

Al contestar por favor cite: 2023110000813-1



05GIS15 - V7 Página 1 de 1

Bogotá, Enero 30 de 2023

Doctor  
EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS  
Gerente  
MARLESBY SOTELO PUERTO  
Directora Financiera ( e )  
SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA  
Directora Administrativa  
LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS  
Directora Científica  
NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO  
Directora Atención al Usuario  
JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO  
Director Sede HR de Zipaquirá  
NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA  
Jefe Oficina Asesora Jurídica  
LEONARDO DUARTE DIAZ  
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad  
ANA CAROLINA SERNA RUBIO  
Coordinadora Sede UF Zipaquirá  
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
E. S. D.

Ref.: Evaluación por dependencias 2022

Cordial saludo.

El informe adjunto contiene la evaluación por dependencias de la vigencia 2022, conforme a lo establecido en el decreto No.1083 de 2015 Artículo 2.2.8.1.3 y el Acuerdo No. CNSC-20181000006176 del 10-10-18.

Esta Auditoria es fuente de información para la fijación y/o concertación de compromisos de cada uno de los funcionarios públicos de carrera administrativa, así como de los acuerdos de gestión para los funcionarios que aplique.

Nota: Se anexan 29 folios

Atentamente,



**YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA**  
Jefe Oficina de Control Interno



051



SC5520-1



Carrera 8 No. 0 - 29 Sur. Tel. 4077075

[www.hus.org.co](http://www.hus.org.co)

"Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada"



## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

### OBJETIVO DE LA EVALUACION

La Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias tiene por objeto dar a conocer a los evaluadores el resultado de la Evaluación de Gestión por Áreas del año 2022, para que se tenga como uno de los criterios en la concertación de los compromisos del siguiente período de carrera administrativa de los funcionarios públicos de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

### ALCANCE:

Tienen como propósito dar alcance al artículo No. 39 de la ley 909 de 2004, la circular 04 de 2005 del Consejo asesor en materia de Control Interno al Acuerdo No. CNSC-20181000006176 del 10-10-18 de la CNSC. Este alcance Se debe constituir en fuente de información para la Fijación y/o concertación de compromisos de cada uno de los funcionarios públicos de carrera Administrativa de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA:

### MARCO LEGAL

- LEY 909 de 2004, Artículo 39
- Circular 004 de 2005 del Consejo Asesor en materia de Control Interno
- ✓ ACUERDO No. CNSC - 20181000006176 DEL 10-10-2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil.

En cumplimiento del Acuerdo son actores el proceso de EDL:

'El jefe de la oficina de Planeación o quien haga sus veces - SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA, quien tiene la obligación de publicar a más tardar el 31 de enero de cada año, las metas por áreas o dependencias de cada vigencia y publicar los avances logrados por las áreas o dependencias en la ejecución de sus metas de la vigencia anterior conforme lo determina la ley, de manera OPORTUNA.

El jefe de la oficina de Control Interno o quien haga sus veces, TERCER LINEA DE DEFENSA, tiene la obligación de dar a conocer a los evaluadores el Resultado de la Evaluación por áreas o dependencias del año inmediatamente anterior, para que se tenga como uno de los criterios en la concertación de los compromisos del siguiente periodo de evaluación.

### OBJETIVOS ESTRATEGICOS

El acuerdo No. 027 de agosto de 2022, por medio del cual aprueba la nueva plataforma estratégica 2021 -2024; el mapa de procesos y el modelo de atención de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, establece en el Artículo primero la aprobación de ocho (8) objetivos estratégicos, alineados a cinco (5) perspectivas: Social, cliente, financiera, procesos internos, crecimiento y aprendizaje y se ha priorizado dándoles un peso porcentual a cada uno; en el Artículo cuarto registra una transición de seis (6) meses contados a partir de la promulgación del Acuerdo, para su implementación. Transcurrido este plazo su aplicación e implementación será un documento integrador en la entidad y base para la Evaluación por dependencias.

Dado lo que establece el Artículo Cuarto, la presente Evaluación por dependencias se realiza con los seis (6) objetivos estratégicos vigentes a 31 de diciembre de 2022; objetivos que dentro de lo publicado en el sistema de gestión de Calidad integrado – ALMERA no se evidencian medición alguna.

La misma situación de carencia de medición, el Avance y cumplimiento, se observa en el Plan Operativo Anual –POA -2022, motivo por el cual hay ausencia de esta herramienta de Gestión en la Evaluación por Dependencias.

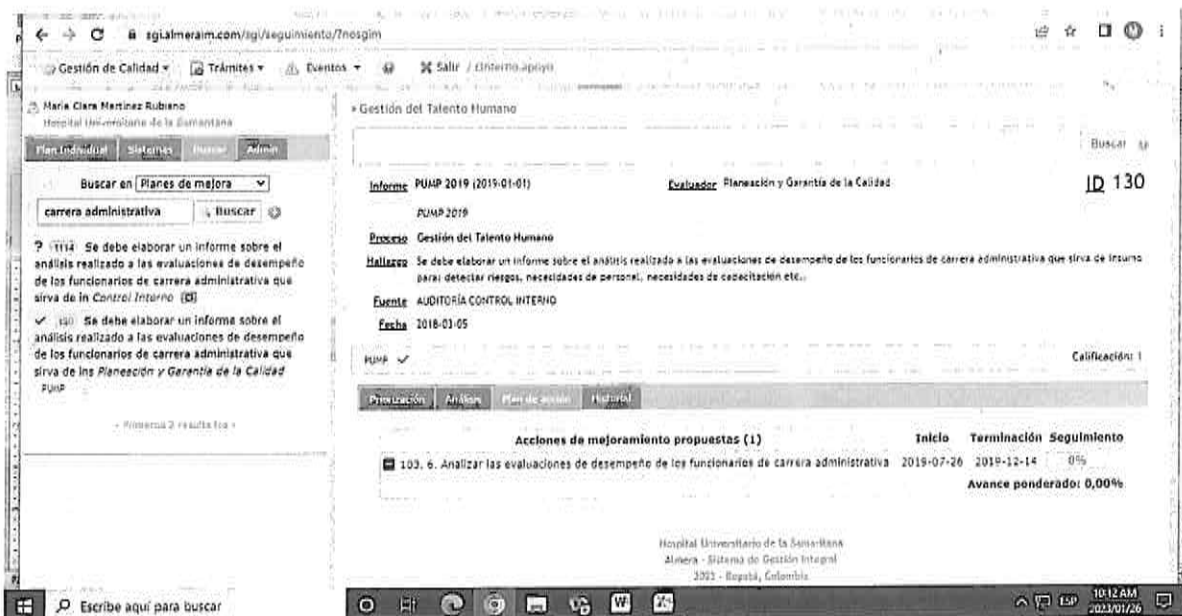
La Evaluación por dependencias de 2022 está orientada a promover y potenciar el compromiso comportamental *'trabajo en equipo – decreto 815'* y es un referente para la concertación de nuevos compromisos.

## POLITICA

La E.S.E., cuentas con diez y seis (16) políticas institucionales, ninguna de las cuales está dirigida a la Evaluación de Gestión de las áreas o dependencias, ni la fijación de políticas o directrices de Carrera Administrativa para los funcionarios públicos de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

## INDICADORES

El sistema de gestión de Calidad integrado – ALMERA no registra indicador alguno con referencia al objeto de la Auditoria; sin embargo con ID130 de fecha marzo de 2018, producto de una observación y/o Hallazgo<sup>2</sup> y en el PUMP 2019 se fijó como acción de mejora: 103.6. 'Analizar las Evaluaciones de Desempeño de los Funcionarios de Carrera Administrativa', acción de mejora que a la fecha registra un seguimiento de 0%, como se muestra en la imagen a continuación:



<sup>1</sup> Compromiso Comportamental de la –EDL– Evaluación de desempeño laboral.

<sup>2</sup> Se debe elaborar un informe sobre el análisis realizado a las evaluaciones de desempeño de los funcionarios de carrera administrativa que sirva de insumo para: detectar riesgos, necesidades de personal, necesidades de capacitación etc.,

### CRITERIOS DE EVALUACIÓN APLICADOS

Conforme la organización interna de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, de conformidad con la estructura básica establecida en el Decreto 190 de 2007 y la ordenanza 072 de 1995, la Evaluación por dependencias se desarrolló en las áreas que comprenden la E.S.E. y son:

- ✓ Gerencia
- ✓ Oficina Asesora de Planeación y garantía de la calidad.
- ✓ Oficina Asesora Jurídica.
- ✓ Dirección Científica
- ✓ Dirección de Atención al Usuario
- ✓ Dirección Financiera
- ✓ Dirección Administrativa.

El resultado de la presente evaluación por dependencias, dada la carencia, a la fecha, del Avance y/o cumplimiento, del Plan Operativo Anual –POA -2022, se realiza para dar cumplimiento normativo y toma como herramientas para su desarrollo los seguimientos a diciembre 31 de 2022, que se agrupan en: Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano, el seguimiento los riesgos y controles Institucionales y el seguimiento a los riesgos de corrupción de la Institución, todos de la vigencia 2022.

- ✓ *El Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC* - instrumento de prevención de las acciones corruptas a los que son susceptibles los procesos de la entidad, en donde concentra cada una de las actividades por responsables, orientadas a la política de Administración del riesgo, la racionalización de trámites, la rendición de cuentas, los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, los mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información, y otras iniciativas  
Para obtener la evaluación se tomó el porcentaje de avance y/o cumplimiento por cada actividad, para determinar el área a la que corresponde se clasificó por responsables; para la medición se estableció el promedio por área dentro de la presente evaluación.
- ✓ *La Auditoría Gestión Riesgos de Procesos (Riesgos y seguimiento a Controles establecidos en la Matriz Riesgo Institucional)*, para obtener la evaluación se tomó el porcentaje de conformidad a la encuesta establecida con ficha técnica y al resultado de la tabulación<sup>3</sup> en la que se estableció un porcentaje de respuesta a la encuesta y en los casos de Encuestas NO diligenciadas, seis (6) - ND (no disponible) – áreas de Gerencia, Oficina Asesora de Planeación y garantía de la calidad y Dirección Financiera.
- ✓ *La Auditoría Seguimiento a Riesgos y Controles de Corrupción 2022*, evaluó y verificó las características de los controles a los riesgos de corrupción, sin embargo no determino una medición de avance porcentual de cada uno de los riesgos de corrupción institucionales.
- ✓ En cuanto a *La Auditoría Gestión Riesgos de Procesos (Riesgos y seguimiento a Controles establecidos en la Matriz Riesgo Institucional)* y *La Auditoría Seguimiento a Riesgos y Controles de Corrupción 2022*, la medición se estableció con el promedio por área registra la medición de la evaluación.

<sup>3</sup> Página 7 de la Auditoría



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
**Evaluación de Gestión por Dependencias**



**RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2022**

DESCRIPCION	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	SEGUIMIENTOS A RIESGOS INSTITUCIONALES Y RIESGOS DE CORRUPCION
Gerencia	100.0%	ND
Oficina Asesora Jurídica	100.0%	100.0%
Oficina Asesora de Planeación y garantía de la calidad.	91.56%	ND
Dirección Científica	96.0%	100.0%
Dirección Administrativa	99.25%	100.0%
Dirección Financiera	100.0%	ND
Dirección de Atención al Usuario	96.30%	100.0%

Firmas:

MARIA CLARA MARTINEZ R  
Profesional Especializado - Auditor

YETICA HERNANDEZ  
Jefe Oficina de Control Interno

Enero 30 de 2023



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
Evaluación de Gestión por Dependencias



Fecha: enero 30 de 2023

Área a evaluar: **GERENCIA**

Objetivos Institucionales relacionados con el área:

- ✓ Fortalecer la prestación de servicios de salud, dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental
- ✓ Garantizar el Talento Humano más competente. Del sector comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.
- ✓ Fortalecer el sistema integrado de gestión de la calidad, que permita conformar Centros de Excelencia.
- ✓ Implementar un modelo de docencia e Investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus proceso de enseñanza aprendizaje en la institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.
- ✓ Garantizar un Sistema de Información. Integral eficiente y eficaz
- ✓ Lograr la Auto sostenibilidad Financiera, por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en largo plazo la rentabilidad financiera que permita reinvertir.

**DESCRIPCION**

**MEDICIÓN DE ACCIONES Y/O ACTIVIDADES**

Avance (%)

Resultados

**PLAN ATENCION Y ANTICORRUPCION AL CIUDADANO 2022**

Tres actividades programadas y cumplidas por los responsables.

**Normativo y procedimental**

4.8 Actualizar el Normograma Institucional

100%

Los normogramas se actualizaron trimestralmente en la vigencia 2022

**Lineamientos de Transparencia Pasiva**

5.2 Realizar informe sobre investigaciones adelantadas por: a) Incumplimiento de Respuestas PQSR en los términos de ley; b) Quejas contra los servidores públicos por parte de usuarios y familiares

100%

NO se ha iniciado proceso alguno en contra de algún servidor público de la institución, por no dar respuesta oportuna a PQRSDF o por quejas interpuestas por usuarios y familiares en contra de servidores públicos.

**Monitoreo del Acceso a la Información Pública**

5.4 Actualización de la información en la página WEB e acuerdo a la ley 1712 de 2014

100%

Conforme lo establece la ley, se presentó el reporte de Autodiagnóstico 2022 con 100%, la Auditoria ITA registra un porcentaje de 94 sobre 100; todas las categorías y subcategorías se encuentran creados.

**RIESGOS INSTITUCIONALES 2022**

(Matriz de riesgos Institucional III trimestre 2022)

En la matriz de riesgos institucionales registra dos (2) riesgos del proceso de Direccionamiento estratégico, estos riesgos cuentan con ocho (8) controles (2, 6), Sin información de los riesgos identificados en la matriz de riesgos institucional 2022.

**Direccionamiento Estratégico**

Posibilidad de no alcanzar la certificación en Responsabilidad Social Empresarial RSE, debido a una inadecuada implementación o no cumplimiento de los requisitos para otorgarla.

ND

No disponible la información de los riesgos, Controles 2

**Direccionamiento Estratégico**

Posibilidad de que el HUS y/o sus sedes reciban sanciones y/o afectaciones a la imagen institucional, por el incumplimiento de las metas institucionales generado por insuficientes o deficientes controles

No disponible la información de los riesgos Controles 6

**RIESGOS DE CORRUPCIÓN INSTITUCIONALES 2022**

(Matriz de riesgos Corrupción 2022)

No se identifican riesgos de corrupción, ni riesgos compartidos y/o transversales a los procesos de la entidad.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
**Evaluación de Gestión por Dependencias**



Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos del área:

Se observan debilidades y deficiencias en la descripción de los riesgos así: a.) inicia la descripción del riesgo con la palabra posibilidad y no con probabilidad<sup>4</sup>, El lenguaje que se usa para describir la probabilidad del riesgo antes y después del control es poco técnica; b.) El cómo descrito no ayuda a identificar el riesgo; c.) Las consecuencias están descritas de manera general, en muchos de los riesgos se pone este mismo enunciado; d.) El porqué del riesgo lo encontramos descrito de una manera general, en muchos de los riesgos donde se pone este mismo enunciado.

En la matriz de riesgos Institucionales los controles son preventivos, no se discrimina si los controles son manuales o automáticos, no tienen claramente definidos aspectos como: EL REGISTRO, LA AUTORIZACIÓN Y LA APROBACIÓN.

Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Toda la información de interés público que sea producida, gestionada y difundida por la entidad, deberá ser oportuna, objetiva, veraz, completa; con lenguaje sencillo y claro; estar disponible en formatos accesibles y fácil de entender para los ciudadanos interesados en ella,
- Mediante Acto administrativo dar a conocer y publicar la periodicidad de las publicaciones que se deben realizar oportunamente en la página WEB de la entidad, conforme a la ley 1712 de 2014.
- Generar espacios de Dialogo doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones que tengan relación con el Hospital Universitario de la Samaritana.
- Dar cumplimiento en materia de normatividad, en materia de Planeación.
- Ser puntuales en la descripción del control con el fin de que el mismo tenga un diseño adecuado, de tener claro lo que es causa, el riesgo y consecuencia, entre otras.
- Ajustar la redacción de los riesgos, los responsables y asesor de riesgos, teniendo en cuenta la metodología deberán decidir si ajusta la redacción o en la columna D de riesgo deja solo la descripción del evento de riesgo.

Trabajar cada una de las recomendaciones en articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el Modelo estándar de Control Interno -MECI y los estándares de Acreditación.

Firmas:

MARIA CLARA MARTINEZ R  
Profesional Especializado - Auditor

YETICA HERNANDEZ  
Jefe Oficina de Control Interno

<sup>4</sup> Implica que la entidad ha documentado y medido que algo así ocurra dentro del proceso, que esa documentación es la que justifica que este dentro de los riesgos institucionales.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
Evaluación de Gestión por Dependencias



Fecha: enero 30 de 2023

Área a evaluar: **OFICINA ASESORA JURIDICA**

Objetivos Institucionales relacionados con la área:

- ✓ **Garantizar el Talento Humano más competente.** Del sector comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.
- ✓ **Fortalecer el sistema integrado de gestión de la calidad,** que permita conformar Centros de Excelencia.
- ✓ **Implementar un modelo de docencia e Investigación** que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus proceso de enseñanza aprendizaje en la institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.
- ✓ **Garantizar un Sistema de Información.** Integral eficiente y eficaz
- ✓ **Lograr la Auto sostenibilidad Financiera,** por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en largo plazo la rentabilidad financiera que permita reinvertir.

**DESCRIPCION**

**MEDICIÓN DE ACCIONES Y/O ACTIVIDADES**

**Avance (%)**

**Resultados**

**PLAN ATENCION Y ANTICORRUPCION AL CIUDADANO 2022**

Las tres (3) actividades programadas fueron cumplidas por los responsables,

**Normativo y procedimental**

4.8 Actualizar el Normograma Institucional

100%

Los normogramas se actualizaron trimestralmente en la vigencia 2022

**Lineamientos de Transparencia Pasiva**

5.2 Realizar informe sobre investigaciones adelantadas por: a) Incumplimiento de Respuestas PQSR en los términos de ley; b) Quejas contra los servidores públicos por parte de usuarios y familiares

100%

NO se ha iniciado proceso alguno en contra de algún servidor público de la institución, por no dar respuesta oportuna a PQRSDF o por quejas interpuestas por usuarios y familiares en contra de servidores públicos.

**Monitoreo del Acceso a la Información Pública**

5.4 Actualización de la información en la página WEB e acuerdo a la ley 1712 de 2014

100%

Conforme lo establece la ley, se presentó el reporte de Autodiagnóstico 2022 con 100%, la Auditoría ITA registra un porcentaje de 94 sobre 100; todas las categorías y subcategorías se encuentran creados.

**RIESGOS INSTITUCIONALES 2022**

(Matriz de riesgos Institucional III trimestre 2022)

En la matriz de riesgos institucional 2022 se registra un riesgo del proceso este riesgo cuenta con dos (2) controles.

**Gestión Jurídica**

Posibilidad de habilitar proponentes sin el cumplimiento de los requisitos jurídicos en los procesos precontractuales por desconocimiento de la norma aplicable a cada proceso de contratación (Contratación y de proceso)

100.0%

Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta):  
-Evitar materialización de los riesgos.  
Controles al riesgo 2

**RIESGOS DE CORRUPCIÓN INSTITUCIONALES 2022**

(Matriz de riesgos Corrupción 2022)

De oficina Asesora Jurídica registra un (1) riesgos de corrupción, lo que corresponde al 9.0% de la matriz de riesgos de corrupción; este riesgo de corrupción contiene cuatro (4) controles.

Las características de los controles: a) Implementación Manual 100%, automatizado 20%; b) Documentación 100% documentado; c) Frecuencia 100% continuos; d) Evidencia con registro el 100%.

No se identifican riesgos de corrupción compartidos y/o transversales a varios procesos de la entidad.

**Gestión Jurídica**

Posibilidad de Dilatación para obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo para favorecimiento propio o de un tercero

El riesgo de corrupción contiene cuatro (4) Controles.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
**Evaluación de Gestión por Dependencias**



Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos del área:

Se observan deficiencias en la descripción de los riesgos así: a.) inicia la descripción del riesgo con la palabra posibilidad y no con probabilidad<sup>5</sup>, El lenguaje que se usa para describir la probabilidad del riesgo antes y después del control es poco técnica; b.) El cómo descrito no ayuda a identificar el riesgo; c.) Las consecuencias están descritas de manera general, en muchos de los riesgos se pone este mismo enunciado; d.) El porqué del riesgo lo encontramos descrito de una manera general, en muchos de los riesgos donde se pone este mismo enunciado.

En la matriz de riesgos Institucionales los controles son preventivos, no se discrimina si los controles son manuales o automáticos, no tienen claramente definidos aspectos como: EL REGISTRO, LA AUTORIZACIÓN Y LA APROBACIÓN.

Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Ser puntuales en la descripción del riesgo y del control con el fin de que los mismos tengan un diseño adecuado, deberá tener claro lo que es causa, el riesgo y consecuencia, entre otras.
- Ajustar la redacción de los riesgos, los responsables y asesor de riesgos, teniendo en cuenta la metodología deberá decidir si ajusta la redacción o en la columna D de riesgo deja solo la descripción del evento de riesgo.

Trabajar cada una de las recomendaciones en articulación con el Modelo integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el Modelo estándar de Control Interno -MECI y los estándares de Acreditación.

Firmas:

*Maria Clara M*

MARIA CLARA MARTINEZ R  
Profesional Especializado - Auditor

YETICA HERNANDEZ  
Jefe Oficina de Control Interno

<sup>5</sup> Implica que la entidad ha documentado y medido que algo así ocurra dentro del proceso, que esa documentación es la que justifica que este dentro de los riesgos institucionales.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
Evaluación de Gestión por Dependencias



Fecha: enero 30 de 2023

Área a evaluar: OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTIA DE LA CALIDAD

Objetivos Institucionales relacionados con el área:

- ✓ Fortalecer la prestación de servicios de salud, dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental
- ✓ Garantizar el Talento Humano más competente. Del sector comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.
- ✓ Fortalecer el sistema integrado de gestión de la calidad, que permita conformar Centros de Excelencia.
- ✓ Implementar un modelo de docencia e Investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus proceso de enseñanza aprendizaje en la institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.
- ✓ Garantizar un Sistema de Información. Integral eficiente y eficaz
- ✓ Lograr la Auto sostenibilidad Financiera, por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en largo plazo la rentabilidad financiera que permita reinvertir.

DESCRIPCION	MEDICIÓN DE ACCIONES Y/O ACTIVIDADES	
	Avance (%)	Resultados
<b>PLAN ATENCION Y ANTICORRUPCION AL CIUDADANO 2022</b>		De las dieciocho (18) actividades programadas fueron cumplidas por los responsables 15, las tres restantes se cumplieron parcialmente.
<b>Política Administración de Riesgos</b> 1.1 Revisar y actualizar si es el caso la Política de Gestión de Riesgos.	20.0%	La E.S.E., no cuenta con POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO. No se evidencio y/o visualizo y/o requirió cambio alguno en la POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO.
<b>Construcción del matriz de riesgos del proceso</b> 1.2 Actualizar y modificar la matriz de riesgos cada vez que sea necesario de acuerdo a la normatividad y publicarla en el aplicativo de información (ALMERA) y en la página WEB de la Entidad	100.0%	En el sitio WEB de la entidad, link de transparencia y acceso a la información/ plan antitramites (+otros 3 LINK) /Plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2022, se encuentra publicada la MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL III TRIMESTRE 2022.
<b>Construcción del matriz de Riesgos de Corrupción</b> 1.3 Actualizar y modificar la matriz de riesgos cada vez que sea necesario de acuerdo a la normatividad y publicarla en el aplicativo de información (ALMERA) y en la página WEB de la Entidad	100.0%	En el sitio WEB de la entidad, link de transparencia y acceso a la información/ plan anti trámites (+otros 3 LINK) /Plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2022, se encuentra publicada la MATRIZ INSTITUCIONAL DE RIESGOS DE CORRUPCION 2022.
<b>Capacitar en temas de riesgos</b> 1.4 Continuar con la capacitación de Riesgos incluyendo los de anticorrupción a los colaboradores del HUS HUZ HFZ y empresas tercerizadas	48.15%	En la vigencia 2022 se realizaron capacitaciones a sesenta y cuatro - 64 colaboradores de once (11) procesos y de la sedes UFZ y HRZ.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
**Evaluación de Gestión por Dependencias**



<b>Monitoreo y Revisión</b> 1.5 Reportar, verificar el cumplimiento de las actividades de control propuestas en los planes de mejora (manejo del riesgo)	100.0%	El informe anual de monitoreo de riesgos informa: 1.) en el vigencia 2022 se realizó el plan 2303 y 2321 para dar respuesta de los riesgos de corrupción y de procesos, se realizó ajuste al procedimiento existente convirtiéndolo en Manual y se adoptó la guía en su versión 5 del DAFP, con el fin de dar respuesta a norma vigente; 2.) La ejecución del programa de gestión de riesgos y planes de manejo, se ejecutaron la totalidad de las 219 que estaban previstas en los planes 2303 y 2321, alcanzando el 100%; 3.) Materialización de los riesgos para el 2022 se declararon en total cinco (5) materializaciones, una de los riesgos de corrupción y cuatro riesgos del proceso..., se realizaron acciones de control y se elaboró un plan de manejo.... En el IV trimestre el monitoreo de riesgos de corrupción ...no han tenido ninguna modificación, su calificación esta entre extremo y alto.....
<b>Monitoreo y Revisión</b> 1.6 Presentar informe de seguimiento al cumplimiento del Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de activos y Financiación de Terrorismo (SARLAFT)	100.0%	En documento de enero de 2023 se informa la actualización del Manual SARLAFT y publicado se encuentra el documento 01DE07 aprobado en diciembre de 2016; capacitación en conceptos básicos del SARLAFT el 23 de junio de 2022, sin soporte; cumplimiento reportes mensuales UIAF, sin soporte; y verificación en el aplicativo adquirido por la Entidad para la verificación en listas restrictivas de proveedores y servidores públicos.
<b>Identificación de tramites</b> 2.1 Revisar los tramites de cara al usuario que estén inscritos y actualizados en el sistema Único de información SUIT	100.0%	Tramites inscritos en el SUIT son: - Asignación de cita para prestación de servicios de salud (fecha de registro 18/02/2022); - Historia clínica (fecha de registro 18/02/2022).- Examen de laboratorio clínico (fecha de registro 4/08/2016); - Radiología e imágenes diagnosticas (fecha de registro 18/02/2022); - Terapia (fecha de registro 23/08/2016).
<b>Racionalización</b> 2.2 Actualizar los tramites de acuerdo al a estrategia de racionalización para esta vigencia en el SUIT	80%	Los trámites con acciones de racionalización implementadas 2022 en un 100% son: RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS, ASIGNACIÓN DE CITA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, HISTORIA CLINICA. Los trámites con estrategia de racionalización de 2022, pendiente son: ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS Y CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO, aun cuando ambos tramites se eliminaron en 31/03/2022, registran una ejecución del 65%, en las acciones de racionalización implementadas. La estrategia de racionalización de la vigencia 2022 para el tramite EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO ha sido eliminada conforme lo solicito la E.S.E.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
Evaluación de Gestión por Dependencias



<b>Monitoreo</b> 2.4 Monitoreo de la estrategia de racionalización y reporte de los tramites inscritos en el SUIT	100.0%	Los tramites - Radiología e imágenes diagnósticas, - Asignación de cita para la prestación de servicios de salud, - Historia clínica. - Atención inicial de urgencias y Certificado de paz y salvo, con estrategia de racionalización 2022, cuentan con acciones de racionalización implementadas, plan de ejecución, monitoreo, evaluación y seguimiento.
<b>Metodología de Rendición de cuentas.</b> 3.1 Realizar mesa de trabajo para la planeación de la rendición de cuentas (identificar temáticas, mecanismos de presentación, población objetivo y demás aspectos relevantes)	100.0%	En acta de fecha 11 de mayo que tiene por objeto la preparación ejercicio rendición de cuentas 2021. En ella se incluye cronograma (alistamiento institucional ejercicio) de la rendición de cuentas.
<b>Información de calidad y en lenguaje clara y comprensible</b> 3.2 Elaborar, publicar el aviso de programación de la Audiencia Pública de Rendición de cuentas en página WEB	100.0%	Publicado en el sitio WEB, en radio emisora local, redes sociales, a nivel interno en carteleras, protectores de pantalla.
<b>Información de calidad y en lenguaje clara y comprensible</b> 3.4 Realizar la audiencia Pública de Rendición de cuentas de la gestión correspondiente a la vigencia 2021	100.0%	Realizada la rendición de cuentas se soporta con copia de la presentación, fotografías y listado de asistencia de cuarenta y dos (42) servidores públicos (personal de contratos prestación de servicios y trabajadores en misión) del HRZ.
<b>Evaluación y retroalimentación a la Gestión Institucional</b> 3.5 Realizar encuestas de satisfacción y/o recomendaciones manifestadas en la Audiencia pública de rendición de cuentas	100.0%	La encuesta de Satisfacción 'ejercicio de la rendición de cuentas' dirigido a 66 colaboradores- el 94%, un usuario, un representante del gobierno, un proveedor, un otro, total 70 personas; el medio de comunicación por el cual se informaron es el sitio WEB - 37%; el promedio de respuestas de la calidad de la rendición de cuentas es : Muy bueno 40% y Bueno 58%.
<b>Evaluación y retroalimentación a la Gestión Institucional</b> 3.6 Elaborar, publicar informe de evaluación y seguimiento a la Rendición de Cuentas de la Entidad	100.0%	En Acta de 29 de julio de 2022 publicada en el sitio WEB de la E.S.E., link planeación gestión y control/ rendición de cuentas/ rendición de cuentas 2021.
<b>Fortalecimiento de los canales de Atención</b> 4.4 Diseñar e implementar una estrategia de divulgación los canales de atención al Usuario a los diferentes grupos de interés paciente familia a través de trámites y servicios SUIT.	100.0%	Los informes de PQRSD registran los indicadores de los canales, la frecuencia de uso de los usuarios y se continúa socializando y promocionando a nuestros usuarios el uso de los diferentes canales de interposición de sus peticiones, lo cual se realiza principalmente por las informadoras de la dirección de atención al usuario y las de la subdirección. La sede UFZ en su informe de PQRSD, publicado en el sitio WEB contiene los indicadores de uso de los canales; La sede HRZ en el informe PQRSD del IV trimestre de 2022 identifico cada uno de los canales de divulgación de la Entidad,
<b>Normativo y procedimental</b> 4.8 Actualizar el Normograma Institucional	100.0%	Los normogramas se actualizaron trimestralmente en la vigencia 2022
<b>Lineamientos de Transparencia Pasiva</b> 5.2 Realizar informe sobre investigaciones adelantadas por: a) Incumplimiento de Respuestas PQSR en los términos de ley; b) Quejas contra los servidores públicos por parte de usuarios y familiares.	100.0%	NO se ha iniciado proceso alguno en contra de algún servidor público de la institución, por no dar respuesta oportuna a PQRSDF o por quejas interpuestas por usuarios y familiares en contra de servidores públicos.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
**Evaluación de Gestión por Dependencias**



<b>Monitoreo del Acceso a la Información Pública</b> 5.4 Actualización de la información en la página WEB e acuerdo a la ley 1712 de 2014	100.0%	Conforme lo establece la ley, se presentó el reporte de Autodiagnóstico 2022 con 100%, la Auditoria ITA registra un porcentaje de 94 sobre 100; todas las categorías y subcategorías se encuentran creados.
<b>RIESGOS INSTITUCIONALES 2022</b> (Matriz de riesgos Institucional III trimestre 2022)		En la matriz de riesgos institucionales registra dos (2) riesgos de los procesos de Desarrollo de servicios y Gestión de la calidad, estos riesgos cuentan con cinco (5) controles (2 y 3); No dio respuesta a la solicitud de información para el seguimiento de los riesgos de la matriz institucional.
<b>Desarrollo de Servicios</b> Posibilidad que los servicios de salud ofertados por el HUS y sus sedes, no cuenten con los lineamientos adecuados que les permita cumplir con los criterios de calidad (habilitación, seguridad del paciente, indicadores de salud y acreditación), requeridos por las partes interesadas debido a insuficiente planeación y control del proceso	ND	El área No dio respuesta a solicitud de información para el seguimiento de los riesgos. Controles a riesgo 2
<b>Gestión de la calidad</b> Posibilidad de Inoportunidad en el seguimientos a las acciones de mejora debido a la falta de cumplimiento de cronogramas	ND	El área No dio respuesta a solicitud de información para el seguimiento de los riesgos. Controles a riesgos 3
<b>RIESGOS DE CORRUPCIÓN INSTITUCIONALES 2022</b> (Matriz de riesgos Corrupción 2022)		No se identifican riesgos de corrupción, ni riesgos compartidos y/o transversales a los procesos de la entidad.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
**Evaluación de Gestión por Dependencias**



Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos del área:

- Racionalización de los trámites inscritos no culminada en la vigencia.
- El área No dio respuesta a solicitud de información para el seguimiento de los riesgos.
- No se manifiesta y/o expresa en ninguna publicación la política de Gestión del riesgo.
- exigua capacitación de Riesgos y controles a los servidores públicos de la entidad y sus sedes.
- Se observan debilidades en la Asesoría para la identificación de riesgos, causas, consecuencia y controles.
- Se observan debilidades y deficiencias en la descripción de los riesgos así: a.) inicia la descripción del riesgo con la palabra posibilidad y no con probabilidad<sup>6</sup>, El lenguaje que se usa para describir la probabilidad del riesgo antes y después del control es poco técnica; b.) El cómo descrito no ayuda a identificar el riesgo; c.) Las consecuencias están descritas de manera general, en muchos de los riesgos se pone este mismo enunciado; d.) El porqué del riesgo lo encontramos descrito de una manera general, en muchos de los riesgos donde se pone este mismo enunciado.
- En la matriz de riesgos Institucionales los controles son preventivos, no se discrimina si los controles son manuales o automáticos, no tienen claramente definidos aspectos como: EL REGISTRO, LA AUTORIZACIÓN Y LA APROBACIÓN.
- No hay conocimiento y comprensión de los riesgos por procesos de la matriz Institucional III trimestre 2022 Se evidencian riesgos que no corresponden a la matriz de riesgos Institucional III 2022, publicada. (Posibilidad de generar indisponibilidad temporal de productos Farmacéuticos Medicamentos y dispositivos médicos Riesgo Materializado en el 1er. y 2° Trimestre de 2022. No se realizó Plan de Mejora; Posibilidad de extravasación de medio de contraste, Riesgo Materializado correspondiente al 1er. Trimestre de 2022. No se realizó Plan de Mejora).

Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Asesorar y coordinar con metodologías aprobadas y adoptadas por la entidad a todas las áreas de la entidad en el diseño, implementación y medición de políticas, estrategias, programas y planes reales y efectivos para integrar adecuadamente los sistemas que debe aplicar la entidad y proponer las modificaciones para su efectiva implementación y medición.
- La entidad debe avanzar identificando la forma de implementación de sus controles, apuntando a que en la medida de su utilidad, esta implementación sea automática de esta manera la eficiencia de los mismos se incrementará y la calificación se elevará.
- Capacitación a nivel general sobre la Gestión y Administración de Riesgos a los servidores públicos de la entidad.
- Toda la información de interés público que sea producida, gestionada y difundida por la entidad, deberá ser oportuna, objetiva, veraz, completa; con lenguaje sencillo y claro; estar disponible en formatos accesibles y fácil de entender para los ciudadanos interesados en ella,
- Constituir e instaurar herramientas de medición y análisis a cada uno de los objetivos Institucionales.
- Asesorar a los servidores públicos en la identificación, redacción y análisis de los riesgos de la entidad; ser puntuales en la descripción del control con el fin de que el mismo tenga un diseño adecuado, de tener claro lo que es causa, el riesgo y consecuencia, entre otras.
- Ajustar la redacción de los riesgos, los responsables y asesor de riesgos, teniendo en cuenta la metodología deberán decidir si ajusta la redacción o en la columna D de riesgo deja solo la descripción del evento de riesgo.

Trabajar cada una de las recomendaciones en articulación con el Modelo integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el Modelo estándar de Control Interno -MECI y los estándares de Acreditación.

Firmas:

MARIA CLARA MARTINEZ R  
Profesional Especializado - Auditor

YETICA HERNANDEZ  
Jefe Oficina de Control Interno

<sup>6</sup> implica que la entidad ha documentado y medido que algo así ocurra dentro del proceso, que esa documentación es la que justifica que este dentro de los riesgos institucionales.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
Evaluación de Gestión por Dependencias



Fecha: enero 30 de 2023

Área a evaluar: DIRECCIÓN CIENTÍFICA

Objetivos Institucionales relacionados con el área:

- ✓ Fortalecer la prestación de servicios de salud, dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental
- ✓ Fortalecer el sistema integrado de gestión de la calidad, que permita conformar Centros de Excelencia.
- ✓ Implementar un modelo de docencia e Investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus proceso de enseñanza aprendizaje en la institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.

DESCRIPCION	MEDICIÓN DE ACCIONES Y/O ACTIVIDADES	
	Avance (%)	Resultados
<b>PLAN ATENCION Y ANTICORRUPCION AL CIUDADANO 2022</b>		A las cinco (5) actividades programadas, fueron cumplidas por los responsables cuatro y una se cumplió de forma parcial, por cuanto la racionalización de trámites no se cumplió.
<b>Identificación de trámites</b> 2.1 Revisar los tramites de cara al usuario que estén inscritos y actualizados en el sistema Único de información SUIT	100.0%	Tramites inscritos en el SUIT son: - Asignación de cita para prestación de servicios de salud (fecha de registro 18/02/2022); - Historia clínica (fecha de registro 18/02/2022).- Examen de laboratorio clínico (fecha de registro 4/08/2016); - Radiología e imágenes diagnosticas (fecha de registro 18/02/2022); - Terapia (fecha de registro 23/08/2016).
<b>Racionalización</b> 2.2 Actualizar los tramites de acuerdo al a estrategia de racionalización para esta vigencia en el SUIT	80%	Los trámites con acciones de racionalización implementadas 2022 en un 100% son: RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS, ASIGNACIÓN DE CITA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, HISTORIA CLINICA. Los trámites con estrategia de racionalización de 2022, pendiente son: ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS Y CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO, aun cuando ambos tramites se eliminaron en 31/03/2022, registran una ejecución del 65%, en las acciones de racionalización implementadas. La estrategia de racionalización de la vigencia 2022 para el tramite EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO ha sido eliminada conforme lo solicito la E.S.E.
<b>Monitoreo</b> 2.4 Monitoreo de la estrategia de racionalización y reporte de los tramites inscritos en el SUIT	100.0%	Los tramites - Radiología e imágenes diagnósticas, - Asignación de cita para la prestación de servicios de salud, - Historia clínica. - Atención inicial de urgencias y Certificado de paz y salvo, con estrategia de racionalización 2022, cuentan con acciones de racionalización implementadas, plan de ejecución, monitoreo, evaluación y seguimiento.
<b>Normativo y procedimental</b> 4.8 Actualizar el Normograma Institucional	100.0%	Los normogramas se actualizaron trimestralmente en la vigencia 2022
<b>Monitoreo del Acceso a la Información Pública</b> 5.4 Actualización de la información en la página WEB e acuerdo a la ley 1712 de 2014	100.0%	Conforme lo establece la ley, se presentó el reporte de Autodiagnóstico 2022 con 100%, la Auditoria ITA registra un porcentaje de 94 sobre 100; todas las categorías y subcategorías se encuentran creados.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
Evaluación de Gestión por Dependencias



<p><b>RIESGOS INSTITUCIONALES 2022</b> (Matriz de riesgos Institucional III trimestre 2022)</p>		<p>Tres de los Riesgos de esta área NO siguen siendo un riesgo para el Proceso.</p> <p>En la matriz de riesgos institucionales registran doce (12) riesgos de los procesos de Apoyo Diagnostico (1), Atención al paciente hospitalizado (3), Atención al paciente quirúrgico (1), Atención farmacéutica (3), Banco de sangre (1), Docencia (1), Imágenes Diagnosticas (1), Investigación (1); se materializo un riesgo de esta área, por desabastecimiento del producto en el mercado, retraso en la entrega de los pedidos por parte del proveedor.</p> <p>Estos riesgos cuentan con ciento tres controles (103) controles (36, 33, 16,1,1, 3, sin controles, 2, 8, 3 respectivamente),</p>
<p><b>Apoyo Diagnostico</b> Posibilidad que en la atención del laboratorio clínico, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles propios y de otros procesos.</p>	100.0%	<p>Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No presentar eventos adversos en el Laboratorio Clínico.</li> <li>- Disminución en retoma de muestras.</li> </ul> <p>Controles a riesgo 36</p>
<p><b>Atención al paciente hospitalizado</b> Posibilidad de pérdida del potencial donante de órganos y tejidos debido a fallas administrativas y/o mantenimiento del donante</p>	100.0%	<p>Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cero mortalidades maternas en el año 2022.</li> <li>-Disminución en tiempo de proceso de egreso del paciente, logrando 2° lugar en Hospital Generador de Vida.</li> </ul> <p>Controles riesgo 1 3 Control a riesgo 2 3 Control a riesgo 3 27</p>
<p><b>Atención al paciente hospitalizado</b> Posibilidad que en la atención de HOSPITALIZACION, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles.</p>		
<p><b>Atención al paciente hospitalizado</b> Posibilidad que las gestantes y puérperas tengan complicaciones en su situación clínica en las patologías hipertensión, hemorragia y sepsis por no proporcionar el tratamiento clínico pertinente debido a controles insuficientes o inadecuados.</p>		
<p><b>Atención al paciente quirúrgico</b> Posibilidad que en la atención quirúrgica, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles propios y de otros proceso de apoyo</p>	100.0%	<p>Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Disminución en la cancelación quirúrgica institucional por los controles redundantes implementados desde la programación quirúrgica.</li> </ul> <p>Controles al riesgo 16, tiene los controles bien definidos y descritos lo que indica que si es posible hacer un trabajo similar en los demás procesos.</p>
<p><b>Atención farmacéutica</b> Posibilidad que existan inconsistencias en el inventario físico respecto a los registros en el sistema de información Dinámica Gerencial por insuficientes o deficientes controles</p>	100.0%	<p>Riesgo que NO sigue siendo un riesgo para el Proceso</p> <p>Controles a riesgo 1</p>

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
Evaluación de Gestión por Dependencias



<p><b>Atención farmacéutica</b> Posibilidad de entrega inoportuna de medicamentos, dispositivos médicos e insumos a los servicios, por fallas administrativas, de comunicación y prestación, que impacten la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles propios y de otros procesos.</p>		<p>Se materializo por desabastecimiento del producto en el mercado, retraso en la entrega de los pedidos por parte del proveedor. Riesgo Materializado que se encuentra en el 1er. y 2° Trimestre de 2022. Los controles aplicables se encuentran en los procedimientos "Selección de productos farmacéuticos" Código 02AF01-V3 y "Préstamo de medicamentos o dispositivos médicos a terceros" Código 02AF08-V1. No se realizó Plan de Mejora en ninguno de los dos trimestres, toda vez que no se relacionó el ID. Control a riesgo 1</p>
<p><b>Atención farmacéutica</b> Posibilidad de daño de los tejidos oculares y osteomusculares debido al inadecuado o insuficientes controles en su manejo desde su recepción hasta su entrega</p>		<p>Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta): - Identificación, crear barreras y gestión - Control a riesgo 3</p>
<p><b>Banco de sangre</b> Posibilidad de no contar con componentes sanguíneos debido a la disminución de la captación de donantes de sangre por limitantes en la promoción</p>	100.0%	<p>NO sigue siendo un riesgo para el Proceso. Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta): - Adquisición de la Telemetría para minimizar la pérdida de la cadena de frío, por eso no se contempla como riesgo Ahora en el proceso. No tiene controles al riesgo</p>
<p><b>Docencia</b> Posibilidad de una inadecuada prestación de los servicios de formación del nuevo talento humano en salud, por fallas administrativas, de comunicación y coordinación, con los clientes (universidades) y procesos asistenciales, causado por deficientes e insuficientes controles</p>	100.0%	<p>NO sigue siendo este Riesgo del proceso NI tampoco pertenece a su proceso. Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta): - Adquisición Tics. - Controles al riesgo 2</p>
<p><b>Imágenes Diagnosticas</b> Posibilidad que en la atención de Imágenes Diagnosticas , se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles</p>		<p>Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta): - Disminución del porcentaje de reprogramación. - Controles a riesgo 8</p>
<p><b>Investigación</b> Posibilidad de disminución de resultados de los proyectos de investigación de los especialidades clínicas por reducción o desaparición de los grupos y docentes investigadores, causado por fallas administrativas</p>		<p>Controles a riesgo 3</p>
<p><b>RIESGOS DE CORRUPCIÓN INSTITUCIONALES 2022</b> (Matriz de riesgos Corrupción 2022)</p>		<p>No se identifican riesgos de corrupción, ni riesgos compartidos y/o transversales a los procesos de la entidad.</p>



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
**Evaluación de Gestión por Dependencias**



Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos del área:

**No hay conocimiento y comprensión de los riesgos por procesos de la matriz Institucional III trimestre 2022. Se evidencian riesgos que no corresponden a la matriz de riesgos Institucional III 2022, publicada. (Posibilidad de generar indisponibilidad temporal de productos Farmacéuticos Medicamentos y dispositivos médicos Riesgo Materializado en el 1er. y 2° Trimestre de 2022. No se realizó Plan de Mejora; Posibilidad de extravasación de medio de contraste, Riesgo Materializado correspondiente al 1er. Trimestre de 2022. No se realizó Plan de Mejora).**

En la matriz de riesgos Institucionales los controles son preventivos, no se discrimina si los controles son manuales o automáticos, no tienen claramente definidos aspectos como: EL REGISTRO, LA AUTORIZACIÓN Y LA APROBACIÓN.

- Se observan deficiencias y debilidades en la descripción de los riesgos así: a.) inicia la descripción del riesgo con la palabra posibilidad y no con probabilidad<sup>7</sup>, El lenguaje que se usa para describir la probabilidad del riesgo antes y después del control es poco técnica; b.) El cómo descrito no ayuda a identificar el riesgo; c.) Las consecuencias están descritas de manera general, en muchos de los riesgos se pone este mismo enunciado; d.) El porqué del riesgo lo encontramos descrito de una manera general, en muchos de los riesgos donde se pone este mismo enunciado.

Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Establecer las causas reales, realizar el análisis de probabilidad e impacto del riesgo identificado, la frecuencia entre otras, deben acreditar el atributo e importancia del riesgo.
- La entidad, en cada una de las áreas, debe avanzar identificando la forma de implementación de sus controles, apuntando a que sea de su utilidad, esta implementación deberá ser automática de esta manera la eficiencia de los mismos se incrementará y la calificación se elevará.
- Se recomienda ser puntuales en la descripción del control con el fin de que el mismo tenga un diseño adecuado.
- Ser puntuales en la descripción del control con el fin de que el mismo tenga un diseño adecuado, de tener claro lo que es causa, el riesgo y consecuencia, entre otras.
- Ajustar la redacción de los riesgos, los responsables y asesor de riesgos, teniendo en cuenta la metodología deberán decidir si ajusta la redacción o en la columna D de riesgo deja solo la descripción del evento de riesgo.

Trabajar cada una de las recomendaciones en articulación con el Modelo integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el Modelo estándar de Control Interno -MECI y los estándares de Acreditación.

Firmas:

MARIA CLARA MARTINEZ R  
Profesional Especializado - Auditor

YETICA HERNANDEZ  
Jefe Oficina de Control Interno

<sup>7</sup> implica que la entidad ha documentado y medido que algo así ocurra dentro del proceso, que esa documentación es la que justifica que este dentro de los riesgos institucionales.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
**Evaluación de Gestión por Dependencias**



Fecha: enero 30 de 2023

Área a evaluar: DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

Objetivos Institucionales relacionados con el área:

- ✓ **Garantizar el Talento Humano más competente.** Del sector comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.
- ✓ **Fortalecer el sistema integrado de gestión de la calidad,** que permita conformar Centros de Excelencia.
- ✓ **Garantizar un Sistema de Información.** Integral eficiente y eficaz

DESCRIPCION	MEDICIÓN DE ACCIONES Y/O ACTIVIDADES	
	Avance (%)	Resultados
<b>PLAN ATENCION Y ANTICORRUPCION AL CIUDADANO 2022</b>		A las ocho (8) actividades programadas se dio cumplimiento por parte de los responsables, la Auditoria a la ley 1712 de 2014 -ITA - dio como resultado 94 puntos de 100.
<b>Talento Humano</b> 4.6 Incorporar en el Plan Institucional de capacitación temas relacionados con el mejoramiento del servicios al cliente y comunicación asertiva con el fin de fortalecer las competencias de los colaboradores de cara al usuario.	100.0%	El Plan Institucional de capacitación contiene los siguientes temas relacionados con servicio al cliente y comunicación asertiva: 1. Lenguaje claro (comunicación asertiva, transmisión de conocimiento claro y efectivo). 2. Resolución de conflictos 3.Servicio al Cliente y comunicación asertiva
<b>Normativo y procedimental</b> 4.8 Actualizar el Normograma Institucional	100.0%	Los nomogramas se actualizaron trimestralmente en la vigencia 2022
<b>Lineamientos de Transparencia Activa</b> 5.1 Actualización y publicación del Directorio Institucional de Funcionarios y Contratistas que contenga los siguientes datos: No. De Identificación, Nombre completo, cargo/perfil, Área, correo institucional, teléfono institucional.	100.0%	Directorio de Contratistas y Funcionarios de la planta de personal publicado trimestralmente en 2022 en el sitio WEB link de Transparencia y acceso a la información pública/ 3.5 directorio de información de servidores públicos y contratistas.
<b>Instrumentos de Gestión de la Información</b> 5.3. Actualizar el registro de activos de información	100.0%	En el sitio WEB - DATOS.GOV.CO - se actualizaron los registros de activos de información a 29 de diciembre de 2022, dando cumplimiento a lo establecido la ley 1712 de 2014.
<b>Monitoreo del Acceso a la Información Pública</b> 5.4 Actualización de la información en la página WEB e acuerdo a la ley 1712 de 2014	100.0%	Conforme lo establece la ley, se presentó el reporte de Autodiagnóstico 2022 con 100%, la Auditoria ITA registra un porcentaje de 94 sobre 100; todas las categorías y subcategorías se encuentran creados.
<b>Política Integridad y Código de Integridad</b> 6.1 Incluir en el Plan Institucional de capacitación o sensibilización sobre código de integridad y conflicto de intereses con el fin de mitigar riesgos	100.0%	El PIC de 2022 contiene la actividad específica 'Código de Integridad (socialización) y conflicto de intereses, divulgación masiva y sensibilización en código de integridad, derechos y deberes del cliente interno y conflicto de intereses, desarrollada por medio de correo electrónico y cartelera, se realizó capacitación presencial y por medio de la plataforma MOODLE.
<b>Lineamientos de Transparencia pasiva</b> 6.2 Actualizar en el sitio WEB (www.datos.gov.co) los conjuntos de datos abiertos definidos por el HUS	100.0%	En el sitio WEB de datos.gov.co, el Conjunto de datos abiertos actualizado a diciembre 29 de 2022
<b>Monitoreo y acceso de la información Publica</b> 6.3 Realizar seguimiento a la publicación de la información de acuerdo a lo establecido en la ley 1712 de 2014	94.0%	La subdirección de sistemas realizo autodiagnóstico el 31/10/2022 y posteriormente la Auditoria registra un cumplimiento del 94%



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
Evaluación de Gestión por Dependencias



<b>RIESGOS INSTITUCIONALES 2022</b> (Matriz de riesgos Institucional III trimestre 2022)		<p>Un Riesgo de esta área NO sigue siendo un riesgo para el Proceso.</p> <p>En la matriz de riesgos institucionales registran catorce (14) riesgos de los procesos de Esterilización (1), Gestión de bienes y servicios (1), Gestión de la Información(1), Gestión de la infraestructura (2), Gestión del Talento Humano (5), Hotelaria Hospitalaria (3), Tecnología biomédica (1); estos riesgos cuentan con cuarenta y cuatro controles (44) controles (2, 2, 5, 5, 1, 2, 2, 5, 8, 3, 4, 3 respectivamente),</p>
<b>Esterilización</b> Posibilidad que no se cumplan las condiciones de esterilización de los dispositivos médicos (Instrumental y ropa) debido a fallas en la interacción con los procesos proveedores por deficientes e insuficientes controles	100.0%	<p>NO sigue siendo un Riesgo para el proceso.</p> <p>Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Disminución de porcentaje de cancelación de los esterilizadores de acuerdo a solicitud de aplicación de filtros</li> </ul> <p>Controles a riesgo 2</p>
<b>Gestión de bienes y servicios</b> Posibilidad de una Inadecuada adjudicación en la contratación de bienes y servicios debido a fallas en la evaluación de requisitos generales y económicos.	100.0%	<p>Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mayor confidencialidad en el desarrollo del proceso.</li> </ul> <p>Controles 2</p>
<b>Gestión de la Información</b> Posibilidad de pérdida de información del HUS y sus sedes, debido al inadecuado manejo de los sistemas de información e inconsistencia en la ejecución de los procedimientos para el manejo de la documentación	100.0%	<p>Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta):</p> <p>Implementación servicios en la nube para respaldo de la información.</p> <p>Controles al riesgo 5</p>
<b>Gestión de la infraestructura</b> Posibilidad que las obras de modernización del HUS y sus sedes aumenten en tiempo y costo debido a la falta o insuficiente control de estos factores	100.0%	<p>Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizar de mejor manera los tiempos de ejecución de contratos para tenerlos en cuenta desde los estudios previos.</li> <li>- Tener los insumos necesarios para dar respuesta oportuna a los requerimientos de correctivos críticos.</li> <li>- Ajustar indicadores.</li> <li>- Controles a riesgo 1 5</li> <li>- Controles a riesgos 2 1</li> </ul>
<b>Gestión de la infraestructura</b> Inoportunidad en la respuesta al mantenimiento correctivo prioritario por insuficiente planeación debido a que no se siguen los procedimientos y la ausencia de suficientes controles		
<b>Gestión del Talento Humano</b> Posibilidad Que el Hospital responda solidariamente ante condenas y/o sanciones por Intermediación Laboral, por inadecuada Supervisión de los contratos suscritos con las empresas ocasionado por Novedades en la estructura estudios y documentos previos de la etapa precontractual	100.0%	

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
Evaluación de Gestión por Dependencias



<b>Gestión del Talento Humano</b> Posibilidad de contratación de personal que no se ajuste al perfil del cargo y/o manual de funciones definido por la institución, que incluye requisitos normativos y de calidad, debido a deficiencias en la definición técnica y fallas en el proceso de selección		Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta):
<b>Gestión del Talento Humano</b> Posibilidad de presentar deterioro en la salud de los trabajadores por incumplimiento de las recomendación o restricciones laborales		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificación exhaustiva del ajuste a cada perfil de contratación de personal.</li> <li>- Controles y responsables para el ingreso de las novedades de nómina.</li> <li>- Mejoras en las adecuaciones de puestos de trabajo en higiene postural.</li> <li>- Capacitaciones en estilo de vida saludable.</li> </ul>
<b>Gestión del Talento Humano</b> Posibilidad pérdidas económicas y/o sanciones por realizar pagos en nómina no justificados, valores a los cuales no se tiene derecho u omisión de pagos, producto de deficientes e insuficientes controles.		Control a riesgo 1 2
<b>Gestión del Talento Humano</b> Posibilidad que las tecnologías biomédicas de tránsito rápido de las empresas y/o especialistas no cuenten con los mantenimientos y calibraciones por la no entrega suficiente y oportuna de la información y documentación requerida para la gestión adecuada de los equipos biomédicos causado del Insuficiente conocimiento de los impactos como eventos adversos, económicos y la acreditación del HUS y sus sedes		Control riesgo 2 2 Control del riesgo 3 5 Controles del riesgo 4 2
<b>Hotelería Hospitalaria</b> Posibilidad de pérdida de usuarios durante su proceso de atención, debido a que los controles de seguridad no sean lo suficientemente efectivos		Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta):
<b>Hotelería Hospitalaria</b> Posibilidad de fallas en la entrega de dietas al paciente, debido a Inconsistencias, causadas por la falta de adherencia y/o desactualización de procedimientos	100.0%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguridad del paciente frente a tener mobiliario nuevo para su atención.</li> <li>- Monitoreo de áreas para mejorar la seguridad.</li> </ul>
<b>Hotelería Hospitalaria</b> Posibilidad que la dotación hotelera hospitalaria para usuario y colaboradores no sea suficiente y adecuada por que no se realiza su reposición ó arreglo, cuando se requiere, causado por una asignación presupuestal insuficiente y/o baja oportunidad.		Controles a riesgo 1 8 Controles a riesgo 2 3 Controles a riesgo 3 4
<b>Tecnología biomédica</b> Posibilidad que las tecnologías biomédicas de tránsito rápido de las empresas y/o especialistas no cuenten con los mantenimientos y calibraciones por la no entrega suficiente y oportuna de la información y documentación requerida para la gestión adecuada de los equipos biomédicos causado del Insuficiente conocimiento de los impactos como eventos adversos, económicos y la acreditación del HUS y sus sedes	100.0%	Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta): -Evaluación documental asociada a la parte precontractual de los contrato de productividad y el coordinador del proceso es el supervisor técnico de los contratos que incluyen tecnologías en apoyo tecnológico del proceso farmacéutico Controles a riesgo 3

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
**Evaluación de Gestión por Dependencias**



**RIESGOS DE CORRUPCIÓN INSTITUCIONALES 2022**  
**(Matriz de riesgos Corrupción 2022)**

		De la Dirección Administrativa se registran siete (7) riesgos de corrupción, lo que corresponde al 63.63% de la matriz de riesgos de corrupción; riesgos de corrupción de los procesos de Gestión de bienes y servicios (3), Gestión de la Información (1), Tecnología biomédica (1), Hotelería Hospitalaria (1), Gestión de la infraestructura (1); de los cuales dos (2) de los riesgos de corrupción no contienen controles, los restantes contienen quince (15) controles (2, 2, 5, 5 y 1). Las características de los controles: a) Implementación Manual el 80%, automatizado 20%; b) Documentación 73% documentado; c) Frecuencia 87% continuos; d) Evidencia con registro el 67% No se identifican riesgos de corrupción compartidos y/o transversales a varios procesos de la entidad.
<b>Gestión de bienes y servicios</b> Posibilidad de Ejecución y cierre de contratos de forma irregular en el Almacén, para beneficio propio o de terceros por insuficientes e ineficientes controles		No contiene controles
<b>Gestión de bienes y servicios</b> Posibilidad de elaboración de Pliegos de condiciones e Invitaciones a Cotizar hechos a la medida de un oferente en particular, para beneficio propio o de terceros por ineficientes o deficientes controles		Contiene dos (2) Controles (Procedimientos) verificados
<b>Gestión de bienes y servicios</b> Posibilidad de contratar con personas jurídicas o naturales que se encuentren reportados en listas restrictivas, para beneficio propio o de terceros por ineficientes o deficientes controles		Contiene dos (2) controles (formato y aplicativo Inspector)
<b>Gestión de la Información</b> Posibilidad de acceso indebido a los sistemas de información para el uso no apropiado de información contenida en los sistemas en fenecimiento propio o de un tercero		Contiene cinco (5) controles
<b>Tecnología biomédica</b> Posibilidad de realizar cambio de repuestos y/o mantenimientos de la tecnología biomédica, sin necesidad o diagnóstico técnico, con el fin de obtener beneficios para los funcionarios y/o terceros.		No contiene controles
<b>Hotelería Hospitalaria</b> Posibilidad de Hurto ó pérdidas de bienes en la institución de elementos, bienes muebles, equipos, insumos, medicamentos, objetos personales etc, por deficiencia e ineficiencia de algunos mecanismos de seguridad en la institución, causado por la falta de un sistema estructurado de seguridad.		Contiene cinco (5) controles
<b>Gestión de la infraestructura</b> Posibilidad de permitir el cobro por actividades no ejecutada, para alcanzar el cumplimiento de las tareas contempladas en el contrato de obra pública para obtener un beneficio particular o de un tercero a causa de Insuficientes e ineficientes controles		Contiene un (1) control

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
Evaluación de Gestión por Dependencias



Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos del área:

- la Información de transparencia activa - ITA - registra un cumplimiento del 94%
- Un Riesgo de esta área NO sigue siendo un riesgo para el Proceso.
- De los riesgos de corrupción de la matriz institucional 2022, el 63.63% corresponden a esta Dirección, dos de lo cuales no contienen controles.
- Un riesgo identificado e incluido en la matriz de riesgos de corrupción institucional **se materializo**<sup>8</sup> en el 4° Trimestre de 2022, se definió Plan de mejora identificado con ID 2575 el cual tiene seis (6) actividades ejecutadas en un 41.67% con inicio en Noviembre 22 de 2022 y terminación en Abril 28 de 2023.
- No hay conocimiento y comprensión de los riesgos por procesos de la matriz Institucional III trimestre 2022. Se evidencian riesgos que no corresponden a la matriz de riesgos Institucional III 2022, publicada. El Riesgo *Possibilidad de hurtos o pérdida de bienes de la institución, elementos, bienes muebles, equipos, insumos, medicamentos, objetos personales, etc., por deficiencia e ineficacia de algunos mecanismos de seguridad en la institución, causado por la falta de un sistema estructurado de seguridad.*
- En la matriz de riesgos Institucionales los controles son preventivos, no se discrimina si los controles son manuales o automáticos, no tienen claramente definidos aspectos como: EL REGISTRO, LA AUTORIZACIÓN Y LA APROBACIÓN.
- Se observan deficiencias y debilidades en la descripción de los riesgos así: a.) inicia la descripción del riesgo con la palabra posibilidad y no con probabilidad<sup>9</sup>, El lenguaje que se usa para describir la probabilidad del riesgo antes y después del control es poco técnica; b.) El cómo descrito no ayuda a identificar el riesgo; c.) Las consecuencias están descritas de manera general, en muchos de los riesgos se pone este mismo enunciado; d.) - El porqué del riesgo lo encontramos descrito de una manera general, en muchos de los riesgos donde se pone este mismo enunciado.

Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Ajustar la redacción de los riesgos, los responsables y asesor de riesgos, teniendo en cuenta la metodología deberán decidir si ajusta la redacción o en la columna D de riesgo deja solo la descripción del evento de riesgo.
- Establecer las causas reales, realizar el análisis de probabilidad e impacto del riesgo identificado, la frecuencia entre otras, deben acreditar el atributo e importancia del riesgo.
- La entidad, en cada una de las áreas, debe avanzar identificando la forma de implementación de sus controles, apuntando a que sea de su utilidad, esta implementación deberá ser automática de esta manera la eficiencia de los mismos se incrementará y la calificación se elevará.
- Se recomienda ser puntuales en la descripción del control con el fin de que el mismo tenga un diseño adecuado.
- Ser puntuales en la descripción del control con el fin de tener claro lo que es causa, el riesgo y consecuencia, entre otras.
- Diseñar y Desarrollar un programa que contenga indicadores de Austeridad del Gasto.

Trabajar cada una de las recomendaciones en articulación con el Modelo integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el Modelo estándar de Control Interno -MECI y los estándares de Acreditación.

Firmas:

*Maria Clara M*

MARIA CLARA MARTINEZ R  
Profesional Especializado - Auditor

*Yetica Hernandez*

YETICA HERNANDEZ  
Jefe Oficina de Control Interno

<sup>8</sup> Hurto de dos (2) CPU en el área de consulta externa, en el mes de noviembre de 2022

<sup>9</sup> Implica que la entidad ha documentado y medido que algo así ocurra dentro del proceso, que esa documentación es la que justifica que este dentro de los riesgos institucionales.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
**Evaluación de Gestión por Dependencias**



Fecha: enero 30 de 2023

Área a evaluar: DIRECCIÓN FINANCIERA

Objetivos Institucionales relacionados con el área:

- ✓ Lograr la Auto sostenibilidad Financiera, por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en largo plazo la rentabilidad financiera que permita reinvertir.

DESCRIPCION	MEDICIÓN DE ACCIONES Y/O ACTIVIDADES	
	Avance (%)	Resultados
<b>PLAN ATENCION Y ANTICORRUPCION AL CIUDADANO 2022</b>		Las dos (2) actividades programadas fueron cumplidas por los responsables.
<b>Normativo y procedimental</b> 4.8 Actualizar el Normograma Institucional	100%	Los normogramas se actualizaron trimestralmente en la vigencia 2022
<b>Monitoreo del Acceso a la Información Pública</b> 5.4 Actualización de la información en la página WEB e acuerdo a la ley 1712 de 2014	100%	Conforme lo establece la ley, se presentó el reporte de Autodiagnóstico 2022 con 100%, la Auditoria ITA registra un porcentaje de 94 sobre 100; todas las categorías y subcategorías se encuentran creados.
<b>RIESGOS INSTITUCIONALES 2022</b> (Matriz de riesgos Institucional III trimestre 2022)		En la matriz de riesgos institucionales registra cinco (5) riesgos de los procesos de Facturación y recaudo (1) y Gestión Financiera (4), estos riesgos cuentan con trece (13) controles (3, 2, 2, 4 y 2 respectivamente),
<b>Facturación y recaudo</b> Posibilidad que la facturación de los servicios de salud prestados, no cuenten con los soportes requeridos por la ERP para su pago, debido a los Insuficientes y deficientes controles.	ND	El área No dio respuesta a solicitud de información para el seguimiento de los riesgos. Controles a riesgo 3
<b>Gestión Financiera</b> Posibilidad de pago inoportuno de las obligaciones a proveedores de bienes o servicios por falta de requisitos contractuales para realizar el giro		El área No dio respuesta a solicitud de información para el seguimiento de los riesgos. Controles a riesgo 2
<b>Gestión Financiera</b> Posibilidad de omitir, presentar de forma inoportuna, incorrecta y/o sin los debidos soportes, los reconocimientos contables (Identificación, Clasificación, Medición y Registro) de los hechos económicos		El área No dio respuesta a solicitud de información para el seguimiento de los riesgos. Controles a riesgo 2
<b>Gestión Financiera</b> Posibilidad de inconsistencia, manipulación o adulteración de cifras en los estados financieros que incidan en la toma de decisiones.		El área No dio respuesta a solicitud de información para el seguimiento de los riesgos Controles a riesgo 4
<b>Gestión Financiera</b> Posibilidad que la información contable no sea veraz o adecuada, por el desconocimiento o no aplicación de la política y procedimientos de los hechos económicos, por parte de las áreas responsables de generarlos		El área No dio respuesta a solicitud de información para el seguimiento de los riesgos Controles a riesgo 2

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
Evaluación de Gestión por Dependencias



<p><b>RIESGOS DE CORRUPCIÓN INSTITUCIONALES 2022</b> (Matriz de riesgos Corrupción 2022)</p>	<p>En la Dirección Financiera se registran tres (3) riesgos de corrupción, lo que corresponde al 27.27% de la matriz de riesgos de corrupción; riesgos de corrupción de los procesos de Facturación y recaudo (1), Gestión Financiera (3); de los cuales contienen ocho (8) controles (1, 4, y 3). Las características de los controles: a) Implementación Manual el 100%; b) Documentación 75% documentado; c) Frecuencia 87.5% continuos; d) Evidencia con registro el 100% No se identifican riesgos de corrupción compartidos y/o transversales a varios procesos de la entidad.</p>
<p><b>Facturación y recaudo</b> Posible apropiación de cuotas moderadoras y/o copagos entregados a los facturadores por recepción de dineros en efectivo por parte de los usuarios, debido a una inadecuada designación de funciones</p>	<p>Contiene un (1) control a este riesgo; este control no corresponde a este proceso, es una función del líder de proyecto de Tesorería.</p>
<p><b>Gestión Financiera</b> Posibilidad de incurrir en el conflicto de intereses con la revisoría fiscal en aspectos financieros por auditorías realizadas, debido a la incompatibilidad en la supervisión del contrato producto de la designación por parte de la administración</p>	<p>Controles establecidos para este riesgo de corrupción cuatro (4).</p>
<p><b>Gestión Financiera</b> Posibilidad que el personal que tiene acceso a la cuenta anticipos contacten a los usuarios que habiendo pagado servicio de forma anticipada, no lo han tomado y tampoco solicitado su devolución con el fin de obtener un beneficio propio.</p>	<p>Controles establecidos para este riesgo de corrupción tres (3).</p>



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
**Evaluación de Gestión por Dependencias**



Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos del área:

- El área No dio respuesta a solicitud de información para el seguimiento de los riesgos.
- Llama la atención que el proceso de gestión financiera tiene 4 riesgos y ninguno de ellos se relaciona con la cartera de difícil cobro, deterioro de cartera, no cobro de cartera superior a 360 días, NO cobro de cartera una vez pasa a deterioro de acuerdo a la norma, sobre ejecución de contratos de prestación de servicios de salud (subdirección de mercadeo), falta de mercadeo para generar contratación de prestación de servicios de salud, liquidación de EPS etc. radicación inoportuna ante las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EPS), Riesgo de pérdida operacional de las sedes.
- En la matriz de riesgos Institucionales los controles son preventivos, no se discrimina si los controles son manuales o automáticos, no tienen claramente definidos aspectos como: EL REGISTRO, LA AUTORIZACIÓN Y LA APROBACIÓN.
- Se observan deficiencias y debilidades en la descripción de los riesgos así: a.) inicia la descripción del riesgo con la palabra posibilidad y no con probabilidad<sup>10</sup>, El lenguaje que se usa para describir la probabilidad del riesgo antes y después del control es poco técnica; b.) El cómo descrito no ayuda a identificar el riesgo; c.) Las consecuencias están descritas de manera general, en muchos de los riesgos se pone este mismo enunciado; d.) - El porqué del riesgo lo encontramos descrito de una manera general, en muchos de los riesgos donde se pone este mismo enunciado.

Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Ajustar la redacción de los riesgos, los responsables y asesor de riesgos, teniendo en cuenta la metodología deberán decidir si ajusta la redacción o en la columna D de riesgo deja solo la descripción del evento de riesgo.
- Establecer las causas reales, realizar el análisis de probabilidad e impacto del riesgo identificado, la frecuencia entre otras, deben acreditar el atributo e importancia del riesgo.
- La entidad, en cada una del área, debe avanzar identificando la forma de implementación de sus controles, apuntando a que sea de su utilidad, esta implementación deberá ser automática de esta manera la eficiencia de los mismos se incrementará y la calificación se elevará.
- Se recomienda ser puntuales en la descripción del control con el fin de que el mismo tenga un diseño adecuado.
- Ser puntuales en la descripción del control con el fin de tener claro lo que es causa, el riesgo y consecuencia, entre otras.

Trabajar cada una de las recomendaciones en articulación con el Modelo integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el Modelo estándar de Control Interno -MECI y los estándares de Acreditación.

Firmas:

  
 MARIA CLARA MARTINEZ R  
 Profesional Especializado - Auditor

  
 YETICA HERNANDEZ  
 Jefe Oficina de Control Interno

<sup>10</sup> Implica que la entidad ha documentado y medido que algo así ocurra dentro del proceso, que esa documentación es la que justifica que este dentro de los riesgos institucionales.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
**Evaluación de Gestión por Dependencias**



Fecha: enero 30 de 2023

Área a evaluar: DIRECCIÓN ATENCION AL USUARIO

Objetivos Institucionales relacionados con el área:

- ✓ Fortalecer la prestación de servicios de salud, dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental
- ✓ Fortalecer el sistema integrado de gestión de la calidad, que permita conformar Centros de Excelencia.

DESCRIPCION	MEDICIÓN DE ACCIONES Y/O ACTIVIDADES	
	Avance (%)	Resultados
<b>PLAN ATENCION Y ANTICORRUPCION AL CIUDADANO 2022</b>		De las once (11) actividades programadas fueron cumplidas por los responsables ocho con el 100%, las tres restantes se cumplieron con un porcentaje superior al 81%
<b>Racionalización</b> 2.3 Difundir en los diferentes canales de comunicación los tramites a que tiene derecho los usuarios	100.0%	La difusión se ha realizado en carteleras físicas, pantallas digitales y sitio WEB de la entidad. En la E.S.E. BOGOTÁ y la sede UFZ se socializo en cuanto los tramites a usuarios y/o familiares..
<b>Estructura Administrativa y Direccionamiento Estratégico</b> 4.1. Elaborar y ejecutar Plan de Acción de la política de servicio al ciudadano	100.0%	El Plan de acción MIPG en acta del Comité interinstitucional de Gestión y Desempeño de 16 de agosto de 2022, en el informe cuantitativo registra para la políticas de transparencia acceso a la información y lucha contra la anticorrupción un porcentaje acumulado de 62.5 y para servicio al ciudadano un porcentaje acumulado de 80.00. Otras estrategias son campaña en piso por informadores DAU, tips de pantallas digitales, carteleras físicas, Implementación de las nuevas variables del anexo de Estudio social historia clinica digital. Trabajo Social realizo seguimiento a la implementación del estudio social con las nuevas variables, diseño del instrumento con los lineamientos de la dirección, tabulación del diagnóstico de la muestra y elaboración del informe.
<b>Estructura Administrativa y Direccionamiento Estratégico</b> 4.2 Presentar ante la alta Dirección informe trimestral de Gestión de PQRSD paciente - familia publicado en la página WEB por cada una de las sedes.	88%	Los informes trimestrales de 2022 se encuentran publicados en el sitio WEB link: transparencia y acceso a la información pública/instrumentos de gestión de información pública/ 10.10 informe de PQRSD/ informes 2022: no se cuenta con soporte de la presentación ante la alta Dirección.
<b>Fortalecimiento de los canales de Atención</b> 4.3 Realizar el seguimiento a los horarios de la información médica diaria a los familiares de los pacientes hospitalizados y en urgencias	90.00%	De la E.S.E., BOGOTÁ, se soporta con planillas de información médica externa; De la sede UFZ se soporta con folios de registros, de 2022; De la sede HRZ se soporta con folios de registro de visitas y/o formato de video llamadas correspondientes al 2022, <u>soportes que no evidencian la realización de la información médica diaria a los familiares.</u>
<b>Fortalecimiento de los canales de Atención</b> 4.4 Diseñar e implementar una estrategia de divulgación los canales de atención al Usuario a los diferentes grupos de interés paciente familia a través de trámites y servicios SUIT	100.0%	La E.S.E. en los informes de PQRSD registran los indicadores de los canales, la frecuencia de uso de los usuarios y se continúa socializando y promocionando a nuestros usuarios el uso de los diferentes canales de interposición de sus peticiones, lo cual se realiza principalmente por las informadoras de la dirección de atención al usuario y las de la subdirección. La sede UFZ en su informe de PQRSD, publicado en el sitio WEB contiene los indicadores de uso de los canales. La sede HRZ en el informe PQRSD identifico cada uno de los canales de divulgación de la Entidad,

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
**Evaluación de Gestión por Dependencias**



<b>Fortalecimiento de los canales de Atención</b> 4.5 Analizar las barreras de acceso identificadas en los diferentes canales de atención presentados por la ciudadanía con fuente principal PQRSD y generar las acciones de mejora a que haya lugar. Incluir un ítem en el informe de gestión de PQRSD	100.0%	Los informes en 2022 identifica las barrera de acceso; Bogotá III trimestre identifica como barreras: Asignación de citas para la prestación de servicios de salud, Historia clínica, Examen de laboratorio clínico, entrega de resultados de Radiología, IV trimestre evidencio como barrera el acceso a los servicios, de la sede Hospital Regional Zipaquirá - HRZ en sus informes de III y IV trimestre no registra barreras; de la sede Unidad Funcional Zipaquirá -UFZ III trimestre identifica como barrera el desconocimiento de trámite de manera digital. IV trimestre no identifica barreras.
<b>Normativo y procedimental</b> 4.7 Realizar identificación de necesidades y expectativas de los usuarios (paciente y familia a través del diligenciamiento de la encuesta)	100.0%	Se realizaron las encuestas, La actividad no permite medir el impacto y lo que se va a desarrollar con este producto.
<b>Normativo y procedimental</b> 4.8 Actualizar el Normograma Institucional	100.0%	Los normogramas se actualizaron trimestralmente en la vigencia 2022
<b>Relacionamiento con el ciudadano</b> 4.9 Continuar socializando al usuario, Paciente, Familia los canales de consulta del DAU mediante charlas individuales o grupales.	81.25%	E.S.E. BOGOTÁ en planillas de socializaciones al usuarios el 52.55%; en el mes de septiembre se socializaron el 71.25%; en octubre el 61.75% y en Diciembre de 2022 a 65% de los usuarios. Sede UFZ de seiscientos dos usuarios (602) registrados en las planillas de socialización, de los meses de octubre y noviembre de 2022, se socializo sobre el tema de canales de comunicación mecanismos de participación ciudadana al 4.98% (30 usuarios)
<b>Relacionamiento con el ciudadano</b> 4.10 Continuar realizando acompañamiento, asesoría, apoyo mensual a las formas de Participación Comunitaria o según requerimiento de los mismos.	100.0%	Acta de 14 de diciembre de 2022 Conversatorio con asociación de usuarios, asisten 05 personas; Acta de 16 de diciembre asamblea de asociación de usuarios para elegir representante ante la Junta directiva, asisten 9 personas; Acta de 17 de noviembre -celebración día samaritano, asisten 02 personas; Acta de 19 de octubre de 2022, asisten 07 personas; Acta de 21 de septiembre de 2022, asisten 9 personas; Acta de 17 de agosto de 2022 reunión de asociación de usuarios de la salud, asisten 9 personas; Acta de 27 de julio de 2022, asisten 07 personas.
<b>Monitoreo del Acceso a la Información Pública</b> 5.4 Actualización de la información en la página WEB e acuerdo a la ley 1712 de 2014	100.0%	Conforme lo establece la ley, se presentó el reporte de Autodiagnóstico 2022 con 100%, la Auditoría ITA registra un porcentaje de 94 sobre 100; todas las categorías y subcategorías se encuentran creados.
<b>RIESGOS INSTITUCIONALES 2022</b> (Matriz de riesgos Institucional III trimestre 2022)		En la matriz de riesgos institucionales registran cuatro (4) riesgos de los procesos de Paciente Ambulatorio, Paciente Urgencias, Atención al usuario y su familia, Referencia y contra referencia; estos riesgos cuentan con cuarenta controles (40) controles (20, 12, 4 y 4 respectivamente).

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
Evaluación de Gestión por Dependencias



<b>Paciente Ambulatorio</b> Posibilidad que en la atención de Consulta Externa, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles propios y de otros proceso de apoyo.	100.0%	Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta): - Mejor identificación de los riesgos. - Control de las formas de materialización. - Mejor aplicación de los controles existentes. - Mayor claridad en el reporte trimestral de riesgos. - Estabilización de los eventos adversos. - Coordinación con las otras sedes para unificación y gestión del riesgo. - Controles 20
<b>Paciente Urgencias</b> Posibilidad de evento adverso o no resolutivez de la necesidad de salud durante la atención de los pacientes que demanden servicio de urgencias por no gestionar las fallas asistenciales o administrativas en los atributos relacionados (oportunidad, calidad, pertinencia, acceso, etc.) debido a deficientes o insuficientes controles	100.0%	Riesgo Materializado correspondiente al 3er. Trimestre de 2022. Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta): - Mejorar tiempo de atención de paciente clasificado como Triage II. - Mejorar admisión e ingreso administrativo de paciente que ingresa a urgencias. Controles 12
<b>Atención al usuario y su familia</b> Posibilidad de que el HUS o sus sedes reciban sanciones, llamados de atención o se inicien investigaciones administrativas o disciplinarias, etc., por parte de Entes de control o instancias Judiciales por emitir respuestas inoportunas, no pertinentes y/o incompletas, debido a Fallas en la aplicación de los procedimientos y controles.	100.0%	Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta): - Adherencia al procedimiento de Gestión de PQRSDF (atención al ciudadano). - Monitoreo, evaluación y seguimiento a los controles del proceso de Atención al Paciente y su Familia, bajo los lineamientos de la política de Administración del riesgo. - Programa de gestión y administración del riesgo y el procedimiento de administración del riesgo. - No se materializo ningún riesgo Controles 4
<b>Referencia y contra referencia</b> Posibilidad que en referencia y contra referencia, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles	100.0%	Respondió que NO sigue siendo este Riesgo del proceso NI tampoco pertenece a su proceso. Mejoras relacionadas (en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta): - Activación del módulo de referencia para el registro de las remisiones desde el Hospital. Controles a riesgo 4
<b>RIESGOS DE CORRUPCIÓN INSTITUCIONALES 2022</b> (Matriz de riesgos Corrupción 2022)		No se identifican riesgos de corrupción, ni riesgos compartidos y/o transversales a los procesos de la entidad.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
**Evaluación de Gestión por Dependencias**



**Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos del área:**

- La entidad no registra formato estándar para los seguimientos a los horarios de la información médica diaria a los familiares de los pacientes hospitalizados y en urgencias.
- La entidad registra debilidad en la socialización de los canales de consulta a los usuarios,
- En la matriz de riesgos Institucionales los controles son preventivos, no se discrimina si los controles son manuales o automáticos, no tienen claramente definidos aspectos como: EL REGISTRO, LA AUTORIZACIÓN Y LA APROBACIÓN.
- Se observan deficiencias y debilidades en la descripción de los riesgos así: a.) inicia la descripción del riesgo con la palabra posibilidad y no con probabilidad<sup>11</sup>, El lenguaje que se usa para describir la probabilidad del riesgo antes y después del control es poco técnica; b.) El cómo descrito no ayuda a identificar el riesgo; c.) Las consecuencias están descritas de manera general, en muchos de los riesgos se pone este mismo enunciado; d.) - El porqué del riesgo lo encontramos descrito de una manera general, en muchos de los riesgos donde se pone este mismo enunciado.

**Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:**

- Se debe buscar homogeneidad en los formatos de los seguimientos de la información médica diaria a los familiares de pacientes hospitalizados y en urgencias.
- Las socializaciones al ciudadano deben realizarse a todas las sedes de la entidad y obtener una medición que permita generar en los responsables acciones de mejora reales.
- Ajustar la redacción de los riesgos, los responsables y asesor de riesgos, teniendo en cuenta la metodología deberán decidir si ajusta la redacción o en la columna D de riesgo deja solo la descripción del evento de riesgo.
- Establecer las causas reales, realizar el análisis de probabilidad e impacto del riesgo identificado, la frecuencia entre otras, deben acreditar el atributo e importancia del riesgo.
- La entidad, en cada una del área, debe avanzar identificando la forma de implementación de sus controles, apuntando a que sea de su utilidad, esta implementación deberá ser automática de esta manera la eficiencia de los mismos se incrementará y la calificación se elevará.
- Se recomienda ser puntuales en la descripción del control con el fin de que el mismo tenga un diseño adecuado.
- Ser puntuales en la descripción del control con el fin de tener claro lo que es causa, el riesgo y consecuencia, entre otras.

Trabajar cada una de las recomendaciones en articulación con el Modelo integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el Modelo estándar de Control Interno -MECI y los estándares de Acreditación.

Firmas:

*Maria Clara R.*

MARIA CLARA MARTINEZ R  
Profesional Especializado - Auditor

YETICA HERNANDEZ  
Jefe Oficina de Control Interno

<sup>11</sup> implica que la entidad ha documentado y medido que algo así ocurra dentro del proceso, que esa documentación es la que justifica que este dentro de los riesgos institucionales.

