o compra de elementos o compra de elementos de respuesta a emergencias y C-F-51 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública. (SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PARA EL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA y CONTRATACION DE SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA)</p> <p>Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024 , no por el acuerdo 014 de 2014 <b>REITERATIVO</b></p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>
<p>Seguridad y salud en el trabajo</p>			<p>El líder del proceso según la necesidad basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el concepto técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2014</p>	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025 el responsable del control, adjunta .Evaluación técnica definitiva C-F-31 (recarga mantenimiento o compra de elementos de respuesta a emergencias ) y su respectiva Propuesta</p> <p>Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024 , no por el acuerdo 014 de 2014</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>
<p>Talento humano</p>	<p>TH-RC-01</p>	<p>Posibilidad de investigaciones de los organismos de control, disciplinarias y sanciones pecuniarias por favorecer a un aspirante en el acceso a un cargo sin el lleno de requisitos legales (personal de planta, CPS, empresa temporal y tercerizados asistenciales)</p>	<p>La profesional de nómina y/o los profesionales delegados previo a la vinculación del personal revisan hojas de vida, cumplimiento de requisitos para la selección y vinculación del personal por medio del formato TH-F-45 Verificación requisitos de hoja de vida y habilitación el cual se formaliza a través de firma una vez cumpla con los requisitos allí definidos de acuerdo a lo establecido en el TH-PR-08 Procedimiento selección, ingreso y promoción de personal, TH-PR-05 procedimiento de verificación, manejo y control y custodia de historias laborales y el TH-PR-42 Procedimiento de selección de personal en misión.</p>	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso anexa como evidencia: muestra formatos TH-F-45 Verificación requisitos de hoja de vida y habilitación, Hojas de vida personal vinculado. Anexo Técnico personal en misión, para el caso del formato TH-F-75 Base de datos para el registro de personal nuevo relación de personal contratado dentro del periodo en que se realiza el seguimiento, este fue solicitado y enviado vía correo electrónico a la OACI en las modalidades de prestación de servicios, personal en misión, planta (1) soportes que permiten evidenciar que el profesional de nómina verificó el cumplimiento de los requisitos.</p> <p>Se recomienda ajustar el control teniendo en cuenta que el procedimiento TH-PR-05 procedimiento de verificación, manejo y control y custodia de historias laborales, no aplica para la selección de personal contratista que es el ( TH-PR-47 validación hojas de vida contratistas) <b>REITERATIVO</b> Adjuntan como evidencias formato TH-F-104 FORMATO ANEXO TECNICO DE PERFILES, documento que no se encuentra en la descripción de evidencias</p>

				<p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva, sin embargo se recomienda ajustar los documentos soporte, ya que no se encuentran acorde con el diseño del mismo.</b></p>
Talento humano	TH-RO-01	Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por favorecimiento a un tercero en la emisión de conceptos técnicos en la contratación asociada a lo relacionado con capacitación, bienestar, uniformes y otros elementos, contratación con empresas suministro personal.	El líder del proceso según necesidad emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2014 en donde están los requisitos, mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública y/o C-F-51 Estudio previo de conveniencia y oportunidad	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, El responsable del control adjunta formato C-F-27 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD PARA CONTRATACION DIRECTA A CONTRATAR EL SERVICIO DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA LOS EMPLEADOS PÚBLICOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, EN CUMPLIMIENTO DEL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN VIGENCIA 2025, no aportan formato C-F-51 Estudio previo de conveniencia y oportunidad</p> <p>Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024, no por el acuerdo 014 de 2014, adicionalmente es necesario ajustar el control y los soportes teniendo en cuenta que el formato C-F-27 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD PARA CONTRATACION DIRECTA debe ser incluido</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva, sin embargo se recomienda ajustar los documentos soporte, ya que no se encuentran acorde con el diseño del mismo.</b></p>
Talento humano			El líder de talento humano Según la necesidad basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el concepto técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica definitiva, y en caso de las contrataciones directas se acompaña del formato C-F-27 Estudio de conveniencia y oportunidad - Prestación de servicios	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, no se requirió el C-F-27 toda vez que el que se utilizó fue el C-F-51 Convocatoria pública, <b>el proceso sugiere separar los riesgos específicamente los asociados a contratos de: Bienestar y capacitación, Suministro de personal asistencial y administrativo C-F-51 Y C-F-31</b></p> <p>Se recomienda ajustar el control y los soportes de evidencias incluir el formato C-F-51 Convocatoria pública</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva, sin embargo se recomienda ajustar los documentos soporte, ya que no se encuentran acorde con el diseño del mismo.</b></p>
Talento humano	TH-RC-02	Posibilidad de tráfico de influencias de conflicto de intereses (amistad o enemistad, persona influyente) en el proceso de vinculación de personal para favorecer un tercero	El profesional de apoyo de talento humano aplica el instructivo TH-INS-01 de conflicto de interés para la vinculación de personal previo a la contratación. A través de los formatos THF-67 Declaración de situaciones de conflicto de intereses servidor público o contratista, TH-F-92 Formato de declaración de intereses particulares del personal en misión	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el responsable del control informa que, una vez realizada la vinculación del personal, estos manifiestan no tener conflictos de intereses. Por lo tanto, no aplica el diligenciamiento de los formatos TH-F-67 y TH-F-92.</p>

Talento humano	TH-RC-03	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias por autorización de retiro parcial de cesantías sin el lleno de los requisitos previstos por ley para favorecer un tercero	El profesional universitario de talento humano una vez se requiere el retiro de las cesantías por parte del personal, recepciona la solicitud de cesantías y verifica el cumplimiento de los requisitos, realiza visita de verificación, tramita legalización de los documentos para el pago de cesantías de acuerdo a lo descrito en TH-PR-50 procedimiento de liquidación y pago cesantía parcial LEY 50 y el TH-PR-51 procedimiento de liquidación y pago de cesantía parcial retroactivas	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el responsable del proceso adjunta las siguientes evidencias: Correspondientes a la funcionaria Patricia Cardozo 1. Solicitud de cesantías. 2. Certificado de cumplimiento de requisitos. 3. Autorización de pago de cesantías 4. Oficio autorización de pago de cesantías 5. Certificado de cumplimiento de requisitos 6. Registro fotográfico de visita de reconocimiento.  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva, sin embargo se recomienda ajustar los documentos soporte, ya que no se encuentran acorde con el diseño del mismo.</b>
Talento humano	TH-RC-04	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias por celebrar contrato sin la verificación de títulos académicos del personal asistencial en misión, CPS, administrativos y de planta de la institución	El profesional de talento humano una vez se radique la solicitud al correo electrónico realiza seguimiento a las mismas a través de TH-F-88 Matriz de seguimiento de requisitos de formación continua del estándar de talento humano personal en misión de acuerdo a lo descrito en el procedimiento TH-PR-53 verificación de títulos.	"Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el responsable del proceso adjunta el formato TH-F-88, correspondiente a la matriz de seguimiento de requisitos de formación continua del estándar de talento humano para el personal en misión (47 empleados). Asimismo, se adjunta el formato TH-F-90, que contiene la matriz de seguimiento de requisitos de formación continua del estándar de talento humano para el personal de planta (1 empleados)."  <b>Se recomienda ajustar el control y el soportes incluyendo el formato (TH-F-90 matriz de seguimiento personal de planta) el cual hace parte del procedimiento TH-PR-53 verificación de títulos y es aportado con evidencia por el proceso REITERATIVO</b>  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Investigación	INV-RO-01	Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por concentración de poder que puede generar prácticas no éticas o de conflictos de interés en investigaciones desarrolladas en el HUSRT para beneficio de un tercero	El comité de ética en investigación realiza análisis, aprobación y seguimiento de las investigaciones de la ESE HUSRT anualmente cuando se traten de proyectos que tengan una duración de un año y para los proyectos con duración inferior se realizará el seguimiento al 50% del cronograma propuesto en el proyecto. A través de los siguientes formatos: Actas de comité de ética en investigación. GAC-F-04 Consentimiento informado comité de ética en investigación GAC-F-05 Carta de compromiso del comité de ética en investigación GAC-F-06 Formato de evaluación y seguimiento de investigaciones. GAC-F-4 Resumen de investigación	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta información mensual correspondiente a los siguientes formatos: Actas del Comité de Investigación y Bioética de los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2025, Formato GAC-F-05: Carta de compromiso del Comité de Bioética e Investigación. Formato GAC-F-04: Consentimiento informado del Comité de Bioética, los documentos correspondientes no cuentan con las firmas requeridas. Formato GAC-F-06: Evaluación y seguimiento de evaluaciones, los cuales se encuentran diligenciar, pero al comparar con la fecha de aprobación en comité de ética no coinciden (Proyecto- Habilidades comunicativas en residentes de medicina familiar del Hospital Universitario San Rafael de Tunja como base para el diseño de una estrategia pedagógica que promueva el autocuidado en mujeres posterior al parto.)  <b>Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, no están diligenciados completamente los formatos y algunos se encuentran sin firmas se recomienda permanentemente revisar y</b>

				<b>fortalecer el control para evitar la materialización del mismo. REITERATIVO</b>
Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	SIAU-RS-01	Posibilidad de investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias por recibir cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros por omitir la gestión de PQR y reclamos realizados por alguna parte interesada	El coordinador y el técnico de SIAU una vez se reciben la manifestaciones realiza la clasificación, consolidación de la información en los formatos SIAU-F-13 Matriz de seguimiento de quejas y reclamos y SIAU-F-18 Matriz de consolidación de subgerencias por servicio y por factor de calidad, la incluye en informe mensual de petición, quejas y reclamos que se presenta a gerencia y tramitan cumpliendo con los tiempos de respuesta señalados en la Resolución 194 de 2018 vigente, de acuerdo a lo descrito en el procedimiento SIAU-PR-02 Tramité y respuesta a manifestaciones de inconformidad. El informe es publicado en la página web del hospital en el link de atención y servicios a la ciudadanía petición quejas y reclamos informe.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta los siguientes formatos:  SIAU-F-13: Matriz de seguimiento de quejas y reclamos, del periodo evaluado formato , <b>se evidencio que modificaron el formato establecido</b> SIAU-F-18: Matriz de consolidación de sugerencias por servicio y por factor de calidad del periodo evaluado Informes mensuales correspondientes a los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre los cuales permiten evidenciar que, una vez recibidas las manifestaciones, se realiza una adecuada clasificación. Informe cuarto trimestre de peticiones, quejas y reclamos, que complementa la trazabilidad del proceso.  <b>Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, modifican el formatos establecido</b>
Atención ambulatoria	CE-RC-01	Posibilidad de afectación del servicio por favorecimiento a terceros en la evaluación técnica final en la contratación que conlleven a investigaciones y sanciones disciplinarias	El líder del proceso según necesidad emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2024 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública. y/o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025,, el proceso adjunta: (1) formato C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad (servicio especializado de dermatología) , no se presentó contratación por subasta inversa, o convocatoria pública.  <b>Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024, no por el acuerdo 014 de 2014</b>  <b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo, sin embargo se sugiere actualizar el control de acuerdo a las observaciones de la OACI</b>
Atención ambulatoria			El líder del proceso según la necesidad basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el concepto técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2014	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025,, el proceso adjunta: (2) formato C-F-31 Evaluación Técnica definitiva del periodo evaluado, con sus respectivas propuestas  <b>Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024 , no por el acuerdo 014 de 2014</b>  <b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b>

Salas de Cirugía	QX-RC-01	Posibilidad de afectación del servicio, investigaciones y sanciones disciplinarias debido al favorecimiento a terceros mediante la emisión de la evaluación técnica final en la contratación	El líder del proceso según necesidad emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2024 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa, o convocatoria pública. y/o C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta: (2) formatos C-F-27 Estudio previo de conveniencia y oportunidad - prestación de servicios Ortopedia y Neurocirugía, no se presentaron estudios por subasta inversa, o convocatoria pública.  <b>Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024 , no por el acuerdo 014 de 2014</b>  <b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo, sin embargo se sugiere actualizar el control de acuerdo a las observaciones de la OACI</b>
Salas de Cirugía			El líder del proceso según la necesidad basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el concepto técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva teniendo en cuenta lo establecido en resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2014	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta dos formatos C-F-31: Evaluación Técnica Definitiva correspondientes al periodo evaluado de ERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROCIRUGÍA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, propuestas y las respectivas especificaciones técnicas, los cuales incluyen sus respectivas especificaciones técnicas y propuestas. Esta documentación evidencia que el responsable del control, conforme a la necesidad identificada y con base en los requisitos contractuales y especificaciones técnicas, emite el concepto técnico correspondiente.  <b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b>
Gestión farmacéutica	SF-RC-01	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias o detrimento patrimonial debido al favorecimiento a terceros mediante la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos	El director técnico de farmacia según necesidad analiza la viabilidad de la necesidad de adquisición de medicamentos y dispositivos y emite el requerimiento de acuerdo al tipo de contratación según lo establecido en el Procedimiento selección y adquisición de medicamentos y dispositivos médicos SF-PR-23 mediante el formato C-F-28, Y C-F-51 estudio previo de conveniencia y oportunidad (convocatorias) C-F-31 Evaluación técnica definitiva, C-F-32 evaluación técnica preliminar.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta, Relación contratos de septiembre a diciembre de 2025, (muestra 13 contratos) formatos C-F-27 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD PARA CONTRATACIÓN DIRECTA, y 13 formatos C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva diligenciados del periodo evaluado. No aportan evidencias C-F-28 Estudio previo de conveniencia y oportunidad, requerimientos, subasta inversa o convocatoria pública, ni C-F-51 estudio previo de conveniencia y oportunidad ( convocatorias)  <b>Se recomienda ajustar control y soportes del control incluyendo el formato C-F-27 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD PARA CONTRATACIÓN DIRECTA - REITERATIVO</b>  <b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo, sin embargo se sugiere actualizar el control y los soportes de acuerdo al desarrollo de la actividad de control</b>

Gestión farmacéutica	SF-RF-01	Posibilidad de investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias y afectación económica por hurto o pérdida de medicamentos y dispositivos médicos con alto valor comercial en el servicio farmacéutico derivados de falta de principios y valores institucionales del personal del servicio farmacéutico.	Los regentes y tecnólogos administrativos cotejan los inventarios aleatorios mensualmente a través del formato SF-F-58 Control de lotes y fechas de vencimiento con el fin de garantizar que las existencias físicas sean concordantes con el saldo reportado por el sistema (SERVINTE)	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta, formatos SF-F-58 "Control de inventarios y fechas de vencimiento diligenciados septiembre, octubre y noviembre , No aportan evidencias mes de Diciembre de 2026, lo cual permite observar que los regentes y tecnólogos administrativos realizan los inventarios aleatorios según lo describe el control  <b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo, sin embargo no se evaluó la efectividad del mes de diciembre ya que no aportan soportes de la aplicación del control.</b>
Gestión farmacéutica	SF-RF-02	Posibilidad de investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias y afectación económica por hurto o pérdida de medicamentos y dispositivos médicos de los carro de paro derivados de falta de principios y valores institucionales del personal responsable	La enfermera jefe durante la primera semana de cada mes verifica el estado actual de los medicamentos, dispositivos médicos (fecha de vencimiento, lote, y cantidad), la cual queda registrada en el formato SF-F-36 Inventario de carro de paro y SF-F-38 Listado de reserva autorizada de medicamentos y dispositivos médicos para servicios , teniendo en cuenta el procedimiento SF-PR-61 Custodia, verificación, uso y reposición del carro de paro y reservas autorizadas con el fin de verificar el estado actual y uso de los medicamentos y dispositivos médicos.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025,, el proceso adjunta muestra de los siguientes soportes de los: Formatos SF-F-36 Inventario de carro de paro, y para el caso del Formato SF-F-38 Listado de reserva autorizada de medicamentos y dispositivos médicos de los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre 2025  <b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b>
Gestión farmacéutica			El químico farmacéutico realiza auditorías de carro de paro trimestralmente por medio del formato SF-F-59 Auditoria carros de paro de acuerdo a lo descrito en el procedimiento SF-PR-61 custodia, verificación, uso y reposición del carro de paro y reservas autorizadas.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta, Formatos SF-F-59 Auditoria de carros de paro diligenciados y como evidencia de que el químico farmacéutico realiza auditorías de carro de paro trimestralmente, soportes mes septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2025  <b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b>

Gestión jurídica	OAJ-RC-01	Posibilidad de providencias en contra de la institución, por inefectivo seguimiento a procesos judiciales o favorecimiento a la parte demandante al ejercer una defensa judicial	Los abogados del proceso de gestión jurídica realizan seguimiento mensual a los procesos judiciales frente a términos para defensa técnica y a la trazabilidad de los mismos conforme a lo establecido en el OAJ-PR-05 Procedimiento procesos administrativos mediante OAJ-F-18 Matriz general de proceso y se elabora informe trimestral al comité de conciliación por parte del secretario técnica.	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta formatos OAJ-F-18: Matriz general de procesos, con corte a diciembre de 2025, lo que permite evidenciar que los abogados del proceso de gestión jurídica realizan seguimiento mensual a los procesos judiciales frente a términos, Informe trimestral al Comité de Conciliación, correspondiente al cuarto trimestre de 2025</p> <p><b>Sin embargo al verificar el procedimiento OAJ-PR-05 PROCESOS ADMINISTRATIVOS, no se encuentra articulado el formato OAJ-F-18 Matriz General de procesos, documento que permite evidenciar la aplicación del control, Se recomienda actualizar el procedimiento en mención. REITERATIVO</b></p> <p><b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo, sin embargo se recomienda incluir los documentos soporte de la aplicación del control en el procedimiento establecido.</b></p>
Tesorería	AF-RC-01	Posibilidad de sanciones de los entes de inspección y vigilancia y control por la exclusión del giro a proveedores y contratistas para presionar y obtener algún beneficio personal.	El tesorero mensualmente aplica lo establecido en el AF-PR-36 Procedimiento liquidación y Giro de Cuentas a fin de realizar la priorización de pagos, conforme a la llegada de las facturas y a los plazos de pago y realiza informe de seguimiento plan financiero de cuentas por pagar. Resolución 048 de 2021	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el responsable del control apporto Informe seguimiento cuentas por pagar del periodo evaluado, en donde se evidencia que se realiza seguimiento a la antigüedad de cuentas por pagar al periodo septiembre-diciembre de 2025 y se constata que no existen cuentas pendientes de pago anteriores al mes de septiembre de 2025 que corresponden al 2% del total de las cuentas por pagar a 31/12/2026, lo que refleja la priorización de pagos, conforme a la llegada de las facturas y a los plazos de pago demostrando una adecuada gestión y control sobre las obligaciones financieras de la entidad.</p> <p>Se sugiere ajustar el control sin que se mencione el número de la resolución por la cual se adoptan las políticas para mantener la sostenibilidad del sistema contable.</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>
Gestión financiera	AF-RO-01	Posibilidad de investigaciones, sanciones administrativas y disciplinarias por presentar información contable y financiera no fidedigna por falencia en la calidad de información y para beneficiar un tercero	La contadora del HUSRT mensualmente valida la generación de interfaces del sistema de información SERVINTE de los procesos responsables teniendo en cuenta lo descrito en la resolución vigente que los registros sean individuales y que se encuentren soportados en un documento fuente	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el responsable aporta validación de las interfaces de los procesos en donde se observan frecuentes inoportunidades en las interfaces de algunas fuentes de los subprocesos de farmacia, facturación, tesorería, almacén y cartera. Adjunta además captura de pantalla de publicación de estados financieros de septiembre a diciembre de 2025 oportunamente extraída del sitio web de la entidad.</p> <p>La falta de oportunidad en la ejecución de las interfaces puede ocasionar omisión de transacciones, duplicidad de registros y errores en los valores reflejados.</p> <p><b>Se sugiere crear controles para los procesos que están realizando el reporte inoportuno.</b></p>

				<p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, Se recomienda dar continuidad a la implementación de los controles y adoptar las medidas necesarias para garantizar que los procesos generen oportunamente sus interfaces.</b></p>
Tesorería	AF-RS-01	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias y económicas por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para agilizar o demorar el pago.	El profesional de tesorería y/o el tecnólogo administrativo una vez se radica la cuenta validan que estas cumplan con los requisitos establecidos en el AF-PR-44 procedimiento Tramite de cuentas, según sea el caso se diligencia el formato AF-F-24 Constancia de radicación de cuentas de cobro y facturas de contratos de prestación de servicios para contratos por prestación de servicios y/o el formato AF-F-25 Constancia de radicación de cuentas de cobro de suministros y proveedores de servicios.	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el subproceso de tesorería adjunta: - Una muestra aleatoria de Constancias de radicación de cuentas de cobro suministros y proveedores de servicios formato AF-F-25 así: 11 radicados septiembre, 10 radicados de octubre, 10 radicados de noviembre, 11 radicados del mes de Diciembre.</p> <p>No se evidencia soporte de constancia de radicación de cuentas de cobro y facturas de contratos de prestación de servicios AF-F-24</p> <p>La radicación de las cuentas no garantiza que se esté dando cumplimiento al respectivo pago. Se sugiere adicionar como soporte una muestra del respectivo pago.</p> <p><b>Se evidencia que el control de radicación se está efectuando no obstante, la evidencia aportada resulta insuficiente para dar seguimiento adecuado y verificar el pago oportuno de las cuentas radicadas.</b></p>
Tesorería	AF-RS-02	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias y económicas por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para efectuar un doble pago al mismo contratista.	El profesional de tesorería y/o el tecnólogo administrativo una vez se radica la cuenta validan que estas cumplan con los requisitos establecidos en el AF-PR-44 procedimiento Tramite de cuentas, según sea el caso se diligencia el formato AF-F-24 Constancia de radicación de cuentas de cobro y facturas de contratos de prestación de servicios para contratos por prestación de servicios y/o el formato AF-F-25 Constancia de radicación de cuentas de cobro de suministros y proveedores de servicios.	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el subproceso de tesorería adjunta: - Una selección aleatoria de Constancias de radicación de cuentas de cobro y facturas de contratos de prestación de servicios formato AF-F-25 así: 11 radicados septiembre, 10 radicados de octubre, 10 radicados de noviembre, 11 radicados del mes de Diciembre.</p> <p>No se evidencia soporte de constancia de radicación de cuentas de cobro de suministros y proveedores de servicios AF-F-24</p> <p>Se recomienda revisar y/o ajustar el control teniendo en cuenta que los soportes de evidencia no están articulados a las actividades del procedimiento AF-PR-44, lo cual impide evaluar la efectividad del control. Adicionalmente la radicación de las cuentas, por sí sola, no constituye evidencia suficiente para verificar que no se estén realizando pagos dobles.</p> <p><b>Se evidencia que el control de radicación se está efectuando no obstante, la evidencia aportada resulta insuficiente para dar seguimiento adecuado y verificar pagos dobles de las cuentas radicadas.</b></p>
Gestión de suministros y activos fijos	A-RC-01	Posibilidad de incumplimiento de necesidades de la entidad debido al favorecimiento por la aceptación	El líder de gestión de suministros y activos fijos según la necesidad verifica el cumplimiento contractual frente a las especificaciones técnicas de los bienes e insumos a ingresar, genera informe mensual de ingreso y egresos a contabilidad	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025: El líder de almacén presenta evidencias en cumplimiento del procedimiento A-PR-01 Ingreso de Mercancías a través de facturas y certificaciones de recibido a satisfacción (Factura , comprobantes de egreso, Certificación de recibido a satisfacción, informe mensual de ingreso y egresos a contabilidad del

		de bienes e insumos que no cumplan lo establecido contractualmente.	según lo establecido en el procedimiento A-PR-01 Ingreso de Mercancías a través de facturas y certificaciones de recibido a satisfacción	periodo evaluado) lo que permite corroborar que hay coincidencia entre la certificación de recibido a satisfacción, la factura y el comprobante de ingreso)  <b>Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Gestión de suministros y activos fijos	A-RC-02	Posible detrimento patrimonial por uso indebido de los bienes de consumo favorecimiento un tercero.	El técnico administrativo de gestión de suministros y activos fijos encargado del módulo de activos del sistema de información recibe las solicitudes de los procesos por sistema y/o por medio del A-F-01 Formato de solicitud de insumos - Almacén, genera la salida de almacén a través del comprobante de egreso, el cual es analizado y aprobado por el coordinador de gestión de suministros y activos fijos, el comprobante se entrega a los técnicos encargados de llevar el suministro a cada área de acuerdo a lo descrito en el A-PR-15 Procedimiento de solicitud insumos.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025,, el técnico administrativo del almacén adjunta los siguientes soportes : Muestra Solicitud de pedido de insumos de consumo realizado por SERVIINTE de los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre), A-F-01 Formato de solicitud de insumos - Almacén, Comprobante de egreso Servirte/ módulo de activos Solicitud de pedido de insumos de consumo realizado por SERVIINTE, Comprobante de egreso Servirte/ módulo de activos del periodo evaluado lo cual permite observar la adecuada aplicación del control.  <b>Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Gestión de contratación	C-RC-01	<b>Etapas de Selección:</b> Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias, penales y fiscales debido a la vulneración a principios de la contratación pública a favor de un tercero en la selección del contratista	El coordinador de contratación según necesidad da aplicación a lo descrito en resolución vigente (res.376 del 2024) donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.014 de 2024, según cada modalidad de selección contractual, frente a los requisitos allí señalados para la selección de contratistas.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, El responsable del control adjunta: 1. Excel matriz procesos contractuales del tercer cuatrimestre de 2025 2. Links de publicación en el SECOPI 3. Evaluación del contratista (10) 4. Respuesta a observaciones (9) 5. Acta de cierre del proceso (5) 6. Propuesta oferente (9) 7. Estudios previos y demás soportes asociados a la etapa precontractual. (4) 8. C-F-31 Evaluación técnica Definitiva (5) 9. C-F-29 informe evaluación jurídica definitiva: muestra (5)  <b>Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024, no por el acuerdo 014 de 2014</b>  Se evidencia la adecuada aplicación del control, teniendo en cuenta que el coordinador de contratación según modalidad de selección contractual, frente a los requisitos para la selección de contratistas adjunta los soportes establecidos  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>

Gestión de contratación			La secretaria técnica del comité de contratación según necesidad, para el caso de convocatoria pública, documenta a través de actas, el estudio del proceso y la selección del contratista.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025 el responsable del control adjunta las siguientes soportes de la ejecución del control: muestras <b>(2) Actas de comité de contratación realizadas de julio y agosto</b>  <b>Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Gestión de contratación	C-RC-02	<b>Etapas de Ejecución:</b> Posibilidad de investigaciones de carácter penal debido al favorecimiento a un tercero en la aceptación de bienes y/o servicios que no cumplan con las condiciones técnicas exigidas y/o las actividades del objeto contractual	El supervisor o interventor de contrato de suministros a necesidad revisa y avala cada uno de los elementos que ingresan a la entidad, dejando registro en el formato C-F-04 informe de supervisor con el fin de que cumplan con criterios de calidad conforme al objeto contractual dando cumplimiento al Manual de supervisión e interventoría.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, El responsable del control adjunta: Listado de contratos del periodo evaluado y muestra (8) C-F-04 Formato informe de supervisor, documentos que permiten evidenciar que el supervisor o interventor de contrato de suministros a necesidad revisa y avala cada uno de los elementos que ingresan a la entidad.  <b>Se evidencia que el control está asociado al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Gestión de contratación	C-RS-01	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias, penales y fiscales en la etapa de selección por recibir dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros para emitir resultados de las evaluaciones distintos a la realidad, en contratos de convocatoria pública y requerimientos.	El coordinador de contratación, con los intervinientes realizan las evaluaciones (jurídica, técnica) cuando se trate de convocatorias públicas dando aplicabilidad a la resolución 376 del 2024 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No 014 de 2024, según cada modalidad de selección contractual, frente a los requisitos allí señalados para la selección de contratistas., evaluación consignada en el formato CF-30 Informe Evaluación Jurídica Preliminar, CF-31 Evaluación técnica Definitiva.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta los siguientes formatos: 1. Listado de contratos de convocatoria pública y requerimientos, publicados en SECOP y página WEB, evaluación de los contratistas. ( 2 convocatorias y 9 requerimientos) 2. C-F-30 Informe Evaluación Jurídica Preliminar (7) 3. C-F-31 Evaluación técnica Definitiva (9) <b>Se recomienda ajustar control teniendo en cuenta que el Manual de contratación fue actualizado Resolución 376 de 2024, no por el acuerdo 014 de 2014</b>  <b>Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Gestión de contratación			La secretaria técnica del comité de contratación según necesidad, para el caso de convocatoria pública, documenta a través de actas, el estudio del proceso y la selección del contratista.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025 el responsable del control adjunta las siguientes soportes de la ejecución del control: <b>(18) Actas de comité de contratación</b> realizadas en el periodo evaluado lo que permite evidenciar que la secretaria técnica del comité de contratación según necesidad, para el caso de convocatoria pública, documenta a través de actas.  <b>Se evidencia que el control apunta al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Gestión de contratación	C-RS-02	Posibilidad de investigaciones de carácter penal en la etapa de ejecución por recibir dádivas o	El supervisor que sea designado según la necesidad de los contratos aplica el formato C-F-04 informe de supervisión, donde certifica el cumplimiento de las obligaciones contractuales	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, El responsable del control adjunta: 1. Listado de contratos 2. PDF Formatos C-F-04 informe de supervisión del periodo evaluado,(muestra de los contratos 9) documentos que permiten evidenciar que el

		beneficios a nombre propio o de terceros en la aceptación de bienes y/o servicios que no cumplan con las condiciones técnicas exigidas y/o las actividades del objeto contractual.		supervisor o interventor de contrato de suministros a necesidad revisa y avala cada uno de los elementos que ingresan a la entidad  <b>Se evidencia que el proceso lleva un control y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b>
Gestión documental	GD-RC-01	Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias y punitivas por utilización indebida y sustracción de la información física por parte del personal de la entidad	El personal de gestión documental cada vez que se requiera, verifica la competencia y cumplimiento de los pasos a seguir para consulta y préstamo de documentos en cumplimiento del procedimiento GD-PR-15 CONSULTA Y PRESTAMO DE DOCUMENTOS y realiza trazabilidad mediante los formatos GD-F-01 FICHA REGISTRO PARA CONSULTA O PRESTAMO DOCUMENTOS, el Formato GD-F-20 FICHA REGISTRO PARA CONSULTA O PRESTAMO DOCUMENTOS ARCHIVOS DE GESTIÓN y el formato GD-F-12 TESTIGO DOCUMENTAL PRESTAMOS ARCHIVO CENTRAL.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta los siguientes formatos: GD- F-01 FICHA REGISTRO PARA CONSULTA O PRÉSTAMO DOCUMENTOS correspondientes a septiembre, octubre, noviembre y diciembre) se encuentra en versión 3, Formato GD-F-20 FICHA REGISTRO PARA CONSULTA O PRÉSTAMO DOCUMENTOS ARCHIVOS DE GESTIÓN en versión 3, GD-F-12 TESTIGO DOCUMENTAL PRESTAMOS ARCHIVO CENTRAL versión 3 del periodo evaluado, lo que permite evidenciar que el personal de gestión documental cada vez que se requiera, verifica la competencia y cumplimiento de los pasos a seguir para consulta y préstamo de documentos  <b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b>
Gestión documental			El personal de Gestión documental una vez se requiera, verifica la solicitud y ejecuta los pasos a seguir para el préstamo y consulta de historias clínicas en cumplimiento del procedimiento GD-PR-24 Solicitud de historia clínica en consulta externa e internación, articulado al formato GD-F-32 Solicitud de copia de historia clínica y GD-F-34 Relación de solicitudes de copia de historia clínica.  <b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b>	
Tecnologías de la información	S-RC-01	Posibilidad de pérdida de recursos e imagen institucional debido a la alteración de la información registrada en los sistemas de información por parte de uno o más colaboradores del proceso en	El profesional de Tecnologías de la Información genera los datos del sistema de información Servite Clínica Suite Enterprise de acuerdo con el instructivo reporte de 2193 Ministerio de Salud 6.0.  Los datos generados del sistema son publicados en archivo de Excel en la ruta:\\HSRTUNCLU\Estadísticas\Estadísticas\ para revisión y uso de la información por los diferentes procesos del hospital, mediante la protección contra escritura del archivo publicado y con permisos	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta informe de las Evidencias de Reporte Mensual Decreto 2193 correspondientes a los meses de septiembre, octubre y noviembre del presente año, pendiente mes de diciembre no se encuentra incluido, toda vez que, conforme a los lineamientos establecidos, dicho reporte debe remitirse dentro de los primeros veinte (20) días calendario del mes siguiente.  <b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b>

		favorecimiento de un tercero.	de acceso a las procesos directamente implicadas.	
Tecnologías de la información			El profesional de Tecnologías de la Información recibe la solicitud a través de la mesa de servicios GLPI con el formato S-F-39 Gestión de usuarios a sistemas de información TI, cuando se requiera de acuerdo a lo establecido en el procedimiento para la gestión de usuarios a sistemas de información S-PR-13 y de acuerdo a lo contenido en el manual de Políticas de seguridad de la información S-M-02 en su apartado gestión de usuarios.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta formatos: CÓDIGO S-F-39 CON NOMBRE GESTIÓN DE ACCESO A SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y/O PLATAFORMAS INSTITUCIONALES con 217 reportes de creación y 10 reportes de inactivación, correspondientes al periodo evaluado.  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Tecnologías de la información			El tecnólogo y/o profesional de Tecnologías de la Información cuando se requiera crea el usuario en el directorio activo según lo establecido en el procedimiento S-PR-12 Gestión y administración de directorio activo y lo registra en el formato S-F-65 Seguimiento gestión de usuarios servicios de TI.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el líder del proceso adjunta formato S-F-65 Seguimiento gestión de usuarios servicios de TI. Correspondiente al periodo evaluado, el formato aportado no cuenta con encabezado, y no cuenta con todos los ítem establecidos en el sistema de información ALMERA (SERVINTE CLINICOS, SERVINTE ADMINISTRATIVO, SISTEMA INVENTARIOS Y MANTTO, ORFEO, PLATAFORMA VIRTUAL, SCHEDULING, ENTERPRISE, MESA DE SERVICIOS, 3CX, SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, EQUIPO DE TECNOLOGÍA, CORREO ELECTRONICO. Es importante aclarar que el procedimiento S-PR-12 Gestión y administración de directorio activo, describe en su alcance ( Este procedimiento aplica para todos los usuarios con acceso a los recursos de la red de datos de la ESE)  <b>Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, no están diligenciados completamente los formatos establecido</b>
Tecnologías de la información	S-RC-02	Posibilidad de sanciones administrativas y disciplinarias por uso indebido de la información para obtener un beneficio particular.	Los profesionales de Tecnologías de la información identifican los usuarios activos en los sistemas de información que presentan inactividad superior a 3 meses en el sistema de información SERVINTE, de manera trimestral se gestiona en el formato S-F-65 Seguimiento gestión de usuarios servicios de TI de SCSE de SERVINTE clínica suite Enterprise.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el líder del proceso adjunta los siguientes soportes: S-F-65 Seguimiento gestión de usuarios servicios de TI. Correspondiente al periodo evaluado, sin embargo al verificar el formato se evidencia modificación del mismo ingresando información al inicio del formato  <b>Se evidencia que el proceso aplica el control pero no de manera adecuada, modifican el formatos establecido</b>

Tecnologías de la información	S-RO-01	Posibilidad investigaciones, sanciones administrativas, disciplinarias y detrimento patrimonial por ataques cibernéticos que modifiquen la información guardada para obtener beneficio particular.	El profesional TI mantiene vigente y realiza supervisión mensual del contrato para la interconexión de las sedes con FIREWALL que disminuye la posibilidad de controlar las amenazas y/o ataques perimetrales a la red de datos a través del C-F-04 Informe de supervisión	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta los siguientes formatos : Contrato 374 de 2025 interconexión de las sedes principal y sedes adscritas y muestra de formatos C-F-04 Informe de supervisión del tercer cuatrimestre de 2025 , informes Empresa COLOMBIA MAS TV lo cual permite evidenciar que el supervisor realiza mensualmente seguimiento a los contratos de mantenimiento de los sistemas de información  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Gestión de la tecnología biomédica	IB-RC-01	Posibilidad detrimento patrimonial por adquisición de equipos médicos de baja calidad debido al favorecimiento en la emisión de conceptos	El coordinador de Gestión de la Tecnología Biomédica cada vez que los servicios misionales generan una necesidad a través del formato IB-F-10 SOLICITUD DE TECNOLOGÍAS que se encuentra articulado al documento IB-M-03 MANUAL DE GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS, recepciona y revisa las solicitudes de tecnologías realizadas. En este se cuenta con apartado 2 donde el personal asistencial consigna las características técnicas mínimas que requieren para dar cumplimiento y solución a su necesidad, especificaciones que eventualmente serán parte del estudio previo.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el líder del proceso adjunta soportes IB-F-10 SOLICITUD DE TECNOLOGÍAS, como evidencia de la solicitud de necesidades de los servicios misionales entre los cuales se evidencia la utilización de versión 4 con fecha 14/07/2025, lo cual permite observar que cada vez que los servicios misionales generan una necesidad a través de este formato se recepcionan y revisan las solicitudes.  <b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b>
Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento	IB-RC-01	técnicos y certificaciones en la contratación asociada a la adquisición de equipos médicos, con beneficio lucrativo propio.	El coordinador de Gestión de la Tecnología Biomédica formula el estudio de conveniencia y oportunidad de acuerdo con la modalidad de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en Resolución 376 de 2024 por la cual se adopta el Manual de Contratación. Por medio del formato C-F-51 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD, el cual establece y consigna los requisitos técnicos de los equipos y bienes a adquirir, así como las condiciones generales del mismo.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el líder del proceso adjunta muestra de 3 Formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva, contrato, anexo técnico, especificaciones técnicas y servicios posventa. (Eco AMAREY INCUBADORAS, EQUITRONIC, AMAREY MONITORES) ),lo que permite observar que el líder de Biomédica, basado en la oferta de tecnologías del mercado realiza el análisis de especificaciones técnicas conforme a la necesidad del Hospital  <b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b>

<p>Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento</p>			<p>El coordinador de Gestión de la Tecnología Biomédica, en la medida que se inicie un proceso contractual y toda vez que sean recibidas las ofertas de tecnologías, se procede a realizar el análisis de especificaciones técnicas conforme a los términos de referencia definitivos, de tal manera que se evalúe el cumplimiento de cada oferta frente a lo solicitado, por medio del formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva.</p>	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, El coordinador de Gestión de la Tecnología Biomédica, adjunta Formato C-F-31 Evaluación Técnica Definitiva y formato C-F-52 (TERMINOS DE REFERENCIA ADQUISICION DE MESAS DE CIRUGIA Y ADQUISICION DE INCUBADORAS)</p> <p>Se recomienda ajustar el control y los soportes incluyendo el formato C-F-32 Evaluación técnica definitiva , SEGUIMIENTO ANTERIOR</p> <p><b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y pero los documentos soporte no se encuentran acorde con el diseño del mismo, se recomienda ajustar el control</b></p>
<p>Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento</p>			<p>El coordinador de Gestión de la Tecnología Biomédica, conforme a lo solicitado en los Términos de Referencia Definitivos, verifica el cumplimiento de las especificaciones técnicas de la tecnología adquirida a través del formato IB-F-01 RECEPCIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVA DE TECNOLOGÍAS, formato que se encuentra articulado al procedimiento IB-PR-09 Análisis de Ingreso de nuevas Tecnologías</p>	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, El coordinador de Gestión de la Tecnología Biomédica, adjunta muestra 19 formato IB-F-01 RECEPCIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVA DE TECNOLOGÍAS, del periodo evaluado</p> <p><b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b></p>
<p>Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento</p>	<p>IB-RF-01</p>	<p>Posible afectación del servicio, investigaciones y sanciones disciplinarias por uso indebido y/o pérdida de equipos biomédicos por intereses personales</p>	<p>El tecnólogo biomédico de Gestión de la Tecnología Biomédica realiza actualización y seguimiento de inventarios de las tecnologías biomédicas de la institución con frecuencia anual por medio del formato A-F-16 Acta inicio inventario</p>	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, El tecnólogo biomédico del proceso adjunta Soporte de inventario y formato A-F-16 Acta de apertura del inventario que se realizada el 23 de diciembre del 2025, a un total de 430 ítem por un valor de \$1298,453</p> <p>Con el objetivo de garantizar un control efectivo sobre el uso de los equipos biomédicos, se sugiere modificar la periodicidad del seguimiento. Dado que el inventario anual es insuficiente, se recomienda ajustar el control incluyendo un esquema de verificaciones aleatorias constantes.</p> <p><b>Se evidencia que el control no se está bien diseñado adicionalmente la evidencias aportadas no permiten evaluar la efectividad de control</b></p>

Gestión ambiente físico	GRF-RC-01	Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada a la adquisición, mantenimiento de infraestructura hospitalaria y equipo industrial.	Según necesidad El líder de mantenimiento emite el estudio previo de conveniencia y oportunidad de acuerdo al tipo de contratación y según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta lo establecido en resolución 173 de 2023 donde se adopta el manual de contratación por acuerdo No.11 de 2019 en donde están los requisitos mediante el formato C-F-28	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, El responsable del control adjunta: Muestra de (2) formatos C-F-51 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD, (MANTENIMIENTO CORRECTIVO A LA INFRAESTRUCTURA DEL AUDITORIO PRINCIPAL Y CAMBIO TECHO PASILLO ADMINISTRATIVO SEGUNDO PISO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A LLAMADOS DE ENFERMERIA DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA) no se observa aporte formato C-F-28 Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad.</p> <p><b>Se recomienda ajustar el control teniendo en cuenta que la resolución cambio por la Resolución 376 de 2024, adicionalmente se sugiere incluir el formato C-F-51 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD</b></p> <p><b>Se califica moderado , teniendo en cuenta que las evidencias no coinciden con lo relacionado en el control y los soportes del mismo</b></p>
Gestión ambiente físico			Según la necesidad el líder de mantenimiento basado en las especificaciones técnicas y las ofertas presentadas por los proveedores emite el Concepto Técnico a través del formato C-F-31 Evaluación técnica Definitiva	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el responsable del control adjunta: muestra de formato Evaluación Técnica definitiva C-F-51 y propuestas (2) <b>lo cual permite evidenciar que no aportan soportes Evaluación Técnica definitiva C-F-31 2. Especificaciones Técnicas</b></p> <p><b>Se recomienda ajustar el control teniendo en cuenta que la resolución cambio por la Resolución 376 de 2024, adicionalmente se sugiere incluir el formato C-F-51 ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD</b></p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>
Facturación	AF-RC-03	Posibilidad de pérdida de recursos económicos de la institución por no facturar servicios prestados por particulares	El analista principal diariamente verifica que los egresos generados estén efectivamente facturados, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento F-PR-15 Auditoría administrativa, a través del formato F-F-17 Control de evidencias por facturación revisada	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025 se aporta como evidencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soportes de Formato F-F-17 Control de evidencias por facturación revisada de Julio a diciembre de 2025</li> <li>2. Actas de socialización de inconsistencias encontradas y planes de mejora a implementar, del periodo evaluado</li> </ol> <p><b>Se evidencia que el control contribuye a la mitigación del riesgo, es efectivo por y se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>

Cartera	AF-RC-04	Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de cartera puedan ser objeto de concusión en sus funciones, por parte de los responsables de pago	El líder de cartera y técnico de cartera dan el trámite respectivo de manera mensual para el proceso administrativo de cobro según corresponda a cobro persuasivo en el formato CAR-F-17 Lista de chequeo seguimiento a cobro persuasivos, cobro perjudico en el formato CAR-F-15 "Lista de chequeo seguimiento a cobro persuasivos, y en el formato CAR-F-16 Lista de chequeo verificación y seguimientos a pagares de acuerdo a necesidad conforme a lo descrito en el Procedimiento CAR-PR-12 Proceso de Cobro y Procedimiento CAR-PR-06 Recaudo Pagares.	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el responsable del proceso aporta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Base de datos de pagarés registrada en el formato CAR-F-16 Lista de chequeo, verificación y seguimientos a pagares e informe trimestral de estado de pagarés presentado en el comité de cartera del mes de mayo y junio. Actas de comité de cartera de los meses de junio a noviembre de 2025 en donde se puede observar el informe mensual de cartera.</li> <li>2. CAR-F-17 LISTA DE CHEQUEO SEGUIMIENTO A COBRO PERSUASIVOS 50%, radicados hasta agosto de 2025.</li> <li>3. CAR-F-15 Lista de chequeo seguimiento a cobros persuasivos, se presenta actualizado al mes de diciembre de 2025. <b>La versión del formato utilizado no es la vigente.</b> No se observan cobros pre jurídico del periodo reportado.</li> <li>4. CAR-F-16 Lista de chequeo verificación y seguimiento a pagares desde el año 2006 incluso hasta el año 2025.</li> </ol> <p>El control implementado permite realizar una trazabilidad de los cobros. Además, en los comités de cartera mensuales se presenta el detalle de la cartera por entidad, lo que facilita a los diferentes miembros del comité identificar oportunamente cualquier irregularidad.</p> <p><b>La calificación del control es moderada debido a que la versión utilizada del formato CAR-F-15 no es la vigente.</b></p> <p><b>Se evidencia que el control contribuye a la mitigación del riesgo y se recomienda continuar con la implementación del control y manejar la versión actual de formato car-f-15.</b></p>
Auditoría	AF-RS-03	Posibilidad de pérdida recursos económicos de la entidad y/o investigaciones y sanciones disciplinarias por recibir dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros por aceptación de glosas a favor de las entidades responsables de pago	El Coordinador del proceso, auditores (Externo y de la ESE) y técnico de cuentas médicas, según necesidad levantan acta de reunión de análisis conjunto con las ERP con las cuales existen glosas reiteradas según lo establecido en el procedimiento AM-PR-03 Acta de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones, medido a través del indicador 546 Aceptación de glosa de la vigencia con una meta establecida	<p>Con corte al tercer cuatrimestre de 2025 el responsable del control aporta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantallazos de PDF de actas de conciliación a septiembre (18 actas), Octubre (25), noviembre (21) y Diciembre (21) en formatos AM-F-02 Acta de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones.</li> <li>2. Muestra aleatoria de 4 actas de levantamiento y/o aceptación de glosas y devoluciones.</li> <li>3. Indicador mensual 546 Aceptación de glosa de la vigencia con cargue a noviembre de 2025, con cumplimiento de meta.</li> <li>4. Informe III trimestre de análisis de aceptación de glosa y presentación de informe de glosas en comité de cartera.</li> </ol> <p><b>Se evidencia que el control contribuye a la mitigación del riesgo, es efectivo y se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>

Cartera	AF-RS-04	Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de cartería pueden recibir dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago.	El técnico de cartería mensualmente realiza la gestión para los cobros persuasivos registrándolo en el formato CAR-F-14 Matriz general de cartería por entidad de acuerdo al procedimiento del CAR-PR-12, trimestralmente se dejan los saldos globales en comité de cartería.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta los siguientes Documentos: *Formato CAR-F-14 Matriz general de cartería por entidad, por cada entidad responsable de pago. *Actas de comité de cartería del mes de Julio a Diciembre 2025, correspondientes al periodo evaluado, lo cual permite evidenciar que mensualmente se realiza la gestión  <b>Se evidencia que el control contribuye a la mitigación del riesgo, es efectivo y se recomienda continuar con la implementación del control.</b>
Cartera	AF-RS-05	Posibilidad de pérdida de recursos debido a que los funcionarios de cartería puedan ser objeto de concusión en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago	El técnico de cartería mensualmente realiza cobro de pagarés aplicando el formato CAR-F-16 lista de chequeo verificación y seguimiento a pagarés teniendo en cuenta el procedimiento del CAR-PR-12 Proceso de cobro el cual indica que mensualmente se socializa en comité de cartería.	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta los siguientes formatos: Formatos CAR-F-16 " lista de chequeo verificación y seguimiento a pagarés" y Acta de comité mensual de cartería de los meses de julio a diciembre de 2025.  Se recomienda No cambiar las fechas de la versión del formato CAR-F-16  <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo.</b>
Gestión comercial	AC-RS-01	Posibilidad de recibir cualquier dádiva o beneficio para celebrar acuerdos de voluntades con determinadas personas jurídicas sin que cumpla con los requisitos mínimos para su selección ley 1438 de 2011 y decreto 441 de 2022	El coordinador y profesional de apoyo de la oficina comercial, verifican que se den cumplimiento de los requisitos de la normatividad vigente ley 1438 de 2011 y decreto 441 de 2022, sus anexos técnicos en el momento de suscribir el acuerdo de voluntades articulado con el procedimiento AC-PR-01 Venta de servicios de salud a los diferentes clientes	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025 el coordinador y profesional de apoyo de la oficina comercial adjunta Acuerdo de voluntades con SANITAS y sus respectivos anexos técnicos, del periodo evaluado.  <b>Se evidencia que el proceso lleva un control efectivo y que los documentos soporte, se encuentran acorde con el diseño del mismo, evitando la materialización del riesgo.</b>
Control interno	OACI-RC-01	Posibilidad de sanciones, pérdida de credibilidad y confiabilidad en los informes de control interno por manipulación en la gestión de las auditorías con el fin de beneficiar o desfavorecer a un proceso y/o subproceso de la entidad.	El asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoría OACI-F-02 y cuando se presente para su aprobación el Plan de trabajo de la Auditoría, verificará la suscripción de la declaración de conocimiento código de Ética del Auditor Interno y la suscripción de la carta de Representación de la veracidad de la información según lo establecido Manual de auditoría OACI-M-01, a través del Anexo 1 Declaración de Conocimiento código de Ética de la Auditoría Interna y la carta de representación de veracidad y oportunidad de la información OACI-F-06	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta los siguientes formatos :Plan Anual de auditoría OACI-F-02 vigencia 2025, con sus respectivos anexos: Declaración de Conocimiento código de Ética de la Auditoría Interna Anexo 1 Código de Ética, Carta de representación de veracidad de la información OACI-F-06 ,Formato OACI-F-15 Compromiso de confidencialidad del Auditor , correspondientes a las auditorías programadas para el primer cuatrimestre las cuales relaciono a continuación: (Cartera, contratación , docencia y TIC). Los documentos que soportan el control se encuentran acorde con el diseño de control.  <b>Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con</b>

			la implementación del control.
Control interno		El asesor de la oficina de Control Interno según Plan Anual de auditoria OACI-F-02 Verifica el grado de conformidad y cumplimiento frente a las disposiciones planificadas por la institución y los requisitos aplicables a éstos, según lo establecido en el procedimiento Realización de auditorías internas OACI-PR-02, mediante el formato OACI-F-04 Plan de auditoria OACI-F-04 Informe Final de Auditoria OACI-F-16	Con corte al tercer cuatrimestre de 2025, el proceso adjunta los siguientes formatos : Plan de auditoria OACI-F-04 vigencia 2025 (Cartera, contratación , docencia y TIC) a su vez aportan sus respectivos Informe final de Auditoria OACI-F-16  <b>Se evidencia que el control es efectivo, le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, se recomienda continuar con la implementación del control.</b>

31

Fuente: Mapa de riesgos SICOFS OADS-F-14

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

Las observaciones generadas para los controles de los riesgos, se realizan teniendo en cuenta lo establecido para el diseño de controles, el control debe contener en su redacción un responsable, una acción y complemento claro, que, de acuerdo con lo señalado por la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 7 del DAFP, se refiere a:

**Responsable de ejecutar el control:** identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad  
**La acción,** se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control".  
**El complemento,** corresponde a los detalles que permiten identificar claramente divulgar el objeto del control".

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

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

**Tabla No 8 Calificación controles OACI**

CALIFICACIÓN FINAL DEL CONTROL	No. Controles	Porcentaje (%)
FUERTE	44	77%
MODERADO	12	21%
DEBIL	0	0%
N/A	1	2%

32

Fuente. Propia insumo Seguimiento tercera línea

Como se puede observar en la anterior tabla de los 57 controles evaluados y verificados se observó que un 77% están clasificados como Fuertes, lo que indica que se han desarrollado de la forma en que se formularon, por quien se delegó como responsable y con las evidencias mencionadas en la matriz de riesgos; un 21% están clasificados como moderados lo que indica en la mayoría de veces que los documentos que soportan el control NO se encuentran acorde con el diseño del mismo, aportan las evidencias en formatos desactualizados (obsoletos) y/o incompletas, un 2% no se evaluaron en este periodo.

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

**Tabla No 9 comparativo calificación controles – OACI**

Proceso	Código del Riesgo	CALIFICACIÓN SEGUNDA LÍNEA	CALIFICACIÓN TERCERA LIONESA OACI
INVESTIGACION	INV-RO-01	FUERTE	MODERADO
SIAU	SIAU-RS-01	MODERADO	MODERADO
GESTION FARMACEUTICA	SF-RF-01	MODERADO	MODERADO
GESTIÓN JURIDICA	OAJ-RC-01	FUERTE	MODERADO
GESTION FINANCIERA/TESORERIA	AF-RS-01	FUERTE	MODERADO
GESTION FINANCIERA/TESORERIA	AF-RS-02	FUERTE	MODERADO
GESTION DE LA INFORMACIÓN	S-RC-01	FUERTE	MODERADO
GESTION DE LA INFORMACIÓN	S-RC-02	MODERADO	MODERADO
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	IB-RF-01	FUERTE	MODERADO
GESTIÓN DE AMBIENTE FISICO	GRF-RC-01	FUERTE	MODERADO
CARTERA	AF-RC-04	MODERADO	MODERADO

Fuente. Propia insumo Seguimiento tercera línea

## CONCLUSIONES

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

- El mapa de riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno al corte del 31 de diciembre de 2025, está conformado por cuarenta (40) riesgos, 24 corresponden a corrupción, 3 fraude, 4 opacidad y 9 de soborno, los cuales tienen definidos un total de (57) cincuenta y siete controles
- Se evidenció que el seguimiento por parte de la primera línea de defensa de los procesos, lo realizan la totalidad de los subprocesos que tiene identificados riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno, lo cual permite observar una mayor adherencia al autocontrol por parte de la primera línea de defensa, respecto a lo identificado los cuatrimestres anteriores.
- De acuerdo con la información que reportó la primera línea de defensa en la matriz de riesgos de corrupción con corte al 31 de diciembre de 2025, monitoreo realizado por la segunda línea y el seguimiento realizado por la tercera línea, se concluyó que, para el segundo cuatrimestre del año, no se presentó materialización de riesgos de corrupción.
- De los 40 riesgos SICOFS identificados, en zona inherente dos (2) riesgos se encuentran ubicados en zona extrema, veintiocho (28) en zona Alta, diez (10) en zona moderada y Mediante el establecimiento y valoración de controles, se evidencia una disminución de la zona Extrema y Alto a nivel moderado
- Se concluye que después de la evaluación independiente realizada por la Oficina asesora de control interno se replantea la calificación final de los controles realizada por la segunda línea de defensa, pasando de un 91% a un 77% los controles caracterizados como fuerte, para el caso de los controles caracterizados como moderados pasando de un 7% a un 21% y para este cuatrimestre no se puede verificar la aplicación de un control



## ALERTAS DE MEJORA

- La Oficina asesora de control interno verifico, que los sub procesos diligencien el formato OADS-F-36 Seguimiento y Autocontrol Gestión de Riesgos en ALMERA , como resultado de este seguimiento se evidencio que 24 sub procesos diligenciaron el formato, pero al verificar al interior del documento no se evidencia análisis por parte del líder de la aplicación de las acciones de seguimiento, por tal razón se recomienda a la segunda línea ajustar este formato incluyendo el análisis de los resultado de los controles realizado por el líder del proceso.
- Se recomienda ajustar los controles que en su contenido citan el manual de contratación lo anterior teniendo en cuenta que la actualización de este Manual se realizó por medio de la resolución 376 de 2024, no por acuerdo 014 de 2014. Es importante que se describa solamente normatividad vigente, con el fin de no modificar el control cada vez que cambie esta. **REITERATIVO**
- Se recomienda al proceso de Talento humano, ajustar el control asociado al riesgo TH-RC-01, teniendo en cuenta que el procedimiento TH-PR-05 procedimiento de verificación, manejo y control y custodia de historias laborales, no aplica para la selección de personal contratista que es el ( TH-PR-47 validación hojas de vida contratistas) **REITERATIVO**
- Se recomienda al proceso Gestión Jurídica, actualizar el procedimiento OAJ-PR-05 PROCESOS ADMINISTRATIVOS, teniendo en cuenta que no se encuentra articulado el formato OAJ-F-18 Matriz General de procesos, documento que permite evidenciar la aplicación del control. **REITERATIVO**
- Se recomienda al proceso Sistema de información y atención al usuario (SIAU), utilizar los formatos como se encuentran documentados, si es el caso solicitar la modificación e incluir las columnas necesarias para su adecuada aplicación.
- Se recomienda al proceso Gestión financiera/tesorería ajustar el control asociado y los soportes de evidencias del riesgo AF-RS-01 "Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias y económicas por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para agilizar o demorar el pago", esto teniendo en cuenta que la evidencia aportada resulta insuficiente para dar seguimiento adecuado y verificar el pago oportuno de las cuentas radicadas, se sugiere adicionar como soporte una muestra del respectivo pago.
- Se recomienda al proceso Gestión financiera/tesorería revisar y ajustar el control asociado del riesgo AF-RS-02 "Posibilidad de investigaciones y sanciones disciplinarias y



económicas por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para efectuar un doble pago al mismo contratista.”, esto teniendo en cuenta que los soportes de evidencia no están articulados a las actividades del procedimiento AF-PR-44, lo cual impide evaluar la efectividad del control. Adicionalmente la radicación de las cuentas, por sí sola, no constituye evidencia suficiente para verificar que no se estén realizando pagos dobles.

- El control del riesgo AF-RO-01 consistente en la validación de interfaces del sistema SERVINTE para asegurar la correcta integración de datos, se está ejecutando. Sin embargo, según informe de financiera, los subprocesos de farmacia, facturación, tesorería, almacén y cartera **no cumplen con los tiempos establecidos**, lo que genera retrasos e inconsistencias en la información financiera. Se sugiere implementar controles específicos en estos subprocesos, incluyendo alertas de tiempo, indicadores de cumplimiento, seguimiento por parte de los responsables entre otros. **REITERATIVO**
- Se recomienda al proceso de Gestión financiera/tesorería, ajustar el control asociado al riesgo AF-RC-01, teniendo en cuenta que citan una resolución que no está vigente (Resolución 048 de 2021), se sugiere enunciar normatividad vigente para estos casos.
- Se recomienda al proceso de Talento humano, ajustar el control asociado al riesgo TH-RC-04, Se recomienda ajustar el control y el soportes incluyendo el formato (TH-F-90 matriz de seguimiento personal de planta) el cual hace parte del procedimiento TH-PR-53 verificación de títulos y es aportado con evidencia por el proceso. **REITERATIVO**
- Con el objetivo de garantizar un control efectivo sobre el uso de los equipos biomédicos, se sugiere modificar la periodicidad del seguimiento. Dado que el inventario anual es insuficiente, se recomienda ajustar el control asociado al riesgo IB-RF-01 “Posible afectación del servicio, investigaciones y sanciones disciplinarias por uso indebido y/o pérdida de equipos biomédicos por intereses personales”, incluyendo un esquema de verificaciones aleatorias constantes.
- Se recomienda al proceso Gestión ambiente físico, ajustar control y soportes del control, asociado al riesgo GRF-RC-01 “Posibilidad de Sanciones administrativas y disciplinarias por Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada a la adquisición, mantenimiento de infraestructura hospitalaria y equipo industrial” incluyendo los formatos necesarios según necesidad de contratación.
- Se evidenció la utilización de formatos desactualizados (cartera) ,algunos documentos no están diligenciados completamente y se encuentran sin firmas (Investigación) formato no articulado al procedimiento (Gestión jurídica) , el formato aportado no cuenta con encabezado, y no cuenta con todos los ítem establecidos en el sistema de información ALMERA (Tecnologías de la información), debilidades en el diligenciamiento de los



formatos relacionadas con la concordancia de fechas y valores entre el soporte,(cartera), modificación del formatos (SIAU), por tal razón se recomienda a la primera y segunda línea de defensa realizar un monitoreo adecuado y dar cumplimiento a lo establecido en la Norma fundamental y la Política de administración de riesgos

- Se recomienda a la segunda línea de defensa (Gestión del riesgo), tener en cuenta las observaciones y recomendaciones, identificadas en los seguimientos realizados a la efectividad de los controles por parte de la tercera línea, garantizando que los controles sean eficaces y eficientes tanto en el diseño como en la operación”, esto teniendo en cuenta que algunas recomendaciones del informe del cuatrimestre anterior no se tuvieron en cuenta. REITERATIVA
- Se recomienda tener en cuenta lo establecido en el PROGRAMA DE GESTIÓN DE RIESGOS OADS-PG-02 “El resultado de la evaluación por la tercera línea de defensa, se toma como insumo para la construcción del mapa de riesgos para la siguiente vigencia,.

36

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

## ANEXO 1. SEGUIMIENTO TERCER CUATRIMESTRE RIESGOS SICOFIS-2025

Cordialmente,

### WILMER LEONARDO PARADA MARQUEZ

Asesor de Control interno  
ESE Hospital San Rafael de Tunja

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



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



8-7405030



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

