

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

1

INFORME
SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS OPERACIONALES. CREDITO, ACTUARIAL,
LIQUIDEZ, MERCADO CON CORTE A JUNIO DE 2026

Elaborado
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

Tunja, Agosto de 2026



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

INTRODUCCIÓN

La evaluación del riesgo es una función clave de las oficinas de Control Interno. Este proceso, permanente e interactivo con la administración, brinda asesoría, acompañamiento y seguimiento a toda la gestión, desde la definición de políticas hasta la efectividad de los controles. Para garantizar su valor, este rol se ejecuta de forma objetiva e independiente, emitiendo conceptos y recomendaciones que fortalecen el desempeño institucional.

2

Como tercera línea de defensa, la oficina de Control Interno presenta el informe de seguimiento del primer semestre de 2026 para los mapas de riesgos Operacionales, crédito, liquidez, mercado y actuariales, de la E.S.E. Este análisis, basado en las evidencias de cada líder de proceso, evalúa con precisión la efectividad de los controles aplicados para mitigar su materialización.

OBJETIVO

Realizar seguimiento y evaluación a la gestión de los riesgos Operacionales, crédito, liquidez, mercado y actuariales, identificados en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, de conformidad a los lineamientos definidos en la Política de Gestión del Riesgo Integral, actualizada mediante el Acuerdo 018 de 2025 y el Programa de Gestión Integral de riesgos OADS-PG-02, establecido por la entidad.

ALCANCE DEL SEGUIMIENTO

El alcance se realiza dentro del periodo comprendido entre el 1 de enero de 2026 al 30 de junio de 2026, de acuerdo en lo descrito en Numeral 5. Monitorear y revisar los riesgos institucionales desde cada una de las líneas de defensa del Programa de gestión Integral de riesgos OADS-PG-02

MARCO NORMATIVO-CRITERIOS EVALUACIÓN

EXTERNO

- Ley 87 de 1993: Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones. Art. 2 "Objetivos del Sistema de Control Interno. Literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Literal f) definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos; detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.". Art. 9 "Asesorar a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la revaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos".
- Decreto 648 de 2017: Art. 17 "Roles Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces "artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, el cual quedará así: "De las Oficinas de



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Control Interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control”.

- Decreto 1083 de 2015: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública, arts. 2.2.21.6.1 y siguientes “Adopta la actualización del MECI”.
- Ley 1474 de 2011, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión.
- Ley 1712 de 2014: La cual tiene por objeto regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información.
- Manual Operativo Modelo Integrado de Planeación y Gestión versión 4 de marzo de 2021 del DAFP, Dimensión siete (7) Control Interno *"MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de éste. El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito"*
- Guía Rol de las Oficinas de Control Interno o quien hace sus veces. Versión 3
- Guía para la Gestión integral de riesgos en entidades públicas” Versión 7

3

INTERNO

- Acuerdo 018 de 2025, por medio de la cual se actualiza la política de gestión de riesgos integral de la Empresa Social de Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja.
- Programa de gestión del riesgo OADS-PG-02

METODOLOGÍA:

La metodología aplicada para el presente seguimiento consistió en:

- Verificación de la adecuada aplicación de la política de gestión del riesgo integral, específicamente el cumplimiento de las responsabilidades de la Gestión del riesgo de la primera y segunda línea de defensa de acuerdo a lo establecido en el Acuerdo 018 de 2025, por medio de la cual se actualiza la política de gestión de riesgos integral de la Empresa Social de Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

- Verificación de las evidencias que soportan los avances en cada uno de procesos, cargadas en ALMERA Gestión de riesgos, las cuales son insumo necesario para generar valor agregado al seguimiento.

DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO

1. SEGUIMIENTO A LAS HERRAMIENTAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

4

1.1 PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO OADS-PG-02

Programa de Gestión de riesgos, identificado con el código OADS-PG-02, con última fecha de actualización del 22 de julio de 2026, versión 3. Cuyo objetivo es: Gestionar los riesgos de forma integral mediante estrategias orientadas a prevenir, mitigar, aceptar o transferir la ocurrencia de eventos que puedan impactar positiva o negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Dentro de los ajustes realizados se observa lo siguiente:

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.

Fuente. Pantallazo sistema de información integral ALMERA



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

1.2 POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

La Oficina de Control Interno verificó que la Empresa Social de Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuenta con la política de gestión del riesgo, la cual se actualiza mediante Acuerdo 018 de 2025

1.3 MAPA DE RIESGOS

5

El mapa de riesgos identificado con el código OADS-F-40 con última fecha de actualización del 25 de junio de 2026, estado vigente, documento que se encuentra dispuesto para consulta y seguimiento en el sistema de gestión integral ALMERA, con las siguientes modificaciones:

1. Se cambia el nombre de categoría a subsistema del riesgo.
2. Se cambia el orden del tipo de riesgo y el subsistema de riesgo.
3. Se ajusta la lista de la fuente de identificación del riesgo teniendo en cuenta el Programa de gestión integral de riesgo OADS-PG-02.
4. Se incluye el campo de Objetivo estratégico/Objetivo de gestión/Actividad de la caracterización que afecta el riesgo
5. Se ajusta la lista de factor del riesgo teniendo en cuenta el Programa de gestión integral de riesgos OADS-PG-02.
6. Se incluye columna de descriptores.
7. Se incluyen campos de riesgos asistenciales con la finalidad de unificar matriz de riesgos y anular el OADS-F-46 Mapa de riesgos asistenciales.
8. Se cambia el nombre de Programa de seguridad del paciente que aplica por "Programa de vigilancia"
9. Se incluyen los criterios de probabilidad e impacto para los riesgos asistenciales en las hojas respectivas.
10. Se actualiza instructivo.

2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y CONTROLES

Conforme a la *Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – versión 7*, esta etapa tiene como propósito identificar los riesgos que estén o no bajo el control de la organización. Para ello, es fundamental considerar el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso —incluyendo su objetivo y alcance—, así como el análisis de los factores internos y externos que puedan generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Con corte al primer semestre de 2026, se identificaron nuevos riesgos y controles, trabajados con los líderes de los procesos y presentados para aprobación en el Comité de jueves 25 de junio del 2026- Acta 2026-002.



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Si bien la Tercera Línea constató una disminución en el total de riesgos institucionales (de 145 a 139), preocupa la ausencia de riesgos y controles en la matriz riesgos actualizada por la Segunda Línea en los procesos: Laboratorio Clínico, Seguridad del Paciente y Gestión de Suministros. Esta exclusión contradice los seguimientos de la Oficina de Control Interno, los cuales han calificado estas áreas como vulnerables debido a fallas en el control de inventarios y al incumplimiento de lineamientos operativos, elevando el nivel de riesgo real no mitigado.

6

En cuanto a los controles pasaron de 215 a 228, observándose incrementos significativos en los proceso de calidad, esterilización y talento humano.

MACRO PROCESOS	Proceso	Subproceso	SEGUNDO SEMESTRE 2025		PRIMER SEMESTRE 2026	
			RIESGOS	CONTROLES	RIESGOS	CONTROLES
PROCESOS ESTRATÉGICOS	Direccionamiento estratégico	Planeación	4	4	4	4
		Gestión del riesgo	1	3	1	4
		Gestión comercial	1	1	1	1
		Gestión de calidad	6	20	8	26
PROCESOS MISIONALES	Atención ambulatoria	Atención ambulatoria	3	3	2	3
		Salas de Cirugía	2	2	3	5
	Quirófanos	Esterilización	2	9	7	13
		Gestión farmacéutica	12	20	10	18
	Enfermería	Enfermería	2	2	2	3
		atención de urgencias	2	2	2	3
	Atención hospitalaria	Referencia y contrareferencia			2	3
		Atención hospitalaria	2	2	2	3
		Unidad de cuidado critico adulto	4	5	1	2
		Unidad de cuidado critico pediátrico			1	2
	Gestión preventiva y predictiva	Unidad de cuidado critico neonatal			2	3
		Programa madre canguro	2	3	1	2
		RIAS			2	3
	Apoyo diagnostico	salud publica	1	1	1	1
		Laboratorio clínico	1	2		
	Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	Sistema de información y atención al usuario (SIAU)	3	3	3	3
		Docencia del servicio	8	5	7	8
	Seguridad del paciente	Investigación	5	5	3	3
			3	3		
PROCESOS APOYO	Gestión de recursos físicos	Gestión ambiental	5	9	5	9
		Gestión de suministros y activos fijos	6	8		
		Gestión de la tecnología biomédica: nueva, reposición y mantenimiento	9	14	9	14
		Gestión ambiente físico	2	3	1	2
	Talento humano	Seguridad y salud en el trabajo	3	5	3	6
		Talento humano	5	10	6	13
	Gestión jurídica	Gestión jurídica	2	2	2	2

	Gestión financiera	Tesorería	5	7	5	8
		Presupuesto	3	4	3	4
		Auditoría	4	4	4	4
		Facturación	5	6	5	6
		Cartera	6	7	6	7
	Gestión de contratación	Gestión de contratación	7	9	7	9
		Gestión documental	5	8	5	8
	Gestión de la información	Tecnologías de la información	6	9	5	7
		Comunicaciones y medios	2	3	2	3
	Gestión servicios de apoyo	Gestión servicios de apoyo	1	4	1	4
PROCESOS EVALUACIÓN	Control interno	Control interno	3	6	3	7
	control interno disciplinario	control interno disciplinario	2	2	2	2
TOTAL			145	215	139	228

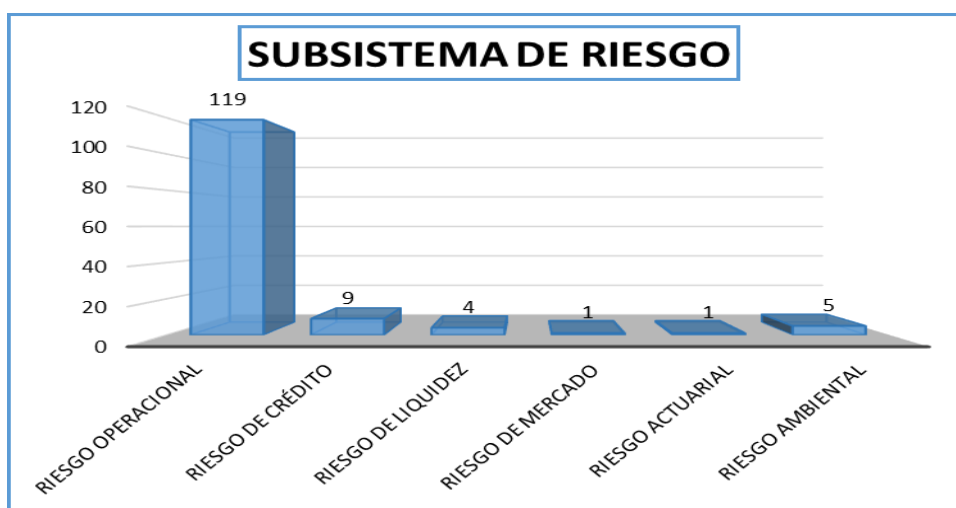
Fuente: MATRIZ DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS OPERACIONALES

De Acuerdo al Subsistema del riesgo se observa que el 85% están asociados a riesgos operacionales, el 6,47% a riesgos de crédito, el 2.87% son de liquidez, el 3.5% ambiental y el 1% están asociados como riesgos de mercado y actuarial.

Adicionalmente se observa que para esta evaluación se incluye un nuevo subsistema el ambiental

SUBSISTEMA DEL RIESGO	SEGUNDO SEMESTRE	PRIMER SEMESTRE
RIESGO OPERACIONAL	130	119
RIESGO DE CRÉDITO	9	9
RIESGO DE LIQUIDEZ	4	4
RIESGO DE MERCADO	1	1
RIESGO ACTUARIAL	1	1
RIESGO AMBIENTAL	0	5
TOTAL	145	139

Fuente: MATRIZ DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES



Fuente: MATRIZ DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS INSTITUCIONALES



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



8-7405030



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



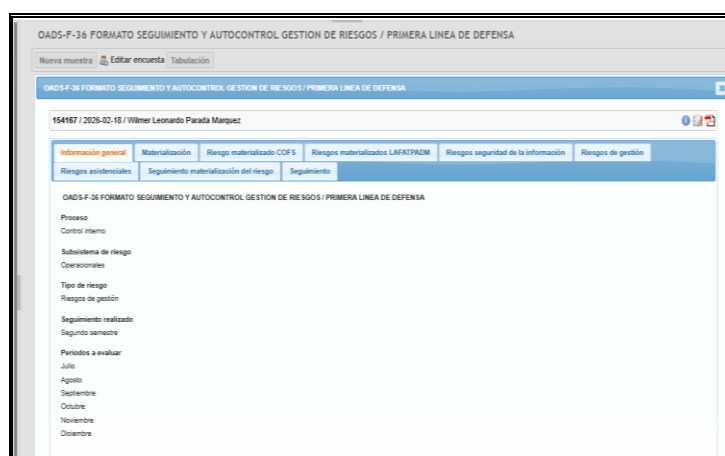
ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

El proceso de consolidación tomó como base la matriz de riesgos suministrada por el subproceso de gestión integral de riesgos el 14 de julio de 2026, la cual contaba con la aprobación del Comité de Gestión Integral de junio. No obstante, al contrastar este insumo con el informe final emitido para el primer semestre, se identificó una diferencia en los datos presentados no coinciden, evidenciándose un volumen mayor de riesgos y controles que los reportados y avalados inicialmente.

8

2.1 SEGUIMIENTO PRIMERA LÍNEA

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



Fuente: Pantallazo sistema, a de información ALMERA

2.2 SEGUIMIENTO SEGUNDA LÍNEA

El equipo de trabajo de Gestión de Riesgos elaboró el "Informe de seguimiento al mapa de riesgos operacionales, actuariales, crédito, liquidez y mercado por parte de la segunda línea de defensa del primer semestre del 2026", en cumplimiento de su rol como Segunda Línea de Defensa. Este informe fue radicado ante la Oficina de Control Interno el día 21 de agosto de 2026.

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



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

- Crear las acciones o actividades para que cada uno de los procesos realicen el cargue de la información correspondiente a cada una de las evidencias soporte de los controles para cada uno de los riesgos identificados.
- Solicitar por medio de correo electrónico a la primera línea de defensa del cargue de las evidencias resultado de la aplicación de los controles definidos y el diligenciamiento del formato OADS-F-36 formato seguimiento y autocontrol gestión de riesgos / primera línea de defensa con fecha máxima de entrega al 03 de julio de 2026.
- Socializar documentos guía para el ingreso al sistema de gestión integral Almera, y para el cargue de soportes de evidencias de los controles formato OADS-F-36 de seguimiento y autocontrol gestión de riesgos/primera línea de defensa y realizar acompañamiento desde la segunda línea de defensa en el cargue de información respectiva.
- Verificar el cargue de la información solicitada a cada proceso en sus respectivas acciones.
- Analizar la información recolectada, verificando si se ejecutaron los controles a cada uno de los riesgos estudiados, con ayuda de la matriz de monitoreo y seguimiento de los riesgos institucionales segunda línea de defensa OADS-F-41
- Identificar los riesgos que se materializaron, los cuales serán objeto de análisis y de la implementación de medidas más estrictas para evitar su efecto negativo en los procesos del hospital.
- Poner en conocimiento de la dirección los hallazgos encontrados y las recomendaciones que se generan desde la segunda línea de defensa.

3. SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO TERCERA LÍNEA DEFENSA – CONTROL INTERNO

En cumplimiento de rol de evaluación y seguimiento, la Oficina de Control Interno realiza seguimiento periódico a la gestión de riesgos de la entidad. Este ejercicio permite verificar la efectividad de los controles implementados en cada proceso y asegurar que las acciones de mitigación contribuyan realmente a los objetivos institucionales.

Esta verificación se fundamentó en las evidencias de la gestión del riesgo cargadas por cada proceso en el sistema integral de información ALMERA. De forma complementaria, se consultó la información pública en la página web del HUSRT, así como las evaluaciones y auditorías previas realizadas por la Oficina de Control Interno."

Las observaciones quedaron registradas en el **anexo "Matriz mapa de riesgos OADS-F-40"** en la columna Observaciones control interno primer semestre", en la cual se analizaron los siguientes criterios establecidos en el Programa de Gestión de riesgos, identificado con el código OADS-PG-02.

3.1 ESCALA DE SEVERIDAD DEL RIESGO

Conforme a las directrices metodológicas de la *Guía para la administración del riesgo del departamento administrativo de la función pública. Versión 7*, ante la identificación de riesgos



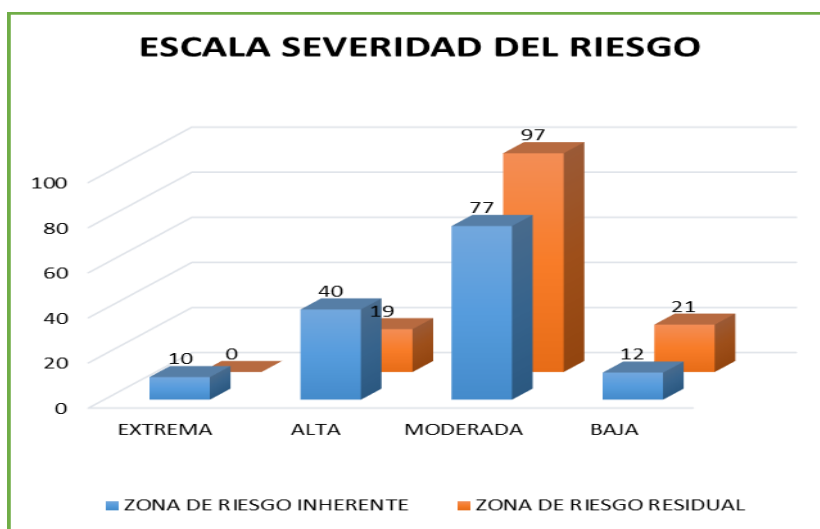
inherentes, corresponde el diseño y la aplicación de controles orientados a una debida orientación de los componentes de probabilidad e impacto asociados al riesgo y de esta manera disminuirlos a límites razonables según sea el caso, llegando a un nivel de riesgo residual.

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

10

DESCRIPCIÓN	ZONA DE RIESGO INHERENTE				
	EXTREMA	ALTA	MODERADA	BAJA	TOTAL
RIESGOS DE OPERACIONALES, CRÉDITO, LIQUIDEZ, MERCADO Y ACTUARIALES	10	40	77	12	139
ZONA DE RIESGO RESIDUAL					
	0	19	97	21	137

Fuente: Mapa de riesgos 2026



Fuente: Informe segunda línea –primer semestre de 2026

El análisis del riesgo inherente por zona de severidad muestra que la mayoría de los riesgos se concentran en la zona moderada (**55%**), seguida de las zonas alta (**29%**), baja (**8.6%**) y extrema (**7%**).

Una vez aplicados los controles, la distribución cambia sustancialmente, validando su eficacia. Los riesgos de la zona extrema se eliminan en su totalidad y la zona alta disminuye del **29% al 14%**. Este impacto genera un traslado de los eventos hacia las categorías de menor criticidad, donde la zona baja asciende al **15%** y la zona moderada incrementa al **71%**."

3.2 DESCRIPCIÓN DE LOS CONTROLES. Se adopta la estructura propuesta por la función pública desde la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

públicas versión 7, la cual permite entender la tipología y otros atributos para su valoración. La estructura es la siguiente:



Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 7

Desglosando la estructura propuesta tenemos el despliegue de los atributos para el control así:

- **Responsable de ejecutar el control:** Identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad.
- **Acción:** Se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control.
- **Complemento:** corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control.

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

CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	MONITOREO SEGUNDA LÍNEA		EVALUACIÓN TERCERA LÍNEA	
	No	%	No	%
FUERTE	167	73%	155	67%
MODERADO	43	19%	50	22%
DEBIL	5	2%	12	5%
NA	15	7%	13	6%
TOTAL	230	100%	230	100%

Fuente: mapa de riesgos OADS-F-40

Como se observa en la tabla anterior, de los 230 controles evaluados y verificados, el 67% fueron clasificados como fuertes, lo que indica que se han implementado conforme a su diseño, por el responsable asignado y con las evidencias documentales registradas en la matriz



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



8-7405030



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

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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

de

riesgos.

El 22% se clasificó como moderado, lo cual, en la mayoría de los casos, se debe a que los documentos que soportan el control no se ajustan al diseño establecido, no aportan las evidencias requeridas o se presentan en formatos desactualizados.

Por su parte, el 5% fue evaluado como débil, lo que significa que estos controles no garantizan la transición del riesgo inherente al riesgo residual, debido a la ausencia de evidencias que permitan verificar su aplicación.

Finalmente, el 6% restante no fue evaluado, dado que durante el periodo analizado no se requirió la implementación de los controles definidos.

A continuación, se adjunta el resultado del análisis y evaluación de los controles con calificación moderada y débil por sub proceso y código del riesgo:

Proceso	Subproceso	Especialidad	Código del Riesgo	CALIFICACION SEGUNDA LINEA	CALIFICACION TERCER LINEA
Gestión de calidad			CA-ROG-03	MODERADO	MODERADO
				MODERADO	MODERADO
				MODERADO	MODERADO
				MODERADO	MODERADO
			CA-ROG-06	MODERADO	MODERADO
				MODERADO	MODERADO
				MODERADO	MODERADO
				MODERADO	MODERADO
	Habilitación		GIHC-ROG-01	MODERADO	MODERADO
Atención hospitalaria	Unidades de Cuidado Crítico	Unidad de Cuidado Adulto	CCA-ROG-01	FUERTE	MODERADO
Atención hospitalaria	Unidades de Cuidado Crítico	Unidad de Cuidado Neonatal	CCN-ROG-01	MODERADO	MODERADO
				MODERADO	MODERADO
Quirófanos	Salas de cirugía		SC-ROG-03	MODERADO	MODERADO
	Esterilización		ES-ROG-01	FUERTE	MODERADO
				MODERADO	MODERADO
			ES-ROG-02	MODERADO	MODERADO
				FUERTE	MODERADO
			ES-ROG-05	MODERADO	MODERADO
				FUERTE	MODERADO
			ES-ROG-06	MODERADO	MODERADO
				FUERTE	MODERADO

12



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



8-7405030



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



Gestión preventiva y predictiva	Programas institucionales	Madre canguro	MC-ROG-01	MODERADO	MODERADO
Gestión farmacéutica	Gestión farmacéutica		SF-ROG-03	MODERADO	MODERADO
			SF-ROG-04	MODERADO	MODERADO
			SF-ROG-05	MODERADO	MODERADO
			SF-ROG-08	MODERADO	MODERADO
Docencia de servicio			DS-ROG-01	FUERTE	MODERADO
			DS-ROG-03	FUERTE	MODERADO
Investigación			INV-ROG-01	MODERADO	MODERADO
Gestión del talento humano	Seguridad y salud en el trabajo		SST-ROG-03	MODERADO	MODERADO
Gestión del talento humano	Gestión del talento humano		TH-ROG-03	MODERADO	MODERADO
Gestión financiera	Tesorería		AF-ROG-03	FUERTE	MODERADO
Gestión financiera	Tesorería		AF-ROG-04	MODERADO	MODERADO
Gestión financiera	Tesorería		AF-ROG-05	FUERTE	MODERADO
Gestión financiera	Cartera		CAR-ROG-01	FUERTE	MODERADO
Gestión financiera	Cartera		CAR-RLG-01	FUERTE	MODERADO
				FUERTE	MODERADO
Gestión financiera	Facturación		F-RCG-01	MODERADO	MODERADO
Gestión financiera	Facturación		F-RCG-04	FUERTE	MODERADO
				FUERTE	MODERADO
Gestión servicios de apoyo			INT-ROG-01	MODERADO	MODERADO
Gestión de la información	Gestión documental		GD-ROG-01	FUERTE	MODERADO
Gestión de la información	Gestión documental		GD-ROG-03	FUERTE	MODERADO
Gestión de la información	Tecnologías de la información		S-ROG-01	FUERTE	MODERADO
Gestión de	Gestión de		C-ROG-	MODERADO	MODERADO



contratación	contratación		02		
Gestión de contratación	Gestión de contratación		C-ROG-03	FUERTE	MODERADO
Gestión de contratación	Gestión de contratación		C-ROG-05	FUERTE	MODERADO
Gestión de recursos físicos	Gestión de la tecnología biomédica		IB-ROG-01	MODERADO	MODERADO

Fuente: propia- Evaluación controles OACI

14

Proceso	Subproceso	Especialidad	Código del Riesgo	CALIFICACION SEGUNDA LINEA	CALIFICACION TERCER LINEA
Gestión de calidad	Habilitación	Gestión integral historia clínica	GIHC-ROG-01	DEBIL	DEBIL
Quirófanos	Esterilización		ES-ROG-07	MODERADO	DEBIL
Docencia de servicio			DS-ROG-01	NO ES MEDIBLE EN EL PERIODO	DEBIL
Docencia de servicio			DS-ROG-02	DEBIL	DEBIL
Docencia de servicio			DS-ROG-04	NO ES MEDIBLE EN EL PERIODO	DEBIL
Docencia de servicio			DS-ROG-06	DEBIL	DEBIL
Gestión financiera	Tesorería		AF-ROG-01	FUERTE	DEBIL
Gestión financiera	Tesorería		AF-ROG-03	FUERTE	DEBIL
Gestión jurídica			OAJ-ROG-01	DEBIL	DEBIL
Gestión jurídica			OAJ-ROG-02	MODERADO	DEBIL
Control Interno disciplinario	Control Interno disciplinario		CID-ROG-01	FUERTE	DEBIL
Control Interno disciplinario	Control Interno disciplinario		CID-ROG-02	FUERTE	DEBIL

Fuente: propia- Evaluación controles tercer línea

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

Los riesgos identificados que aún no cuentan con controles implementados, están asociados al proceso de esterilización y gestión ambiental, razón por la que se definieron planes de acción, a su vez dar cumplimiento a las acciones propuestas por los procesos de direccionamiento



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



8-7405030



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



ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

estratégico, Gestión de Calidad, Atención hospitalaria y gestión de la información, los cuales se encuentran en términos de ejecución:

Proceso	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Producto final	Estado
Direccionamiento estratégico	Realizar rondas de seguimiento en la utilización de formatos	Zorayda Pérez Cipagauta	2026-05-04 2026-12-31	Julio y Diciembre	Actas	En curso
Gestión de calidad	Realizar estudio para la ampliación de capacidad instalada	Laura Lizbeth Rodríguez Salcedo	2026-05-25 2026-12-31	Semestral	Estudio para la ampliación de capacidad instalada	En curso
Atención hospitalaria	Adquisición de software de trazabilidad de instrumental	Eliana Alejandra Pérez Bonilla	30/10/2026	Semestral	software para el control de la trazabilidad del instrumental en la institución	En curso
Gestión de la información	Contrato prestación de servicio de infraestructura como servicio IAAS para el sistema de información Servinte Clinical Suite	Mayerly Sughey Quiroga Espitia	2026-07-31	Semestral	Contrato prestación de servicio de infraestructura como servicio IAAS para el sistema de información Servinte Clinical Suite	En curso
Gestión ambiental	001. Diagnóstico de los vertimientos del hospital 002. Realizar inspecciones de detección de vertimientos hospitalarios 003. Evidencias de limpieza de trampas de grasa 004. Realizar concientización del uso de garrafones para recolección de medicamentos 005. Realizar mesa de trabajo con gerencia para definir recursos para la PTAR	Laura Natalia Espinosa Grimaldos Andrea Juliana Daza Guerrero Valeria Herrera Tinjaca	2026-03-31 2026-06-30 2026-06-30 2026-04-30 2026-04-30	Julio	Informe diagnóstico del comportamiento histórico de vertimientos de la institución Listas de chequeo de inspección de vertimientos Certificaciones mensuales de limpieza de trampas de grasa Lista de socialización y material empleado Acta de reunión	En curso

15



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



8-7405030



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



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

Gestión ambiental	001. Elaborar un diagnóstico del consumo de papel por servicios Alta (Esta acción debe ejecutarse dentro de los primeros 2 meses)	Laura Natalia Espinosa Grimaldos, Andrea Juliana Daza Guerrero	30/12/2026	Semenal	Informe de consumo de papel. Actas de reunión. Registros fotográficos y material empleado Análisis del indicador de consumo de papel	En curso
	002. Realizar mesa de trabajo con los servicios críticos que aumentaron su consumo de papel Media (Esta acción debe ejecutarse de 3 a 4 meses)					
	004. Realizar la medición del indicador para evaluar la eficacia de las acciones implementadas Baja (Esta acción se debe ejecutar de 5 meses en adelante)					
	003. Realizar campañas de ahorro de papel Media (Esta acción debe ejecutarse de 3 a 4 meses)					
Gestión de la tecnología biomédica	Metodología rondas periódicas	Santiago Echeverry Pavas	29/05/2026	Julio	Documento aprobado en almera	En curso

Fuente: sistema de información ALMERA

4. MATERIALIZACIÓN DE RIESGOS – REITERATIVOS

Dando cumplimiento al plan anual de auditoria de la vigencia 2026 se identificó de manera REITERATIVA "INCUMPLIMIENTO A LOS NUMERALES 8.10.1 IDENTIFICACIÓN, 8.11 DILIGENCIAMIENTO, 8.3 CODIFICACIÓN 8.4 ELABORACIÓN, MODIFICACIÓN, ANULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS DE LA NORMA FUNDAMENTAL CA-M-00" en las siguientes auditorías internas de gestión y seguimientos realizado por el tercer Línea de Defensa:

1. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMEDICA
2. GESTION JURICA: reiterativo
3. LABORATORIO CLÍNICO
4. INFORME SEGUIMIENTO POA



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

5. INFORME SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS SICOFS- OPERACIONALES: **hallazgo reiterativo**

Esta situación genera un impacto operativo y de control, caracterizado por el incremento de reprocesos y la probabilidad de materializar hallazgos en las auditorías de la Oficina de Control Interno o de entes externos. Dichas consecuencias operativas configuran escenarios críticos que terminan afectando negativamente el desarrollo normal de los procesos institucionales

17

Teniendo en cuenta lo anterior se identifican consecuencias diferentes a las económicas y reputacionales, por tal razón es importante analizar la posibilidad del rediseño del riesgo relacionado con: ***"Posibilidad de afectación reputacional por la utilización de formatos desactualizados debido al incumplimiento de la norma fundamental."***

En cuanto a los riesgos relacionados con: "Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por Incumplimiento de Términos Legales frente a la Acción de Tutela debido a la Entrega tardía de la respuesta por parte del área involucrada" El responsable del control adjunto, formato OAJ-F-08 Registro de acciones de tutela diligenciado de forma incompleta y sin orden cronológico, dificultando el seguimiento oportuno y efectivo; adicionalmente según los seguimientos realizados por parte de la oficina de Control Interno, durante el primer y segundo trimestre de 2026, se encontraron respuestas fuera del termino establecido, lo cual materializó el riesgo.

En cuanto al riesgo "Posibilidad de afectaciones reputacionales por inicio de acciones constitucionales debido a extemporaneidad en la emisión de respuestas a los derechos de petición conforme a la normatividad vigente" se identificó respuestas extemporáneas en la Matriz derechos de petición oficina jurídica OAJ-F-07.

Teniendo en cuenta lo anterior se determina que los controles asociados a estos riesgos se encuentran bien diseñados, sin embargo, se evidenció que no son aplicados y/o ejecutados adecuadamente y resultan ineficaces ya que se continúan remitiendo respuestas de forma extemporánea, materializando el riesgo.

Se puede estimar que un riesgo se ha materializado cuando la situación que se había identificado como posible (riesgo) ocurre realmente y genera un impacto negativo sobre los objetivos del proceso, adicionalmente generan un impacto legal desencadenando en posibles proceso disciplinarios, penales, administrativos en contra de la entidad.

Teniendo en cuenta lo anterior y según lo establecido en el programa de gestión del riesgo OADS-PG-02, se deben establecer las siguientes acciones:

Una vez materializado un riesgo, el líder del proceso procederá de manera inmediata a aplicar las actividades que permitan dar continuidad del servicio o el restablecimiento del mismo (si es el caso), se debe reportar en el seguimiento trimestral que realiza cada líder de proceso a través del formato OADS-F-36, para lo cual se documenta un plan de Mejora y se ajustaran y/o replantearán los riesgos y/o controles del proceso, para lo cual se debe establecer un plan de acción que permita generar acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora.



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

CONCLUSIONES

"Los detalles de la evaluación de riesgos y controles están disponibles en **MAPA DE RIESGOS (OADS-F-40)** en la columna Observaciones control interno primer semestre", adjunto a este informe.

18

Como resultado del seguimiento realizado por la tercera línea a los Riesgos operacionales, actuariales, crédito, liquidez, mercado, gestión y fiscales se concluye lo siguiente:

- Producto de la actualización de los mapas de riesgos Riesgos de operacionales, actuariales, crédito, liquidez, mercado, gestión y fiscales, el número de riesgos disminuyó pasando de 145 a 139 y para el caso de los controles se identifican 13 nuevos controles para un total de 228.
- De Acuerdo al Subsistema del riesgo se observa que el 85% están asociados a riesgos operacionales, el 6,47% a riesgos de crédito, el 2.87% son de liquidez, el 3.5% ambiental y el 1% están asociados como riesgos de mercado y actuarial.
- El proceso de consolidación tomó como base la matriz de riesgos suministrada por el subproceso de gestión integral de riesgos el 14 de julio de 2026, la cual contaba con la aprobación del Comité de Gestión Integral de junio. No obstante, al contrastar este insumo con el informe final emitido para el primer semestre, se identificó una diferencia en los datos presentados no coinciden, evidenciándose un volumen mayor de riesgos y controles que los reportados y avalados inicialmente.
- El seguimiento por parte de la primera línea de defensa, lo realizaron la totalidad de los procesos, con sus respectivos subprocesos, los cuales diligenciaron el formato OADS-F-36 FORMATO SEGUIMIENTO Y AUTOCONTROL GESTIÓN DE RIESGOS / PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA.
- De acuerdo a la severidad de la zona el riesgo inherente, se evidencia que la mayoría de los riesgos se concentran en la zona moderada (**55%**), seguida de las zonas alta (**29%**), baja (**8.6%**) y extrema (**7%**).
- Una vez aplicados los controles, la distribución cambia sustancialmente, validando su eficacia. Los riesgos de la zona extrema se eliminan en su totalidad y la zona alta disminuye del **29% al 14%**. Este impacto genera un traslado de los eventos hacia las categorías de menor criticidad, donde la zona baja asciende al **15%** y la zona moderada incrementa al **71%**."
- Se revaloró la evaluación del diseño y ejecución de los controles realizada por la segunda línea, arrojando el siguiente resultado; de los 230 controles evaluados y verificados, el 67% fueron clasificados como fuertes, lo que indica que se han implementado conforme a su diseño, por el responsable asignado y con las evidencias documentales registradas en la



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

matriz

de

riesgos.

El 22% se clasificó como moderado, lo cual, en la mayoría de los casos, se debe a que los documentos que soportan el control no se ajustan al diseño establecido, no aportan las evidencias requeridas o se presentan en formatos desactualizados.

Por su parte, el 5% fue evaluado como débil, lo que significa que estos controles no garantizan la transición del riesgo inherente al riesgo residual, debido a la ausencia de evidencias que permitan verificar su aplicación.

Finalmente, el 6% restante no fue evaluado, dado que durante el periodo analizado no se requirió la implementación de los controles definidos.

- Se evidencia que de los cincuenta (50) controles evaluados como moderados, se debe a situaciones relacionadas en sus grandes mayorías a:
 1. Uso de formatos desactualizados, errores en el diligenciamiento y/o modifican su estructura y contenido
 2. Incumplimiento al instructivo para la gestión y seguimiento de indicadores CA-INS-05 (rinde extemporáneamente y/o incumple metas).
 3. Respuestas extemporáneas.
 4. Evidencias insuficientes para evaluar la adecuada aplicación del control.
 5. El control no se encuentra bien diseñado.
 6. Documentos sin la totalidad de firmas necesarias para validar la veracidad del mismo.
 7. Hallazgos reiterativos auditorías internas de gestión
- Se identificó que el 100% de los controles calificados como débiles (12 en total) presentan fallas críticas en su ejecución. Esta debilidad radica en dos frentes: primero, la omisión o aplicación incorrecta de las actividades de control por parte de los responsables; y segundo, la inexistencia de registros o soportes que permitan trazar y validar su cumplimiento. Sin evidencia objetiva, el control es inauditable (no existe forma objetiva de probar que se ejecutó.) y, por lo tanto, se considera inoperante, lo que incrementa la probabilidad de que los riesgos asociados se materialicen sin previo aviso.
- A la fecha de seguimiento los riesgos ES-ROG-04 Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por fallas en la trazabilidad del instrumental y GA-RAMG-05 Posibilidad de afectación económica por uso indiscriminado de recursos naturales a causa del aumento en el consumo de papel, cuentan con controles por tal razón se asocia a un plan de acción el cual se encuentra en términos de ejecución.
- Producto del seguimiento realizado por la tercer línea de defensa y de acuerdo al resultado de auditorías de gestión realizadas previas a este seguimiento y a la reiteración de hallazgos se evidencia la materialización de 3 riesgos de gestión asociados a, *"Posibilidad de afectación reputacional por la utilización de formatos desactualizados debido al incumplimiento de la norma fundamental."*, *"Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por Incumplimiento de Términos Legales frente a la Acción de Tutela debido a la*

Entrega tardía de la respuesta por parte del área involucrada" y "Posibilidad de afectaciones reputacionales por inicio de acciones constitucionales debido a extemporaneidad en la emisión de respuestas a los derechos de petición conforme a la normatividad vigente"

ALERTAS DE MEJORA

- Se recomienda a los líderes de proceso, dar cumplimiento estricto de los numerales del instructivo para la gestión y seguimiento de indicadores CA-INS-05 numeral 3.5 "Acciones de intervención frente al no cumplimiento de metas " y 3.2 Reporte de indicadores y análisis "reportar oportunamente dentro de los primeros 20 días calendario mes vencido".
- Se recomienda al proceso gestión de calidad- Referente de sistema de información (SIC), JUSTIFICAR PORQUE NO SE HA INACTIVADO el procedimiento CA-PR-27 GESTION Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES, documento que a la fecha es obsoleto, ya que el utilizado actualmente es el instructivo CA-INS-05. **OBSERVACIÓN REITERATIVA.**
- Se recomienda a la segunda línea (Gestión del riesgo), tener en cuenta la posibilidad del rediseño del riesgo relacionado con: **"Posibilidad de afectación reputacional por la utilización de formatos desactualizados debido al incumplimiento de la norma fundamental."** de acuerdo a lo manifestado por la tercera línea en este informe
- En cuanto a los riesgos asociados al subproceso Tesorería relacionados con "Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por error de digitación en la acusación y giros con diferencias entre valor pagado y el valor a pagar" y "Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por revelación de estados financieros con inconsistencias en la depuración de las conciliaciones bancarias " Se recomienda al subproceso evitar las partidas conciliatorias que presentan dobles pagos, errores en el valor del giro y pagos automáticos.
- Teniendo en cuenta que los riesgos relacionados con: **"Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por Incumplimiento de Términos Legales frente a la Acción de Tutela debido a la Entrega tardía de la respuesta por parte del área involucrada" y "Posibilidad de afectaciones reputacionales por inicio de acciones constitucionales debido a extemporaneidad en la emisión de respuestas a los derechos de petición conforme a la normatividad vigente" se materializaron**, es necesario fortalecer los controles y los mecanismos de seguimiento por parte de los líderes del proceso.
- Se recomienda a la segunda línea (Gestión del riesgo), identificar y/o actualizar los riesgos y controles en los procesos de Laboratorio Clínico y Gestión de Suministros. Ya que esta exclusión contradice los seguimientos de la Oficina de Control Interno, los cuales han calificado estas áreas como vulnerables debido a fallas en el control de inventarios y al incumplimiento de lineamientos operativos, elevando el nivel de riesgo real no mitigado.

20



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

- Teniendo en cuenta que se identificó debilidades en los controles asociados al riesgo *"Posibilidad de afectación reputacional por la utilización de formatos desactualizados debido al incumplimiento de la norma fundamental."* se recomienda la utilización de formatos vigentes y si es necesario ajustar y/o modificarlos de acuerdo a la aplicación de los controles establecidos.
- Se recomienda a los procesos que dentro de los soportes y evidencias aportados como: listados de contratos, facturas, estudios previos de conveniencia y oportunidad, evaluaciones técnicas definitivas, informes, inventarios aleatorios, correos electrónicos, pantallazos entre otros, amplíen el tamaño de las muestras presentadas; ya que en algunos casos las evidencias suministradas **NO** son suficientes para realizar la respectiva evaluación que permita verificar adecuadamente la aplicación, efectividad de los controles ejecutados, así como evidenciar de manera objetiva el cumplimiento de las actividades reportadas.
- Se recomienda ajustar el control (El coordinador de gestión de la tecnología biomédica de acuerdo a planeación notifica los mantenimientos preventivos por correo electrónico, y por HRCatch se notifican el daño de un equipo para el respectivo mantenimiento correctivo, desde central de esterilización establece contingencias para continuidad del servicio, notificando a los equipos primarios de esterilización y de quirófanos vía WhatsApp de fecha y hora de intervención y el plan de contingencia a implementar.) y los soportes respectivos, incluyendo la codificación de los formatos aportados (REPORTE DE MANTENIMIENTO DIGITAL HRCATCH IB-F-24 y RUTINA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO IB-F-26), asociado al riesgo ES-ROG-06 del subproceso Esterilización
- Ante la imposibilidad de ejecutar un seguimiento oportuno e integral al proceso de Control Interno Disciplinario por la falta de información sustantiva, se solicita respetuosamente a la Alta Dirección la designación formal de un responsable calificado. Este delegado tendrá la función exclusiva de garantizar la correcta aplicación y el estricto cumplimiento de los procedimientos asociados a dicho proceso, asegurando así la trazabilidad y la mitigación de los riesgos institucionales.
- Se solicita formalmente al proceso de Docencia-Servicio suministrar, para el próximo seguimiento, los soportes documentales de manera íntegra, idónea y suficiente. Estas evidencias son indispensables para evaluar con rigor técnico la operatividad y la efectividad de los controles asociados a los riesgos DS-ROG-01, DS-ROG-02, DS-ROG-04 y DS-ROG-06.
- Se recomienda establecer los controles asociados a los planes de acción de los siguientes riesgos: ES-ROG-04 Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por fallas en la trazabilidad del instrumental y GA-RAMG-05 Posibilidad de afectación económica por uso indiscriminado de recursos naturales a causa del aumento en el consumo de papel.
- Se recomienda a la segunda línea de defensa (Gestión del riesgo), dar cumplimiento estricto al tiempo establecido de entrega de informe de monitoreo y revisión de los riesgos de acuerdo a lo documentado en el programa de gestión integral de riesgos OADS-PG-02, los retrasos actuales afectaron el cronograma de evaluación y la entrega oportuna de informes por parte de la tercera línea.

- Se recomienda a Gestión del Riesgo actualizar el formato OADS-F-40 (Mapas de Riesgos) con base en los hallazgos del presente informe, lo anterior teniendo en cuenta la inclusión de los riesgos y controles que no fueron evaluados en este periodo y que son procesos críticos de acuerdo a los hallazgos de esta oficina.
- La Oficina de Control Interno recomienda a la Segunda Línea de Defensa (Gestión del riesgo) liderar mesas de trabajo con los líderes de los procesos que registran controles calificados como moderados y débiles. El propósito fundamental de estos espacios es estructurar el rediseño de las actividades de control, garantizando que su nueva estructura asegure la generación de evidencias sólidas, trazables y plenamente auditables.

22

Hace parte integral de este informe, Anexo 1: Las observaciones quedaron registradas en la "Matriz mapa de riesgos identificada con el código OADS-F-40 en la columna Observaciones control interno primer semestre.

Algunas de las observaciones se encuentran en el presente informe porque se consideraron relevantes, pero la mayoría se debe consultar en el Anexo 1.

(Original firmado)

WILMER LEONARDO PARADA MÁRQUEZ

Asesor de Control Interno

ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Proyectó: Claudia S. Sáenz Jiménez
Profesional especializado OACI

Apoyo: Profesionales Liliana Rodríguez, Carmenza Garzón, Lina María Montejo Páez, Gustavo Molano.



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



8-7405030



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



ISO 9901 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO