

Al contestar cite 202611100018131



Tunja, 31 de Julio del 2026

Doctor

GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZÁLEZ

Gerente

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

Ciudad

 **E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA**
GERENCIA
Revisado por Nancy R.
Hora 4:25 pm Día 31
Mes 07 Año 2026

Ref. Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno – Primer semestre vigencia 2026.

Cordial saludo, doctor:

En cumplimiento de lo establecido en la Ley 1474 de 2011 y el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, me permito socializar el Informe Semestral de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, correspondiente al período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2026.

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

Lo anterior, para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

WILMER LEONARDO PARADA MARQUEZ

Asesor Control Interno

E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Anexo Informe (3 folios)



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



8-7405030

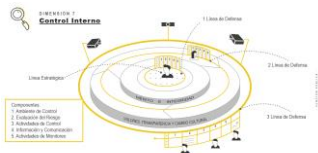


www.hospitalosanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalosanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesportataidambiental.net



Nombre de la Entidad:	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Periodo Evaluado:	Periodo evaluado: 01 de Enero de 2026 al 30 de Junio de 2026



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	90%
---	-----

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	En proceso	La E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta con un conjunto de metodologías, políticas, procedimientos, técnicas, mecanismos administrativos y herramientas de gestión que permiten orientar, controlar y evaluar el desarrollo de sus procesos institucionales, garantizando el uso eficiente, eficaz y transparente de los recursos públicos, así como el cumplimiento de los objetivos estratégicos y de la misión institucional. Estos elementos se encuentran articulados e implementados dentro del Sistema de Control Interno, conforme a lo establecido en la Resolución No. 123 de 2019, mediante la cual se adopta la estructura operativa del Sistema y su integración con el Modelo Estándar de Control Interno (MECI). Dicho modelo se desarrolla a través de sus cinco componentes: Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación, y Actividades de Monitoreo, los cuales constituyen la base para fortalecer la gestión institucional, la administración de los riesgos y la toma de decisiones. Así mismo, la implementación y evaluación permanente de los componentes del Sistema de Control Interno permiten identificar oportunidades de mejora, fortalecer los controles existentes, prevenir la materialización de riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales y contribuir al cumplimiento de los principios de eficiencia, eficacia, economía, transparencia y responsabilidad en la gestión pública. De esta manera, la articulación de los procesos con el MECI favorece una gestión integral orientada al mejoramiento del desempeño institucional, la generación de valor público y el cumplimiento de los fines esenciales de la Entidad.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El Sistema de Control Interno establece las políticas, lineamientos, métodos, procedimientos, mecanismos de control y estrategias para la administración de los riesgos, orientados a proporcionar una seguridad razonable en el cumplimiento de los objetivos institucionales, la protección de los recursos públicos, el cumplimiento del marco normativo y el mejoramiento continuo de la gestión. No obstante, como resultado de la evaluación realizada, se evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento y monitoreo permanente a los procesos institucionales, garantizando la continuidad y sostenibilidad de las acciones implementadas, la efectividad de los controles establecidos y el cierre oportuno de las oportunidades de mejora identificadas. Lo anterior permitirá consolidar una cultura de autocontrol, autorregulación y autogestión, fortalecer la administración de los riesgos y contribuir al logro de las metas institucionales bajo criterios de eficiencia, eficacia, economía y transparencia.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja ha implementado el esquema de Líneas de Defensa como parte de su Sistema de Control Interno, conforme a lo establecido en la Resolución No. 123 de 2019 y en la Política Institucional de Administración del Riesgo. Este esquema define claramente los roles y responsabilidades de los diferentes actores frente a la gestión de los riesgos, el ejercicio de los controles y el seguimiento a la gestión institucional. En este sentido, la Línea Estratégica está conformada por la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, responsables de establecer el direccionamiento estratégico y supervisar la efectividad del Sistema de Control Interno. La Primera Línea de Defensa corresponde a los líderes de proceso, quienes gestionan los riesgos y ejecutan los controles en el desarrollo de sus actividades. La Segunda Línea de Defensa está integrada por la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios, en articulación con la Oficina de Planeación y los responsables de los diferentes sistemas de gestión, entre ellos el Sistema de Gestión Ambiental, el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, la Seguridad Digital y la Seguridad del Paciente, quienes brindan asesoría, acompañamiento y monitoreo a la gestión de los riesgos y controles. Finalmente, la Tercera Línea de Defensa está representada por la Oficina de Control Interno, encargada de realizar la evaluación independiente del Sistema de Control Interno y emitir recomendaciones orientadas a su fortalecimiento y mejoramiento continuo.

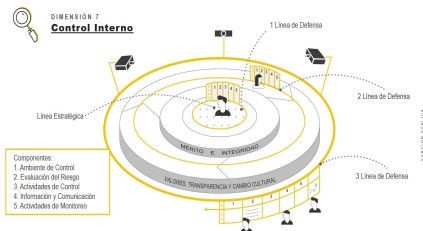
Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control			Con corte al primer semestre de 2026 el Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta con las siguientes fortalezas: *Se ajusta la metodología y reglamenta el proceso de «Control y Monitoreo del Trabajo en Equipo» COMITÉ en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja y se deroga la Resolución No 121 del 01 de abril de 2025» mediante la resolución 016 de 2026. El desempeño y la optimización de los procesos se evalúan bajo el lineamiento PLA-PR 01, estructurando la medición en tres fases sucesivas. La primera se desarrolla internamente en el equipo primario bajo la guía del coordinador, la segunda escala a una revisión entre dicho líder y su jefe inmediato, y la tercera vincula a las jefaturas con la alta dirección. Estas sesiones consolidan su seguimiento mediante los tableros de control de indicadores TUCIP, TUCIT y TUCIE. *El proceso gestión del talento humano realiza seguimiento periódico a la selección de personal y posterior vinculación a través de Contrato de Prestación de Servicios (CPS), personal de planta y en misión, los cuales se reportan en los informes respectivos, los cuales se cargan en la página web institucional. *Se evidencia la aplicación del procedimiento Gestión de Usuarios a Sistemas de Información (S-PR-13), mediante el cual se controla la creación, modificación y desactivación de usuarios y permisos de acceso a los sistemas de información, garantizando que estos sean otorgados conforme a las funciones y responsabilidades de cada colaborador. *Se llevo la política a revisión ante el Comité de Gestión Integral de Riesgos, en el cual se concluyó que no era necesario realizar ajustes a la política, dado que esta continúa siendo pertinente y adecuada, sin identificarse cambios normativos, organizacionales o de contexto que hicieran necesario modificar su contenido, es decir la entidad cuenta con una Política de Gestión Integral de Riesgos, bien diseñada y de acuerdo a las necesidades y realidades de la entidad Se verifican la efectividad de las acciones realizadas por el subproceso, con el propósito de minimizar o reducir a cero las fallas en la captura de información primaria. *Se generaron implemento seguimiento a la puesta en practica y estructuración del código de integridad siguiendo la metodología de Función Pública, así como la designación del responsable. * Se realizo implementaron mecanismos de verificación y seguimiento de los valores institucionales, realizado do a través de ejercicios lúdicos y participativos, campañas de interiorización de los mismo al personal de la entidad, teniendo como evidencia el compromiso de los funcionarios con el horario laboral, una reducción del ausentismo, así como un bajo porcentaje de quejas por parte de los ciudadanos. la entidad impemiento seguimiento al cumplimiento de la Política de Conflicto de Intereses, así mismo al seguimiento del cargue de la evidencia conforme a lo establecido en el plan de trabajo vigente. Se realiza seguimiento a riesgos de corrupción, en el informe el cual con corte al primer semestre de 2026, el cual se genera tendo en cuenta los soportes cargados por lo proceso intervinientes.. * Se realizó seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública, el cual se articula la política de administración de riesgos de la entidad con la nueva guía de administración de riesgos de la Función Pública, en lo referente al Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP, a través del informe en el primer semestre de 2026, mediante la verificación de cada uno de los componentes, como resultado, se emitió el informe correspondiente con sus recomendaciones, en cumplimiento de la normatividad aplicable y del Plan anual de auditoría vigencia 2026. *Se tiene implementada la herramienta Planner cuyo proposito es verificar el cumplimiento de los reportes, por parte del proceso. Se recomienda generar alertas tempranas que permitan anticipar posibles incumplimientos y evitar la presentación de reportes extemporáneos Se evalúa la estructura de control a partir de los cambios en procesos, procedimientos, u otras herramientas, a fin de garantizar su adecuada formulación y afectación frente a la gestión del riesgo.		Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja,segundo semestre 2025. * Se verifican la efectividad de las acciones realizadas por el subproceso, con el propósito de minimizar o reducir a cero las fallas en la captura de información primaria. * Se llevo a cabo un seguimiento a la implementación y estructuración del código de integridad siguiendo la metodología de Función Pública, así como la designación del responsable. * Se realizo verificación y seguimiento a la implementación de los valores institucionales, realizado do a través de ejercicios lúdicos y participativos, campañas de interiorización de los mismo al personal de la entidad, teniendo como evidencia el compromiso de los funcionarios con el horario laboral, una reducción del ausentismo, así como un bajo porcentaje de quejas por parte de los ciudadanos. *Seguimiento al cumplimiento de la Política de Conflicto de Intereses, así mismo al seguimiento del cargue de la evidencia conforme a lo establecido en el plan de trabajo vigente. * Se realiza seguimiento a riesgos de corrupción, en el informe el cual con corte al primer semestre de 2026, el cual se genera tendo en cuenta los soportes cargados por lo proceso intervinientes. * Se realiza seguimiento a la gestión del riesgo de corrupción, opacidad, fraude y soborno a traves del informe correspondiente al primer cuatrimestre 2026, haciendo énfasis en las recomendaciones y alertas de mejora en cuanto al diligenciamiento correcto de formatos y la aplicación de controles. * Se realizó seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública, el cual se articula la política de administración de riesgos de la entidad con la nueva guía de administración de riesgos de la Función Pública, en lo referente al Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP, a través del informe en el primer semestre de 2026, mediante la verificación de cada uno de los componentes, como resultado, se emitió el informe correspondiente con sus recomendaciones, en cumplimiento de la normatividad aplicable y del Plan anual de auditoría vigencia 2026. Alertas de mejora * Se identificó fallas en la captura de información primaria y falta de oportunidad en las respuestas a solicitudes realizadas mediante mesa de servicios GLPI. *Respecto a las peticiones referentes a copias de remisiones, es necesario realizar concertación entre el área de referencia y contra referencia y Gestión documental con el fin de determinar quién es el responsable de suministrar la información referente a las peticiones de remisiones y así poder verificar que se esté efectuando el reemplazo de las respuestas en el sistema ORFEO * Frente a la matriz OAJ-F-07 se evidencia que no se realiza una adecuada actualización ya que la información que se encuentra en dicho documento está incompleta y en algunas ocasiones no coincide con la información que se encuentra en las carpetas físicas de las peticiones *Definir y ejecutar mecanismos de seguimiento para asegurar que lo definido en la estrategia, plan o esquema se esté implementando en la práctica para la gestión de la información interna de la entidad. * Evaluar la efectividad de los canales de comunicación de la entidad, empleando mediciones a través de análisis de datos, para establecer tendencias, focalización de temas o situaciones más recurrentes	
	Si	89%		83%		6%

Evaluación de riesgos			Con corte al primer semestre de 2026 el Hospital Universitario San Rafael de Tunja: cuenta con las siguientes fortalezas -Se cuenta con la resolución 559 de 2024 donde se adoptan los planes Operativos, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el plan de desarrollo 2024-2027 "San Rafa, Alma, Vida y Corazón". Y se definen los mecanismos de Planeación, Evaluación y Rendición de Informes de Gestión en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja,-adicionalmente se cuenta con la herramienta de Plan Operativo Anual por procesos en el formato OADS-F-03, en el cual se establecen los indicadores de impacto para lograr las metas definidas en Plan de Desarrollo y sobre el cual se realizan seguimientos trimestrales al cumplimiento sus metas individuales, los cuales cuentan con sus respectivas fichas técnicas. La entidad mediante los diferentes comités (Comité institucional de coordinación de control interno, Comité gestión del riesgo y comité institucional) analiza el impacto sobre el sistema de control interno y evalúa los cambios en los diferentes niveles institucionales (actualización mapa de riegos) Se tienen identificados riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOFS) , lavado de activos y financiación del terrorismo/ Proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT/PADM) ,operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales,de índole contable, seguridad de la información, contractuales, asistenciales Las líneas de defensa entienden claramente sus funciones para controlar, monitorear y mitigar los riesgos detectados en la organización. Dentro de las matrices de riesgos, se cuentan con riesgos relacionados con los procesos tercerizados, los cuales son monitoreados y evaluados por la segunda y tercer línea de defensa Alertas de mejora -Desplegar y poner en marcha indicadores clave de riesgo como herramientas esenciales de monitoreo y seguimiento institucional. -Es necesario que en la herramienta Planne, se genere un mecanismo generador de alertas tempranas que permitan anticipar posibles incumplimientos y evitar la presentación de reportes extemporáneos. -Definir y aplicar inventario de eventos y riesgos materializados como herramienta para la gestión del riesgo en la entidad. -Con el fin de disponer de información veraz, oportuna y con altos estándares de calidad, se solicita al área de Talento Humano mantener los seguimientos constantes orientados a la actualización y adecuada organización de las hojas de vida del personal de planta. -Es necesario efectuar nueva capacitación y generar una herramienta que permita evaluar el nivel de conocimiento adquirido respecto de las capacitaciones al personal en el uso del SIGEP II y el aplicativo de la Ley 2013 de 2019 el proceso gestion del talento humano debe mantener y exponer ante los contratistas la obligatoriedad respecto a la presentación de la declaración de bienes y rentas actualizada como requisito previo a la formalización de cada contrato de prestación de servicios. -Es necesario estructurar e instrumentar un mecanismo de evaluación sistemática para cada sesión del Plan Anual de Capacitaciones, con el fin de medir cuantitativamente el índice de apropiación del conocimiento, identificar brechas de aprendizaje y validar la eficacia de la transferencia formativa			
	Si	94%	94%	0%		
			Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja,segundo semestre 2025 "La entidad cuenta con una herramienta de Plan Operativo Anual por procesos, en la cual se establecen indicadores alineados con el Plan de Desarrollo. Sobre esta herramienta se realizan seguimientos trimestrales, generando alertas de mejora por parte de la Oficina de Control Interno. Asimismo, los resultados se socializan en los comités directivos y en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. "Se dispone de la Resolución 559 de 2024, mediante la cual se adoptan los Planes Operativos conforme a los lineamientos del Plan de Desarrollo 2024-2027 "San Rafa, Alma, Vida y Corazón". En esta resolución se definen los mecanismos de planeación, evaluación y rendición de informes de gestión en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja. "La entidad, a través de diferentes comités (Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, Comité de Gestión del Riesgo y Comité de Gestión del Desempeño), evalúa el Sistema de Control Interno. "Se tienen identificados riesgos de gestión y fiscales, relacionados con aspectos contables, seguridad de la información, SICOFS, SARLAFT, riesgos contractuales y asistenciales. "Se conocen las líneas de defensa y sus respectivos roles. "Se ha fortalecido el autocontrol mediante campañas y socializaciones publicadas en la página web institucional. "Dentro de las matrices de riesgos se incluyen riesgos asociados a procesos tercerizados, los cuales son monitoreados y evaluados por la segunda y tercera línea de defensa. "Se cuenta con la Política de Gestión del Riesgo, actualizada recientemente mediante el Acuerdo 018 de 2025. Alertas de mejora -Definir y aplicar inventario de eventos y riesgos materializados como herramienta para la gestión del riesgo en la entidad. - Diseñar y aplicar indicadores clave de riesgo como herramienta para el monitoreo de la gestión del riesgo en la entidad. - Actualizar las matrices de riesgos de acuerdo a la nueva guía del DaIp versión 7. - Articular los riesgos de integridad con el programa de transparencia y ética empresarial que actualmente se encuentra en proceso de actualización y de implementación - Cumplir con los compromisos de los informes de la oficina de control interno según periodicidad . -Realizar mesas de trabajo con los procesos que tengan riesgos debiles y/o moderados con el objeto de actualizarlos y fortalecer controles. -Dar cumplimiento en lo establecido en la norma fundamental, utilización de de formatos vigentes . -Se recomienda a la segunda linea tener en cuenta los formatos de correlación hallazgos , para la identificación de nuevos riesgos			

Actividades de control	Si	85%	Con corte al primer semestre de 2026 el Hospital Universitario San Rafael de Tunja: cuenta con las siguientes fortalezas se evidenció que la adquisición de bienes y servicios tecnológicos se desarrolla conforme a lo establecido en el Manual de Contratación, Adquisición y/o Compras, garantizando que los procesos de contratación incorporen criterios de planeación, supervisión y cumplimiento de los lineamientos institucionales, permitiendo que las necesidades tecnológicas se encuentren alineadas con la estrategia institucional y con los controles definidos en materia de seguridad de la información Se formalizó el cierre efectivo del plan de mejoramiento de los subprocesos de TIC y Comunicaciones y Medios, evidenciando la implementación de controles orientados a minimizar las fallas en el levantamiento de información primaria El subproceso de Comunicaciones y Medios puso en marcha el «Plan Estratégico de Comunicaciones» (CO-PG-01). Específicamente en su numeral 12.3 (Comunicación Interna), se especifican las herramientas vigentes en el Hospital Universitario San Rafael de Tunja y sus alcances, cuyo objetivo principal es divulgar de manera oportuna las metas estratégicas y la información clave para toda la organización. así mismo se Asimismo, respecto a las comunicaciones internas, se ejecuta paso a paso y de forma detallada de acuerdo a lo establecido en el o CO-PR-01 «Comunicados Internos» Frente a los riesgos de gestión, fiscales, contables, de seguridad de la información, SICOFS y SARLAFT identificados en la entidad, las líneas de defensa tienen claridad sobre sus roles. Esto garantiza la correcta ejecución de los procesos de autocontrol, monitoreo y seguimiento técnico necesarios para su mitigación.	83%	Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja,segundo semestre 2025 *Se realizó seguimiento al plan de mejoramiento correspondiente a los subprocesos de TIC y Comunicaciones y Medios, en el cual se evidenció la ejecución de acciones orientadas a minimizar las fallas en la captura de información primaria. * Se verifican las acciones realizadas por el subproceso, con el propósito de minimizar o reducir a cero las fallas en la captura de información primaria, esta acción está en seguimiento a su efectividad * El sub proceso de comunicaciones y medios, para subsanar hallazgos identificados, se presentó el documento CO-PG-01 «Plan Estratégico de Comunicaciones». En su numeral 12.3, correspondiente a la Comunicación Interna, se describen las herramientas disponibles y sus funciones dentro del Hospital Universitario San Rafael de Tunja, orientadas a mantener informado al personal sobre las metas estratégicas y demás información relevante para la organización. Entre los canales de comunicación interna se incluyen: Correo electrónico, Circulares y comunicados, Boletín institucional, Carteleras, Fondo de escritorio, Productos audiovisuales, Pantalla digital ubicada en el hall principal Asimismo, se cuenta con el procedimiento CO-PR-01 «Comunicados Internos», el cual detalla el paso a paso para la divulgación de información y la gestión de comunicaciones internas. *EL subproceso de comunicaciones y medios implemento el documento CO-PG-01 «Plan Estratégico de Comunicaciones» (PECOS) y realiza evaluación a los resultados de la encuesta de satisfacción a cliente externo *Se cuenta con Política de gestión de riesgos integral *Se tienen identificados riesgos de Gestión y fiscales, de índole contable, seguridad de la información, SICOFS, SARLAFT, Las líneas de defensa conocen sus roles respecto al autocontrol, monitoreo y seguimiento de los riesgos identificados en la entidad,	2%
			Alertas de mejora * Se identificó fallas en la captura de información primaria y falta de oportunidad en las respuestas a solicitudes realizadas mediante mesa de servicios GLPI. *Respecto a las peticiones referentes a copias de remisiones, es necesario realizar concertación entre el área de referencia y contra referencia y Gestión documental con el fin de determinar quién es el responsable de suministrar la información referente a las peticiones de remisiones y así poder verificar que se esté efectuando el reemplazo de las respuestas en el sistema ORFEO * Frente a la matriz OAJ-F-07 se evidencia que no se realiza una adecuada actualización ya que la información que se encuentra en dicho documento está incompleta y en algunas ocasiones no coincide con la información que se encuentra en las carpetas físicas de las peticiones *Definir y ejecutar mecanismos de seguimiento para asegurar que lo definido en la estrategia, plan o esquema se esté implementando en la práctica para la gestión de la información interna de la entidad. * Evaluar la efectividad de los canales de comunicación de la entidad, empleando mediciones a través de análisis de datos, para establecer tendencias, focalización de temas o situaciones más recurrentes			
			Se evidenció que el Manual Estratégico de Tecnologías de la Información – PETI (S-M-03) establece la planeación y direccionamiento de las iniciativas de TI, las cuales se articulan con el Manual de Políticas de Seguridad de la Información (S-M-02), donde se definen los lineamientos para la protección de los activos de información. A su vez, el Plan Estratégico de Seguridad de la Información – PESI (S-M-08) desarrolla las acciones, objetivos y proyectos orientados al fortalecimiento de la seguridad de la información, los cuales son soportados por el Manual Metodológico para la Gestión del Riesgo en Seguridad de la Información (S-M-11), documento que establece la metodología para la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos asociados a la información. Se evidencia que el Manual Estratégico de Tecnologías de la Información – PETI (S-M-03) el cual direcciona las iniciativas estratégicas de TI, en articulación con el Manual de Políticas de Seguridad de la Información (S-M-02), el Plan Estratégico de Seguridad de la Información – PESI (S-M-08) y el Manual Metodológico para la Gestión del Riesgo en Seguridad de la Información (S-M-11), los cuales establecen los lineamientos para la protección de la información y la gestión de los riesgos asociados. Alertas de mejora Es necesario que el proceso de Gestión Jurídica se adhiera a las prácticas de autocontrol., teniendo en cuenta que mediante informe de auditoria se identifico, que el proceso utilizó formatos obsoletos, dio respuesta extemporánea a derechos de petición y acciones de tutela, por lo tanto se concluye que la información registrada en la matriz OAJ-F-18 no es confiable. * Ejecutar las herramientas que permiten asegurar que lo definido en la estrategia, plan o esquema se esté implementando en la práctica para la gestión de la información interna de la entidad. * ejecutar los mecanismos que permitan evaluar la efectividad de los canales de comunicación de la entidad, empleando mediciones a través de análisis de datos, para establecer tendencias, focalización de temas o situaciones más recurrentes.			

Información y comunicación	SI	80%	Con corte al primer semestre de 2026 el Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta con las siguientes fortalezas Se están aplicando los lineamientos establecidos para la administración y gestión de la información institucional. Se evidenció que el Ciclo de Vida de los Sistemas de Información HUSRT (S-M-16) orienta las etapas de planificación, desarrollo, implementación, operación y mejora de los sistemas de información, garantizando su adecuada administración durante todo su ciclo de vida. Se encuentra en implementación el Manual de Priorización de la Información y las Comunicaciones (S-M-00), el cual establece los criterios para la clasificación y priorización de la información institucional, en articulación con el Manual de Políticas de Seguridad de la Información (S-M-02), que define los controles para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información. Respecto a la acción del plan de mejora al subproceso TIC, relacionada con la inoportunidad en la atención de algunas solicitudes gestionadas mediante la mesa de trabajo GLPI, el subproceso actualizó el documento «Manual Mesa de Servicios GLPI» S-M-10 y definió acciones estratégicas encaminadas a fortalecer los niveles de cumplimiento. Estas medidas priorizan la mejora continua en los tiempos de respuesta y la eficiencia operativa en la atención de solicitudes, mediante el seguimiento realizado se evaluó como efectividad en el primer trimestre de 2026. Se constató que el área de Sistemas ejecuta las actividades definidas en el Procedimiento de Gestión de Incidentes de Seguridad de la Información (S-PR-30), realizando el registro, análisis, atención y seguimiento de los incidentes reportados. De igual forma, se evidenció la aplicación del Procedimiento de Restauración de Copias de Seguridad del Sistema Servinte Clinical Suite (S-PR-39) y el cumplimiento del Cronograma de Copias de Seguridad (S-F-21), garantizando la generación, conservación y verificación periódica de los respaldos de información para asegurar la continuidad operativa Desde Gestión de Calidad se soporta el despliegue en la contención del riesgo, esta información se encuentra disponibles en el SGI, incluyendo: Correos de notificación de movimientos documentales. Informes de estado y vigencia de documentos. Registros de revisión en el sistema de gestión integral. Actas de mesas de trabajo de Procesos Prioritarios y GPC, entre otros. Registradas en el SGI Alertas de mejora Es necesario mantener un monitoreo permanente a las acciones definidas en «Manual Mesa de Servicios GLPI» S-M-10 respecto a las acciones estratégicas encaminadas a fortalecer los niveles de cumplimiento. Estas medidas priorizan la mejora continua en los tiempos de respuesta y la eficiencia operativa en la atención de solicitudes Se debe fortalecer, mantener la adherencia al Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) respecto a lo estipulado en el documento S-M-02 «Manual de Políticas de Seguridad de la Información», específicamente en lo relacionado con la inactivación de usuarios y el uso indebido de cuentas. En cuanto al indicador 2485 «Porcentaje de interacción con las piezas comunicativas» es necesario implementar estrategias tendientes a incrementar el porcentaje de participación. Se recomienda que el subproceso implemente las comunicaciones internas y los mecanismos para implementar el CO-PG-01 Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS), numeral 12.3 hasta el 12.3.5	80%	Fortalezas del Hospital Universitario San Rafael de Tunja segundo semestre 2025 *Se realizó seguimiento al plan de mejoramiento correspondiente a los subprocesos de TIC y Comunicaciones y Medios, en el cual se evidenció la ejecución de acciones orientadas a minimizar las fallas en la captura de información primaria. * Se verifican las acciones realizadas por el subproceso, con el propósito de minimizar o reducir a cero las fallas en la captura de información primaria, esta acción está en seguimiento a su efectividad * El sub proceso de comunicaciones y medios, para subsanar hallazgos identificados, se presentó el documento CO-PG-01 «Plan Estratégico de Comunicaciones». En su numeral 12.3, correspondiente a la Comunicación Interna, se describen las herramientas disponibles y sus funciones dentro del Hospital Universitario San Rafael de Tunja, orientadas a mantener informado al personal sobre las metas estratégicas y demás información relevante para la organización. Entre los canales de comunicación interna se incluyen: Correo electrónico, Circulares y comunicados, Boletín institucional, Carteleras, Fondo de escritorio, Productos audiovisuales, Pantalla digital ubicada en el hall principal Asimismo, se cuenta con el procedimiento CO-PR-01 «Comunicados Internos», el cual detalla el paso a paso para la divulgación de información y la gestión de comunicaciones internas. *EL subproceso de comunicaciones y medios implemento el documento CO-PG-01 «Plan Estratégico de Comunicaciones» (PECOS) y realiza evaluación a los resultados de la encuesta de satisfacción a cliente externo. El subproceso actualizo su estructura documental, en particular los siguientes documentos: CO-PG- 01 «PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES» (PECOS) en el cual como documentos para desarrollo de actividades se presenta el formato diligenciado CO-F-07 «COMUNICADOS DE PRENSA» que se encuentra inmerso en el procedimiento, CO-PR-06 « DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE COMUNICADO DE PRENSA» Alertas de mejora * Se identificó fallas en la captura de información primaria y falta de oportunidad en las respuestas a solicitudes realizadas mediante mesa de servicios GLPI. *Respecto a las peticiones referentes a copias de remisiones, es necesario realizar concertación entre el área de referencia y contra referencia y Gestión documental con el fin de determinar quién es el responsable de suministrar la información referente a las peticiones de remisiones y así poder verificar que se esté efectuando el reemplazo de las respuestas en el sistema ORFEO * Evaluar la efectividad de los canales de comunicación de la entidad, empleando mediciones a través de análisis de datos, para establecer tendencias, focalización de temas o situaciones más recurrentes * Realizar seguimiento permanente al inventario de información relevante, con el fin de garantizar que se mantenga actualizado, completo y disponible para la gestión institucional. Este seguimiento debe incluir la verificación periódica de la incorporación de nueva información, la depuración de datos obsoletos. *Caracterización de Grupos de Valor: Contar con información suficiente de los procesos involucrados para lograr una correcta caracterización de los grupos de valor. * *Evaluar los niveles de satisfacción de los grupos de valor o ciudadanía en general, así como de otros grupos de interés, frente a los canales de comunicación a través de los cuales se les brinda la información.	0%
Monitoreo	SI	100%	Con corte al primer semestre de 2026 el Hospital Universitario San Rafael de Tunja: cuenta con las siguientes fortalezas •En el comité Institucional de Coordinación de Control Interno se socializa y aprueba anualmente el Plan de Auditoría presentado por el Jefe de Control Interno (o su delegado) y realiza el correspondiente seguimiento a su ejecución. • La Alta Dirección evalúa periódicamente los resultados de las evaluaciones continuas e independientes, lo que le permite concluir sobre la efectividad del Sistema de Control Interno. * La organización ha implementado un modelo estructurado de líneas de defensa, plasmado de forma transversal en los informes de riesgos, lo que consolida la gestión preventiva y optimiza el aseguramiento de la institución. La entidad cuenta con el OACH-M-01 «manual de auditoría», que fue actualizado y en el cual se encuentra modelo que se acompaña por un esquema de asignación de responsabilidades, adaptada del Modelo Líneas de Defensa Alertas de mejora: *Para aprovechar al máximo las sugerencias resultantes de las evaluaciones externas, se requiere que la entidad continúe con el desarrollo y fortalecimiento de la socialización de sus resultados. *Es necesario generar la cultura entre los procesos y subprocesos de la entidad, respecto a la entrega, oportuna, clara, coherente y de conformidad con lo requerido en cada una de las acciones, en obsecuencia de con lo establecido en la norma fundamental CA-M-00, y su registro en el sistema de gestión integral.	96%	Fortalezas del Sistema de Control Interno,segundo semestre 2025 •El comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan de Auditoría presentado por el Jefe de Control Interno (o su delegado) y realiza el correspondiente seguimiento a su ejecución. • La Alta Dirección evalúa periódicamente los resultados de las evaluaciones continuas e independientes, lo que le permite concluir sobre la efectividad del Sistema de Control Interno. • Se llevan a cabo evaluaciones independientes periódicas, con una frecuencia definida en función del análisis de riesgos, lo que facilita valorar el diseño y la operación de los controles establecidos y determinar su efectividad para prevenir la materialización de riesgos. • La entidad ha apropiado un esquema articulado de líneas de defensa, el cual se refleja en los diferentes informes de riesgos, fortaleciendo la gestión preventiva y el aseguramiento institucional. * La oficina de control interno tiene un manual de auditorías OACH-M-01, donde se encuentra modelo que se acompaña por un esquema de asignación de responsabilidades, adaptada del Modelo Líneas de Defensa * Adicionalmente la oficina de control interno se articula con el modelo de mejoramiento con enfoque de acreditación y se realiza bajo el PAPAS que a continuación se describe por cada una de las fuentes de mejora establecidas: Indicadores, Auditoría externa, Autoevaluación seguridad del paciente, Eventos adversos, Autoevaluación y Acreditación, Referenciación competitiva, oportunidades de mejora, Revisoría fiscal * Inconformidades e inconsistencias, una vez analizadas, se incorporan en los informes finales resultantes de las auditorías y seguimientos. Estos informes son posteriormente socializados a los niveles jerárquicos superiores, facilitando así una comunicación	4%

					efectiva y la toma de decisiones informadas en el ámbito institucional. Este proceso integral no solo busca detectar y corregir posibles fallas, sino también fortalecer la participación activa de todos los involucrados en el proceso, contribuyendo a la mejora continua de los sistemas de control interno de la organización. Alertas de mejora: •La entidad debe fortalecer la apropiación de las recomendaciones derivadas de las evaluaciones externas que aportan una visión independiente. Se recomienda socializar de manera sistemática los resultados de dichas evaluaciones, realizadas por organismos de control, entes de vigilancia, entidades certificadoras, ONG´s u otros actores especializados, con el fin de garantizar transparencia, objetividad y la mejora continua en los procesos institucionales. •Cuantificar el total de acciones de mejora que han sido cerradas de manera efectiva en relación con los planes de mejoramiento vigentes, dado que en algunos casos se registra el cierre sin que las acciones se ejecuten plenamente, lo cual impide que el proceso resulte efectivo. •Portar evidencias debidamente diligenciadas, garantizando que sean legibles, completas y verificables, de manera que respalden la conformidad con los requisitos establecidos y demuestren la operación eficaz y efectiva del Sistema de Gestión de Calidad.	
JEFE DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN						



AMBIENTE DE CONTROL

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

	Lineamiento 1: La entidad demuestra el compromiso con la integridad (valores) y principio+I186+C21:I31+I186+C21:I31+C21:I31+C21:I31	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas+C21:I31n/ Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	Evaluación
					No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		
EJEMPLO	Aplicación del Código de Integridad. (incluye análisis de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad, u otros temas relacionados).	Dimensión Talento Humano Política Integridad	Se implementó el Código de Integridad acorde con el esquema definido de 5 valores y sus lineamientos de conducta y se desarrollaron ejercicios internos con talleres para la socialización e interiorización a todos los servidores y contratistas de la entidad.	1	1	Seguimiento al cumplimiento de la elaboración y socialización del Código de Integridad, con base en el informe presentando por la segunda línea de defensa (cuando aplique).	3	Deficiencia de control mayor (diseño y ejecución)
					2	En el marco del Comité Institucional de Control Interno bimensualmente se contrastan quejas internas y externas sobre situaciones irregulares.		
					3	Se han analizado los temas más críticos acerca en relación con el ausentismo, acoso laboral, solicitudes de traslado y rotación del personal.		
					4			
					5			
					6			
					7			
					8			
						Se llevo a cabo un seguimiento a lo dispuesto en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, donde se determino la necesidad de estructurar el código de integridad siguiendo la metodología de Función Pública, para ello se delego como responsable del mismo al Secretario General. Se encontro que se realizaron ejercicios ludicos y participativos para la construccion de los 5 valores institucionales, cada mes se hacen campañas de interiorizacion de los mismo al personal de la entidad, teniendo como evidencia el compromiso de los funcionarios con el horario laboral, una reduccion del ausentismo asi como un bajo porcentaje de quejas por parte de los ciudadanos. Por otra parte, se realiza seguimiento mensual por parte del Secretario General al cumplimiento de las actividades propuestas en el cronograma.		
	1.1 Aplicación del Código de Integridad. (incluye análisis de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad, u otros temas relacionados).	Dimensión Talento Humano Política Integridad	La E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuenta con Codido de Integridad que, el cual se puede consultar en el siguiente Link: https://hospitalsanrafaeltunja.gov.co/codigo-de-integridad/ Se cuenta con comites de convivencia laboral , uno del personal de planta creado mediante resolución No 382 de 2022, los otros corresponde a las empresas terecerizadas TEMPOLAB, IOLAVORANDO y EMPRESAS OPERADORAS DE SERVICIOS Se cuenta con informes de convivencia de manera trimestral de los comites de: Planta, Tempolab y iolavorando, empresas operadoras de servicios, en donde se relaciona los tipos de quejas por presunto acoso laboral y su posible afectación al		1	Informe resultado COCOLA I semestre de 2026	Primera Línea de Defensa: Se realizaron informes trimestrales sobre el análisis y resultados de: Análisis de PQRS, Informe resultado COCOLA de las empresas de servicios temporales y planta del HUSRT. Análisis de informe generado por SIAU. Frente a las conclusiones y recomendaciones se realizaron las acciones de mejora correspondientes. Se han realizado estrategias de divulgación y despliegue del código de integridad en los diferentes servicios del HUSRT, dando énfasis en servicios a donde no se había tenido presencia o una frecuencia mayor. Se soportan con registro fotográfico y asistencias, videos, imagen corporativa, publicidad impresa. Tercera Línea de Defensa: Durante el primer trimestre de la vigencia 2026 ,se efectuó seguimiento a: Los informes trimestrales presentados por SIAU, ademas de Informe de resultados COCOLA de las empresas de servicios temporales y planta del HUSRT. Informe de recolección, revisión y análisis de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones (PQRS) radicadas por los colaboradores a través del buzón de cliente interno, correspondientes al primer y segundo trimestre de 2026. Informe de resultados del test de percepción de integridad, primer semestre de 2026, con las recomendaciones respectivas. Adicionalmente, efectuó seguimiento a la implementaron de estrategias de divulgación y despliegue del Código de Integridad en los diferentes servicios del HUSRT, respaldadas con registros fotográficos, asistencia, videos, audios, cartelera, boletines, stickers, página web, imagen	
					2	Informe operativo dimensión talento humano política de integridad I semestre de 2026		
					3	informesPQRS trimestrales I semestre de 2026, en la pagina web de la entidad		
					4			
					5			
					6			
					7			

		código de integridad. El comité institucional de control interno aprobó plan anual de auditoría, donde se incluye seguimiento a furag y se tendrá en cuenta la política de integridad, este se realizará en el segundo semestre	3	8	corporativa y material impreso. *Política de Integridad: La Oficina de Control Interno recomienda realizar el cargue de la evidencia conforme a lo establecido en el plan de trabajo vigente *Política de Conflicto de Intereses: La Oficina de Control Interno recomienda realizar el cargue de la evidencia conforme a lo establecido en el plan de trabajo vigente	3	Mantenimiento del control
1.2 Mecanismos para el manejo de conflictos de interés.	Dimensión Talento Humano Política Integridad	En la institución se tiene documentado TH-INS-01_V3 «Instructivo de manejo de conflictos de interés» ; «Matriz de registro de solicitudes y/o trámites de conflicto de interés» OAJ-F-19 V01; y el formato TH-F-67 «Declaración de situaciones de conflicto de intereses servidor público o contratista» V03*	2	1 Plan de acción furag mipp 2 Informe de seguimiento sistema de administración de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo – sarlaft/corte I semestre 2026 3 4 5 6 7 8	Primera Línea de Defensa: para el primer semestre de 2026 en el proceso de selección de personal y posterior vinculación a través de Contrato de Prestación de Servicios (CPS), personal de planta y l en misión no se identificó, tampoco reportaron ninguna situación constitutiva de conflicto de intereses que afectara la ejecución contractual o la objetividad en la supervisión de las actividades , dando pleno cumplimiento a las normas de transparencia y de integridad institucional. Segunda Línea de Defensa: La oficina de planeación realizó seguimiento relacionado para el primer trimestre y manifestó que no se reporta actividades para el periodo evaluado Tercera Línea de Defensa: "La Oficina de Control Interno realiza seguimiento a riesgos de corrupción, en el informe el cual con corte al primer semestre de 2026, el responsable del proceso, adjunta como evidencia: muestra del formato TH-F-45 VERIFICACIÓN REQUISITOS HOJA DE VIDA Y HABILITACIÓN, Soportes de consulta de listas vinculantes ONU y OFAC, del personal contratado de planta, misional de enero, febrero, marzo y abril de 2026 correspondiente al personal CPS *Es importante que el proceso realice un plan de acción teniendo en cuenta las recomendaciones emitidas por furag para la vigencia 2025.	3	Oportunidad de mejora
1.3 Mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada u otras situaciones que puedan implicar riesgos para la entidad.	Dimensión Información y Comunicación Política Transparencia y Acceso a la Información Pública Política Gestión Documental	En el marco del habilitador de Seguridad y Privacidad de la Información de la Política de Gobierno Digital, la entidad ha fortalecido la protección de la información institucional mediante la implementación del Manual de Políticas de Seguridad de la Información (S-M-02), el Manual de Roles de Seguridad y Privacidad de la Información (S-M-19) y el Manual de Administración de Información Privilegiada y de Reserva Legal (GD-M-02); la adopción de la Política General de Seguridad y Privacidad de la Información, establecida mediante la Resolución 265 del 02 de julio de 2026; la aplicación del procedimiento Gestión de Usuarios a Sistemas de Información (S-PR-13); y el uso de instrumentos como el Acuerdo de Confidencialidad de la Información (C-F-43) y el Índice de Información Clasificada y de Reserva Legal (GD-F-16). Estos mecanismos contribuyen a garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, fortalecer el control sobre los accesos a los sistemas de información, proteger la información privilegiada y clasificada, promover el manejo adecuado de la información institucional y asegurar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Política de Gobierno Digital y la normativa vigente en materia de seguridad y privacidad de la información.	3	1 S-M-02 Manual De Políticas De Seguridad De La Información - https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoid=9481&hl=S-M-02 2 S-M-19 Manual de Roles de Seguridad y Privacidad de la Información - https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoid=10146&hl=S-M-19 3 GD-M-02 Manual de Administración de Información Privilegiada y de Reserva Legal - https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoid=8132&hl=GD-M-02 4 Política General de Seguridad y Privacidad de la Información, adoptada mediante la Resolución 265 del 02 de julio de 2026 - https://hospitalsanrafaeltunja.gov.co/politic-as-institucionales/ 5 S-PR-13 Gestión de Usuarios a Sistemas de Información - https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoid=10147&hl=S-PR-13 6 C-F-43 Acuerdo de Confidencialidad de la Información - https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=16240&hl=C-F-43	PRIMERA LINEA DE DEFENSA: Se realizó la verificación de los mecanismos implementados por la institución para el fortalecimiento de la seguridad y privacidad de la información, en el marco de la Política de Gobierno Digital. Como resultado, se evidenció la adopción del Manual de Políticas de Seguridad de la Información (S-M-02), que establece los lineamientos para la protección de los activos de información; el Manual de Roles de Seguridad y Privacidad de la Información (S-M-19), en el que se definen las responsabilidades de los funcionarios frente a la seguridad de la información; y el Manual de Administración de Información Privilegiada y de Reserva Legal (GD-M-02), mediante el cual se regulan la clasificación, manejo y protección de la información con acceso restringido. Asimismo, se encontró vigente la Política General de Seguridad y Privacidad de la Información, la cual orienta la implementación de controles para preservar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información institucional. De igual manera, se evidenció la aplicación del procedimiento Gestión de Usuarios a Sistemas de Información (S-PR-13), mediante el cual se controla la creación, modificación y desactivación de usuarios y permisos de acceso a los sistemas de información, garantizando que estos sean otorgados conforme a las funciones y responsabilidades de cada colaborador. Como soporte a estos controles, la institución utiliza el Acuerdo de Confidencialidad de la Información (C-F-43), que formaliza el compromiso de los funcionarios y terceros frente al adecuado tratamiento de la información institucional, y el Índice de Información Clasificada y de Reserva Legal (GD-F-16), herramienta que permite identificar y administrar la información que, por disposición normativa o por su naturaleza, requiere condiciones especiales de acceso y protección. TERCERA LINEA DE DEFENSA: La oficina de control interno efectúa seguimiento al plan de mejoramiento ,producto de ela auditoria realizada al subproceso TIC, este seguimiento queda registrado en el informe de seguimiento trimestral a planes de mejoramiento, en el cual al respecto la acción «FALTA DE ADHERENCIA AL MODELO DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN (MSPI) RESPECTO A LO ESTABLECIDO EN EL DOCUMENTO S-M-02 «MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN», ESPECIFICAMENTE EN LO RELACIONADO CON LA INACTIVACIÓN DE USUARIOS Y EL USO INDEBIDO DE USUARIOS» s edle dio cierre bajo los siguientes argumentos «se establecieron acuerdos para la construcción e implementación de una ruta unificada del proceso de retro la gestión de la paz y salvo, aplicable a todas las modalidades de vinculación existentes en la institución e implementarlo en el sistema de información almeria». De acuerdo con lo anterior y verificada el acta de reunión en el sistema de gestión integral, se da cierre a la acción, sin embargo, se hará seguimiento en el mes de agosto para validar la efectividad del mecanismo y así definir su efectividad.» y respecto al a no conformidd «ALTO NIVEL DE VULNERABILIDAD EN EL SISTEMA DE ALMACENAMIENTO EL HP BLADESYSTEM C7000, POR ENCONTRARSE FUERA DE SOPORTE DE FABRICANTE», la acción tmbien se cerro con las siguientes consideraciones «Se incluyo dentro del plan de necesidades el presupuesto de renovación de infraestructura de TI. Se socializó en comité de gestión de la tecnología del día 02/12/2025. Se adjunta enlace de acta en SGI Almeria.» el cúa se puede verificar en el siguiente enlace https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=mecanismos&option=veracta&actaid=1619	3	Mantenimiento del control

				7	- https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=doc			
				8				
1.4 La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción.	Dimension Talento Humano Politica de Integridad	"Dentro de la política de gestión de riesgos integral, en su artículo cuarto, metodología: " Actualizar y dar continuidad a la implementación del manual de gestión de riesgos integral (OADS-M-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, la complejidad del proceso de atención, incluyendo de esta forma la gestión de riesgos asistenciales y clínicos siendo para fundamental de la gestión institucional, por lo tanto no es una adopción textual de la guía del DAFPy contempla las instrucciones impartidas de la circular externa de la superintendencia nacional de salud 20211700000004-5 de 2021, 20211700000005-5 de 2021 y 202151000000053-5 de 2022." en donde se contemplan los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno como tipo de riesgos institucionales "	3	1 2 3 4 5 6 7 8	Formato OADS-F-36 seguimiento segunda linea de defensa mapa de riesgos corrupcion Mapa de riesgos corrupcion	PRIMERA LINEA DEFENSA :En cuanto al seguimiento realizado por parte de la primera línea de defensa desde el rol del responsable del proceso (Autocontrol), según lo establecido en programa de gestión del riesgo OADS-PG-02 Primera línea de defensa (Autocontrol). Periodicamente el proceso de Talento Humano registra los controles correspondiente a los riesgos identificados del procesos. SEGUNDA LINEA DEFENSA : Gestión de riesgo desde el rol de la Segunda Línea de Defensa realizó informe "Seguimiento segunda línea de defensa mapa de riesgos corrupción, opacidad, fraude y soborno primer cuatrimestre 2026. TERCERA LINEA DEFENSA : Para la evaluación del estado de la gestión del riesgo de corrupción, opacidad, fraude y soborno la oficina Asesora de control Interno del HUSRT utilizó el formato CÓDIGO: OADS-F-14 denominado: "MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO (SICOFs)", agregándole una columna de Observaciones Oficina de control interno primer cuatrimestre 2026. La Oficina de Control Interno durante el primer semestre de 2026 realizó seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública, así mismo, se articula la política de administración de riesgos de la entidad con la nueva guía de administración de riesgos de la Función Pública, en lo referente al Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP. Las organizaciones se enfrentan frecuentemente al riesgo de no cumplir sus objetivos como consecuencia de los diferentes intereses que pueden confluir en la toma de decisiones, especialmente cuando se privilegian intereses particulares sobre el interés general de la organización. Se recomienda tener en cuenta las observaciones realizadas por la Oficina de Control Interno asi como las actividades que a la fecha no se da cumplimiento a éste.	3	Mantenimiento del control
1.5 Análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad. NOTA: Si la entidad ya cuenta con esta línea en funcionamiento, establezca si ha aportado para la mejora de los mapas de riesgos o bien en otros ámbitos organizacionales.	Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	En la pagina web de la entidad diseño un espacio para informar sobre cualquier conducta que contravenga nuestro Código de Integridad o compartir cualquier inquietud relacionada, mediante el siguiente link se accede a la herramienta. https://il.almeraim.com/form?data=eyJhcGlrZXkiOiI5Yzd mNjkxZDE4ZGEwOWNhNjUzWlNlNDM5OQU4OTU5ZD FhMmFKYWZlOTFjZDhJMGU4YzVjZjRlYWVhYmYlVmY2Rl liwY29ubmVjdGl6bGlhNnNaWmVhc3BpdGFsc2FucmFmY WVs dHVuamEiILCjltbmRwb2ludC16mhOdHBzJTnBJTJG JTJGc2dpLmFsbWVvYyYlLmNvbSUYRnNaSUyRmFw aSUyRnYyJTJGIiwY29kZSI6IIBRUkYlQ== Ademas en el sistema de gestion integral, modulo tramites se cuenta conotra herramienta para interponer denuncias	3	1 2 3 4 5 6 7 8	PRIMERA LINEA DE DEFENSA Se realiza creación de un espacio de denuncia sobre situaciones que afecten al código de integridad en la página web institucional, la cual además está siendo socializada por los diferentes servicios. TERCERA LINEA DE DEFENSA: La Oficina de Control Interno evidencio que tanto en la pagina web como en el sistema de gestion integral, durante el primer semestre de 2026, no se presentaron denuncias respecto a cualquier conducta que contravenga nuestro Código de Integridad o compartir cualquier inquietud relacionada, adicionalmente observo el reporte trimestral de informe generados por el área de talento humano en lo relacionado con informe de buzón cliente interno y externo y el uso de buzones de denuncia generando recomendaciones sobre el procedimiento en proyección para asegurar su efectividad, así mismo sugiere realizar seguimiento al canal de denuncias de anticorrupción asociado con el código de integridad. Se recomienda garantizar confidencialidad de la denuncia de cualquier actividad que esté asociada a las señales de alerta definidas por la entidad, sin temor a represalias.	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	
	Líneamiento 2: Aplicación de mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	Evaluación
				No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)		
2.1 Creación o actualización del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (incluye ajustes en periodicidad para reunión, articulación con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño).	Dimension Control Interno Politica de Control Interno	La resolución 220 del 2025 actualizo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja a través del siguiente link: https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?Id=189&seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&slug=resoluciones Dentro de sus funciones se encuentra : - Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la entidad presentado por el jefe de Control Interno o quien haga sus veces, hacer sugerencias y seguimientos a las recomendaciones producto de la ejecución del plan de acuerdo con los dispuesto en el estatuto de auditoría, basado y la priorización de los temas críticos según la gestión del riesgo de la administración» ».		1 2 3 4 5 6 7	Acta numero 1 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno Acta numero 2 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno Acta numero 3 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno	TERCERA LINEA DE DEFENSA :Primer Comité Institucional de coordinación de control Interno. Se realiza seguimiento a los compromisos adquiridos en el comité anterior. Se informa a los integrantes y participantes del comité que continúa pendiente la actividad relacionada con "Realizar revisión de la Resolución 194 de 2018, en lo referente a las sanciones disciplinarias, y emitir concepto por parte del área jurídica". Asimismo, se notifica a los integrantes y participantes que se ha dado cumplimiento a ocho actividades que permanecían pendientes al 11 de diciembre. Se presenta informe de seguimiento a Plan Anual de Auditoría con corte a 31 de diciembre de 2025 Rol de evaluación y seguimiento: presenta cumplimiento del 100% Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta cumplimiento del 100% Rol de liderazgo estratégico: la Oficina de Control Interno brindó acompañamiento a 14 actividades adicionales en los distintos procesos, alcanzando en total 129 actividades ejecutadas. Este resultado corresponde al 100% de cumplimiento del Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2025. Ejecución de auditorías: Presenta un cumplimiento del 1000% Informes de Ley: Preseta un cumplimiento del 100% Seguimiento: Presenta un avance del 100%. El asesor de control interno socializa el plan anual de auditoria, explicando que se da cumplimiento al manual de auditorias en su numeral 8.8.1 «planeación general de auditorías basadas en riesgo/ identificación de las unidades auditables » Una vez revisado el plan anual de auditoría propuesto por la Oficina de Control Interno, la alta gerencia solicitó incluir los siguientes subprocesos: Gestión Farmacéutica, Gestión Jurídica, Laboratorio Clínico y Gestión de Suministros y Activos Fijos. En atención a esta solicitud, se realizaron los ajustes correspondientes, retirando del plan las auditorías de los subprocesos de Atención Ambulatoria, Esterilización y Gestión Ambiental. Segundo comité Institucional de coordinación de control Interno Se informa a los integrantes y participantes del comité que continúa pendiente la actividad relacionada con "Realizar actualización circular 20231000000645- GER (Reporte de Información a entes de control externos)". SEGUIMIENTO PLAN ANUAL DE AUDITORÍAS 2026 – Corte al 31 de Marzo de 2026 Rol de evaluación y seguimiento: presenta cumplimiento del 83%		

			3	8	Hol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta cumplimiento del 100% Rol de liderazgo estratégico: presenta cumplimiento del 100% Rol de Liderazgo Estratégico: presenta cumplimiento del 100% Relación con Entes Externos: presenta cumplimiento del 100% APROBACIÓN PLAN DE ACCIÓN CICII 2026: El Asesor de la Oficina de Control Interno realizó la presentación y socialización del plan de trabajo definido para la vigencia 2025. Dicho plan fue aprobado por los miembros del Comité de Coordinación de Control Interno. Tercer comité Institucional de coordinación de control Interno Se informa a los integrantes y participantes del comité que continúan pendientes las actividades relacionadas con: "Realizar actualización circular 2023100000645-GER (Reporte de Información a entes de control externos)". "Realizar mesa de trabajo entre la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios, el área de Calidad y líderes de procesos, con el objetivo de revisar la gestión y actualización de documentos institucionales, con el fin de fortalecer el uso adecuado de los formatos vigentes. Asimismo, se abordarán las acciones necesarias para garantizar un proceso efectivo de socialización, en caso de ser pertinente, realizar los ajustes o modificaciones requeridos conforme a los controles establecidos, lo anterior teniendo en cuenta que el riesgo GC-RG-03, relacionado con la "posibilidad de no conformidades por el uso de formatos desactualizados debido a la falta de adherencia a la norma fundamental", se materializó. SEGUIMIENTO PLAN ANUAL DE AUDITORÍAS 2026 – Corte al 28 de Mayo de 2026 Rol de evaluación y seguimiento: presenta cumplimiento del 23% Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta cumplimiento del 40% Rol de Enfoque hacia la Prevención: Presenta cumplimiento del 100% Informes de Ley: Presenta cumplimiento del 100% AUDITORIAS DE PROCESOS En relación con el avance de las auditorías programadas para la vigencia 2026, con corte al 28 de mayo se han finalizado las auditorías de Gestión Farmacéutica y Gestión de Recursos Físicos/Gestión de la Tecnología Biomédica y Auditoría a Caja General. Gestión Financiera/Facturación, Apoyo Diagnóstico/Laboratorio Clínico, Gestión Jurídica, Docencia Servicio e Investigación PROPOSICIONES Y VARIOS La alta gerencia solicita a la Oficina de Control Interno realizar un seguimiento permanente al manejo de las remisiones en farmacia y continuar con la ejecución de inventarios aleatorios en el Laboratorio Clínico, con el propósito de garantizar resultados óptimos al cierre de la vigencia 2026.	3	Mantenimiento del control
2.2 Definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa	Dimension Control Interno Política de Control Interno Líneas de defensa	Para la definición del esquema de líneas de defensa, la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuenta con la siguiente documentación: * Resolución 123 del 2019, en el capítulo 2 se encuentra la estructura de trabajo de las líneas de defensa y adicionalmente. * Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), Se establece las líneas de defensa * La resolución 220 del 2025 actualizó el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, en su capítulo II, se encuentra la estructura de trabajo y articulación MECI, desarrollado a través de las tres líneas de defensa	3	1 2 3 4 5 6 7 8	PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA Se realiza seguimiento por parte de la primera línea de defensa, a través de la plataforma Almera SEGUIMIENTO SEGUNDA LÍNEA: Gestión de riesgo realizó "Informe de seguimiento al mapa de riesgos de gestión y fiscales por parte de la segunda línea de defensa del primer semestre del 2026." TERCERA LÍNEA: DE DEFENSA. Esta verificación se realizó en base a las evidencias que soportan los avances en la gestión del riesgo en cada una de los procesos del HUSRT, las cuales fueron cargadas en el Link que dispuso Gestión de riesgo, en algunas ocasiones fueron tomadas otras evidencias que se encuentran publicadas en la página web del HUSRT, sistema de gestión integral Almera y evaluaciones y en las auditorías realizadas por control interno, en el primer semestre de 2026.	3	Mantenimiento del control
2.3 Definición de líneas de reporte en temas clave para la toma de decisiones, atendiendo al Esquema de Líneas de Defensa	Dimension Control Interno Política de Control Interno Línea de Defensa Dimension de Información y Comunicación	Resolución 016 de 2026 «Por medio de la cual se ajusta la metodología y reglamenta el proceso de "Control y Monitoreo del Trabajo en Equipo" COMITÉ en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja y se deroga la Resolución No 121 del 01 de abril de 2025 ». La resolución 220 del 2025 actualizó el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, en su capítulo II, se encuentra la estructura de trabajo y articulación MECI. En su artículo 12 Roles frente al Sistema de control Interno y teniendo en cuenta que el sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se estructura a través del MECI, se establecen los siguientes roles y responsabilidades principales para el sistema en cada una de las líneas de defensa:	3	1 2 3 4 5 6 7 8	TERCERA LÍNEA DE DEFENSA: las actividades se socializan a los responsables del nivel jerárquico superior en el: Primer, segundo y tercer Comité Institucional de coordinación de control interno de igual forma los informes finales de las auditorías realizadas durante el primer semestre de 2025, los cuales adicionalmente fueron enviados vía correo electrónico a los procesos involucrados, supervisores y al gerente. INFORMES DE AUDITORIAS REALIZADAS: *Informe final de auditoría a gestión de tecnología biomédica *Informe final Auditoría a Caja General Informe final Auditoría Apoyo Diagnóstico/Laboratorio Clínico *Informe final de auditoría al Proceso Gestión Jurídica *Informe final de auditoría al Proceso Docencia Servicio e Investigación. Así mismo con corte a mayo se han ejecutado 10 informes de ley Respecto a los comités de coordinación de control interno se efectuaron en el primer semestre de 2026 3 comités y las actas se encuentran registradas en el sistema de gestión integral.	3	Mantenimiento del control

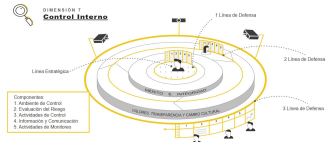
Líneaamiento 3: Establece la planeación estratégica con responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento. Así mismo a partir de la política de riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección.	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento <i>Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación</i>	Presente (1/2/3)	No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Observaciones de la evaluación independiente (tener encuesta papel de líneas de defensa)	Funcionando (1/2/3)	Evaluación
3.1 Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo (Acorde con lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas). La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo.	Dimension de Direccionamiento Estratégico y Planeación Política de Planeación Institucional Dimension Control Interno	"Dentro de la política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo cuarto, metodología: "Actualizar y dar continuidad a la implementación del Programa de gestión integral de riesgos (OADS-PG-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, la complejidad del proceso de atención, incluyendo de esta forma la gestión de riesgos asistenciales y clínicos siendo para fundamental de la gestión institucional, por lo tanto no es una adopción textual de la guía del DAFT y contempla las instrucciones impartidas de la circular externa de la superintendencia nacional de salud 20211700000004-5 de 2021, 20211700000005-5 de 2021 y 202151000000053-5 de 2022, se definen 7 etapas estratégicas en la cual una hace referencia a "1. Realizar análisis de contexto interno y externo de la institución. y 6. Realizar seguimiento a la materialización de los riesgos." En cumplimiento de lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas, se realizó la evaluación de la Política de gestión integral de Riesgos, verificando su aplicación en el hospital, su alineación con la normatividad vigente y los lineamientos institucionales. Asimismo, se analizaron los cambios en el entorno interno y externo que pudieran requerir ajustes, así como las dificultades presentadas durante su implementación. Como resultado de esta evaluación, se concluyó que la política continúa siendo pertinente, adecuada y aplicable, sin identificarse cambios normativos, organizacionales o de contexto que hicieran necesario modificar su contenido. Este resultado fue presentado al Comité de Gestión Integral de Riesgos, el cual avaló mantener la política vigente sin ajustes. "Programa de Gestión Integral de Riesgos código: OADS-PG-02 Lineamientos para el manejo de Riesgos Materializados" Formato de seguimiento y autocontrol gestión de riesgos/primer línea de defensa OADS-F-36"	3	1	Plan de trabajo de gestión integral de riesgos 2026	"Línea estratégica: Tiene dentro de sus funciones la aprobación de ajustes o modificaciones que se efectúen a las políticas, manuales, procedimientos y demás metodologías definidas relacionadas con la gestión del riesgo integral que se requiere por lineamientos externos. Se revisó desde el comité de gestión integral de riesgos el plan de trabajo de gestión integral de riesgos 2026 para aprobación en donde se contemplaron las actividades de 2. Revisar y actualizar de ser necesario política de gestión integral de riesgos y 3. Revisar y actualizar de ser necesario Programa de gestión integral de riesgos PRIMERA LINEA DE DEFENSA:Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo (Acorde con lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas). La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo. SEGUNDA LINEA DE DEFENSA Segunda línea de defensa: Tiene dentro de sus funciones elaborar, revisar, actualizar y presentar a comité de gestión integral de riesgos política, manual y demás metodologías definidas relacionadas con la gestión del riesgo integral y a junta directiva la política y demás metodologías que se requieran por lineamientos externos, y socializar política y metodologías de gestión de riesgos integral, capacitar a los líderes involucrados y desplegar a todo nivel. Revisó la Política de Gestión Integral de Riesgos de acuerdo con lo planificado. Posteriormente, se presentó el resultado de la revisión ante el Comité de Gestión Integral de Riesgos, el cual concluyó que no era necesario realizar ajustes a la política, dado que esta continúa siendo pertinente y adecuada, sin identificarse cambios normativos, organizacionales o de contexto que hicieran necesario modificar su contenido. TERCERA LINEA DE DEFENSA: El cumplimiento de esta política se evidencia a través de los diferentes informes de riesgos —Gestión, SICOFT, SARLAFT e Informáticos—, los cuales permiten generar conclusiones y establecer alertas de mejora orientadas al fortalecimiento del sistema de control interno, estos informes se pueden consultar en link adjunto.	3	Mantenimiento del control
				2	Comité de Gestión Integral de Riesgos Acta / 2026-001			
				3	Comité de Gestión Integral de Riesgos Acta / 2026-002			
				4				
				5				
				6				
				7				
				8				
3.2 La Alta Dirección frente a la política de Administración del Riesgo definen los niveles de aceptación del riesgo, teniendo en cuenta cada uno de los objetivos establecidos.	Dimension Control Interno Política de Control Interno Línea Estrategica	"Dentro de la Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo cuarto, metodología: "Actualizar y dar continuidad a la implementación del Programa de gestión integral de riesgos (OADS-PG-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, la complejidad del proceso de atención, incluyendo de esta forma la gestión de riesgos asistenciales y clínicos siendo para fundamental de la gestión institucional, por lo tanto no es una adopción textual de la guía del DAFT y contempla las instrucciones impartidas de la circular externa de la superintendencia nacional de salud 20211700000004-5 de 2021, 20211700000005-5 de 2021 y 202151000000053-5 de 2022", se definen 7 etapas estratégicas en la cual una hace referencia a 4. Definir las estrategias para reducir, mitigar y/o transferir el riesgo y en su artículo sexto, NIVELES DE ACEPTACIÓN AL RIESGO: establece las opciones para tratar y manejar los riesgos basada en la valoración de estos. Política de gestión integral de riesgos aprobada por junta directiva mediante acuerdo 018 de 15 de agosto de 2025. "Programa de Gestión Integral de Riesgos código: OADS-PG-02" 4. Definir las estrategias para evitar, reducir, aceptar y/o compartir el riesgo. 4.2. Estrategias	3	1	Política de gestión integral de riesgos aprobada mediante acuerdo 018 de 15 de agosto de 2025.	Línea estratégica: Tiene dentro de sus funciones la aprobación de ajustes o modificaciones que se efectúen a las políticas, manuales, procedimientos y demás metodologías definidas relacionadas con la gestión del riesgo integral que se requiere por lineamientos externos. Se revisó desde el comité de gestión integral de riesgos el plan de trabajo de gestión integral de riesgos 2026 para aprobación en donde se contemplaron las actividades de 2. Revisar y actualizar de ser necesario política de gestión integral de riesgos y 3. Revisar y actualizar de ser necesario Programa de gestión integral de riesgos SEGUNDA LINEA DE DEFENSA: Tiene dentro de sus funciones elaborar, revisar, actualizar y presentar a comité de gestión integral de riesgos política, manual y demás metodologías definidas relacionadas con la gestión del riesgo integral y a junta directiva la política y demás metodologías que se requieren por lineamientos externos, y socializar política y metodologías de gestión de riesgos integral, capacitar a los líderes involucrados y desplegar a todo nivel. Revisó la Política de Gestión Integral de Riesgos de acuerdo con lo planificado. Posteriormente, se presentó el resultado de la revisión ante el Comité de Gestión Integral de Riesgos, el cual concluyó que no era necesario realizar ajustes a la política, dado que esta continúa siendo pertinente y adecuada, sin identificarse cambios normativos, organizacionales o de contexto que hicieran necesario modificar su contenido." TERCERA LÍNEA DE DEFENSA Desde la Oficina de Control Interno realiza seguimiento a lo establecido en la Política de Gestión del riesgo, en la cual en su Artículo cuarto se establece las etapas estratégicas de la Política, así mismo establece las etapas de acción para la implementación y despliegue de la Política de Gestión Integral del Riesgo, en su numeral 4 establece definir estrategias para evitar, reducir , aceptar y/o compartir el riesgo .	3	Mantenimiento del control
				2				
				3				
				4				
				5				
				6				
				7				
				8				
3.3 Evaluación de la planeación estratégica, considerando alertas frente a posibles incumplimientos, necesidades de recursos, cambios en el entorno que puedan afectar su desarrollo, entre otros aspectos que garanticen de forma razonable su cumplimiento.	Dimensión Evaluacion de Resultados Política de Seguimiento y Evaluación al Desempeño Institucional Dimension Control Interno Lineas de defensa	La entidad cuenta con la resolución 559 de 2024 la cual establece los mecanismos de planeación, Evaluación y Redición de informes de gestión, así mismo se adoptan los planes Operativos, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el plan de desarrollo 2024-2027 En el artículo octavo planes estratégicos institucionales de acuerdo con el ambiente de aplicación del modelo integrado de planeación y gestión los cuales deben publicarlos en la página web de la institución a más tardar al 31 de enero de cada año.		1	Resolución 559 de 2024	Segunda línea de defensa: Realiza monitoreo a planes operativos anuales de primer trimestre del 2026, el informe de seguimiento que emite la oficina de control interno, es presentado en comité de control interno. TERCERA LINEA DE DEFENSASe elaboró el informe correspondiente al primer trimestre del POA, en el cual se generaron alertas de mejora respecto a los indicadores que no cumplieron la meta establecida, igualmente se dejaron alertas de mejora a los procesos que no habían alcanzado los objetivos, con el propósito de conformar mesas de trabajo orientadas a lograr el cumplimiento de las metas durante la vigencia y fortalecer la efectividad de esta herramienta de planeación.		Mantenimiento de
				2	Informe de seguimiento al cumplimiento de la ejecución de los Planes Institucionales y Estratégicos conforme a lo establecido en el Decreto 612 de 2018 a corte al primer trimestre de 2026			
				3	Informe Seguimiento a planes operativos anuales con corte al primer trimestre de 2026			

		La evaluación de planes estratégicos institucionales se realizará de forma trimestral por la oficina de planeación conforme a lo definido por las funciones del comité institucional de gestión y desempeño."	3 4 5 6 7 8	Actas de comité institucional de coordinación de control interno		3	control	
Lineamiento 4: Compromiso con la competencia de todo el personal, por lo que la gestión del talento humano tiene un carácter estratégico con el despliegue de actividades clave para todo el ciclo de vida del servidor público –ingreso, permanencia y retiro.	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	EVIDENCIA DEL CONTROL Observaciones de la evaluación independiente (tener encuesta papel de líneas de defensa)	Funcionando (1/2/3)	Evaluación
4.1 Evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano.	Dimension de Talento Humano Política Gestion Estrategica del Talento Humano Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	Se cuenta con el Programa estratégico del Talento humano, TH-PG-01. «PROGRAMA DE GESTION INTEGRAL Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO» el cual puede ser consultado en el siguiente link: https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim&c=sgihospital sanrafaeltunja	3	1 2 3 4 5 6 7 8	PROGRAMA DE GESTION INTEGRAL Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO	Primera Línea de Defensa: Se realizó el seguimiento a la matriz denominada Plan Estratégico , y se aportaron las evidencias. Adicionalmente se desarrolló lo definido en el POA, se adjunta evidencia (información pendiente de actualizar) Tercera Línea de Defensa: El seguimiento al MECI, en el componente Ambiente de Control, numeral 4.1 "Evaluación de la implementación estratégica del talento humano", La oficina de control verifica: " Evidencias aportadas en el informe de seguimiento al POA del primer trimestre 2026, que incluye: actividades de capacitación y bienestar, ejecución del cronograma de bienestar, cobertura de personal de planta y terceros, encuesta de satisfacción de bienestar, ejecución del cronograma de capacitación, cobertura de capacitación para personal de planta y terceros, porcentaje de cumplimiento de metas de los indicadores impactados por el plan de formación, porcentaje de aprendizaje en actividades de capacitación, resultados de los planes de formación y encuesta de aprendizaje, en concordancia con . la medición, seguimiento, evaluación y cumplimiento de los indicadores establecidos conforme a los lineamientos del Decreto 612 de 2018 seguimiento al plan de acción derivado de la auditoría realizada al subproceso de Talento Humano: Incluye seguimiento al Plan Anual de Vacantes, Plan de Previsión de Recursos Humanos, Plan Estratégico de Talento Humano, Plan Institucional de Capacitación y Plan de Incentivos Institucionales. y seguimiento al plan de acción de la Auditoría a Sistemas: Comprende el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI), el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.	3	Mantenimiento del control
4.2 Evaluación de las actividades relacionadas con el Ingreso del personal.	Dimension de Talento Humano Política Gestion Estrategica del Talento Humano Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	Para ejecutar las acciones relacionadas con este ítem, la institución y específicamente el área de talento humano, cuenta con los siguientes procedimientos: Selección, ingreso, código TH-PR-08 para Planta, TH-PR-42 para Misión y TH-PR-47 para CPS Programa de Inducción y Reinducción: Código TH-F-71 Programas para nuevos empleados y para quienes cambian de puesto, garantizando la comprensión de responsabilidades y funcionamiento institucional	3	1 2 3 4 5 6 7 8	*Auditoría de Talento Humano: Informe de seguimiento POA TH-INS-04 PROCEDIMIENTOS: TH-PR-08 para Planta, TH-PR-42 para Misión y TH-PR-47 para CPS	PRIMERA LINEA DE DEFENSA Se garantizó la mitigación de riesgos operativos, legales y de calidad en la vinculación del personal mediante la aplicación rigurosa de los siguientes controles preventivos: Control de Requisitos de Ingreso (Prevención de Perfiles No Idóneos): En alineación con el instructivo TH-INS-04 y los procedimientos específicos de selección (TH-PR-08 para Planta, TH-PR-42 para Misión y TH-PR-47 para CPS), esta primera línea asegura que el 100% de los colaboradores verificados cuenten con el formato TH-F-45 (Lista de Requisitos General) debidamente diligenciado y anexado a su hoja de vida física como requisito previo y obligatorio para su vinculación. Control de Seguridad de la Información y Trazabilidad Asistencial: Para blindar la seguridad del paciente y el registro de la historia clínica, se realiza el control operativo de firmas mediante el diligenciamiento del formato TH-F-119 (Autorización de uso de firma electrónica) articulado con el formato S-F-39 para la Mesa de Servicios, garantizando que el soporte físico repose en las hojas de vida de los colaboradores (planta, misión y CPS). Gestión y Reporte de Transparencia (Ausencia de Conflictos de Interés): Se ejerce el control continuo sobre la ejecución contractual de los contratistas CPS, certificando que durante el primer semestre del periodo evaluado no se presentaron situaciones constitutivas de conflicto de intereses. TERCERA LINEA DE DEFENSA: La oficina de control interno efectuó seguimiento trimestral al plan de mejoramiento derivado de la Auditoría de Talento Humano, dentro de las acciones ejecutadas se Incluye: seguimiento al Plan Anual de Vacantes, adicionalmente se evidencia diligenciamiento razonable del formato TH-F-45 verificación de requisitos de hoja de vida y habilitación y la aplicación de procedimientos relacionados con selección, ingreso y promoción de personal, Vinculación laboral, así como los programa de inducción y reinducción Así mismo "Se fortaleció el seguimiento y control de actividades de ingreso al personal "Se dejó la recomendación de continuar con la formalización laboral para lo que resta de la presente vigencia y la próxima, cumpliendo con los plazos establecidos por la institución, así como realizar el proceso de provisión de cargos de la entidad. "se creó el compromiso de efectuar seguimientos periódicos con el propósito de mantener las hojas de vida de los funcionarios de planta organizadas y actualizadas con el fin de contar con información veraz, oportuna y de calidad. " se evidencio capacitaciones al personal en el uso del SIGEP II y el aplicativo de la Ley 2013 de 2019 " El subproceso realiza un control más estricto respecto a la necesidad de la presentación de la declaración de bienes y rentas actualizada como requisito previo a la formalización de cada contrato de prestación de servicio. la evidencia se puede verificar en el el sistema de gestión integral (ALMERA) modulo planes de mejora	3	Mantenimiento del control
4.3 Evaluación de las actividades relacionadas con la permanencia del personal.	Dimension de Talento Humano Política Gestion Estrategica del Talento Humano Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	"El proceso de talento humano, efectúa la evaluación a la permanencia del personal, mediante la aplicación de los siguientes procedimientos. Plan institucional de capacitación código: TH-PR-02 v12 Medición clima laboral código: TH-PR-37 v5 Plan de bienestar social e incentivos código: TH-PR-04 v8 Trámite de comisiones de servicio código: TH-PR-16 v5 Programación y liquidación de vacaciones código: TH-PR-07 v5 Autorización de libranzas y créditos para el personal de planta global de la E.S.E código: TH-PR-13 v7"	3	1 2 3 4 5 6 7 8	Plan institucional de capacitación Plan de bienestar social e incentivos	Primera Línea de Defensa: Se realizó el seguimiento a la matriz denominada Plan Estratégico , y se aportaron las evidencias. Adicionalmente se desarrolló lo definido en el POA, se adjunta evidencia (información pendiente de actualizar) Tercera Línea de Defensa: El seguimiento al MECI, en el componente Ambiente de Control, numeral 4.1 "Evaluación de la implementación estratégica del talento humano", La oficina de control verifica: " Evidencias aportadas en el informe de seguimiento al POA del primer trimestre 2026, que incluye: actividades de capacitación y bienestar, ejecución del cronograma de bienestar, cobertura de personal de planta y terceros, encuesta de satisfacción de bienestar, ejecución del cronograma de capacitación, cobertura de capacitación para personal de planta y terceros, porcentaje de cumplimiento de metas de los indicadores impactados por el plan de formación, porcentaje de aprendizaje en actividades de capacitación, resultados de los planes de formación y encuesta de aprendizaje, en concordancia con . la medición, seguimiento, evaluación y cumplimiento de los indicadores establecidos conforme a los lineamientos del Decreto 612 de 2018 seguimiento al plan de acción derivado de la auditoría realizada al subproceso de Talento Humano: Incluye seguimiento al Plan Anual de Vacantes, Plan de Previsión de Recursos Humanos, Plan Estratégico de Talento Humano, Plan Institucional de Capacitación y Plan de Incentivos Institucionales. y seguimiento al plan de acción de la Auditoría a Sistemas: Comprende el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI), el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)
LINEA DE DEENSA : La Oficina de	4.4Análizar si se cuenta con políticas claras y comunicadas relacionadas con la responsabilidad de cada servidor sobre el desarrollo y mantenimiento del control interno (1a línea de defensa)	Dimension de Talento Humano Política Gestion Estrategica del Talento Humano Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	3	1 2 3 4	Plan de mejoramiento Talento Humano	TERCERA LINEA DE DEENSA : La Oficina de Control interno realiza seguimiento al plan de mejoramiento de la auditoría a Talento Humano 2025, actividades relacionadas con Clima laboral, Plan de bienestar social e incentivos y demás actividades plasmadas en el TH-F-38 "cronograma de bienestar social", Adicionalmente se realiza seguimiento a través del Plan Operativo Anual primer trimestre 2026, revisando evidencias aportados por el proceso, el cual incluye actividades de bienestar e incentivos del personal de planta y personal tercerizados, tales como detalle de cumpleaños, día de las profesiones, día de la madre, día del servidor público, día de la enfermera entre otros Se recomienda programar las actividades de bienestar desde el inicio de la vigencia, definiendo con claridad la metodología para su selección, con el fin de evitar que algunos colaboradores queden sin participar en las actividades previstas. Asimismo, se sugiere distribuir la programación de manera equilibrada durante el año, ya que al concentrarse la mayoría de actividades al finalizar los meses se generan cruces que impiden su adecuada ejecución y disfrute. De igual forma, se evidenció que no se continuó con el programa cardiovascular ni se realizó el ajuste correspondiente para reemplazarlo, lo cual refleja una falta de planeación que obstaculiza el cumplimiento de los objetivos institucionales en materia de bienestar.	3	Mantenimiento del

		los plan de capacitación y actividades de bienestar, estructura general y específica	5 6 7 8	Realizar una mejor planeación en los programas de capacitación y bienestar durante toda la vigencia, para garantizar la cobertura completa del personal, además se verifica cumplimiento en lo relacionado con la rendición de informes PQRSD información por quejas o denuncias de los grupos de valor de la entidad, Informes internos (Informes del comité de convivencia, Informes de la comisión de personal	control
4.5 Evaluación de las actividades relacionadas con el retiro del personal.	Dimension de Talento Humano Política Gestion Estrategica del Talento Humano Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	Para las actividades referentes al retiro del personal, el proceso de Talento Humano, cuenta con el procedimiento «RETIRO DEL SERVICIO» TH-PR-09 V 5.	1 2 3 4 5 6 7 8	procedimiento «RETIRO DEL SERVICIO» TH-PR-09 V 5. PRIMERA LINEA DE EDEFENSA: Se realiza encuesta de retiro al personal; el personal prepensionable cuenta con actividades de retiro; se realiza anualmente informe de retiro. PRIMERA LINEA DE EDEFENSA: La Oficina de Control interno realiza seguimiento en el plan operativo anual en el cual para el primer semestre de 2026 se programaron y ejecutaron 33 actividades de bienestar, respecto a las actividades de retiro se efectuó actividad de despedida de una funcionaria que se pensiono, y así mismo la oficina de talento humano dentro de la planeación programó acciones para el segundo semestre de 2026	2 Deficiencia de control (diseño o ejecución)
4.6 Evaluar el impacto del Plan Institucional de Capacitación - PIC	Dimension de Talento Humano Política Gestion Estrategica del Talento Humano Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	La entidad cuenta con un procedimiento de Plan Institucional de capacitación cuyo objeto es: Contribuir al fortalecimiento de competencias laborales, conocimientos, habilidades de formación y de capacitación, enmarcadas en la mejora en la prestación de los servicios de salud a los usuarios y sus familias, el eficaz desempeño de las funciones cargo, teniendo en cuenta la protección del ambiente y el autocuidado de la salud PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION CÓDIGO: TH-PR-02 V12 Se encuentra publicado el PIC, a través del siguiente enlace: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://hospitalsanrafaeltunja.gov.co/wp-content/uploads/2025/08/Plan-Institucional-de-Capacitacion-Cronograma-2025-1.pdf	1 2 3 4 5 6 7 8	Plan de capacitación TH-PR-02 PRIMERA LINEA DE EDEFENSA: Se tiene evaluación del impacto 2025, de la capacitación orientada al cumplimiento de los indicadores de eficacia, los cuales se formulan por plan de formación. Para la vigencia 2025 el resultado fue del 92% anual TERCERA LINEA DE DEFENSA: La Oficina de Control Interno verificó el cumplimiento a la publicación del cronograma de capacitación 2026, y se realizó seguimiento a través del Plan Operativo Anual primer trimestre de 2026. Se recomienda programar las actividades de bienestar desde el inicio de la vigencia, definiendo con claridad la metodología para su selección, con el fin de evitar que algunos colaboradores queden sin participar en las actividades previstas. Asimismo, se sugiere distribuir la programación de manera equilibrada durante el año, ya que al concentrarse la mayoría de actividades al finalizar los meses se generan cruces que impiden su adecuada ejecución y disfrute	2 Deficiencia de control (diseño o ejecución)
4.7 Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo.	Dimension de Talento Humano Política Gestion Estrategica del Talento Humano Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	Se cuenta con el manual de contratación actualizado mediante resolución 376 de 2024 y tiene establecido que dentro del estudio previo de conveniencia y oportunidad se debe realizar el análisis de riesgo propio de cada proceso y modalidad de contratación así como la forma de mitigarlo adicionalmente se tiene establecido el procedimiento «Evaluación de proveedores» C-PR-04	1 2 3 4 5 6 7 8	Evaluación de proveedores» C-PR-04, PRIMERA LINEA DE DEFENSA: La oficina de talento humano trabaja de la mano con las empresas temporales, de lo cual mensualmente emite un certificado de cumplimiento. Tercera Línea de Defensa: La Oficina de Control Interno, dentro de su Plan anual de auditoría 2026 durante el segundo semestre, realizará auditoría al proceso Gestión Contratación y continuará con el seguimiento y evaluación de riesgo, en la cual se verifica el diligenciamiento y la adherencia al formato C-F-22 Informe de Actividades Contratistas y procedimiento «Evaluación de proveedores» C-PR-04,	2 Deficiencia de control (diseño o ejecución)
Lineamiento 5: La entidad establece líneas de reporte dentro de la entidad para evaluar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPIG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presenta (1/2/3) No.	EVIDENCIA DEL CONTROL Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	Funcionando (1/2/3) Evaluación
5.1 Acorde con la estructura del Esquema de Líneas de Defensa se han definido estándares de reporte, periodicidad y responsables frente a diferentes temas críticos de la entidad.	Dimension de Información y Comunicación Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	El hospital cuenta con la Resolución 559 de 2024 en su artículo 2 establece los roles de autocontrol y autoevaluación de los líderes de proceso o unidades funcionales para la evaluación de planes operativos anuales, así como el monitoreo a la autoevaluación, que realiza la segunda línea de defensa que para el caso sería desarrollo de servicios, y un seguimiento final que realiza la oficina de control interno como tercera línea de defensa Resolución 225 de 2024 « Por medio de la cual se definen los lineamientos institucionales para que la Oficina de control interno cumpla con las actividades de evaluación independiente y auditoría interna de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja». Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025) , Se establecen las líneas de defensa	1 2 3 4 5 6 7 8	PRIMERA LINEA DE DEFENSA: Se tiene establecido un formato OADS-F-36 "Formato seguimiento y autocontrol gestión de riesgos / primera línea de defensa", seguimiento realizado a través del sistema de gestión integral. SEGUNDA LINEA DE DEFENSA Realiza Seguimiento segunda línea de defensa Mapa de Riesgos de Gestión cuyo objetivo es verificar «Realizar seguimiento y verificación de los controles propuestos en el mapa de riesgos de gestión de la ESE Hospital Universitario San Rafael Tunja.». TERCERA LINEA DE DEFENSA: La Oficina de Control Interno realiza recomendaciones que se socializan en el Comité institucional de coordinación de control interno y quedan registradas en las actas de cada comité. Estas se pueden verificar en el sistema de gestión integral PLANES OPERATIVOS ANUALES: Mediante Resolución 559 de 2024 la cual establece los mecanismos de Planeación, Evaluación y Rendición de Informes de Gestión, se establece el rol de cada una de las líneas de defensa, frente al monitoreo y seguimiento de Planes operativos Anuales	3 Mantenimiento del control

5.2 La Alta Dirección analiza la información asociada con la generación de reportes financieros.	Dimensión de Control Interno Linea de Estrategica	La entidad cuenta con la Resolución 016 de 2026«Por medio de la cual se ajusta la metodología y reglamenta el proceso de "Control y Monitoreo del Trabajo en Equipo" COMITÉ en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja y se deroga la Resolución No 121 del 01 de abril de 2025» en la cual se encuentra los comités de gerencia	3	1	Acta Comité de sostenibilidad financiera primer y segundo trimestre de 2026	A través del comité de sostenibilidad financiera que se reúne trimestralmente son presentados los estados financieros con corte al último mes cerrado, resultados que son analizados y sobre los cuales se toman medidas de control cuando es necesario, así mismo son presentadas y estudiadas las bajas de activos para recomendar a gerencia la aprobación de la baja. A este comité se llevan igualmente los indicadores financieros que permiten mostrar a la alta dirección la medición de factores económicos determinantes en la toma de decisiones, así mismo, la oficina de control interno, realiza una verificación de los informes que deben ser rendidos por el proceso de financiera a los diferentes entes externo, constatando que estos fueron enviados dentro del término establecido. Se cuenta con el comité de cartera que se reúne mensualmente en donde se presenta y analiza el comportamiento de cartera, facturación, el recaudo, glosas, devoluciones y seguimiento jurídicos de cobro de cartera. Este comité conformado por los líderes de cada una de las áreas involucradas con la cartera de la entidad es insumo para la toma de decisiones por parte de la alta dirección en materia financiera. Se realizó seguimiento a través de la herramienta Planner para verificar el cumplimiento de los reportes, comprobando igualmente la conformidad por parte del proceso. No obstante, se evidenció la presentación de un informe de manera extemporánea.	3	Mantenimiento del control
				2	Actas Comité de cartera primer semestre de 2026			
				3	Informe entes externo julio 2026			
				4				
				5				
				6				
				7				
				8				
5.3 Teniendo en cuenta la información suministrada por la 2a y 3a línea de defensa se toman decisiones a tiempo para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos.	Dimensión de Control Interno Lineas de Defensa	Se cuenta con el Procedimiento «Asesoría y evaluación de la gestión institucional » OACI-PR-03, que en la actividad # 11 «realizar acta de compromiso con los responsables de las metas por indicador con calificación de 1% a 59% en formato Cod: OADS-F-09 o que presenten desviaciones frente al periodo evaluado» y esta actividad se realizará « dentro de la semana siguiente a la emisión del informe definitivo de planes operativos» Resolución 016 del 20 de enero de 2026, «Por medio de la cual se ajusta la metodología y reglamenta el proceso de "Control y Monitoreo del Trabajo en Equipo" COMITÉ en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja y se deroga la Resolución No 121 del 01 de abril de 2025» Se cuenta con procedimiento de seguimiento al desempeño de procesos y mejora PLA-PR-01, mediante el cual se mide la gestión de los procesos en 3 niveles de seguimiento, un primer	3	1	Informe de seguimiento a plan operativo anual con corte 31 de marzo de 2026	Segunda línea de defensa: Realiza INFORME a planes operativos anuales del I trimestre del 2026, el informe de seguimiento que emite la oficina de control interno, es presentado en comité de control interno, estos informes contienen recomendaciones y alertas de mejora "Se realiza seguimiento al desempeño de los procesos de primer trimestre, presentando a la alta dirección las mejoras y brechas presentadas en cada uno "Seguimiento a Comités (interinstitucionales e institucionales) TERCERA LINEA DE DEFENSA: se efectua seguimiento en el: comite Institucional de contro ,interno a los siguientes temas. "Seguimiento planes de mejoramiento y Planes pendientes por suscribir Farmacia y biomédica "Seguimiento plan anticorrupción AVANCE ROL DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN EL RIESGO Seguimiento a Mapas de Riesgos de SICOF Seguimiento a los Mapas de Riesgo Contables AVANCE ROL LIDERAZGO ESTRATÉGICO Comités (interinstitucionales e institucionales)	3	Mantenimiento del control
				2				
				3	Acta / 2026-003 / comité gestión y desempeño			
				4				
				5	Informe seguimiento comités 1er trimestre 2026			
				6				
				7				
				8				
5.4 Se evalúa la estructura de control a partir de los cambios en procesos, procedimientos, u otras herramientas, a fin de garantizar su adecuada formulación y afectación frente a la gestión del riesgo.	Dimension de Gestion con Valores para Resultado Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos Dimension Control Interno Lineas de Defensa	Se evalúa la estructura de control a partir de la solicitud de cambios por los procesos los cuales han sido llevados al Comité Institucional de Control Interno para su aprobación por parte de la tercera línea de defensa en interlocución con la Primera y Segunda Línea de defensa "La validación de los documentos y su oportuna actualización está enmarcada en los siguientes documentos": CA-M-00 Norma fundamental. CA-PR-06 Control de documentos CA-PR-08 Control de registros CA-PR-05 Actualización de normograma." Manual de auditoría Manual de riesgos Política de riesgos	3	1	Informe Operatividad realización de documentos en Software Almera y Estado de los Documentos	PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA La primera línea diligencia el formato OADS-F-36«FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS SEGUNDO TRIMESTRE: Se realiza informe Operatividad realización de documentos en el software almera y estados de documentos TERCERA LÍNEA DE DEFENSA informes de auditoría realizadas por control interno durante el primer semestre de 2026 " Gestión Farmacéutica "Gestión de Recursos Físicos/Gestión de la Tecnología Biomédica " laboratorio clinico "Docencia servicio e investigacion "Auditoria a Caja General.	3	Mantenimiento del control
				2	Informes de auditorias OACI			
				3				
				4				
				5				
				6				
				7				
				8				

	5.5 La entidad aprueba y hace seguimiento al Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por parte de la Oficina de Control Interno.	Dimension Control Interno Linea Estrategica	La resolución 220 del 2025 actualizo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja	3	1 Acta numero 1 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno	PRIMERA LINEA DE DEFENSA La primera línea diligencia el formato OADS-F-36«FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS SEGUNDO TRIMESTRE: Se realiza informe Operatividad realización de documentos en el software almera y estados de documentos	3	Mantenimiento del control
			En sus funciones se encuentra Aprobar el plan anual de auditoria de la entidad presentado por el jefe de control interno o quien haga sus veces hacer sugerencias y seguimientos a las recomendaciones productos de la ejecución del plan de acuerdo con los dispuesto en el estatuto de auditoria, basado y la priorización de los temas criticos según la gestión del riesgo de la administración. Adicionalmente en la resolución 225 del 2024, en el artículo 1 se encuentra que dentro de sus roles y responsabilidades frente al sistema de control interno se encuentra aprobar plan anual de auditoria responsabilidad de la línea estratégica		2 Acta numero 2 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno	TERCERA LINEA DE DEFENSA informes de auditoria realizadas por control interno durante el primer semestre de 2026		
					3 Acta numero 3 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno	* Gestión Farmacéutica *Gestión de Recursos Físicos/Gestión de la Tecnología Biomédica * laboratorio clinico *Docencia servicio e investigacion *Auditoria a Caja General.		
					4			
					5			
					6			
					7			
					8			
	5.6 La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional.	Dimension Control Interno Linea Estrategica	La resolución 220 del 2025 actualizo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja	3	1 Acta numero 1 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno	Primer Comité Institucional de coordinación de control Interno. Se realiza seguimiento a los compromisos adquiridos en el comite anterior. Se informa a los integrantes y participantes del comité que continúa pendiente la actividad relacionada con "Realizar revisión de la Resolución 194 de 2018, en lo referente a las sanciones disciplinarias, y emitir concepto por parte del área jurídica". Asimismo, se notifica a los integrantes y participantes que se ha dado cumplimiento a ocho actividades que permanecían pendientes al 11 de diciembre. Se presenta informe de seguimiento a Plan Anual de Auditoria con corte a 31 de diciembre de 2025 Rol de evaluación y seguimiento: presenta cumplimiento del 100% Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta cumplimiento del 100% Rol de liderazgo estratégico: la Oficina de Control Interno brindó acompañamiento a 14 actividades adicionales en los distintos procesos, alcanzando en total 129 actividades ejecutadas. Este resultado corresponde al 100% de cumplimiento del Plan Anual de Auditoria para la vigencia 2025.	3	Mantenimiento del control
					2 Acta numero 2 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno	Ejecución de auditorias: Presenta uncumplimiento del 1000% Informes de Ley: Preseta un cumplimiento del 100% Seguimiento: Presenta un avance del 100%. El asesor de control interno socializa el plan anual de auditoria, explicando que se da cumplimiento al manual de auditorias en su numeral 8.8.1 «planeación general de auditorias basadas en riesgo/ identificación de las unidades auditables » Una vez revisado el plan anual de auditoria propuesto por la Oficina de Control Interno, la alta gerencia solicitó incluir los siguientes subprocesos: Gestión Farmacéutica, Gestión Jurídica, Laboratorio Clínico y Gestión de Suministros y Activos Fijos. En atención a esta solicitud, se realizaron los ajustes correspondientes, retirando del plan las auditorias de los subprocesos de Atención Ambulatoria, Esterilización y Gestión Ambiental. Segundo comite Institucional de coordinación de control Interno Se informa a los integrantes y participantes del comité que continúa pendiente la actividad relacionada con "Realizar actualizacion circular 20231000000645-GER (Reporte de Informacion a entes de control externos)". SEGUIMIENTO PLAN ANUAL DE AUDITORIAS 2026 – Corte al 31 de Marzo de 2026 Rol de evaluación y seguimiento: presenta cumplimiento del 83% Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta cumplimiento del 100% Rol de liderazgo estratégico:presenta cumplimiento del 100% Rol de Liderazgo Estratégico: presenta cumplimiento del 100% Relación con Entes Externos: presenta cumplimiento del 100% APROBACIÓN PLAN DE ACCIÓN CICII 2026: El Asesor de la Oficina de Control Interno realizó la presentación y socialización del plan de trabajo definido para la vigencia 2025. Dicho plan fue aprobado por los miembros del Comité de Coordinación de Control Interno.		
					3 Acta numero 3 del Comité Institucional de Coordinación Control Interno	Tercer comite Institucional de coordinación de control Interno Se informa a los integrantes y participantes del comité que continúan pendientes las actividades relacionadas con: "Realizar actualización circular 20231000000645-GER (Reporte de Informacion a entes de control externos)". "Realizar mesa de trabajo entre la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios, el área de Calidad y líderes de procesos, con el objetivo de revisar la gestión y actualización de documentos institucionales, con el fin de fortalecer el uso adecuado de los formatos vigentes. Asimismo, se abordarán las acciones necesarias para garantizar un proceso efectivo de socialización, en caso de ser pertinente, realizar los ajustes o modificaciones requeridos conforme a los controles establecidos, lo anterior teniendo en cuenta que el riesgo GC-RG-03, relacionado con la "posibilidad de no conformidades por el uso de formatos desactualizados debido a la falta de adherencia a la norma fundamental", se materializó . SEGUIMIENTO PLAN ANUAL DE AUDITORIAS 2026 – Corte al 28 de Mayo de 2026 Rol de evaluación y seguimiento: presenta cumplimiento del 23% Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta cumplimiento del 40% Rol de Enfoque hacia la Prevención: Presenta cumplimiento del 100% Informes de Ley: Presenta cumplimiento del 100%		
					4			
					5	AUDITORIAS DE PROCESOS En relación con el avance de las auditorias programadas para la vigencia 2026, con corte al 28 de mayo se han finalizado las auditorias de Gestión Farmacéutica y Gestión de Recursos Físicos/Gestión de la Tecnología Biomédica y Auditoria a Caja General. Actualmente se encuentran en ejecución las auditorias de Gestión Financiera/Facturación, Apoyo Diagnóstico/Laboratorio Clínico, Gestión Jurídica, Docencia Servicio e Investigación PROPOSICIONES Y VARIOS La alta gerencia solicita a la Oficina de Control Interno realizar un seguimiento permanente al manejo de las remisiones en farmacia y continuar con la ejecución de inventarios aleatorios en el Laboratorio Clínico, con el propósito de garantizar resultados óptimos al cierre de la vigencia 2026.		
					6			
					7			
					8			



EVALUACIÓN DE RIESGOS

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

Lineamiento 6: Definición de objetivos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados: i)Estratégicos; ii)Operativos; iii)Legales y Presupuestales; iv)De Información Financiera y no Financiera.	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	Evaluación
				No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		
6.1 La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos.	Dimensión de Direcciónamiento Estratégico y Planeación. Política de Planeación Institucional	La entidad tiene la Resolución 559 del 2024 por lo cual se fija la planeación evaluación y rendición del informe de gestión en La E.S.E Hospital universitario san Rafael de Tunja, en su artículo primero se fija « adoptar planes operativos de acuerdo a lineamientos establecidos en el plan de desarrollo 2024-2027 « San Rafa, Alma, vida y corazón». Artículo primero: se deben formular los planes operativos por procesos, bajo coordinación de la oficina de desarrollo de servicios de acuerdo con las metas institucionales definidas en el plan de desarrollo, las cuales se operativizan a través de los POAS mediante indicadores que propenderán por el alcance de las metas institucionales, articulándolos con el artículo octavo se cuentan con planes estratégicos institucionales de acuerdo con el ámbito de aplicación del modelo integrado de planeación y gestión y esto se deberá publicar en la página web de la institución. Es importante mencionar que el Artículo 2 de esta resolución establece: Autocontrol y autoevaluación donde se menciona que los procesos deberán realizar reporte dentro de los primeros diez días hábiles del mes siguiente, en su Artículo Cuarto establece que la oficina Asesora de Desarrollo de servicios consolida reporte de autoevaluación POAS y finalmente la oficina de control interno realiza evaluación de los planes operativos. Se cuenta con los procedimientos OADS-PR-05 elaboración Plan de Desarrollo, OADS-PR-06 Elaboración Plan operativo Anual Institucional y OADS-PR-07 Elaboración Plan Operativo Anual por Proceso Mediante acuerdo. ASESORIA Y EVALUACION DE LA GESTION INSTITUCIONAL: Realizar seguimiento y evaluación de los planes operativos anuales por proceso y servicios con el fin de verificar el cumplimiento de las metas establecidas según lo establecido en el Plan de Desarrollo.	3	1	Caracterizaciones de procesos las cuales indican los objetivos claros de cada proceso	3	Mantenimiento del control
				2	Informe de Seguimiento Plan Operativo Por Procesos		
				3	Solicitud de información mediante Oficio Seguimiento POA con el cargue de los Soportes Respetivos en ALMERA ,Con Corte 30 de junio de 2026		
				4	Informe de Seguimiento y evaluación independiente Plan Operativo Por Procesos, tercera línea, corte primer y segundo trimestre de 2026		
				5			
				6			
				7			
				8			
6.2 Los objetivos de los procesos, programas o proyectos (según aplique) que están definidos, son específicos, medibles, alcanzables, relevantes, delimitados en el tiempo.	Dimensión de Gestión con Valores para Resultado Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	La evaluación de resultados es parte del proceso de la planificación estratégico en la gestión. Este método de evaluación es basado en la comparación entre los resultados previstos y los realizados, teniendo como parámetro los indicadores de desempeño definidos. La entidad cuenta herramienta de Plan Operativo Anual por procesos en el formato OADS-F-03, en el cual se establecen los indicadores de impacto para lograr las metas definidas en Plan de Desarrollo y sobre el cual se realizan seguimientos trimestrales al cumplimiento sus metas individuales, los cuales cuentan con sus respectivas fichas técnicas La entidad cuenta con el instructivo CAN-INS-05 INSTRUCTIVO PARA LA GESTION Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES, el cual permite orientar la forma de realizar el correcto reporte, análisis, asignación de fallas, y elaboración de planes de acción, con el fin de garantizar un adecuado análisis de la calidad para la mejora continua de la entidad	3	1	Caracterizaciones de procesos las cuales indican los objetivos claros de cada proceso	3	Mantenimiento del control
				2	Para los indicadores se tiene definido un CAN-INS-05 INSTRUCTIVO PARA LA GESTION Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES para creación y gestión de los indicadores		
				3	Informes de monitoreo- segunda línea realizados de manera mensual y trimestral (primer y segundo trimestre 2026)		
				4			
				5			
				6			
				7			
				8			
6.3 La Alta Dirección evalúa periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para la Entidad.	Dimensión de Direcciónamiento Estratégico y Planeación. Política de Planeación Institucional Dimensión Control Interno	Se cuenta con la resolución 559 de 2024 donde se adoptan los planes Operativos, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el plan de desarrollo 2024-2027 "San Rafa, Alma, Vida y Corazón". Y se definen los mecanismos de Planeación, Evaluación y Rendición de Informes de Gestión en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, Artículo octavo: planes estratégicos institucionales: de acuerdo con el ambiente de aplicación del modelo integrado de planeación y gestión los cuales deben publicarlos en la página web de la institución a más tardar al 31 de enero de cada año. La evaluación de planes estratégicos institucionales se realizará de forma trimestral por la oficina de		1	Actas de comité directivo		
				2	Actas Comité de gestión y desempeño		
				3	Actas Comité institucional de coordinación de control interno,las cuales se realizan bimensualmente		
				4			

	Linea Estrategica	planeación conforme a lo definido por las funciones del comité institucional de gestión y desempeño. Mediante informe de seguimiento de planes operativos anuales, emitido por la oficina de control interno, la alta dirección realiza monitoreo al cumplimiento de los objetivos. Se realiza informe de seguimiento trimestral de planes operativos anuales, emitido por la oficina de control interno, los cuales se toman como insumo, por parte de la alta dirección con el propósito de realizar monitoreo al cumplimiento de los objetivos Se cuenta con procedimiento de seguimiento al desempeño de procesos y mejora PLA-PR-01, mediante el cual se mide la gestión de los procesos en 3 niveles de seguimiento, un primer nivel que se realiza en la reunión de equipo primario de mejoramiento y la lidera el coordinador / líder de proceso, un segundo nivel que se realiza entre coordinador / líder y su superior jerárquico y un tercer nivel que se realiza entre los superiores jerárquicos y la alta dirección, producto de las reuniones se generan los tableros de control de indicadores TUCIP- TUCIT-TUCIE."	3	5 6 7 8	TERCERA LINEA DE DEFENSA Se socializan resultados de la evaluación trimestral realizada al cumplimiento del POA	3	Mantenimiento del control	
Lineamiento 7: Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	Evaluación	
				No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Observaciones de la evaluación independiente (tener encuesta papel de líneas de defensa)		
7.1 Teniendo en cuenta la estructura de la política de Administración del Riesgo, su alcance define lineamientos para toda la entidad, incluyendo regionales, áreas tercerizadas u otras instancias que afectan la prestación del servicio.	Dimension de Direccionamiento Estrategico y Planeacion. Política de Planeacion Institucional	Se cuenta con Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo tercero menciona el alcance: "Aplica a todos los procesos, subprocesos, servicios y personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada subsistema y tipo de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa." y trae implícito consigo las instancias que interactúan en la prestación del servicio las cuales se despliegan dependiendo del subsistema y el tipo del riesgo mencionados en el artículo cuatro de la misma.	3	Acuerdo No. 018 de 2025		SEGUNDA LINEA DE DEFENSA: En la última actualización de la política ya tenía incluido dentro del alcance a todos los procesos, subprocesos, servicios y personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada subsistema y tipo de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso, subsistemas y líneas de defensa TERCERA LINEA DE DEFENSA Se presenta para aprobación en Comité Institucional de control interno.	3	Mantenimiento del control
7.2 La Oficina de Planeación, Gerencia de Riesgos (donde existan), como 2a línea de defensa, consolidan información clave frente a la gestión del riesgo.	Dimension Control Interno Lineas de Defensa	"Dentro de la política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la segunda línea frente a la gestión del riesgo, en cabeza del subproceso de gestión integral de riesgos, coordinador y referente de gestión integral de riesgos, referente de seguridad del paciente, líder de gestión clínica y programas de alta complejidad y seguimiento comunitario, coordinador de atención hospitalaria, subgerente administrativo y financiero, coordinador gestión financiera, coordinador gestión comercial, asesor de la oficina de desarrollo de servicios, profesional universitario TIC - líder, profesional especializado responsable del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo y referente gestión ambiental, específicamente "realizar informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el programa" en donde se consolida información importante referente a la gestión del riesgo que permiten generar mejoras frente a los resultados encontrados. Informe monitoreo y seguimiento riesgos de los subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales segundo semestre 2025 Informe monitoreo y seguimiento riesgos del subsistema de seguridad de la información segundo semestre 2025 Informe monitoreo y seguimiento riesgos SICOFS tercer cuatrimestre 2025 Informe monitoreo y seguimiento riesgos SICOFS primer cuatrimestre 2026 Informe monitoreo y seguimiento riesgos SARLAFT primer semestre 2026 Informe monitoreo y seguimiento riesgos SARLAFT/PADM segundo semestre 2025 Informe adherencia OADS-M-04 Manual de riesgos contractuales primer semestre 2026 Formato OADS-F-40 Mapa de riesgos de subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales en sistema de gestión integral institución Almería Formato OADS-F-14 Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOFS) Formato AF-F-23 Mapa de riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva - SARLAFT/PADM Formato S-F-51 Matriz de riesgo sistema de gestión de la seguridad de la información - MSPI - gobierno digital en sistema de gestión integral institución Almería"	3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	Informe monitoreo y seguimiento riesgos de los subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales segundo semestre 2025 Informe monitoreo y seguimiento riesgos del subsistema de seguridad de la información segundo semestre 2025 Informe monitoreo y seguimiento riesgos SICOFS tercer cuatrimestre 2025 Informe monitoreo y seguimiento riesgos SICOFS primer cuatrimestre 2026 Informe monitoreo y seguimiento riesgos SARLAFT/PADM segundo semestre 2025 Informe monitoreo y seguimiento riesgos SARLAFT/PADM primer semestre 2026 Informe adherencia OADS-M-04 Manual de riesgos contractuales segundo semestre 2025 Formato OADS-F-40 Mapa de riesgos de subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales en sistema de gestión integral institución Almería Formato OADS-F-14 Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOFS) Formato AF-F-23 Mapa de riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva - SARLAFT/PADM Formato S-F-51 Matriz de riesgo sistema de gestión de la seguridad de la información - MSPI - gobierno digital en sistema de gestión integral institución Almería Formato S-F-51 Matriz de riesgo sistema de gestión de la seguridad de la información - MSPI - gobierno digital en sistema de gestión integral institución Almería Plan de trabajo de gestión integral de riesgos 2026 Comité de Gestión Integral de Riesgos Acta / 2026-001 Comité de Gestión Integral de Riesgos Acta / 2026-002	SEGUNDA LINEA DE DEFENSA: Consolida la información clave relacionada con la gestión del riesgo mediante el acompañamiento en la identificación, actualización y seguimiento de los riesgos asociados a los diferentes subsistemas de riesgos. Esta información es analizada, integrada y presentada periódicamente trimestralmente en el Comité de Gestión Integral de Riesgos, con el fin de apoyar la toma de decisiones, el monitoreo de la efectividad de los controles y el fortalecimiento de la gestión integral del riesgo institucional. TERCERA LINEA DE DEFENSA: La oficina de control interno realiza informe de seguimiento y evaluación riesgos de gestión y fiscales, SICOFS, SARLAFT, informáticos y contables de acuerdo a la periodicidad establecida.	3	Mantenimiento del control
7.3 A partir de la información consolidada y reportada por la 2a línea de defensa (7.2), la Alta Dirección analiza sus resultados y en especial considera si se han	Dimension Control Interno Lineas de Defensa	"Dentro de la Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de		1	Acta 001 del comité de gestión integral de riesgos de marzo Acta 002 del comité de gestión integral de riesgos de junio	Linea estratégica: Revisan, validan y supervisan el cumplimiento de políticas en materia de gestión integral de riesgos; realimentan a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de		

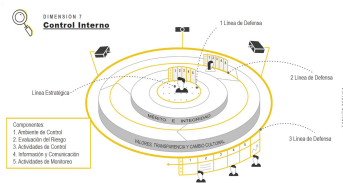
presentado materializaciones de riesgo.		responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la Línea estratégica - Alta dirección en el marco del comité institucional de Coordinación de sistema de Control Interno, comité de gestión integral de riesgos y junta directiva; específicamente: "Revisar, validar y supervisar el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizar seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión integral del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso"	2 Mapa de riesgos 2026 en almera (link de consulta https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=riesgos&option=riesgoinstltucional#subtabPage1) 3 Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (SICOFS) 2026 Mapa de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo/ Proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFI/PADM) 2026 4 Informe monitoreo y seguimiento riesgos de los subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales segundo semestre 2025 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales 5 Informe monitoreo y seguimiento riesgos del subsistema de seguridad de la información segundo semestre 2025 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos subsistema de seguridad de la información segundo semestre 2025 6 Informe monitoreo y seguimiento riesgos SICOFS tercer cuatrimestre 2025 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS tercer cuatrimestre 2025 7 Informe de monitoreo mapa de SARLAFI/PADM del segundo semestre del 2025 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFI/PADM segundo semestre 2025 8 Informe adherencia OADS-M-04 Manual de riesgos contractuales segundo semestre 2025	los controles; y realizan seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión integral de riesgos con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso, en el comité de gestión integral de riesgos y el comité de coordinación de control interno. Los resultados fueron evaluados en los comités de gestión integral de riesgos de marzo y junio.	3	Mantenimiento del control
7.4 Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente.	Dimension de Dirección/amiento Estratégico y Planeación. Política de Planeación Institucional Dimension Control Interno Líneas de Defensa	"Dentro de la Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo cuarto, metodología: " Actualizar y dar continuidad a la implementación del Programa de gestión integral de riesgos (OADS-PG-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración de riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo a con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, la complejidad del proceso de atención, incluyendo de esta forma la gestión de riesgos asistenciales y clínicos siendo para fundamental de la gestión institucional, por lo tanto no es una adopción textual de la guía del DAFP y contempla las instrucciones impartidas de la circular externa de la superintendencia nacional de salud 20211700000004-5 de 2021, 20211700000005-5 de 2021 y 202151000000053-5 de 2022." se definen 7 etapas estratégicas en la cual una hace referencia a "6. Realizar seguimiento a la materialización de los riesgos. Se actualiza programa de gestión integral de riesgos: 1. En la etapa 1: Se ajusta la frecuencia con la que se realiza el análisis de contexto, teniendo en cuenta que se realiza cada que se va actualizar el plan de gestión. 2. En la etapa 2: - Se incluye información relacionada de los riesgos poblacionales e individuales. - Se ajusta para los riesgos operacionales, asistenciales y contables el formato OADS-F-40 Mapa de riesgos. - Se complementa la lista de los 25 paquetes instruccionales. - Se incluye el programa de biovigilancia. - Se elimina información que no aplica teniendo en cuenta el ajuste de los factores y la inclusión de los descriptores. - Se ajusta ejemplo de los riesgos del subsistema de riesgos de seguridad de la información, teniendo en cuenta la actualización del S-M-11 Manual de gestión de riesgos del subsistema de seguridad de la información. - Se ajusta ejemplo de los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno, y lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva. 3. En evaluación/Seguimiento - Medición: Se ajustan los indicadores. Cambiando el indicador de informes por la efectividad de los controles, y ajustando el nombre del primer indicador a Cobertura de identificación de riesgos institucionales. 4. En documento soporte/ Anexos: Se actualiza información teniendo en cuenta actualizaciones realizadas en el tiempo de los mismos documentos en mención. "Programa de gestión integral de riesgos código: OADS-PG-02 Lineamientos para el manejo de Riesgos Materializados Formato de seguimiento y autocontrol gestión de riesgos/primer línea de defensa OADS-F-36"	1 Acuerdo No. 018 de 2025 2 Programa de Gestión Integral de Riesgos código: OADS-PG-02 3 Acta de capacitación en el diligenciamiento del formato OADS-F-36 4 Informes de monitoreo- segunda línea 5 Informe seguimiento efectividad de controles tercera línea realizados de acuerdo a la periodicidad establecida por tipo de riesgo 6 Formato OACI-F-13 correlación hallazgos -riesgos	PRIMERA LINEA DE DEFENSA Reporta la materialización del riesgo en caso de presentarse en el OADS-F-36 y plantean acciones inmediatas. SEGUNDA LINEA DE DEFENSA Tiene en cuenta la materialización del riesgo, informes de tercera línea y formatos de hallazgos riesgos suministrado por control interno en la actualización de los riesgos institucionales. TERCERA LINEA DE DEFENSA: En los seguimientos incluye los riesgos materialización y sugiere actualizaciones asociadas a estos, y a lo encontrado en las auditorías, alimentado en formato correlación hallazgo riesgo y compartido para tener en cuenta en las actualizaciones de los riesgos y es informado en el comité institucional de coordinación de control interno.	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)
7.5 Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas.	Dimension de Evaluación de Resultados Política de Seguimiento y evaluación al Desempeño Institucional. Dimension Control Interno Líneas de Defensa	"Se cuenta con el Programa de Gestión Integral del Riesgo código: OADS-PG-02 en el cual se estableció « Una vez materializado un riesgo, el líder del proceso procederá de manera inmediata a aplicar las actividades que permitan dar continuidad del servicio o el restablecimiento del mismo (si es el caso), se debe reportar en el seguimiento que realiza cada líder de proceso a través del formato OADS-F-36, para lo cual se documenta un plan de Mejora y se ajustaran y/o replantearán los riesgos y/o controles del proceso, para lo cual se debe establecer un plan de acción que permita generar acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora»"	1 Programa de Gestión del Riesgo código: OADS-PG-02 2 Acta de capacitación en el diligenciamiento del formato OADS-F-36 3 Informes de seguimiento a la efectividad de los controles	PRIMERA LINEA DE DEFENSA Describe las acciones implementadas ante la materialización de riesgo en el OADS-F-36 SEGUNDA LINEA DE DEFENSA Realiza seguimiento desde el OADS-F-36, información utilizada para los diferentes informes de seguimiento TERCERA LINEA DE DEFENSA: Realiza seguimiento a las acciones desde las auditorías y los seguimientos que realiza a los riesgos"	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)

		REFERENTES DE VERIFICACIÓN: - Líderes de procesos /subproceso/ servicios/ programas y funcionarios Segunda línea de defensa: Subproceso de gestión integral de riesgos, coordinador y referente de gestión integral de riesgos, referente de seguridad del paciente, líder de gestión clínica y programas de alta complejidad y seguimiento comunitario, coordinador de atención hospitalaria, subgerente administrativo y financiero, coordinador gestión financiera, coordinador gestión comercial, asesor de la oficina de desarrollo de servicios, profesional universitario TIC - líder, profesional especializado responsable del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo y referente gestión ambiental Se actualizó política de gestión integral de riesgos: 1. En la etapa 1: Se ajusta la frecuencia con la que se realiza el análisis de contexto, teniendo en cuenta que se realiza cada que se va actualizar el plan de gestión. 2. En la etapa 2: - Se incluye información relacionada de los riesgos poblacionales e individuales. - Se ajusta para los riesgos operacionales, asistenciales y contables el formato OADS-F-40 Mapa de riesgos. - Se complementa la lista de los 25 paquetes instruccionales. - Se incluye el programa de biovigilancia. - Se elimina información que no aplica teniendo en cuenta el ajuste de los factores y la inclusión de los descriptores. - Se ajusta ejemplo de los riesgos del subsistema de riesgos de seguridad de la información, teniendo en cuenta la actualización del S-M-11 Manual de gestión de riesgos del subsistema de seguridad de la información. - Se ajusta ejemplo de los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno, y lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva. 3. En evaluación/Seguimiento - Medición: Se ajustan los indicadores. Cambiando el indicador de informes por la efectividad de los controles, y ajustando el nombre del primer indicador a Cobertura de información de riesgos institucionales	3	7	Resolución 305 del 2024 Actualización Oficial de cumplimiento PT		3	Mantenimiento del control
8.4 La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora.	Dimension de Control Interno Linea Estrategica	Dentro de la Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la Línea estratégica - Alta dirección en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, comité de gestión de riesgos integral y junta directiva; específicamente: "Revisar, validar y supervisar el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; Reorientar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizar seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso"	3	1	Acta 001 del comité de gestión integral de riesgos de marzo Acta 002 del comité de gestión integral de riesgos de junio Acta 00x del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	LINEA ESTRATEGICA: Revisan, validan y supervisan el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; reorientan a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizan seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso, en el comité de gestión integral de riesgos y el comité de coordinación de control interno. Se evalúan los informes presentados desde segunda línea de defensa en comité de gestión integral de riesgos de octubre, y los presentados desde la tercera línea de defensa en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		
				2	Informe monitoreo y seguimiento riesgos de los subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales segundo semestre 2025 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales segundo semestre 2025			
				3	Informe monitoreo y seguimiento riesgos del subsistema de seguridad de la información segundo semestre 2025 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos seguridad de la información	PRIMERA LINEA DE DEFENSA: Toma en cuenta observaciones asociadas a la mejora de los controles de los informes de seguimiento de segunda y tercera línea de defensa, los cuales son implementados en las actualizaciones de los riesgos.		
				4	Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFs tercer cuatrimestre 2025	SEGUNDA LINEA DE DEFENSA: Incluye observaciones de mejora resultado del seguimiento de los riesgos para tener en cuenta en la actualización del riesgo.	3	Mantenimiento del control
				5	Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2026 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFs primer cuatrimestre 2026	TERCERA LINEA DE DEFENSA: Deja observaciones y sugerencias asociadas a la mejora de los controles en informes de seguimientos para que sean tenidos en cuenta en la actualización de la primer línea de defensa con el acompañamiento de la segunda línea de defensa.		
				6	Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2025 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2025			
				7	Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2026 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM primer semestre 2026			
				8	Informe adherencia OADS-M-04 Manual de riesgos contractuales segundo semestre 2025			
Lineamiento 9: Identificación y análisis de cambios significativos	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL			Funcionando (1/2/3)	Evaluación
			No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)			
9.1 Acorde con lo establecido en la política de Administración del Riesgo, se monitorean los factores internos y externos definidos para la entidad, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes.	Dimension de Direccionamiento Estratégico Política de Planeacion Institucional	Dentro de la Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la 1 línea		1	Acta 001 del comité de gestión integral de riesgos de marzo Acta 002 del comité de gestión integral de riesgos de junio Acta 00X del Comité Institucional de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de XXXXX	PRIMERA LINEA DE DEFENSA: Dentro de sus funciones tiene el análisis de contexto interno y externos de la institución, previo a la identificación de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales, este análisis se realiza con el acompañamiento de planeación.		

		procedimientos de control y de gestión del riesgo, el Comité de Control se responsabiliza de la línea estratégica - Alta dirección en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, comité de gestión de riesgos integral y junta directiva; específicamente: "Revisar, validar y supervisar el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizar seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso"	3 2 Informe monitoreo y seguimiento riesgos de los subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales segundo semestre 2025 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales segundo semestre 2025 3 Informe monitoreo y seguimiento riesgos del subsistema de seguridad de la información segundo semestre 2025 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos seguridad de la información 4 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS tercer cuatrimestre 2025 5 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2026 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS primer cuatrimestre 2026 6 Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2025 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2026 7 Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2026 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM primer semestre 2026 8 Informe adherencia OADS-M-04 Manual de riesgos contractuales segundo semestre 2025 9 Informe adherencia OADS-M-04 Manual de riesgos contractuales segundo semestre 2025	SEGUNDA LINEA DE DEFENSA: dentro de sus funciones realiza acompañamiento a la primera línea de defensa en la gestión del riesgo, se tomó como base el análisis de la primera línea en la actualización de los riesgos. TERCERA LINEA DE DEFENSA: dentro de sus funciones identifica y evalúa cambios que pueden tener impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna; alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas; y elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgos	3	Mantenimiento del control
9.2 La Alta Dirección analiza los riesgos asociados a actividades tercerizadas, regionales u otras figuras externas que afecten la prestación del servicio a los usuarios, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa.	Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	Se cuenta con Política de gestión integral de riesgos integral, adoptada acuerdo No. 018 de 2025, en su artículo tercero menciona el alcance: "Aplica a todos los procesos, subprocesos, servicios y personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada tipo y clasificación de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa." y trae implícito consigo las instancias que interactúan en la prestación del servicio las cuales se despliegan dependiendo del subsistema y tipo riesgo mencionados en el artículo cuatro de la misma. https://hospitalsanrafaeltunja.gov.co/wp-content/uploads/2025/09/Acuerdo-018-del-15-de-Agosto-de-2025_0001.pdf	3 Formato correlación hallazgo riesgo Informe monitoreo y seguimiento riesgos de los subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales segundo semestre 2025 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales segundo semestre 2025 Informe monitoreo y seguimiento riesgos del subsistema de seguridad de la información segundo semestre 2025 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos seguridad de la información Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS tercer cuatrimestre 2025 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2026 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS primer cuatrimestre 2026 Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2025 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2026 Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2026 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM primer semestre 2026	LINEA ESTRATEGICA: Aprueba política que incluye los niveles de aceptación del riesgo. Aprobó política de gestión de riesgos integral por medio de acuerdo 018 del 2025. PRIMERA LINEA DE DEFENSA: Actualiza política de gestión integral de riesgos la cual ya tiene incluido dentro del alcance el cual incluye a todos los procesos, subprocesos, servicios y personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada subsistema y tipo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso, subprocesos y líneas de defensa. SEGUNDA LINEA DE DEFENSA: Aprueba política que incluye los niveles de aceptación del riesgo. Aprobó política de gestión de riesgos integral por medio de acuerdo 018 del 2025. Realiza ajustes pertinentes asociados al artículo sexto de niveles de aceptación al riesgo, el cual fue presentado a junta directiva para aprobación final. Actualizó política y presentó a junta directiva en el mes de agosto. Tercer comité Institucional de control interno: La oficina de control interno manifiesta ante el Comité su participación y acompañamiento en la aprobación de la Política de Gestión Integral de Riesgo Integral Actualizada y el Manual de Gestión de Riesgos Integral, que se surtió en el comité de gestión integral de riesgos. La política fue aprobada el 15 de agosto del 2025 por medio del acuerdo 018 de 2025." TERCERA LINEA DE DEFENSA : dentro de sus funciones realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el manual; alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas; y elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgos	3	Mantenimiento del control
9.3 La Alta Dirección monitorea los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos.	Dimension de Control Interno Linea Estrategica	Dentro de la política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y	1 Acta 001 del comité de gestión integral de riesgos de marzo Acta 002 del comité de gestión integral de riesgos de junio 2 Comité Institucional de coordinación de control interno	PRIMERA LINEA DE DEFENSA: Dentro de sus funciones tiene el análisis de contexto interno y externos de la institución, previo a la identificación de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales, este análisis se realiza con el acompañamiento de planeación.		

		procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la línea estratégica, desde el comité institucional de coordinación de control interno, la función de realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; desde el comité de gestión de riesgos, realizar seguimiento del ciclo de gestión de riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos de planes de mejoramiento cuando sea el caso; y que en el artículo sexto, niveles de aceptación al riesgo, se define realizar seguimiento, asignar tratamiento acorde a lo evaluado de todos los riesgos sin importar la zona de riesgo residual en la que se encuentre"	3 Seguimiento al Cronograma Plan Anual de Auditorías vigencia 2026 4 Informe monitoreo y seguimiento riesgos de los subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales primer semestre 2026 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales primer semestre 2026 5 Informe monitoreo y seguimiento riesgos de los subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales segundo semestre 2025 6 Informe monitoreo y seguimiento riesgos del subsistema de seguridad de la información segundo semestre 2025 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos seguridad de la información 7 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS tercer cuatrimestre 2025 8 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2026 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS primer cuatrimestre 2026 9 Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2026 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM primer semestre 2026 10 Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2026 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM primer semestre 2026 11 Informe de seguimiento mapa de riesgos SICOFS del primer cuatrimestre del 2026 realizado por tercera línea defensa 12 Informe de seguimiento mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 2026 desde la tercer línea de defensa 13 Informe de seguimiento mapa de riesgos informáticos del primer semestre del 2026 desde la tercer línea de defensa 14 Seguimiento plan de trabajo de gestión integral de riesgos	SEGUNDA LINEA DE DEFENSA: dentro de sus funciones realiza acompañamiento a la primera línea de defensa en la gestión del riesgo, se tomó como base el análisis de la primera línea en la actualización de los riesgos. TERCERA LINEA DE DEFENSA: dentro de sus funciones identifica y evalúa cambios que pueden tener impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna.; alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas; y elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgos	3	Mantenimiento del control
9.4 La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa.	Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	Dentro de la política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la línea estratégica, desde el comité institucional de coordinación de control interno, la función de realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; desde el comité de gestión de riesgos, realizar seguimiento del ciclo de gestión de riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos de planes de mejoramiento cuando sea el caso.	12 Acta 001 del comité de gestión integral de riesgos de marzo Acta 002 del comité de gestión integral de riesgos de junio 12 Comité Institucional de coordinación de control interno 12 Seguimiento al Cronograma Plan Anual de Auditorías 12 Informe monitoreo y seguimiento riesgos de los subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales primer semestre 2026 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales primer semestre 2026 12 Informe monitoreo y seguimiento riesgos de los subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales segundo semestre 2025 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales segundo semestre 2025 12 Informe monitoreo y seguimiento riesgos del subsistema de seguridad de la información segundo semestre 2025 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos seguridad de la información 12 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa 12 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2026 desde la segunda línea de defensa 12 Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2025 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2026 12 Informe de seguimiento mapa de riesgos SICOFS del primer cuatrimestre del 2026 realizado por tercera línea defensa 12 Informe de seguimiento mapa de riesgos SICOFS del primer semestre del 2026 desde la tercer línea de defensa	LINES ESTRATEGICA: Revisan, validan y supervisan el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; realimentan a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizan seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso, en el comité de gestión de riesgos y el comité de coordinación de control interno. Se evalúan los informes presentados desde segunda línea de defensa en comité de gestión de riesgos de enero y mayo, y los presentados desde la tercera línea de defensa en el comité de coordinación de control interno. PRIMERA LINEA DE DEFENSA: Toma en cuenta observaciones asociadas a la mejora de los controles de los informes de seguimiento de segunda y tercer línea de defensa, los cuales son implementados en las actualizaciones de los riesgos. SEGUNDA LINEA DE DEFENSA: Incluye observaciones de mejora resultado del seguimiento de los riesgos para tener en cuenta en la actualización del riesgo. TERCERA LINEA DE DEFENSA: Deja observaciones y sugerencias asociadas a la mejora de los controles en informes de seguimientos para que sean tenidos en cuenta en la actualización de la primer línea de defensa con el acompañamiento de la segunda línea de defensa.	3	Mantenimiento del control

				12Informe de seguimiento mapa de de riesgos informaticos del primer semestre del 2026 desde la tercer linea de defensa 12Informe de seguimiento mapa de de riesgos operacionales del segundo semestre 2025 y primer semestre del 2026 desde la tercer linea de defensa Seguimiento plan de trabajo de gestión integral de riesgos			
9.5 La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales.	Dimension de Direcccionamiento Estratégico y Planeacion Política de Planeacion Institucional Dimension de Control Interno Linea Estrategica	La entidad mediante los diferentes comités (Comité institucional de coordinación de control interno, Comité gestión del riesgo y comité institucional) analiza el impacto sobre el sistema de control interno y evalúa los cambios en los diferentes niveles institucionales (actualización mapa de procesos, organigrama).	3	Actas de comité institucional de coordinación de de control interno Actas Comité desempeño institucional Actas Comité gestion integral del riesgo	TERCERA LINEA DE DEFENSA La oficina asesora de control interno verificó el estado del Sistema de Control Interno por medio de la realización de auditorías, evaluaciones o seguimientos con enfoque en riesgos, para aportar al cumplimiento de la misión, los objetivos estratégicos, el desempeño de los procesos, la mejora continua y la toma de decisiones. El sistema de control interno es un proceso que debe ser ejecutado por toda la entidad, desde la gerencia hasta el personal. Su objetivo es garantizar la seguridad de los objetivos de la entidad y su cumplimiento, mediante el análisis del impacto del control interno se detectó deficiencias y se contribuyó a mejorar el desempeño de la entidad.	3	Mantenimiento del control



ACTIVIDADES DE CONTROL

La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos.

Lineamiento 10: Diseño y desarrollo de actividades de control (Integra el desarrollo de controles con la evaluación de riesgos; tiene en cuenta a qué nivel se aplican las actividades; facilita la segregación de funciones).	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	Evaluación
				No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		
10.1 Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación.	Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	Las funciones y responsabilidades se encuentran segregadas en la documentación de los procesos, tales como, procedimientos, manuales, instructivos, guías, que establecen una serie de actividades de control asociando roles y responsabilidades a cada uno de los funcionarios y/o dependencias que participan en determinadas actividades. La entidad cuenta con un manual de funciones aprobado mediante acuerdo 028 del 2022. Manual específico de funciones y competencias laborales para los empleos de la planta de personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja. La entidad cuenta con un manual de funciones aprobado mediante acuerdo 028 del 2022. Manual específico de funciones y competencias laborales para los empleos de la planta de personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, y el acuerdo 013 de 2024 «Por medio del cual se crea un cargo de asesor de control interno disciplinario en la planta global vigente de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, establecida mediante acuerdo no 028 del 26 de octubre de 2022.»	3	1	Acuerdo 028 del 2022. Manual específico de funciones y competencias laborales para los empleos de la planta de personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.G21:145H120G21:147G21:15G21:147	3	Mantenimiento del control
				2	acuerdo 013 de 2024 «Por medio del cual se crea un cargo de asesor de control interno disciplinario en la planta global vigente de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, establecida mediante acuerdo no 028 del 26 de octubre de 2022.»		
				3	Procedimientos, manuales establecidos en almera Manual Especifico de Funciones		
				4	Auditorías internas		
				5			
				6			
				7			
				8			
10.2 Se han identificado y documentado las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones (ej: falta de personal, presupuesto), con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados.	Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	La oficina de control interno mediante la realización de auditoria internas, verifica la adecuada segregación de funciones y este se puede evidenciar en los informes de auditoria, mediante la vrilificación de procedimiento	1	1	Auditorías internas	1	Deficiencia de control mayor (diseño y ejecución)
				2			
				3			
				4			
				5			
				6			
				7			
				8			
10.3 El diseño de otros sistemas de gestión (bajo normas o estándares internacionales como la ISO), se integran de forma adecuada a la estructura de control de la entidad.	Dimension de Gestion con Valores para Resultados Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	Los procesos cuentan con la siguiente documentación para desarrollar las actividades. CA-M-13 «Manual sistema de gestión de calidad ISO 9001» SST-M-05 «Manual para el programa de uso seguro de productos químicos» GA-M-01 Manual de Gestión ambiental	3	1	Informe de seguimiento al plan operativo anual para el primer trimestre	3	Mantenimiento del control
				2	INFORME DE EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO 2024-2027 «San Rafa, alma, vida y corazón»		
				3			
				4			
				5			
				6			
				7			
				8			
Lineamiento 11: Selección y Desarrolla controles generales sobre TI para apoyar la consecución de los objetivos .	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	Evaluación
				No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		
11.1 La entidad establece actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas; los procesos de gestión de la seguridad y sobre los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías.	Dimension de Gestion con Valores para el Resultado Politica de Gobierno Digital Politica de Seguridad Digital	Se implementó el Manual Estratégico de Tecnologías de la Información (S-M-03) como instrumento para la planeación de las iniciativas de TI, articulado con el Manual de Políticas de Seguridad de la Información (S-M-02), el Plan Estratégico de Seguridad de la Información – PESI (S-M-08) y el Manual Metodológico para la Gestión del Riesgo en Seguridad de la		1	S-M-03 Manual Estratégico De Tecnologías De La Información PETI - https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verprocesos&proccesoid=6638&hl=S-M-03		

Información (S-M-11). Su aplicación se fortalece mediante los procedimientos de Gestión y Administración de los Equipos de Cómputo y de Comunicación de Datos (S-PR-15).
Mantenimiento Preventivo para Equipos de Tecnología Informática (S-PR-10) y Gestión de Incidentes de Seguridad de la Información (S-PR-30), así como con el Manual de Contratación, Adquisición y/o Compras, permitiendo orientar la

2

S-M-02 Manual De Políticas De Seguridad De La Información -
<https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesooid=9481&hl=S-M-02>

vez, el Plan Estratégico de Seguridad de la Información – PESI (S-M-08) desarrolla las acciones, objetivos y proyectos orientados al fortalecimiento de la seguridad de la información, los cuales son soportados por el Manual Metodológico para la Gestión del Riesgo en Seguridad de la Información (S-M-11), documento que establece la metodología para la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos asociados a la información.

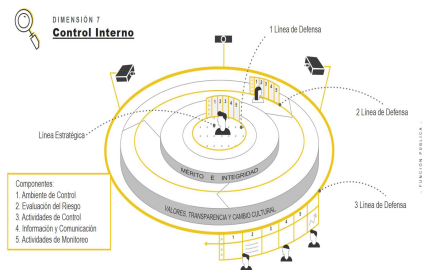
De igual forma, se constató que la implementación de este marco estratégico se complementa con

		gestión de las tecnologías de la información, fortalecer la seguridad de la información y garantizar que la adquisición y administración de los recursos tecnológicos se realice conforme a los lineamientos institucionales.	3 4 5 6 7 8	S-M-08 Plan Estratégico De Seguridad De La Información – PESI - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoId=9969&h=S-M-08 S-M-11 Manual Metodológico Para La Gestión Del Riesgo En Seguridad De La Información - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoId=10152&h=S-M-11 S-PR -15 Gestión Y Administración De Los Equipos De Cómputo Y De Comunicación De Datos - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoId=6949&h=S-PR-15 S-PR-10 Mantenimiento Preventivo Para Equipos De Tecnología Informática - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoId=7510&h=S-PR-10 S-PR-30 Gestión De Incidentes De Seguridad De La Información - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoId=10034&h=S-PR-30 Manual de contratación, adquisición y/o compras - https://hospitalsanrafaeltunja.gov.co/manual-de-contratacion-adquisicion-y-o-compras/	procedimientos operativos como Gestión y Administración de los Equipos de Cómputo y de Comunicación de Datos (S-PR-15), mediante el cual se regulan la administración y control de la infraestructura tecnológica; el procedimiento de Mantenimiento Preventivo para Equipos de Tecnología Informática (S-PR-10), que define las actividades para preservar la disponibilidad y el adecuado funcionamiento de los equipos; y el procedimiento de Gestión de Incidentes de Seguridad de la Información (S-PR-30), que establece las acciones para el reporte, atención, análisis y seguimiento de los eventos e incidentes de seguridad, contribuyendo al fortalecimiento de los controles institucionales y a la mejora continua. Finalmente, se evidenció que la adquisición de bienes y servicios tecnológicos se desarrolla conforme a lo establecido en el Manual de Contratación, Adquisición y/o Compras, garantizando que los procesos de contratación incorporen criterios de planeación, supervisión y cumplimiento de los lineamientos institucionales, permitiendo que las necesidades tecnológicas se encuentren alineadas con la estrategia institucional y con los controles definidos en materia de seguridad de la información." TERCERA LÍNEA DE DEFENSA La oficina de control interno realiza seguimiento a la ejecución de actividades del subproceso TIC, mediante informe POA III trimestre del 2026, como resultado de este seguimiento, se observó que el subproceso cuenta con el indicador «cumplimiento PETI» formulado como «Número de proyectos ejecutados en el periodo y que corresponden al periodo de medición según lo planeado / Número total de proyectos planeados a ejecutar en el periodo», los cuales con corte al primer trimestre muestran una ejecución del 100%, se debe tener en cuenta que la periodicidad del indicador es semestral..	3	Mantenimiento del control
11.2 Para los proveedores de tecnología selecciona y desarrolla actividades de control internas sobre las actividades realizadas por el proveedor de servicios.	Dimensión de Gestión con Valores para el Resultado Política de Gobierno Digital Política de Seguridad Digital	La institución implementó el Manual de Supervisión e Interventoría (C-M-01) y la Política de Operación de Interventoría de Contratos (INT-PO-01) para fortalecer el seguimiento, control y supervisión de la ejecución contractual. Su aplicación se soporta mediante el Formato de Informes de Supervisión a Contratos (DE-F-02), el cual facilita la verificación del cumplimiento de las obligaciones contractuales y el seguimiento a los riesgos identificados. De manera complementaria, el Manual Estratégico de Tecnologías de la Información – PETI (S-M-03) incorpora la planeación de las necesidades tecnológicas de la institución, permitiendo que los procesos de adquisición, supervisión y control de bienes y servicios de tecnología se desarrollen de forma articulada con los objetivos estratégicos institucionales.	1 2 3 4 5 6 7 8	C-M-01 Manual de Supervisión e Interventoría - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoId=9442&h=C-M-01 INT-PO-01 Política de Operación Interventoría de Contratos - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoId=7825&h=INT-PO-01 DE-F-02 Informes de Supervisión a Contratos, el informe de Gestión de Riesgo de la Oficina de Control Interno y la Lista de Chequeo para Auditoría de Terceros - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=documentos&option=ver&actualId=documentoId=14676&h=DE-F-02 S-M-03 Manual Estratégico De Tecnologías De La Información PETI - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoId=6638&h=S-M-03	PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA: En desarrollo del seguimiento efectuado al proceso de Gestión de Tecnologías de la Información, se verificó la aplicación del marco documental que orienta la planeación, administración y control de los recursos tecnológicos de la institución. Se evidenció que el Manual Estratégico de Tecnologías de la Información – PETI (S-M-03) direcciona las iniciativas estratégicas de TI, en articulación con el Manual de Políticas de Seguridad de la Información (S-M-02), el Plan Estratégico de Seguridad de la Información – PESI (S-M-08) y el Manual Metodológico para la Gestión del Riesgo en Seguridad de la Información (S-M-11), los cuales establecen los lineamientos para la protección de la información y la gestión de los riesgos asociados. Así mismo, se constató la ejecución de los procedimientos de Gestión y Administración de los Equipos de Cómputo y de Comunicación de Datos (S-PR-15), Mantenimiento Preventivo para Equipos de Tecnología Informática (S-PR-10) y Gestión de Incidentes de Seguridad de la Información (S-PR-30), evidenciando actividades de administración de la infraestructura tecnológica, mantenimiento preventivo de los equipos, atención y seguimiento de incidentes de seguridad, contribuyendo a garantizar la disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información institucional. De igual forma, se verificó que la adquisición y contratación de bienes y servicios tecnológicos se desarrolla conforme al Manual de Contratación, Adquisición y/o Compras, mientras que el seguimiento a su ejecución se realiza mediante el Manual de Supervisión e Interventoría (C-M-01), la Política de Operación de Interventoría de Contratos (INT-PO-01) y los Informes de Supervisión a Contratos (DE-F-02), permitiendo verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales y el adecuado control de los recursos tecnológicos de la institución. TERCERA LÍNEA DE DEFENSA La Oficina de Control Interno de Gestión debe asegurar que los controles sean efectivos, le apunten al riesgo. «Posibilidad de afectación reputacional y económica por Interrupción del servicio que afecte la infraestructura tecnológica de la entidad por de falta de mantenimientos y soporte » y cuenta con 2 controles que fueron evaluados en el informe presentado por la oficina de control interno para el primer semestre del 2026	3	Mantenimiento del control
11.3 Se cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.	Dimensión de Gestión con Valores para el Resultado Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos.	La entidad cuenta con la definición de roles y responsabilidades usuarios, relaciona las políticas de TI, se tiene determinada la estructura y funciones del subproceso de TI e indicadores la seguimiento a la gestión, lo cual se encuentra definido en el S-M-15 – Esquema de Gobierno TI, S-M-19 – Manual de Roles de Seguridad y Privacidad de la Información, S-M-18 – Manual de Perfiles de Usuario del Sistema de Información Servinte Clinical Suite, S-M-20 Manual de Roles y perfiles en el directorio activo	1 2 3 4 5 6 7	S-M-15 ESQUEMA GOBIERNO TI https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoId=7106&h=esquema S-M-19 MANUAL DE ROLES DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoId=7417&h=S-M-19 S-M-18 MANUAL DE PERFILES DE USUARIO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SERVINTE CLINICAL SUITE https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=procesos&option=verproceso&procesoId=7416&h=S-M-18 S-M-20 Manual de Roles y perfiles en el directorio activo tps://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=documentos&option=versolicitud&solicitud=1426	PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA: El subproceso de TI ha estructurado y formalizado la gestión de usuarios para los accesos a los sistemas de información, y definiendo la segregación de funciones, responsabilidades y funciones definidos en: S-M-15 – Esquema de Gobierno TI: Define la estructura del subproceso de tecnología de la información, roles, funciones, relaciones jerárquicas y los mecanismos de seguimiento, lo cual permite una gestión articulada y controlada de las funciones TI. S-M-19 – Manual de Roles de Seguridad y Privacidad de la Información: Especifica las funciones y responsabilidades asociadas a cada rol relacionado con la gestión de la seguridad y privacidad de la información. S-M-18 – Manual de Perfiles de Usuario del Sistema de Información Servinte Clinical Suite: Establece los perfiles específicos por área funcional dentro del sistema clínico, asegurando que cada usuario acceda únicamente a la información y funcionalidades necesarias para el cumplimiento de sus funciones. S-M-20 – Manual de Roles y Perfiles en el Directorio Activo: Permite la gestión de accesos a recursos tecnológicos desde la infraestructura de red, permitiendo controles centralizados, trazabilidad y revocación de privilegios cuando se presentan cambios organizacionales o retiros. lo anterior se encuentra articulado con las políticas institucionales de TI. TERCERA LÍNEA DE DEFENSA La oficina de control interno efectúa seguimiento y controles mediante informes de auditoría, en los que se verifica la segregación de funciones a Los procesos y subprocesos auditados	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)

11.4 Se cuenta con información de la 3a línea de defensa, como evaluador independiente en relación con los controles implementados por el proveedor de servicios, para asegurar que los riesgos relacionados se mitigan.	Dimension Control Interno Tercera Línea de Defensa	La política de gestión de riesgos integral, aprobada mediante el acuerdo No. 018 DEL 15 DE AGOSTO DE 2025, en su Artículo quinto «Responsable, El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de “Control Interno”, que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo[...].», para la primera línea de defensa tiene 7, la segunda línea 16 responsabilidades y la tercera línea 9. A continuación se mencionan algunas de estas Tercera línea de defensa: «Evaluar de manera independiente y objetiva los controles de 2ª línea de defensa para asegurar su efectividad», «Evaluar los controles de 1ª línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2ª línea de defensa» y «Revisar la efectividad de los controles, planes de mejora y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos de la institución para evitar la materialización de estos.» Realizar informes de seguimiento y monitoreo de gestión de riesgo acorde a las fechas definidas en el manual» «Eleva alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgo»	3	8		TERCERA LÍNEA DE DEFENSA La oficina de control interno realiza seguimiento riesgos de gestión y fiscales (semestral) riesgos sicof (cuatrimestral) informativos (semestral) y presenta informe a la alata direccion y CICI segun periodicidad de la vigencia 2026 Informes en los cuales se revisar la efectividad de los controles,vinculadas a riesgos de la institución para evitar la materialización de estossy Realizar informes de seguimiento y monitoreo de gestión de riesgo acorde a las fechas definidas y elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgo»	3	Mantenimiento del control
				1	Informe seguimiento a riesgos de Gestión y fiscal I Semestre			
				2	Informe seguimiento SICOF primer cuatrimestre			
				3	Informe seguimiento riesgos SARLAFT			
				4				
				5				
				6				
				7				
				8				
				Lineamiento 12: Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO			
No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno							
12.1 Se evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales u otras herramientas para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control.	Dimension de Gestion con Valores para el Resultado Politica de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos.	La entidad para la validación y oportuna actualización de los documentos cuenta con: CA-M-00 «Norma fundamental.» CA-PR-06 Control de documentos V12 CA-PR-08 Control de registros V07	2	1	CA-M-00 «Norma fundamental.» Operatividad y estado de los documentos en el sistema de gestion integral (SGI) .	PRIMERA Y SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA Se evidencia que desde Gestion de Calidad se soporta el despliegue en la contención del riesgo, esta informacion se encuentra disponibles en el SGI, incluyendo: Correos de notificación de movimientos documentales. Informes de estado y vigencia de documentos. Registros de revisión en el sistema de gestion integral. Actas de mesas de trabajo de Procesos Prioritarios y GPC, entre otros.Registradas en el SGI. TERCERA LÍNEA DE DEFENSA La oficina de control interno de gestión realiza Informes de auditoria realizadas durante el I semestre de 2026 Informe de riesgos de gestión I semestre de 2026 - se recomienda a la segunda línea, se apoye a los líderes de proceso en el replanteamiento de los riesgos y/o controles de los procesos, para lo cual se debe establecer un plan de acción que permita generar acciones correctivas, preventivas y oportunidades Ademas la oficina de control interno efectua seguimiento trimestral al plan operativo anual, en cuanto al cumplimiento de las acciones previstas correspondientes a los indicadores. «Radicación de requisitos ante ICONTEC» los cuales tienen periodicidad anual.	3	Oportunidad de mejora
				2	Auditorias internas			
				3	informe de seguimiento POA Itrimestre de 2026			
				4				
				5				
				6				
				7				
				8				
12.2 El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo.	Todas las Dimensiones de MIPG	En el acuerdo No. 018 de 2025, por el cual se adopta la política de Gestión integral de riesgos de la empresa social del estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja en su artículo 5 define: Segunda línea de defensa.”Revisar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente”, la tercera línea «Evaluar los controles de la primera línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2 línea defensa.		1	Informe monitoreo y seguimiento riesgos de los subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales primer semestre 2026 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales primer semestre 2026	PRIMERA LINEA DE DEFENSA: Realiza cargue de evidencias correspondientes a los controles definidos y el formato OADS-F-36 diligenciado en el sistema de gestión integral Almera como base para el seguimiento de la segunda y la tercera línea de defensa. SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA Realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el programa de gestión de riesgos OADS-PG-02, utiliza formato OADS-F-41 y consolida información en informe el cual es presentado a todas las línea de defensa, Informe de monitoreo mapa de riesgos de los subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariale desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre de 2025, Informe de monitoreo mapa de riesgos del subsistema de seguridad de la información		
				2	Informe monitoreo y seguimiento riesgos de los suosistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales segundo semestre 2025 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales segundo semestre 2025			

		Adicionalmente en el programa de gestión integral de riesgo código OADS-PG-02, en el capítulo de las etapas estratégicas, en la etapa de Monitorear y revisar los riesgos institucionales desde cada una de las líneas de defensa, se menciona, Segunda línea de defensa: Encargada de asegurar el adecuado diseño de los controles para la mitigación de los riesgos establecidos por la primera línea de defensa y su correcta aplicabilidad, validando que estos estén aportando al reducción o mitigación del riesgo, determinando las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de los mismos a fin de evitar que se materialicen. Realiza informe de seguimiento y monitoreo tomando como base el formato OADS-F-36 y soportes cargados en el sistema de gestión integral Almera el cual tiene actividad creada al control para el cargue de las respectiva evidencias. Para tal fin se utiliza el formato OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos	3 4 5 6 7 8	desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre de 2025, Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del segundo cuatrimestre del 2025 y primer cuatrimestre del 2026 desde la segunda línea de defensa, Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2025 y primer semestre del 2026, Informe adherencia OADS-M-04 Manual de riesgos contractuales segundo semestre 2026 TERCERA LÍNEA DE DEFENSA: Realiza seguimiento a la primera y segunda línea de defensa, mediante los informes de auditoria efectuados a los procesos y subprocesos, evaluando de manera independiente y objetiva los controles de la segunda línea con el fin de asegurar que estos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, adicionalmente como resultado de la evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos la oficina de control interno presenta observaciones y recomendaciones de mejora sobre la identificación de riesgos de acuerdo a la tipología así como la definición y aplicación de controles, que permitan mitigar o reducir los riesgos	3	Mantenimiento del control
12.3 Monitoreo a los riesgos acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad.	Dimension de Direccionamiento Estrategico y Planeacion Politica de Planeacion Institucional.	En el acuerdo No. 018 de 2025, por el cual se adopta la política de Gestión integral de riesgos de la empresa social del estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja en su artículo 5 define: Segunda línea de defensa: "Revisar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente", la tercera línea «Evaluar los controles de la primera línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2 línea defensa. Adicionalmente en el programa de gestión del riesgo código OADS-PG-02, en el capítulo de las etapas estratégicas, en la etapa de Monitorear y revisar los riesgos institucionales desde cada una de las líneas de defensa, se menciona, los tipos, responsables, frecuencias e información para a monitorización y revisión de los riesgos identificados, analizados, evaluados y tratados, con el fin de mejorar el diseño, la implementación y los resultados de los procesos institucionales	1 2 3 4 5 6 7	PRIMERA LINEA DE DEFENSA: Realiza cargue de evidencias correspondientes a los controles definidos y el formato OADS-F-36 diligenciado en el sistema de gestión integral Almera como base para el seguimiento de la segunda y la tercera línea de defensa. SEGUNDA LINEA DE DEFENSA Realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el programa de gestión de riesgos OADS-PG-02, utiliza formato OADS-F-41 y consolida información en informe el cual es presentado a todas las línea de defensa, Informe de monitoreo mapa de riesgos de los subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuarial desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre de 2025, Informe de monitoreo mapa de riesgos del subsistema de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre de 2025, Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del segundo cuatrimestre del 2025 y primer cuatrimestre del 2026 desde la segunda línea de defensa, Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2025 y primer semestre del 2026, Informe adherencia OADS-M-04 Manual de riesgos contractuales segundo semestre 2026 TERCERA LÍNEA DE DEFENSA: Realiza seguimiento a la primera y segunda línea de defensa, mediante los informes de auditoria efectuados a los procesos y subprocesos, evaluando de manera independiente y objetiva los controles de la segunda línea con el fin de asegurar que estos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, adicionalmente como resultado de la evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos la oficina de control interno presenta observaciones y recomendaciones de mejora sobre la identificación de riesgos de acuerdo a la tipología así como la definición y aplicación de controles, que permitan mitigar o reducir los riesgos	3	Mantenimiento del control
12.4 Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados.	Dimension Control Interno Segunda Linea de Defensa	En el acuerdo No. 018 de 2025, por el cual se adopta la política de Gestión integral de riesgos de la empresa social del estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja en su artículo 5 define: Segunda línea de defensa: "Revisar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente", la tercera línea «Evaluar los controles de la primera línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2 línea defensa. Adicionalmente en el programa de gestión del riesgo código OADS-PG-02, en el capítulo de las etapas estratégicas, en la etapa de Monitorear y revisar los riesgos institucionales desde cada una de las líneas de defensa, se menciona, los tipos, responsables, frecuencias e información para a monitorización y revisión de los riesgos identificados, analizados, evaluados y tratados, con el fin de mejorar el diseño, la implementación y los resultados de los procesos institucionales.	1 2 3 4 5	PRIMERA LINEA DE DEFENSA: Realiza cargue de evidencias correspondientes a los controles definidos y el formato OADS-F-36 diligenciado en el sistema de gestión integral Almera como base para el seguimiento de la segunda y la tercera línea de defensa. SEGUNDA LINEA DE DEFENSA Realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el programa de gestión de riesgos OADS-PG-02, utiliza formato OADS-F-41 y consolida información en informe el cual es presentado a todas las línea de defensa, Informe de monitoreo mapa de riesgos de los subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuarial desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre de 2025, Informe de monitoreo mapa de riesgos del subsistema de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre de 2025, Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del segundo cuatrimestre del 2025 y primer cuatrimestre del 2026 desde la segunda línea de defensa, Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2025 y primer semestre del 2026, Informe adherencia OADS-M-04 Manual de riesgos contractuales segundo semestre 2026 TERCERA LÍNEA DE DEFENSA: Realiza seguimiento a la primera y segunda línea de defensa, mediante los informes de auditoria efectuados a los procesos y subprocesos, evaluando de manera independiente y objetiva los controles de la segunda línea con el fin de asegurar que estos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, adicionalmente como resultado de la evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos la oficina de control interno presenta observaciones y recomendaciones de mejora sobre la identificación de riesgos de acuerdo a la tipología así como la definición y aplicación de controles, que permitan mitigar o reducir los riesgos	3	Mantenimiento del control

				6 Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2025 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2026 7 Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 20 8			
12.5 Se evalúa la adecuación de los controles a las especificidades de cada proceso, considerando cambios en regulaciones, estructuras internas u otros aspectos que determinen cambios en su diseño.	Dimension Control Interno Lineas de Defensa	En el acuerdo No. 018 de 2025, por el cual se adopta la política de Gestión integral de riesgos de la empresa social del estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja en su artículo 5 define: Segunda línea de defensa:" Revisar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente", la tercera línea «Evaluar los controles de la primera línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2 línea defensa. Adicionalmente en el programa de gestión del riesgo código OADS-PG-02, en el capítulo de las etapas estratégicas, en la etapa de Monitorear y revisar los riesgos institucionales desde cada una de las líneas de defensa, se menciona, los tipos, responsables, frecuencias e información para a monitorización y revisión de los riesgos identificados, analizados, evaluados y tratados, con el fin de mejorar el diseño, la implementación y los resultados de los procesos institucionales.	3	1 Informe monitoreo y seguimiento riesgos de los subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales primer semestre 2026 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales primer semestre 2026 2 Informe monitoreo y seguimiento riesgos de los subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales segundo semestre 2025 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariales segundo semestre 2025 3 Informe monitoreo y seguimiento riesgos del subsistema de seguridad de la información segundo semestre 2025 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos seguridad de la información 4 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del tercer cuatrimestre del 2025 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS tercer cuatrimestre 2025 Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del primer cuatrimestre del 2026 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SICOFS primer cuatrimestre 2026 6 Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2025 desde la segunda línea de defensa OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de SARLAFT/PADM segundo semestre 2026 7 Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del primer semestre del 20 8	PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA: Realiza cargue de evidencias correspondientes a los controles definidos y el formato OADS-F-36 diligenciado en el sistema de gestión integral Almera como base para el seguimiento de la segunda y la tercera línea de defensa. SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA Realiza informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el programa de gestión de riesgos OADS-PG-02, utiliza formato OADS-F-41 y consolida información en informe el cual es presentado a todas las línea de defensa, Informe de monitoreo mapa de riesgos de los subsistemas operacionales, de crédito, liquidez, mercado y actuariale desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre de 2025, Informe de monitoreo mapa de riesgos del subsistema de seguridad de la información desde la segunda línea de defensa a corte de 31 de diciembre de 2025, Informe de monitoreo mapa de riesgos de corrupción opacidad, fraude y soborno del segundo cuatrimestre del 2025 y primer cuatrimestre del 2026 desde la segunda línea de defensa, Informe de monitoreo mapa de SARLAFT/PADM del segundo semestre del 2025 y primer semestre del 2026, Informe adherencia OADS-M-04 Manual de riesgos contractuales segundo semestre 2026 TERCERA LÍNEA DE DEFENSA: Realiza seguimiento a la primera y segunda línea de defensa, mediante los informes de auditoria efectuados a los procesos y subprocesos, evaluando de manera independiente y objetiva los controles de la segunda línea con el fin de asegurar que estos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, adicionalmente como resultado de la evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos la oficina de control interno presenta observaciones y recomendaciones de mejora sobre la identificación de riesgos de acuerdo a la tipología así como la definición y aplicación de controles, que permitan mitigar o reducir los riesgos	3	Mantenimiento del control



INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Este componente verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés.

Se requiere que todos los servidores de la entidad reciban un claro mensaje de la Alta Dirección sobre las responsabilidades de control. Deben comprender su función frente al Sistema de Control Interno.

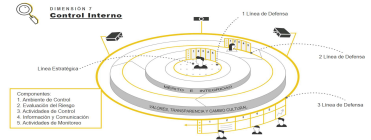
Lineamiento 13: <u>Utilización de información relevante (Identifica requisitos de información; Capta fuentes de datos internas y externas; Procesa datos relevantes y los transforma en información).</u>	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	Evaluación
				No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno		
13.1 La entidad ha diseñado sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos.	Dimensión de Información y comunicación	La institución efectuó el Ciclo de Vida de los Sistemas de Información HUSRT (S-M-16) para gestionar las diferentes etapas de los sistemas de información, articulado con el Manual de Priorización de la Información y las Comunicaciones (S-M-00), el Manual de Políticas de Seguridad de la Información (S-M-02) y el Esquema de Publicación de Información (S-F-37), fortaleciendo la administración, clasificación, protección y divulgación de la información institucional. Asimismo, se realizó seguimiento al cumplimiento de las actividades establecidas en el Plan Operativo Anual (POA), permitiendo verificar el avance de las metas e iniciativas definidas para el proceso de Tecnologías de la Información.	2	1 S-M-16 Ciclo De Vida De Los Sistemas De Información HUSRT - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&proccoid=10177&hi=S-M-16	"PRIMERA LINEA DE DEFENSA En el marco del seguimiento realizado al proceso de Gestión de Tecnologías de la Información, se verificó la aplicación de los lineamientos establecidos para la administración y gestión de la información institucional. Se evidenció que el Ciclo de Vida de los Sistemas de Información HUSRT (S-M-16) orienta las etapas de planificación, desarrollo, implementación, operación y mejora de los sistemas de información, garantizando su adecuada administración durante todo su ciclo de vida. De igual forma, se constató la implementación del Manual de Priorización de la Información y las Comunicaciones (S-M-00), el cual establece los criterios para la clasificación y priorización de la información institucional, en articulación con el Manual de Políticas de Seguridad de la Información (S-M-02), que define los controles para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información. Asimismo, se verificó la actualización y aplicación del Esquema de Publicación de Información (S-F-37), como mecanismo para la organización y divulgación de la información pública, conforme a los principios de transparencia y acceso a la información. Por otra parte, se evidenció el seguimiento periódico al Plan Operativo Anual (POA), mediante el cual se monitorea el cumplimiento de las actividades, metas e indicadores definidos para el proceso de Tecnologías de la Información, permitiendo evaluar los avances, identificar oportunidades de mejora y asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución." TERCERA LINEA DE DEFENSA La oficina de control interno realiza trimestralmente seguimiento al plan operativo anual de inversiones y sus resultados son socializados en el comité institucional de control interno, además la oficina de control interno efectúa seguimiento al Plan Operativo Anual del primer trimestre de 2026, l	3	Oportunidad de mejora
				2 S-M-00 Manual De Priorización De La Información Y Las Comunicaciones - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&proccoid=10100&hi=S-M-00			
				3 S-M-02 Manual De Políticas De Seguridad De La Información - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&proccoid=9481&hi=S-M-02			
				4 S-F-37 Esquema De Publicación De Información - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=documentos&option=ver&adua&documentoid=10742&hi=S-F-37			
				5 https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&proccoid=8151&hi=POA			
				6			
				8			
13.2 La entidad cuenta con el inventario de información relevante (interno/externa) y cuenta con un mecanismo que permita su actualización.	Dimensión de Información y comunicación Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública	Se implementó la Resolución 537 de 2024, mediante la cual se adopta el Inventario de Activos de Información de la institución, en articulación con el procedimiento Inventario, Clasificación y Etiquetado de Activos de Información (S-PR-24), el Instructivo para el Diligenciamiento de la Matriz de Inventario, Clasificación de Activos de Información (S-INS-21) y el Formato Inventario (S-F-48), permitiendo la identificación, clasificación, registro y actualización de los activos de información. Asimismo, se evidenció la publicación de la información de carácter público en el Apartado de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la página web	1	1 Resolución 537 de 2024 - https://hospitalsanrafaeltunja.gov.co/normativa-de-la-entidad-o-autoridad/	PRIMERA LINEA DE DEFENSA: Durante el proceso de seguimiento efectuado al proceso de Gestión de Tecnologías de la Información, se verificó la implementación de los lineamientos establecidos para la administración de los activos de información de la institución. Se evidenció que, mediante la Resolución 537 de 2024, se adoptó el Inventario de Activos de Información, cuya gestión se desarrolla a través del procedimiento Inventario, Clasificación y Etiquetado de Activos de Información (S-PR-24), apoyado en el Instructivo para el Diligenciamiento de la Matriz de Inventario, Clasificación de Activos de Información (S-INS-21) y el Formato Inventario (S-F-48), permitiendo la identificación, clasificación, registro y actualización permanente de los activos de información. Al igual, se constató que el proceso de Tecnologías de la Información realiza actividades periódicas de revisión y actualización del inventario de activos de información, verificando su clasificación, responsables, nivel de criticidad y etiquetado, como parte de las acciones orientadas a fortalecer la seguridad de		
			2	2 S-PR-24 Inventario Clasificación Y Etiquetado De Activos De Información - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&proccoid=9044&hi=S-PR-24			

		institucional, fortaleciendo el cumplimiento de las disposiciones en materia de transparencia, acceso a la información y gestión de los activos de información.	2 3 4 5 6 7 8	S-INS-21 Instructivo Diligenciamiento Matriz Inventario Clasificación De Activos De Información - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&procesoId=6634&h=S-INS-21 S-F-48 Formato Inventario - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=documentos&option=ver&actuaId&documentId=10806&h=S-F-48 Apartado de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la página web institucional - https://hospitalsanrafaeltunja.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/	la información y la gestión de los riesgos asociados. Por otra parte, se evidenció que la información de carácter público se mantiene disponible y actualizada en el Apartado de Transparencia y Acceso a la Información Pública del portal web institucional, garantizando el cumplimiento de las disposiciones normativas relacionadas con la transparencia, el acceso a la información pública y la adecuada gestión de la información institucional. TERCERA LINEA DE DEFENSA La Oficina de Control Interno efectuó seguimiento a la efectividad del plan de mejoramiento derivado de la auditoría realizada al subproceso de sistemas. Como resultado de este seguimiento, se verificaron las acciones ejecutadas por el responsable, orientadas a minimizar o eliminar las fallas en la captura de información primaria. De acuerdo con las acciones realizadas y comprobadas, se dio cierre efectivo a la no conformidad. Respecto a la acción relacionada con la inoportunidad en la atención de algunas solicitudes gestionadas mediante la mesa de trabajo GLPI, el subproceso actualizó el documento «Manual Mesa de Servicios GLPI» S-M-10 y definió acciones estratégicas encaminadas a fortalecer los niveles de cumplimiento. Estas medidas priorizan la mejora continua en los tiempos de respuesta y la eficiencia operativa en la atención de solicitudes. mediante el seguimiento realizado se evaluó como efectividad en el primer trimestre de 2026. Asimismo, la Oficina de Control Interno adelanta seguimiento al Plan Operativo Anual. En la verificación correspondiente al primer trimestre de 2026,	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)
13.3 La entidad considera un ámbito amplio de fuentes de datos (internas y externas), para la captura y procesamiento posterior de información clave para la consecución de metas y objetivos.	Dimensión de Información y comunicación Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública	La institución aplicó el Plan de Gerencia de la Información (S-M-17) como instrumento orientador de la administración de la información institucional, en articulación con el Manual de Priorización de la Información y las Comunicaciones (S-M-00), el Esquema de Gobierno TI (S-M-15), el Ciclo de Vida de los Sistemas de Información HUSRT (S-M-16) y el Catálogo de Servicios de TI (S-M-14). La aplicación integrada de estos documentos fortalece la gobernanza de TI, la gestión de la información, la administración de los sistemas de información y la prestación de servicios tecnológicos, asegurando su alineación con los objetivos estratégicos institucionales.	3 1 2 3 4 5 6	S-M-17 Plan De Gerencia De La Información - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&procesoId=10030&h=S-M-17 S-M-00 Manual De Priorización De La Información Y Las Comunicaciones - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&procesoId=10100&h=S-M-00 S-M-15 Esquema Gobierno TI - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&procesoId=9509&h=S-M-15 S-M-16 Ciclo De Vida De Los Sistemas De Información HUSRT - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&procesoId=10177&h=S-M-16 S-M-14 Catálogo De Servicios De TI - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&procesoId=7069&h=S-M-14	PRIMERA LINEA DE DEFENSA: "Primera Línea de Defensa: La institución en el marco del seguimiento al proceso de Gestión de Tecnologías de la Información, se verificó la implementación de los lineamientos definidos para la administración y el gobierno de la información institucional. Se evidenció que el Plan de Gerencia de la Información (S-M-17) orienta la gestión de la información y asegura su alineación con los objetivos estratégicos de la institución, en articulación con el Manual de Priorización de la Información y las Comunicaciones (S-M-00), el cual establece los criterios para clasificar y priorizar la información necesaria en la toma de decisiones. Asimismo, se constató la aplicación del Esquema de Gobierno TI (S-M-15), que define roles, responsabilidades y mecanismos de gobernanza para la gestión de las tecnologías de la información. De igual forma, se evidenció la implementación del Ciclo de Vida de los Sistemas de Información HUSRT (S-M-16), el cual establece lineamientos para la planificación, desarrollo, operación y mejora continua de los sistemas de información, junto con el Catálogo de Servicios de TI (S-M-14), que define y estandariza los servicios tecnológicos ofrecidos por el área de sistemas para atender las necesidades de los procesos institucionales. Finalmente, se verificó que estos documentos se aplican de manera articulada, lo que permite fortalecer la administración de la información, la prestación de servicios tecnológicos, la gobernanza de TI y el soporte a los procesos misionales y de apoyo de la institución. TERCERA LINEA DE DEFENSA: a Oficina de Control Interno efectuó seguimiento a la efectividad del plan de mejoramiento derivado de la auditoría realizada al subproceso de sistemas. Como resultado de este seguimiento, se verificaron las acciones ejecutadas por el responsable, orientadas a minimizar o eliminar las fallas en la captura de información primaria. De acuerdo con las acciones realizadas y comprobadas, se dio cierre efectivo a la no conformidad. Respecto a la acción relacionada con la inoportunidad en la atención de algunas solicitudes gestionadas mediante la mesa de trabajo GLPI, el subproceso actualizó el documento «Manual Mesa de Servicios GLPI» S-M-10 y	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)
13.4 La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes.	Dimensión de Información y comunicación Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública	Se instaura el Manual de Políticas de Seguridad de la Información (S-M-02) como marco para la protección de los activos de información, articulado con el Plan Estratégico de Seguridad de la Información – PESI (S-M-08), el Manual Metodológico para la Gestión del Riesgo en Seguridad de la Información (S-M-11) y el Manual de Roles de Seguridad y Privacidad de la Información (S-M-19), estableciendo los lineamientos, responsabilidades y controles para la gestión de la seguridad de la información. Su aplicación se fortalece mediante el procedimiento de Gestión de Incidentes de Seguridad de la Información (S-PR-30), el Procedimiento de Restauración de Copias de Seguridad del Sistema de Información Servinte Clinical Suite (S-PR-39), el Cronograma de Copias de Seguridad (S-F-21) y la Declaración de Aplicabilidad de Controles ISO para Seguridad de la Información (S-F-29), permitiendo gestionar los riesgos, atender incidentes, garantizar la recuperación de la información y verificar la implementación de los controles de seguridad definidos por la institución.	3 1 2 3 4 5 6 7	S-M-02 Manual De Políticas De Seguridad De La Información - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&procesoId=9481&h=S-M-02 S-M-08 Plan Estratégico de Seguridad de la Información – PESI - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&procesoId=9969&h=S-M-08 S-M-11 Manual Metodológico para la Gestión del Riesgo en Seguridad de la Información - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&procesoId=10152&h=S-M-11 S-M-19 Manual de Roles de Seguridad y Privacidad de la Información - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&procesoId=10146&h=S-M-19 S-PR-30 Gestión de incidentes de seguridad de la información - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&procesoId=10034&h=S-PR-30 S-PR-39 Procedimiento de Restauración de Copias de Seguridad del Sistema de Información Servinte Clinical Suite https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&procesoId=9324&h=S-PR-39 S-F-21 Cronograma de Copias de Seguridad - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/7a=procesos&option=verproceso&procesoId=8863&h=S-PR-21	PRIMERA LINEA DE DEFENSA La institución en el marco del seguimiento al proceso de Gestión de Tecnologías de la Información, se verificó la implementación de los lineamientos establecidos para la gestión de la seguridad y privacidad de la información institucional. Se evidenció que el Manual de Políticas de Seguridad de la Información (S-M-02) define las directrices para la protección de los activos de información, en articulación con el Plan Estratégico de Seguridad de la Información – PESI (S-M-08), el Manual Metodológico para la Gestión del Riesgo en Seguridad de la Información (S-M-11) y el Manual de Roles de Seguridad y Privacidad de la Información (S-M-19), los cuales establecen acciones, responsabilidades y metodologías para la administración de riesgos y el fortalecimiento del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información. Asimismo, se constató que el área de Sistemas ejecuta las actividades definidas en el Procedimiento de Gestión de Incidentes de Seguridad de la Información (S-PR-30), realizando el registro, análisis, atención y seguimiento de los incidentes reportados. De igual forma, se evidenció la aplicación del Procedimiento de Restauración de Copias de Seguridad del Sistema Servinte Clinical Suite (S-PR-39) y el cumplimiento del Cronograma de Copias de Seguridad (S-F-21), garantizando la generación, conservación y verificación periódica de los respaldos de información para asegurar la continuidad operativa. Finalmente, se verificó la utilización de la Declaración de Aplicabilidad de Controles ISO para Seguridad de la Información (S-F-29) como mecanismo para identificar, documentar y evaluar los controles de seguridad implementados, evidenciando un seguimiento continuo al cumplimiento de las actividades definidas para fortalecer la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información institucional. TERCERA LINEA DE DEFENSA De igual manera, la Oficina de Control Interno lleva a cabo seguimiento al plan de mejoramiento derivado de la auditoría al subproceso TIC, dentro de las acciones de seguimiento se encuentra la falta de adherencia al Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSP) respecto a lo estipulado en el documento S-M-02, "Manual de Políticas de Seguridad de la Información", específicamente en lo relacionado con la inactivación de usuarios y el uso indebido de cuentas. Finalmente, se realiza seguimiento al informe de riesgos conforme al cronograma establecido en el Programa de Gestión del Riesgo.	3	Mantenimiento del control

				8	S-F-29 Declaración de Aplicabilidad de Controles ISO para Seguridad de la Información - https://sgl.almeraim.com/sgl/secciones/?a=documentos&option=ver&actual&documentid=10741&H=S-F-29			
Lineamiento 14: Comunicación Interna (Se comunica con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalente: Facilita líneas de comunicación en todos los niveles; Selecciona el método de comunicación pertinente).	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (12/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (12/3)	Evaluación	
				No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno			Observaciones de la evaluación independiente (tener encuesta papel de líneas de defensa)
14.1 Para la comunicación interna la Alta Dirección tiene mecanismos que permitan dar a conocer los objetivos y metas estratégicas, de manera tal que todo el personal entienda su papel en su consecución. (Considera los canales más apropiados y evalúa su efectividad).	Dimensión de Información y comunicación	"Dimensión de Información y comunicación "La institución cuenta con un Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS). En el numeral 12.3, correspondiente a la Comunicación Interna, se describen las herramientas disponibles y sus respectivas funciones dentro del Hospital Universitario San Rafael de Tunja, orientadas a informar al personal sobre las metas estratégicas y demás información relevante para la organización.	3	1	Informe de actividades plan de mejoramiento	3	Mantenimiento del control	
				2	Mesa de servicios GLPI			
				3	CO-PR- 01 Comunicados Internos			
				4	CO-F-17 Solicitud de Apoyo en Comunicaciones			
				5	CO-PG- 01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS)			
				6				
				7				
				8				
14.2 La entidad cuenta con políticas de operación relacionadas con la administración de la información (niveles de autoridad y responsabilidad)	Dimensión de Información y comunicación	Se cuenta con la «POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES» CO-PO-01, donde se aclara el rol del gerente como máxima autoridad y vocero oficial de la institución.	3	1	POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES» CO-PO-01	3	Mantenimiento del control	
				2	Informe POA I trimestre de 2026			
				3				
				4				
				5				
				6				
				7				
				8				

14.3 La entidad cuenta con canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares y se cuenta con mecanismos específicos para su manejo, de manera tal que generen la confianza para utilizarlos.	Dimension de Información y comunicación	La entidad cuenta con el buzón de cliente interno, mediante el cual los empleados de la institución presentan las quejas o denuncias de manera anónima, además se cuenta con el procedimiento Respuesta a Peticiones el cual, tiene como objetivo Implementar las directrices que permitan dar trámite a las peticiones y denuncias que ingresan por distintos canales de comunicación a la institución de acuerdo a la normatividad legal. La entidad cuenta con los siguientes canales de comunicación: presencial (oficina de siau), vía telefónica 7405030, vía correo electrónico (juridicanotificaciones@hospitalsanrafaeltunja.gov.co.siau@hospital sanrafael.gov.co), canal escrito (buzón de sugerencia), formulario electrónico (página web) La entidad genero un nuevo canal para atender las denuncias por corrupción con Línea anticorrupción mediante el correo: lineaanticorruption@hospitalsanrafaeltunja.gov.co En la página web de la entidad diseño un espacio para informar sobre cualquier conducta que constituya un delito.	2	1 Informe apertura buzónes cliente interno 2 informe linea anticorrupción 3 Informe PQRS 4 5 6 7 8	La oficina Jurídica aporta «INFORME LÍNEA ANTICORRUPCIÓN» con periodicidad mensual el cual se presenta ante la subgerencia administrativa y financiera y el oficial de cumplimiento SICOF, en este informe se capturan las quejas que se reciben por medio del correo lineaanticorruption@hospitalsanrafaeltunja.gov.co., que tiene como responsable a la líder de la oficina jurídica. TERCERA LÍNEA DE DEFENSA La oficina de control interno realiza seguimiento al informe PQRS primer semestre de 2026 respecto a las denuncias presentadas por línea telefónica de SIAU, así mismo se lleva a cabo seguimiento al informe «apertura a buzónes de cliente interno», el cual tiene periodicidad semestral y además se verifican las denuncias que se reportan vía página web, y correo electrónico, adicionalmente, se efectúa seguimiento al informe presentado por el proceso de jurídica, en el cual se presentan las denuncias allegadas por medio de la línea anticorrupción cuya periodicidad es mensual.	3	Oportunidad de mejora
14.4 La entidad establece e implementa políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva.	Dimension de Información y comunicación	Se cuenta con «Política operación comunicaciones» CO-PO-01 V04 y el procedimiento CO-PR-01 «COMUNICADOS INTERNOS» V05, y el procedimiento CO-PR-04 «ELABORACIÓN DEL PLAN DE COMUNICACIONES» V08. El CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS)», Igualmente se tiene la caracterización CO-CART-01 «CARACTERIZACIÓN DE COMUNICACIONES Y PUBLICIDAD» donde están los roles de cada uno del equipo de Comunicaciones.	3	1 CO-PO-01 - COMUNICACIONES Y MEDIOS 2 CO-PR-01 «COMUNICADOS INTERNOS» 3 CO-CART-01 CARACTERIZACIÓN DE COMUNICACIONES Y PUBLICIDAD 4 CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS) 5 6 7 8	PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA En la «POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES» CO-PO-01, EN LOS PUNTOS 1, 2 Y 3 se hace énfasis en la importancia y las herramientas para la comunicación externa. No aplica encuestas. TERCERA LÍNEA DE DEFENSA La Oficina de Control Interno realizó seguimiento en el plan operativo anual a la implementación del CO-PG-01 Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS), en el cual, desde el numeral 12.3 hasta el 12.3.5, se describen las comunicaciones internas y los mecanismos para implementar dicho plan estratégico.	3	Mantenimiento del control
Lineamiento 15: Comunicación con el exterior (Se comunica con los grupos de valor y con terceros externos interesados: Facilita líneas de comunicación).		Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	Evaluación
	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIGP ASOCIADO AL REQUERIMIENTO		No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)		
15.1 La entidad desarrolla e implementa controles que facilitan la comunicación externa, la cual incluye políticas y procedimientos. Incluye contratistas y proveedores de servicios tercerizados (cuando aplique).	Dimension de Información y Comunicación Dimension de Control Interno Primera Línea de Defensa	Basados en la «POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES» CO-PO-01 igualmente en el CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS), también contamos con los Procedimientos CO-PR-07 DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE BOLETÍN DE PRENSA, CO-PR-03 COMUNICACIÓN EXTERNA - PROGRAMA DE RADIO Y STREAMING y el CO-PR-06 DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE COMUNICADO DE PRENSA	3	1 POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES» CO-PO-01 2 CO-PR-06 DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE COMUNICADO DE PRENSA 3 CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS) 4 5 6 7 8	*PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA : En la «POLÍTICA OPERACIÓN COMUNICACIONES» CO-PO-01 en el punto 3 se define el Rol del gerente como único vocero oficial y quien puede delegar a otros funcionarios cuando sea requerido, además el proceso cuenta con el procedimiento CO-PR-06 DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE COMUNICADO DE PRENSA, el cual a su vez tiene anclado el formato COMUNICADO DE PRENSA CO-F-07, y mediante estos dos documentos, el líder de comunicaciones verifica que la divulgación de comunicados de prensa en medios de comunicación externos sea acorde con la información emitida y lo aprobado por la institución TERCERA LÍNEA DEFENSA La Oficina de Control Interno realizó seguimiento en el plan operativo anual a la implementación del CO-PG-01 Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS), en el cual, desde el numeral 12.3 hasta el 12.3.5, se describen las comunicaciones internas y los mecanismos para implementar dicho plan estratégico	3	Mantenimiento del control
15.2 La entidad cuenta con canales externos definidos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar, y éstos son reconocidos a todo nivel de la organización.	Dimension de Información y Comunicación Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	En la institución contamos con el CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS)», que en su numeral 12.4 COMUNICACIÓN EXTERNA Además se cuenta con los procedimientos: CO-PR-03 COMUNICACIÓN EXTERNA - PROGRAMA DE RADIO Y STREAMING «Divulgación de Información a través de Boletín de Prensa» CO-PR-07 «Divulgación de Información a través de Comunicado de Prensa» CO-PR-06 Página web. Redes sociales	3	1 CO-PG-01 PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES (PECOS) 2 CO-PR-03 COMUNICACIÓN EXTERNA - PROGRAMA DE RADIO Y STREAMING 3 DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE COMUNICADO DE PRENSA» CO-PR-06 4 5 6 7 8	PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA: El subproceso aporta el documento CO-PG-01 «PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIONES» (PECOS) en el cual como documentos para el desarrollo de actividades se presenta el formato diligenciado CO-F-07 «COMUNICADOS DE PRENSA» que se encuentra inmerso en el procedimiento, CO-PR-06 «DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE COMUNICADO DE PRENSA» Los cuales se encuentran actualizados TERCERA LÍNEA DEFENSA La Oficina de Control Interno realizó seguimiento en el plan operativo anual a la implementación del CO-PG-01 Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS), en el cual, desde el numeral 12.3 hasta el 12.3.5, se describen las comunicaciones internas y los mecanismos para implementar dicho plan estratégico	3	Mantenimiento del control
15.3 La entidad cuenta con procesos o procedimiento para el manejo de la información entrante (quién la recibe, quién la clasifica, quién la analiza), y a la respuesta requerida (quién la canaliza y la responde).	Dimension de Información y Comunicación Política de Gestión Documental Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	La entidad implementa el «MANUAL DE VENTANILLA ÚNICA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA» GD-M-08. Para la producción, recepción, trámite y distribución de su correspondencia se cuenta con los siguientes procedimientos: -GD-PR-03 «PRODUCCIÓN DE DOCUMENTOS» -GD-PR-06 «ORGANIZACIÓN DE DOCUMENTOS» -GD-PR-07 «RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS» -GD-PR-08 «DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS» -GD-PR-09 «TRAMITE DE DOCUMENTOS»	3	1 MANUAL DE VENTANILLA ÚNICA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA GD-M-08. 2 FORMATO REGISTRO Y RADICACIÓN DE CORRESPONDENCIA ENVIADA GD-F-03 3 INFORME TRIMESTRAL POA 4 informe PQRS primer semestre 2026	PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA El proceso de SIAU recepciona la información por medio de la ventanilla única con el fin de que desde ahí se reciba, clasifique y direcciona la información que ingresa a la E.S.E. HURST SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA El proceso de SIAU, consolida y presenta, informe semestral de PQRS TERCERA LÍNEA DE DEFENSA La oficina de control interno realiza seguimiento semestral, al informe PQRS correspondiente al primer semestre de 2026 el cual se presenta la siguiente recomendación El proceso debe llevar un control diario efectivo a la matriz OAJ-F-07 «MATRIZ DERECHOS DE PETICIÓN OFICINA JURÍDICA» con el fin de realizar una trazabilidad a los derechos de petición y evitar dar respuesta fuera de los términos legales: definirlos en la ley 1755 de 2015	2	Deficiencia de control (diseño o

		La entidad realiza la radicación, tramite y envío de sus comunicaciones oficiales externas a través del sistema de información ORFEO, y se encuentra en migración al sistema de gestión integral Para la correspondencia enviada se maneja el GD-F-03 «FORMATO REGISTRO Y RADICACIÓN DE CORRESPONDENCIA ENVIADA»	5 6 7 8	y además en los informes trimestrales, si bien se presentan algunas acciones de los planes de mejora suscritos derivados de las manifestaciones de inconformidad reiterativas en algunos procesos o subprocesos, no se especifica a el seguimiento a los planes de mejora suscritos, ni se aclara la forma en que se dan los cierres de ciclos.		ejecución)
15.4 La entidad cuenta con procesos o procedimientos encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de tal forma que se puedan mejorar.	Dimensión de Información y Comunicación Política de Control Interno Líneas de Defensa	Se cuenta con el documento CO-PG-01 Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS), el cual, en su numeral 13 "Seguimiento y Medición – Metodología de Evaluación", establece los indicadores para medir tanto los canales de comunicación como la efectividad de la información dirigida a partes externas. La efectividad de la comunicación se evalúa mediante una encuesta externa, con el fin de conocer la percepción de la comunidad. En este sentido, se llevó a cabo la correspondiente encuesta de satisfacción del cliente externo.	3 1 2 3 4 5 6 7 8	CO-PG-01 Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS) PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA: EL subproceso de comunicaciones y medios implemento el documento CO-PG-01 Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS) no aplica para el segundo semestre del año TERCERA LÍNEA DE DEFENSA La Oficina de Control Interno realizó seguimiento en el plan operativo anual a la implementación del CO-PG-01 Plan Estratégico de Comunicaciones (PECOS), en el cual, desde el numeral 12.3 hasta el 12.3.5, se describen las comunicaciones internas y los mecanismos para implementar dicho plan estratégico	3	Mantenimiento del control
15.5 La entidad analiza periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente.	Dimensión de Dirección y Planeación Política de Planeación Institucional	Se cuentan con el «manual de caracterización de Usuarios» OADS-M-03, cuyo objetivo es: Identificar las características, intereses y necesidades de los usuarios de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja a fin de fortalecer las estrategias de atención de cara al ciudadano para garantizar sus derechos e interacción con la Entidad, con el «Formato caracterización de usuarios» OADS-F-32 y la « Así mismo se realiza anualmente caracterización de grupos de valor	2 1 2 3 4 5 6 7 8	Caracterización Grupos de valor 2025 Manual de caracterización de Usuarios OADS-M-03 Formato caracterización de usuarios OADS-F-32 SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA: Se realiza caracterización de grupos de valor «INFORME CARACTERIZACIÓN DE GRUPOS DE VALOR Y GRUPOS DE INTERÉS 2025» de acuerdo a lo establecido en el manual OADS-M-03 El informe se encuentra publicado en el siguiente link: https://hospitalsanrafaeltunja.gov.co/informe-de-caracterizacion/ TERCERA LÍNEA DE DEFENSA En el estándar 89 del manual de acreditación por parte de la oficina de control interno se identificó que los 24 procesos establecidos en el mapa de procesos, cuentan con su caracterización debidamente documentada Así mismo el Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta dentro de su sistema de gestión integral, con la identificación con el código CA-F-112 MATRIZ DE PARTES INTERESADAS PERTINENTES DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN QHSE, COMUNICACIONES INTERNAS Y EXTERNAS Y PARTICIPACIÓN Y CONSULTA SST	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)
15.6 La entidad analiza periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes.	Dimensión de Dirección y Planeación Política de Planeación Institucional	La entidad cuenta con el procedimiento SIAU-PR-10 «EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN» y los formatos: SIAU-F-25 «Encuesta de satisfacción con la atención prestada», SIAU-F-27 «Encuesta de satisfacción a la atención prestada PMC Intrahospitalario y SIAU-F-28 Encuesta de satisfacción a la atención prestada PMC Ambulatorio» los cuales se encuentran registrados en el sistema de gestión integral (Almera) modulo encuestas, la aplicación de la encuesta se realiza al egreso del usuario, la tabulación de la información de los usuarios se realiza de manera mensual un informe que se publica en página web y el diligenciamiento de unos indicadores de satisfacción así como reporte de indicadores de la resolución 256 de 2016	2 1 2 3 4 5 6 7 8	Procedimiento documentado SIAU-PR-10 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN SIAU-F-25 SIAU-F-27 Encuesta de satisfacción a la atención prestada PMC Intrahospitalario. SIAU-F-28 Encuesta de satisfacción a la atención prestada PMC Ambulatorio INFORME MENSUAL DE SATISFACCIÓN INDICADORES DE PERCEPCIÓN CON LA SATISFACCIÓN 12, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1746 INFORME DE SEGUIMIENTO PQRS I SEMESTRE DE 2024 PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA el subproceso SIAU realiza un seguimiento continuo al nivel de satisfacción de los usuarios a través de un informe mensual. Este informe evalúa diferentes aspectos del servicio proporcionado y se publica mensualmente en la página web de la institución, en el siguiente link: https://hospitalsanrafaeltunja.gov.co/peticiones-quejas-y-reclamos/ SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA Informe de Planeación y Ejecución del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano TERCERA LÍNEA DE DEFENSA La oficina de control interno realiza seguimiento semestral, al informe PQRS correspondiente al primer semestre de 2026, en el cual se presentaron recomendaciones de las que se se toman las siguientes como las mas representativas El proceso de jurídica, debe llevar un control diario efectivo a la matriz OAJ-F-07 «MATRIZ DERECHOS DE PETICIÓN OFICINA JURÍDICA» con el fin de realizar una trazabilidad a los derechos de petición y evitar dar respuesta fuera de los términos legales, definidos en la ley 1755 de 2015 y además en los informes trimestrales, si bien se presentan algunas acciones de los planes de mejora suscritos derivados de las manifestaciones de inconformidad reiterativas en algunos procesos o subprocesos, no se especifica a el seguimiento a los planes de mejora suscritos, ni se aclara la forma en que se dan los cierres de ciclos. Además se verificó que: En el estándar 89 del manual de acreditación por parte de la oficina de control interno, se identificó que los 24 procesos establecidos en el mapa de procesos, cuentan con su caracterización debidamente documentada Así mismo el Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta dentro de su sistema de gestión integral, con la identificación con el código CA-F-112 «Matriz de partes interesadas pertinentes de los sistemas de gestión QHSE, comunicaciones internas y externas y participación y consulta SST»	3	Oportunidad de mejora



ACTIVIDADES DE MONITOREO

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

Lineamiento 16. Evaluaciones continuas y/o separadas (autoevaluación, auditorías) para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno están presentes y funcionando.	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	EVIDENCIA DEL CONTROL		Funcionando (1/2/3)	Evaluación	
				No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno			Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa) *Nota: Únicamente diligenciar las observaciones que van vinculadas al desarrollo de actividades de las demás líneas de defensa
16.1 El comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría presentado por parte del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces y hace el correspondiente seguimiento a sus ejecución?	Dimension de Control Interno Lineas Estrategica	El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del Hospital Universitario San Rafael de Tunja aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría presentado por el Jefe de Control Interno o quien haga sus veces. Además, realiza sugerencias y seguimiento a las recomendaciones derivadas de la ejecución de este plan, conforme a lo establecido en el estatuto de auditoría, la resolución 220 de 2025, y prioriza temas críticos según la gestión de riesgos de la administración. La jefe de la Oficina de Control Interno, presenta al comité la aprobación del Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2026, en cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Ley 87 de 1993 y la Guía de Auditoría para Entidades Públicas. Este plan se configura de acuerdo a los roles de control interno: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación a la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, así como la relación con entes externos de control.	3	1	Primer Comité Institucional de coordinación de control Interno -30 de enero de 2026	Primer Comité Institucional de coordinación de control Interno. Se realiza seguimiento a los compromisos adquiridos en el comité anterior. Se informa a los integrantes y participantes del comité que continúa pendiente la actividad relacionada con "Realizar revisión de la Resolución 194 de 2018, en lo referente a las sanciones disciplinarias, y emitir concepto por parte del área jurídica". Asimismo, se notifica a los integrantes y participantes que se ha dado cumplimiento a ocho actividades que permanecían pendientes al 11 de diciembre. Se presenta informe de seguimiento a Plan Anual de Auditoría con corte a 31 de diciembre de 2025 Rol de evaluación y seguimiento: presenta cumplimiento del 100% Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta cumplimiento del 100% tercera línea de defensa Rol de liderazgo estratégico: la Oficina de Control Interno brindó acompañamiento a 14 actividades adicionales en los distintos procesos, alcanzando en total 129 actividades ejecutadas. Este resultado corresponde al 100% de cumplimiento del Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2025. Ejecución de auditorías: Presenta un cumplimiento del 1000% Informes de Ley: Presenta un cumplimiento del 100% Seguimiento: Presenta un avance del 100%. El asesor de control interno socializa el plan anual de auditoría, explicando que se da cumplimiento al manual de auditorías en su numeral 8.8.1 «planeación general de auditorías basadas en riesgo/ identificación de las unidades auditables» Una vez revisado el plan anual de auditoría propuesto por la Oficina de Control Interno, la alta gerencia solicitó incluir los siguientes subprocesos: Gestión Farmacéutica, Gestión Jurídica, Laboratorio Clínico y Gestión de Suministros y Activos Fijos. En atención a esta solicitud, se realizaron los ajustes correspondientes, retirando del plan las auditorías de los subprocesos de Atención Ambulatoria, Esterilización y Gestión Ambiental. Segundo comité Institucional de coordinación de control Interno Se informa a los integrantes y participantes del comité que continúa pendiente la actividad relacionada con "Realizar actualización circular 2023100000645-GER (Reporte de Información a entes de control externos)". SEGUIMIENTO PLAN ANUAL DE AUDITORÍAS 2026 – Corte al 31 de Marzo de 2026 Rol de evaluación y seguimiento: presenta cumplimiento del 83% Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta cumplimiento del 100% Rol de liderazgo estratégico: presenta cumplimiento del 100% Rol de Liderazgo Estratégico: presenta cumplimiento del 100% Relación con Entes Externos: presenta cumplimiento del 100%.	3	Mantenimiento del control
				2	Segundo Comité Institucional de coordinación de control Interno - 30 de marzo de 2026	APROBACIÓN PLAN DE ACCIÓN CICI 2026: El Asesor de la Oficina de Control Interno realizó la presentación y socialización del plan de trabajo definido para la vigencia 2025. Dicho plan fue aprobado por los miembros del Comité de Coordinación de Control Interno.		
				3	Tercer Comité Institucional de coordinación de control Interno - 29 de mayo de 2026	Tercer comité Institucional de coordinación de control Interno Se informa a los integrantes y participantes del comité que continúan pendientes las actividades relacionadas con: "Realizar actualización circular 2023100000645-GER (Reporte de Información a entes de control externos)". "Realizar mesa de trabajo entre la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios, el área de Calidad y líderes de procesos, con el objetivo de revisar la gestión y actualización de documentos institucionales, con el fin de fortalecer el uso adecuado de los formatos vigentes. Asimismo, se abordarán las acciones necesarias para garantizar un proceso efectivo de socialización, en caso de ser pertinente, realizar los ajustes o modificaciones requeridos conforme a los controles establecidos, lo anterior teniendo en cuenta que el riesgo GC-RG-03, relacionado con la "posibilidad de no conformidades por el uso de formatos desactualizados debido a la falta de adherencia a la norma fundamental", se materializó. SEGUIMIENTO PLAN ANUAL DE AUDITORÍAS 2026 – Corte al 31 de Mayo de 2026 Rol de evaluación y seguimiento: presenta cumplimiento del 23% Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta cumplimiento del 40% Rol de Enfoque hacia la Prevención: Presenta cumplimiento del 100% Informes de Ley: Presenta cumplimiento del 100%		
				4		AUDITORIAS DE PROCESOS En relación con el avance de las auditorías programadas para la vigencia 2026, con corte al 28 de mayo se han finalizado las auditorías de Gestión Farmacéutica y Gestión de Recursos Físicos/Gestión de la Tecnología Biomédica y Auditoría a Caja General. Actualmente se encuentran en ejecución las auditorías de Gestión Financiera/Facturación, Apoyo Diagnóstico/Laboratorio Clínico, Gestión Jurídica, Docencia Servicio e Investigación PROPOSICIONES Y VARIOS La alta gerencia solicita a la Oficina de Control Interno realizar un seguimiento permanente al manejo de las remisiones en farmacia y continuar con la ejecución de inventarios aleatorios en el Laboratorio Clínico, con el propósito de garantizar resultados óptimos al cierre de la vigencia 2026.		
				5				
				6				
				7				
			8					

16.5 Frente a las evaluaciones independientes la entidad considera evaluaciones externas de organismos de control, de vigilancia, certificadores, ONG's u otros que permitan tener una mirada independiente de las operaciones.	Dimension de Control Interno	El hospital cuenta dentro de su estructura documental con el manual de auditorías OACI-M-01, donde incluye el rol la Oficina de Control Interno actúa como un puente entre los entes externos de control y la institución, facilitando el flujo de la información. Para lograr un efectivo desarrollo de este rol, adicionalmente su objetivo general es: " Establecer los lineamientos para garantizar la Programación, planeación, ejecución y Seguimiento de las auditorías internas de gestión y de los sistemas de gestión cuando se requiera de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA y Establecer la metodología para realizar Auditorías a los procesos y/o servicios que intervienen en la atención en salud de la ESE HUSRT frente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, así como los lineamientos para la ejecución de las auditorías a los sistemas de gestión certificados y a los procesos especiales de gestión farmacéutica (BPM/BPE) de la ESE HUSRT."	3	1	Planes de mejoramiento diferentes fuentes de control	La entidad desde los procesos y subprocesos, lleva a cabo un seguimiento permanente de las diferentes fuentes de mejora, dentro de las cuales se incluyen auditorías externas, organismos de control y entidades certificadoras, entre otras. Este proceso se realiza con el propósito de garantizar claridad en los lineamientos y asegurar el cumplimiento de los estándares establecidos así mismo la entidad se presenta para acceder a la certificación en acreditación de hospitales el ICONTEC, que es un proceso voluntario de evaluación externa mediante el cual una institución de salud demuestra que cumple con los más altos estándares de calidad, seguridad y eficiencia en sus procesos clínicos y administrativos,	3	Mantenimiento del control
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
Lineamiento 17... Evaluación y comunicación de deficiencias oportunamente (Evalúa los resultados, Comunica las deficiencias y Monitorea las medidas correctivas).	DIMENSIÓN O POLÍTICA DEL MIPG ASOCIADA AL REQUERIMIENTO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instalativos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	Presente (1/2/3)	No.	Referencia a Análisis y verificaciones en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	EVIDENCIA DEL CONTROL Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa) *Nota: Únicamente diligenciar las observaciones que van vinculadas al desarrollo de actividades de las demás líneas de defensa	Funcionando (1/2/3)	Evaluación
17.1 A partir de la información de las evaluaciones independientes, se evalúan para determinar su efecto en el Sistema de Control Interno de la entidad y su impacto en el logro de los objetivos, a fin de determinar cursos de acción para su mejora.	Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	La oficina de control interno dentro de su estructura documental, tiene el manual de auditorías OACI-M-01, donde se encuentra modelo que se acompaña por un esquema de asignación de responsabilidades, adaptada del Modelo Líneas de Defensa, que precisa las siguientes responsabilidades: Tercera línea de defensa: conformada por la Oficina de Control Interno. Proporciona información sobre la efectividad del Sistema de Control Interno, así: "Ejercer la auditoría interna de manera técnica y acorde con las políticas y prácticas apropiadas. "Identificar y evaluar cambios que podrían tener un impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna. "Comunicar al comité de coordinación de control interno posibles cambios e impactos en la evaluación del riesgo, previamente detectados en las auditorías.	3	1	Informe de auditoría de la Oficina de Control Interno	La evaluación de las auditorías o evaluaciones independientes permite: Identificar debilidades y fortalezas, Medir el impacto en los objetivos, Planificar acciones correctivas, Fomentar la mejora continua se hace a través de auditorías, en el primer semestre se realizaron las siguientes auditorías: * Caja general: "Docencia de Servicio e investigación "Gestión de la tecnología biomédica "Gestión Farmacéutica "Laboratorio clínico * Gestión jurídica	3	Mantenimiento del control
17.2 Los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros) se consolidan y se concluye sobre el impacto en el Sistema de Control Interno, a fin de determinar los cursos de acción.	Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	La entidad cuenta con un manual de Auditoría que tiene como objetivo: Establecer los lineamientos para garantizar la Programación, planeación, ejecución y Seguimiento de las auditorías internas de gestión y de los sistemas de gestión cuando se requiera de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA,	3	1	Seguimiento plan de mejoramiento primer trimestre 2026	Se presentan avances y cumplimientos resultantes de la implementación de las fuentes de mejora como: habilitación, indicadores, seguridad del paciente, ISO 9001:2015 ISO 14001:2015 y auditoría externa aire medicinal, auditoría externa 14 y 45 en el módulo plan de trabajo, información que va con corte a primer trimestre de la presente vigencia	3	Mantenimiento del control
2								
3								
4								
5								
7								
17.3 La entidad cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo.	Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	La entidad cuenta con la política de operación de control interno. Mediante la aprobación de la Resolución 123 de 2019, se establece el manual de MECI, el cual contempla y define las tres líneas de defensa y articulación con la Gestión del Riesgo. Asimismo se cuenta con los siguientes documentos * Estatuto del auditor "Codigo de ética del auditor. Resolución 225 de 2024«Por medio de la cual se definen los lineamientos institucionales para que la Oficina de Control Interno cumpla con las actividades de evaluación independiente y auditoría interna de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja» " Caracterización de control interno, Manual de auditoría	3	1	Seguimiento plan anual de auditoría	Para el primer semestre del 2026 se proyectaron los siguientes informes : SEGUIMIENTOS Informe avance a planes de mejoramiento Seguimiento reporte Entes externos Seguimiento a plan de desarrollo Seguimiento a plan Operativo anual Inventarios Farmacia, salas de cirugía, laboratorio clínico, mantenimiento, biomédica y almacén Seguimiento Rendición de Cuentas Seguimiento Evaluaciones de Desempeño Ley 909 de 2004 y cir CNSC 05 de 2005 Seguimiento de cajas menor arcos Seguimiento mapa de riesgos Gestión, fiscal Seguimiento de Gestión de seguridad de la información Seguimiento a los Mapas de Riesgos de SICOFS Seguimiento a los Mapas de Riesgos Sarfaff	3	Mantenimiento del control
17.4 La Alta Dirección hace seguimiento a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno y si se han cumplido en el tiempo establecido.	Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	La entidad cuenta con la Resolución 121 del 2021, "Control y Monitoreo del trabajo en equipo", donde se define la metodología, la importancia de la periodicidad en las reuniones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, establecida en el Artículo 5, se destaca al señalar que estas se llevarán a cabo bimensualmente, específicamente el segundo martes de cada mes. Este riguroso calendario asegura la continuidad y la efectividad de las funciones del Comité. Y la Resolución 225 de 2024«Por medio de la cual se definen los lineamientos institucionales para que la Oficina de Control Interno cumpla con las actividades de evaluación independiente y auditoría interna de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja»		1	PRIMER COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO	De acuerdo con los informes e auditoría a procesos y subprocesos, así como los informes de seguimiento y de ley, que se socializan en cada uno de los comités, y son insumo para la toma de decisiones por parte de la alta dirección, la cual hace parte del comité Primer Comité Institucional de coordinación de control interno. Se realiza seguimiento a los compromisos adquiridos en el comité anterior. Se informa a los integrantes y participantes del comité que continúa pendiente la actividad relacionada con "Realizar revisión de la Resolución 194 de 2018, en lo referente a las sanciones disciplinarias, y emitir concepto por parte del área jurídica". Asimismo, se notifica a los integrantes y participantes que se ha dado cumplimiento a ocho actividades que permanecían pendientes al 11 de diciembre. Se presenta informe de seguimiento a Plan Anual de Auditoría con corte a 31 de diciembre de 2025 Rol de evaluación y seguimiento: presenta cumplimiento del 100%		
				2	SEGUNDO COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO			

			3	3 TERCER COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO	Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta cumplimiento del 100% Rol de liderazgo estratégico: la Oficina de Control Interno brindó acompañamiento a 14 actividades adicionales en los distintos procesos, alcanzando en total 129 actividades ejecutadas. Este resultado corresponde al 100% de cumplimiento del Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2025. Ejecución de auditorías: Presenta un cumplimiento del 1000% Informes de Ley: Preseta un cumplimiento del 100% Seguimiento: Presenta un avance del 100%. El asesor de control interno socializa el plan anual de auditoría, explicando que se da cumplimiento al manual de auditorías en su numeral 8.8.1 «planeación general de auditorías basadas en riesgo/ identificación de las unidades auditables » Una vez revisado el plan anual de auditoría propuesto por la Oficina de Control Interno, la alta gerencia solicitó incluir los siguientes subprocesos: Gestión Farmacéutica, Gestión Jurídica, Laboratorio Clínico y Gestión de Suministros y Activos Fijos. En atención a esta solicitud, se realizaron los ajustes correspondientes, retirando del plan las auditorías de los subprocesos de Atención Ambulatoria, Esterilización y Gestión Ambiental. Segundo comité Institucional de coordinación de control Interno Se informa a los integrantes y participantes del comité que continúa pendiente la actividad relacionada con "Realizar actualización circular 2023100000645-GER (Reporte de Información a entes de control externos)". SEGUIMIENTO PLAN ANUAL DE AUDITORÍAS 2026 – Corte al 31 de Marzo de 2026 Rol de evaluación y seguimiento: presenta cumplimiento del 83% Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta cumplimiento del 100% Rol de liderazgo estratégico: presenta cumplimiento del 100% Rol de Liderazgo Estratégico: presenta cumplimiento del 100% Relación con Entes Externos: presenta cumplimiento del 100% APROBACIÓN PLAN DE ACCIÓN CICI 2026: El Asesor de la Oficina de Control Interno realizó la presentación y socialización del plan de trabajo definido para la vigencia 2025. Dicho plan fue aprobado por los miembros del Comité de Coordinación de Control Interno. Tercer comité Institucional de coordinación de control Interno Se informa a los integrantes y participantes del comité que continúan pendientes las actividades relacionadas con: "Realizar actualización circular 2023100000645-GER (Reporte de Información a entes de control externos)". "Realizar mesa de trabajo entre la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios, el área de Calidad y líderes de procesos, con el objetivo de revisar la gestión y actualización de documentos institucionales, con el fin de fortalecer el uso adecuado de los formatos vigentes. Asimismo, se abordarán las acciones necesarias para garantizar un proceso efectivo de socialización, en caso de ser pertinente, realizar los ajustes o modificaciones requeridos conforme a los controles establecidos, lo anterior teniendo en cuenta que el riesgo GC-RG-03, relacionado con la "posibilidad de no conformidades por el uso de formatos desactualizados debido a la falta de adherencia a la norma fundamental", se materializó. SEGUIMIENTO PLAN ANUAL DE AUDITORÍAS 2026 – Corte al 28 de Mayo de 2026 Rol de evaluación y seguimiento: presenta cumplimiento del 23% Rol de evaluación de la gestión del Riesgo: Presenta cumplimiento del 40% Rol de Enfoque hacia la Prevención: Presenta cumplimiento del 100% Informes de Ley: Presenta cumplimiento del 100% AUDITORÍAS DE PROCESOS En relación con el avance de las auditorías programadas para la vigencia 2026, con corte al 28 de mayo se han finalizado las auditorías de Gestión Farmacéutica y Gestión de Recursos Físicos/Gestión de la Tecnología Biomédica y Auditoría a Caja General. Actualmente se encuentran en ejecución las auditorías de Gestión Financiera/Facturación, Apoyo Diagnóstico/Laboratorio Clínico, Gestión Jurídica, Docencia Servicio e Investigación PROPOSICIONES Y VARIOS	3	Mantenimiento del control
17.5 Los procesos y/o servicios tercerizados, son evaluados acorde con su nivel de riesgos.	Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	La entidad cuenta con la Política de gestión integral de riesgos (acuerdo No. 018 de 2025), en su artículo quinto, responsables: "El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo". En donde se describe la responsabilidad de la Línea estratégica - Alta dirección en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, comité de gestión de riesgos integral y junta directiva; específicamente: "Revisar, validar y supervisar el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo; Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles; y realizar seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso"	3	1 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos de gestión y fiscales 2 OADS-F-41 Matriz de monitoreo de riesgos - Riesgos seguridad de la información 3 4 5 6 7 8	Línea estratégica: Aprueba política que incluye los niveles de aceptación del riesgo. Aprobó política de gestión de riesgos integral por medio de acuerdo 018 del 2025. Segunda línea de defensa: Realiza ajustes pertinentes asociados al artículo sexto de niveles de aceptación al riesgo, el cual fue presentado a junta directiva para aprobación final. Actualizó política y presentó a junta directiva en el mes de agosto. TERCERA LINEA DE DEFENSA Se actualiza política de gestión integral de riesgos, antes tipos - categorías ahora subsistemas (11) - tipos, esta fue presentada en comité de gestión integral de riesgo, comité Institucional de Coordinación de Control Interno y junta directiva en donde fue aprobada por acuerdo 018 de 15 de agosto de 2022, incluyendo los servicios tercerizados	3	Mantenimiento del control
17.6 Se evalúa la información suministrada por los usuarios (Sistema PQRD), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema de Control Interno de la Entidad?	Dimension de Informacion y Comunicación Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	Se cuenta con el procedimiento SIAU-PR-02 Tramite y respuesta a manifestaciones de inconformidad», el cual contiene los mecanismos que tiene el usuario para presentar sus manifestaciones de inconformidad con respecto a la atención, su funcionalidad y apoyo jurídico se sustenta mediante la resolución 194 de 2018, mediante la cual se fija los tiempos de respuesta para las quejas los reclamos y las peticiones presentadas por nuestros usuarios. A partir de la información suministrada se realiza el consolidado y trazabilidad en una matriz para el seguimiento a los tiempos de respuesta. La información captada se presentan en un informe de manera trimestral y se socializa de manera mensual en el en el comité de ética hospitalaria	3	1 INFORME SOBRE PETICIONES, QUEJAS, SUGERENCIAS Y RECLAMOS I SEMESTRE 2026 2 3 4 5 6 7 8	TERCERA LINEA DE DEFENSA La Oficina de Control Interno del E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, en cumplimiento con la normatividad vigente, especialmente el artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, "Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional", y el artículo 76 del Decreto 1471 de 2011, que establece: "Toda entidad pública deberá contar al menos con una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos de los ciudadanos relacionados con el cumplimiento de la misión de la entidad (...)". efectúa Informe de seguimiento y evaluación a la atención de derechos de petición, quejas y reclamos interpuestos por la ciudadanía ante el hospital durante el primer semestre de 2026, comprendido durante el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2026. -I	3	Mantenimiento del control
17.7 Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea).	Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	El hospital cuenta con un modelo de mejoramiento documentado mediante un PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO CAPG-02, que busca Mejorar el desempeño institucional y la capacidad para lograr los objetivos estratégicos, buscando el cierre permanente de brechas entre la calidad observada y los resultados esperados. De igual manera le aporta a la entidad a mejorar los procesos y servicios, para fomentar la		1 Informe de seguimiento fuentes de mejora tercer trimestre del 2025, 2 Seguimiento eferente de planes de mejora	Se presentan Informes mensuales de seguimiento y cierre de acciones de mejora de cada una de las fuentes de mejora Presentación del CMI frente a la gestión de las barreras de mejoramiento Presentación de comité de calidad Informe trimestral de planes de mejoramiento TERCERA LINEA DE DEFENSA La oficina de control interno realiza, informes trimestral de seguimiento a los planes de mejoramiento		

	Lineas de Lerenasa	cultura del mejoramiento continuo y enfocar la gestión al logro de los resultados en salud. De forma trimestral se articula el seguimiento a las gestiones de cada una de las fuentes de mejora estandarizadas en la entidad (13) y de esta manera medir de manera mensual mediante un Indicador Porcentaje de cumplimiento a la ejecución oportuna de las acciones planteadas en los planes de mejora según cronograma por fuente de mejora. (2202 Almería), de manera adicional de manera mensual desde el referente de mejoramiento continuo se realiza seguimiento a la gestión y cierre de las acciones de mejora y el cierre de ciclos de la mejora institucional. Como mecanismo adicional para fortalecer el seguimiento y fortalecer la cultura de calidad se cuenta con 34 EPM que contribuyen a la gestión y cierre de compromisos institucionales para asegurar el cierre de brechas y el aprendizaje organizacional.	3	3		3	Mantenimiento del control
				4			
				5			
				6			
				7			
			8				
17.8 Evaluación de la efectividad de las acciones incluidas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorias internas y de entes externos. (3ª Línea)	Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	"La entidad cuenta con la resolución 225 del 2024 « por medio de la cual se define los lineamientos institucionales para que la oficina de control interno cumpla con las actividades de evaluación independiente y la auditoria interna de la E.S.E Hospital UNIVERSTARIO SAN RAFAEL DE TUNJA » La Oficina de Control Interno (OCI), DEFINICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS.» Establecer, las actividades necesarias para realizar la formulación y seguimiento a los planes de mejoramiento, con el fin de subsanar las No Conformidades identificadas en las fuentes de auditoria interna. Adicionalmente se cuenta con el manual que permite orientar y facilitar la gestión de los planes de mejora que surgen de diversas fuentes o situaciones identificadas en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael Tunja. Abarca la formulación de estrategias, la ejecución de acciones correctivas y el seguimiento de estas para garantizar un proceso eficiente y efectivo	3	1 Matriz de plan de mejoramiento 2 Seguimiento plan de mejoramiento sistema de nestion internal (AI MFRA) 3 Actas de comité de coordinación de control interno 4 Informe trimestral de planes de mejoramiento 5 6 7 8	TERCERA LINEA DE DEFENSA Desde la perspectiva de la oficina de control interno, se realiza una evaluación del progreso de las acciones de mejora, los principales objetivos de esta evaluación es la siguiente: "Verificar y realizar un seguimiento constante del cumplimiento de los planes y acciones de mejora registradas en el sistema de gestion integral ALMERA, así como de las evidencias presentadas a la fuente de mejora de control interno. "Identificar y hacer seguimiento al estado, efectividad y eficiencia de las acciones, incluyendo las vencidas en cada uno de los procesos. "Realizar alertas de mejora producto de este seguimiento. Durante el I trimestre se realizo informe de seguimiento de efectividad, el cual fue socializado via correo electronico a cada una de las subgerencias de la entidad.	3	Mantenimiento del control
17.9 Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes?	Dimension de Control Interno Lineas de Defensa	Las inconformidades e inconsistencias, una vez analizadas, se incorporan en los informes finales resultantes de las auditorias y seguimientos. Estos informes son posteriormente socializados a los niveles jerarquicos superiores, facilitando así una comunicación efectiva y la toma de decisiones informadas en el ámbito institucional. Este proceso integral no solo busca detectar y corregir posibles fallas, sino también fortalecer la participación activa de todos los involucrados en el proceso, contribuyendo a la mejora continua de los sistemas de control interno de la organizacion	3	1 Informes de Auditorias 2 Actas de instalación y cierre de auditorias 3 Seguimientos e informes de ley 4 Actas de comité de coordinación de control interno 5 6 7 8	Esto fue socializado a los responsables del nivel jerárquico superior en el: Primer, segundo y tercer Comité Institucional de coordinación de control Interno, de igual forma se socializaron los informes finales de las auditorias realizadas durante el primer semestre de 2026, los cuales adicionalmente fueron enviados via correo electronico a los procesos involucrados, supervisores y al gerente. INFORMES DE AUDITORIAS REALIZADAS: " Caja general: "Docencia de Servicio e investigación "Gestión de la tecnología biomédica "Gestión Farmacéutica "Laboratorio clínico " Gestión jurídica	3	Mantenimiento del control