

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 1 de 14

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del informe	Evaluación Independiente Sistema de Control Interno - Segundo Semestre 2023
Dependencia (s)	Todos los procesos
Auditor:	Diana Patricia Bustos Vallejo

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de las funciones señaladas en la Ley 87 de 1993 y sus decretos reglamentarios, se indica que la evaluación y el seguimiento independiente y objetivo, es uno de los roles más relevantes de la responsabilidad que le corresponde a la Oficina de Control Interno (OCIN), de tal forma que esta es la encargada de la evaluación independiente del Sistema de Control Interno y de proponer las recomendaciones y sugerencias que contribuyan al mejoramiento y optimización de la gestión.

El ejercicio de evaluación y seguimiento es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consultoría, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones del Hospital Militar Central, fortaleciendo el cumplimiento de sus objetivos, aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.

A continuación, se presenta el informe de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, basado en el seguimiento a la gestión durante el periodo comprendido entre el 01 de julio al 31 de diciembre de 2023; donde se verificó la integración y articulación del Sistema de Control Interno y las dimensiones de que trata el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) arrojando como resultado el informe en mención.

2. OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO

Realizar la evaluación al Sistema de Control Interno del Hospital Militar Central (HOMIL), correspondiente al segundo semestre de la vigencia 2023, para dar cumplimiento a la Circular 100-006/19, la cual trata de los "Lineamientos Generales para el Informe Semestral de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno", (Decreto 2106/19).

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la existencia, implementación y operación en la Entidad, de los controles requeridos en cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno, de acuerdo con lo establecido en MECI.
- Evaluar de forma global y cualitativa la efectividad del Sistema de Control Interno en la Entidad.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 2 de 14

- Verificar la forma en la que se definió y se encuentra operando el esquema de las Líneas de Defensa en la Entidad, tal como está definido en la Séptima Dimensión (Control Interno) del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- Determinar de manera cuantitativa el nivel de avance del Sistema de Control Interno en la Entidad.

4. ALCANCE

El alcance del presente seguimiento se encuentra determinado, para la evaluación entre el 01 de julio y 31 de diciembre de 2023. (Segundo semestre /2023). Y comprende todos los procesos contenidos en el Sistema de Control Interno.

5. METODOLOGIA

Las técnicas aplicadas para el desarrollo de la evaluación al Sistema de Control Interno-SCI, comprenden: La verificación documental, el muestreo estadístico determinado en la matriz de evaluación de la Circular 100-006/19, la cual trata de los "Lineamientos Generales para el Informe Semestral de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno", (Decreto 2106/19, entrevistas, consulta de información registrada en la página web, intranet Institucional, Sistema Documental Institucional y Suite Visión Empresarial; teniendo en cuenta la información reportada por los diferentes Procesos, Áreas, Oficinas y Servicios que hacen parte de la estructura interna del HOMIL, utilizando como herramienta para tal fin el Formato de Evaluación, "Presente y Funcionando"; del Departamento Administrativo de la Función Pública.

6. CRITERIO LEGAL

- 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" (en especial el Artículo 14 - modificado por el artículo 156 del Decreto Nacional 2106 de 2019).
- Decreto Nacional 2106 de 2019 (artículo 156) - "Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública".
- Circular 001-006 de 2019.
- ARTÍCULO 156. Reportes del responsable de Control Interno. El artículo 14 de la Ley 87 de 1993, modificado por los artículos 9 de la Ley 1474 de 2011 y 231 del Decreto 019 de 2012, quedará así: (...) El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave. (...) Los informes de los

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 3 de 14

funcionarios del control interno tendrán valor probatorio en los procesos disciplinarios, administrativos, judiciales y fiscales cuando las autoridades pertinentes así lo soliciten

- Formato Informe de Evaluación Independiente del estado del Sistema de Control Interno - Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Política de operación para la administración del riesgo en el Hospital Militar Central versión 4 y 5
- Matriz de riesgos publicadas en la pagina del Hospital militar Central
- Informes de monitoreo a riesgos emitidos por la OAPL y la OCIN
- Guía para la Administración de Riesgos y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, (versión 06)

7. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

Una vez realizada la evaluación de los 5 componentes del Sistema de Control Interno a saber: 1- Ambiente de Control, 2- Evaluación de Riesgos, 3- Actividades de Control, 4- Información y Comunicación y 5- Monitoreo, en los términos de la Circular 100-006/19, dentro de los cuales se evalúa cada componente, sus lineamientos y aspectos a evaluar, bajo la premisa de: "PRESENTE Y FUNCIONANDO", en el periodo comprendido entre el 01 de julio y el 31 de diciembre 2023, se obtuvo una calificación por cada uno de los componentes, los cuales se detallan más adelante en el presente informe.

En la imagen N°1, se da a conocer la conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno, donde se afirma que todos los componentes se encuentran funcionando, no obstante, su efectividad para el periodo evaluado no fue del 100%, ya que durante la evaluación se identificaron varias falencias, las cuales requieren de análisis, fortalecimiento de controles y de cumplimiento de actividades por parte de algunas áreas que impactaron los procesos.

Imagen N°1.



HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
		VERSIÓN: 02
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Página 4 de 14
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		

En cuanto al resultado de la calificación reflejada en la imagen N°2, por cada uno de los componentes, frente a la evaluación anterior, donde se contaba con la calificación del 99% y en la última evaluación con corte al 31 de diciembre se observa una variación del 5 % concluyendo con un resultado del 94%, esto obedece a que, se observó cumplimiento y control parcial de algunas actividades con relación a los cinco (5) componentes evaluados, por lo que es necesario estudiar los procesos, dar cumplimiento a las diferentes actividades, formular controles e indicadores que permitan contribuir a la toma de decisiones y a la articulación de procesos del Hospital Militar Central, impactando de manera positiva en el resultado.

Imagen N°2

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	SI	92%	En cuanto a las debilidades de la Dirección, se observó cumplimiento y control parcial de algunas actividades con relación a la Unidad de Teletextos, legalística de integridad, la información y comunicación y la evaluación de resultados; por lo que se necesita articular las acciones y formular controles e indicadores que permitan contribuir a la toma de decisiones y a la articulación de procesos del Hospital Militar Central, impactando de manera positiva en el resultado. No obstante, se evidencian aspectos de fortalecimiento en cuanto a la Unidad de Defensa de acuerdo con el Plan de Planeación y Gestión, como lo son la evidencia de cumplimiento de los resultados de la participación en el análisis y verificación del Sistema de Control Interno por parte del Comité Interdisciplinario de Control Interno, capacitación y asistencia a comités, entre otros.	98%	La verificación realizada en períodos anteriores, se observó como punto a fortalecer. La diligencia asistida de una línea de denuncia interna, sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos del Código de Integridad, otro aspecto fue el fortalecimiento y capacitación de la Unidad de Defensa de acuerdo con el MPD, en especial la primera línea. Este componente mejoró en el 22, respecto al anterior modificado.	2x
Evaluación de riesgos	SI	91%	Durante la evaluación se observó que para la vigencia 2023 se materializaron varios riesgos, por lo cual, se necesita que la segunda línea de defensa realice acciones por medio de la Unidad de Trabajo con la Dirección de Investigación (Primera Línea de Defensa), de tal forma que contribuya a la identificación de los factores que han propiciado la materialización de estos y adicionalmente de los artículos de control a aplicar. También se observa como fortaleza en este componente, la constante medición de los riesgos, a través de la herramienta que el SGEI utiliza para registrar y auditar resultados por tercera línea de defensa.	100%	Se observó como fortaleza en este componente, la constante medición de los riesgos, a través de la herramienta que el SGEI utiliza para registrar y auditar resultados por tercera línea de defensa.	Se mantiene
Actividades de control	SI	96%	Se identificaron algunas falencias conforme al control realizado a los riesgos, ya que la segunda línea de defensa debe asegurar las acciones. Por lo anterior, se recomienda tener presente documentar como retroalimentación de la materialización, emitir por las líneas involucradas, ya que, el análisis de la actividad se aparta momentáneamente de la actividad de los controles, con el fin de mitigar la materialización de estos. Se tiene en cuenta que en la primera línea de defensa se requiere de la gestión de la información, la cual se debe garantizar de manera permanente de la evidencia de la ejecución de control y seguimiento de los riesgos materializados, la Oficina de Planeación debe estar en la capacidad de articular documentos, y emitirlos todos los meses que se requieren, ya que esta es la única que realiza el seguimiento de los riesgos y también se a que la primera línea de defensa, en el control de los riesgos materializados. Como fortaleza se observó el informe de monitoreo y seguimiento durante la vigencia con relación al mapa de riesgos.	96%	El seguimiento por parte de la tercera línea de defensa a los controles en la Tecnología de la Información, implementado para asegurar que los riesgos relacionados se mitiguen. En el estado actual de la verificación se observó que la tercera línea, no dispuso de personal idóneo capacitado en Tecnología de la Información para desarrollar la función de seguimiento.	8x
Información y comunicación	SI	93%	Se observó que el aplicativo SIGEP lleva encuentros de actualización de datos de manera mensual y una evidencia de publicación sobre la publicación de los datos y estado de los controles por el aplicativo de Información Pública. También se evidenció la existencia de un riesgo en cuanto a la asignación de citas, ya que este procedimiento no tiene de manera correcta. Igualmente se identificó la materialización de un riesgo por el vencimiento de términos ante un recurso de derecho de petición. Por lo tanto, se debe de asegurar de manera oportuna, la cual contribuya a la evidencia de la dimensión de la dirección de información estratégica y planeación. Como fortaleza se observó el desarrollo de las actividades asignadas en el componente a través del área de Comunicación, permitiendo contar con el cumplimiento del mismo, como lo es la publicación de la información relevante sobre las acciones, presentaciones, informes, planes de mejoramiento, entre otros, que contribuyen a la toma de decisiones y a la articulación de los procesos.	100%	El desarrollo de las actividades asignadas en el componente, a través del área de Comunicación, permitiendo contar con el cumplimiento del mismo componente.	Se mantiene
Monitoreo	SI	100%	El seguimiento periódico y constante por parte de la Alta Dirección, la segunda línea de defensa y la tercera línea de defensa, permitiendo determinar que este componente se encuentra fortalecido; no obstante, se requiere un trabajo conjunto entre la Dirección de Investigación con el fin de que haya una articulación más eficiente, de tal modo que las acciones se realicen de manera eficiente y las acciones se cumplan de manera efectiva.	100%	El seguimiento periódico y constante por parte de la Alta Dirección, la segunda línea de defensa y la tercera línea de defensa, permitiendo determinar que este componente se encuentra fortalecido.	Se mantiene

Fuente: Matriz de Medición del Departamento Administrativo Función Pública. Oficina de Control Interno HOMIL-Julio a diciembre de 2023.

8. VARIACIÓN SEMESTRAL EN EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DESDE EL 2021 AL 2023

En la tabla N°1, se menciona el comportamiento en cuanto a las calificaciones obtenidas como producto de las evaluaciones independiente del Sistema de Control Interno el cual se detalla por año y semestres evaluados a partir del 2021.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 5 de 14

Tabla N°1

COMPONENTES	AÑO 2021		AÑO 2022		AÑO 2023	
	SEMESTRE	SEMESTRE	SEMESTRE	SEMESTRE	SEMESTRE	SEMESTRE
	1	2	1	2	1	2
AMBIENTE DE CONTROL	98%	98%	98%	100%	100%	92%
EVALUACIÓN DE RIESGOS	100%	100%	100%	100%	97%	91%
ACTIVIDADES DE CONTROL	96%	96%	96%	100%	100%	96%
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	100%	100%	100%	100%	100%	93%
ACTIVIDADES DE MONITOREO	100%	100%	100%	100%	96%	100%
TOTAL	99%	99%	99%	100%	99%	94%

Fuente: elaboración propia, con base en los resultados arrojados en la Matriz de Medición del Departamento Administrativo Función Pública.

De acuerdo con los datos anteriores, el nivel de cumplimiento de los componentes del sistema de control interno, para el segundo semestre del 2021, arrojó una calificación del 99%; para el 2022 la calificación fue del 100%, y para el primer semestre del 2023 el cumplimiento fue del 99%. No obstante; para el presente período se observó una variación en los diferentes componentes de evaluación, tal como se detalla en la tabla anterior, obteniendo como resultado el 94% de cumplimiento para el segundo semestre del 2023. Lo anterior como consecuencia de las debilidades presentadas en los seguimientos, evaluación estratégica del talento humano, controles y alineación en la formulación de la Política de Operación para la Administración del Riesgo del Hospital Militar Central, acatando la normativa vigente consignada en la "Guía para la Administración de Riesgos y el Diseño de Controles en Entidades Públicas", por lo cual, es necesario fortalecer controles y dar cumplimiento a las diferentes tareas.

9. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

De acuerdo con algunos riesgos materializados en la vigencia 2023, se observó lo siguiente:

Riesgo Materializado: Gestión de Comunicaciones y Atención al Ciudadano:

se observó comportamiento cuatrimestral de la siguiente manera.

Imagen N°3

Reporte de riesgo materializado I Cuatrimestre 2023	Reporte de riesgo materializado II Cuatrimestre 2023	Reporte de riesgo materializado III Cuatrimestre 2023
81 Eventos	100 Eventos	89 Eventos

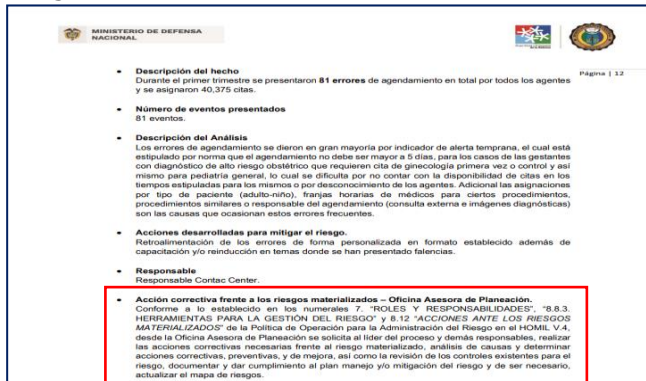
Fuente de información: Seguimiento Mapa de Riesgos de Gestión 2023-Corte diciembre 20/2023

Lo anterior indica posible falta de asesoría, control y/o ajustes de controles al mapa de riesgos por parte de la segunda línea de defensa.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 6 de 14

Dentro del informe de monitoreo a riesgos, menciona las acciones de mejora frente a los riesgos materializados.

Imagen N°4



Fuente de información: informes de monitoreo al mapa de riesgos- 2023

No obstante, se observa ausencia de acciones correctivas por parte de la segunda línea de defensa en los informes de monitoreo al mapa de riesgos; un ejemplo de ello, son los 81 eventos presentados en el cuatrimestre I, para el cuatrimestre II, aumentaron los eventos en 19, y para el cuatrimestre III se observaron 89, estado por encima del cuatrimestre I.

Riesgo Materializado: Proceso de atención ambulatoria-servicio de urgencia: Otro ejemplo es la reiterada materialización del riesgo en cada uno de los periodos monitoreados en el año 2023, en donde se observa que, para cada cuatrimestre, se presentó un incremento en la ocurrencia de eventos representativos del mismo riesgo.

Imagen N°5

Reporte de riesgo materializado I Cuatrimestre 2023	Reporte de riesgo materializado II Cuatrimestre 2023	Reporte de riesgo materializado III Cuatrimestre 2023
48 Eventos	62 Eventos	96 Eventos

Fuente de información: Seguimiento Mapa de Riesgos de Gestión 2023-Corte diciembre 20/2023

Acción correctiva frente a los riesgos materializados – Oficina Asesora de Planeación.
Conforme a lo establecido en los numerales 7. "ROLES Y RESPONSABILIDADES", "8.8.3. HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO" y 8.12 "ACCIONES ANTE LOS RIESGOS MATERIALIZADOS" de la Política de Operación para la Administración del Riesgo en el HOMIL V.4, desde la Oficina Asesora de Planeación se solicita al líder del proceso y demás responsables, realizar los correctivos necesarios frente a los riesgos materializados, e iniciar el análisis de causas y determinar acciones correctivas, preventivas, y de mejora, así como la revisión de los controles existentes, documentar y dar cumplimiento al plan manejo y/o mitigación del riesgo y de ser necesario, actualizar el mapa de riesgos.

Fuente de información: informes de monitoreo al mapa de riesgos- 2023

De igual manera se sigue observando ausencia de acciones correctivas por parte de la segunda línea de defensa en los informes de monitoreo al mapa de riesgos

Nota: los demás ejemplos posiblemente se observan en los informes de monitoreo al mapa de riesgos históricos emitidos en el 2023

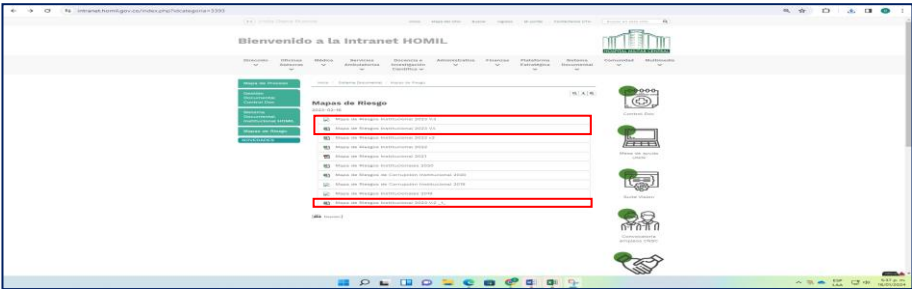
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 7 de 14

Conforme a lo anterior, Presuntamente, la Política del Operación para la Administración del Riesgo en el Hospital Militar Central, no se encuentra alineada con el mapa de riesgos, en cuanto a las actualizaciones de los controles, toda vez que se actualiza el mismo.

Verificación de controles

Con relación a los riesgos anteriormente mencionados, los cuales se materializaron durante la vigencia 2023; al momento de la verificación de controles, se tuvo en cuenta las diferentes versiones del mapa de riesgos publicados en la página web del Hospital Militar Central.

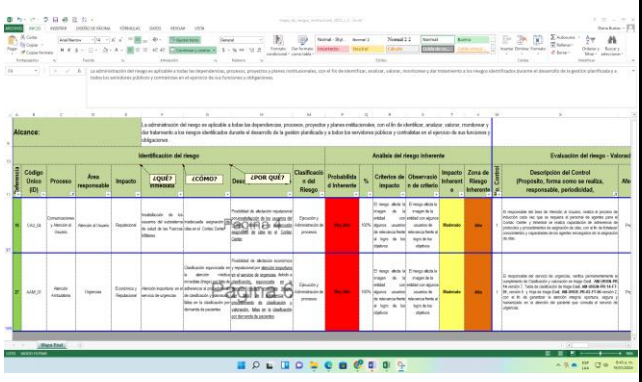
Imagen N°6



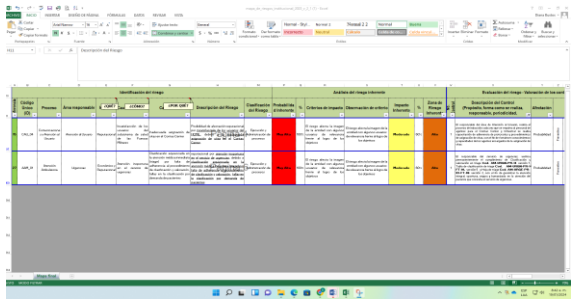
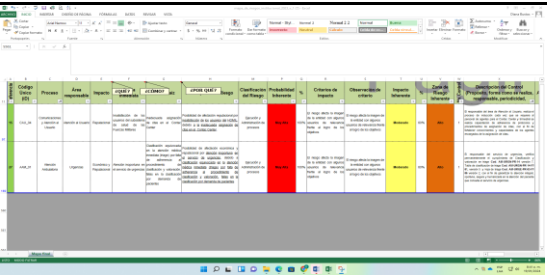
Fuente de información: Pagina web del Hospital militar central

Como resultado del análisis anterior de obtuvo lo siguiente.

Tabla N°2

Versiones del mapa de riesgos	Mapa de Riesgos
Versión 3	

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 8 de 14

Versiones del mapa de riesgos	Mapa de Riesgos
Versión 2	
Versión 1	

Fuente de información versiones de mapas de riesgo publicados

De acuerdo al análisis de información de las 3 versiones del mapa de riesgos, donde se tomaron de manera aleatoria dos (2) riesgos materializados, los cuales fueron objeto de verificación de controles, causa raíz y descripción del riesgo y conforme a lo evidenciado anteriormente, se concluye que, la Oficina Asesora de Planeación, presuntamente, no realizó diseño de nuevos controles con el fin de mitigar la materialización de los riesgos; adicionalmente, la causa raíz y la descripción, se mantuvieron iguales en las diferentes versiones, a pesar de que en la Política de Operación para la Administración del Riesgo en el Hospital Militar Central, menciona: *"si se materializó el riesgo, describa brevemente el hecho y especifique el área y/o servicio en donde tuvo lugar "Descripción numérica ¿Cuántos hechos se presentaron?" realizó análisis de causa raíz "¿Si-No? Descripción del Análisis, acciones desarrolladas para mitigar el riesgo materializado."*

Por lo cual, se entiende que toda vez que se materialice un riesgo, se debe describir el hecho, y en las 3 versiones del mapa de riesgos, posiblemente, no se tuvo en cuenta esa actualización, ya que, a pesar de que se materializaron durante toda la vigencia, esta descripción permaneció igual.

Por otra parte, es importante mencionar que durante la vigencia 2023 se estuvieron materializando casi los mismos riesgos.

10. CONDICIÓN

Matriz mapa de riesgos 2023

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 9 de 14

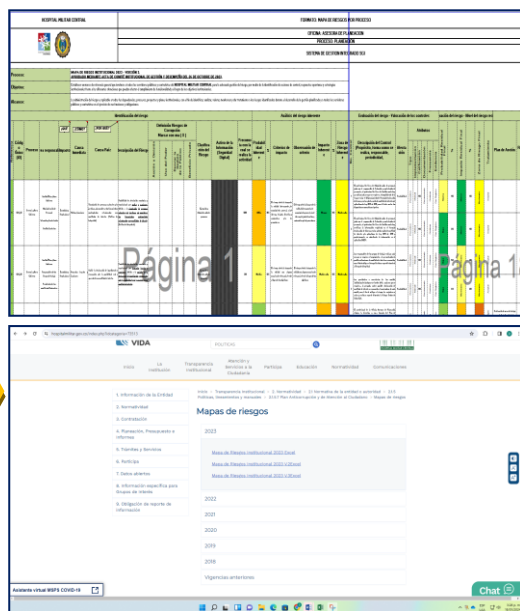
CRITERIO: Política de Operación para la Administración del Riesgo en el Hospital Militar Central, versión 4 y 5 y la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas versión-06, emitida en noviembre de 2022, por el Departamento Administrativo de la Función Pública

OBSERVACIÓN:

Presunta falta de seguimiento y control a la matriz mapa de riesgos; así mismo, se pudo establecer que la Política del Operación para la Administración del Riesgo en el Hospital Militar Central, probablemente, no se encuentre alineada con dicho mapa de riesgos.

HALLAZGO: La Oficina de Control Interno, durante la verificación de información, evidenció que, posiblemente, en la matriz de riesgos publicada en la página web del Hospital Militar Central, no se contemplaron los riesgos fiscales, conforme al módulo de lineamientos incluidos en la Guía para la Administración de Riesgos y el Diseño de Controles en Entidades Públicas versión 06- noviembre de 2022, emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP.

Imagen N°9



Mapa de riesgos
vigencia 2023

Fuente de información: Pagina web del hospital Militar Central

Imagen N°10



Normatividad
Vigente- DAFP

Adicionalmente, no se evidenció la publicación de la Política y lineamientos sectoriales e institucionales, versiones 6, emitida por la Función Pública en el 2022.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 10 de 14

Imagen N°11



Fuente de Información: <https://www.hospitalmilitar.gov.co/index.php?idcategoria=73205>

CAUSAS: Probablemente, desconocimiento de la norma y falta de control en cuanto al seguimiento del mapa de riesgos.

CONSECUENCIAS: Probabilidad alta de sanciones por parte de los entes de control. Posible lesión al patrimonio público, representado por el menoscabo, pérdida o deterioro de los bienes de la entidad.

RECOMENDACIONES

- Aplicar en la matriz del mapa la Guía para la Administración de Riesgos y el Diseño de Controles en Entidades Públicas versión-6, de noviembre de 2022, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP.
- Realizar seguimiento constante al mapa de riesgos.
- Fortalecer controles y brindar asesorías a la primera línea de defensa, toda vez que lo requieran y levantar las respectivas actas.
- Estar atenta de los lineamientos emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, con el fin de que la Política de Operación para la Administración del Riesgo en el Hospital Militar Central se encuentre alineada con la normativa vigente y de la misma manera con la matriz mapa de riesgos.
- Realizar socialización a las demás áreas del Hospital Militar Central, toda vez que sea ajustada la matriz de riesgos.
- Publicar informes de monitoreo al mapa de riesgos, con el fin de dar cumplimiento a la política de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la cual hace parte de la Dimensión de Información y Comunicación.
- Tener a disposición las evidencias de la materialización de los riesgos con el fin de contribuir a la mitigación de estos y dar cumplimiento a la ejecución del mapa de riesgos. Así mismo, debe facilitar dicha información a las demás áreas que lo requieran, con el fin de permitir el desarrollo de los procesos internos de la entidad.

11. OBSERVACIONES GENERALES

- Cumplimiento parcial de algunas actividades con relación a la Unidad de Talento humano.
- Evaluaciones de desempeño incompletas.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 11 de 14

- Ausencia de evaluaciones que permitan medir el impacto del Plan Institucional de Capacitación.
- Incremento en la materialización de la ocurrencia reiterada de eventos representativos del mismo riesgo.
- Posibles falencias en el control realizado a los riesgos, ya que, según la “Política de operación para la administración del riesgo en el Hospital Militar Central”, es la segunda línea de defensa la llama a asesorar los procesos con el fin de mitigar la materialización de estos.
- Ausencia de documentación relacionada con evidencias, producto de las materializaciones aportadas a la Oficina de Planeación, por las áreas involucradas.
- Ausencia de control para la publicación de documentación en aplicativos externos, como son: Sigep II, Secop II, y Aplicativo de la Integridad Pública, ley 2013 de 2019, entre otros. A pesar de que en el informe de seguimiento al Sigep II para la vigencia 2023 se recomendó implementar dicho control en el mapa de riesgos, esto no se evidenció para el periodo evaluado.
- Desactualización en los diferentes módulos que componen el SIGEP II.
- Posible materialización de un riesgo por el vencimiento de términos ante un recurso de derecho de petición.
- Posible omisión de entrega de información de manera oportuna, la cual contribuiría a la evaluación del sistema de Control.
- Durante la evaluación a la gestión institucional por dependencias –Plan de Acción, la Oficina de control Interno observó en el aplicativo Suite Visión Empresarial, que algunas áreas y /o unidades, no cumplieron en su totalidad, con los reportes de acuerdo con la periodicidad de los diferentes indicadores.

12. RECOMENDACIONES GENERALES

- Fortalecer controles y cumplir con los programas propuestos y de ser necesario medir los mismos, con el fin de conocer su impacto.
- Realizar asesorías por medio de mesas de trabajo con las diferentes áreas involucradas, (Primera línea de defensa), y documentarlas de tal forma que contribuyan a la identificación de los factores que han influido en la materialización de riesgos; adicionalmente, se debe establecer controles eficaces. Por lo anterior, se recomienda tener presente documentos como los entregables productos de la materialización, emitidos por las áreas involucradas, ya que el análisis de estos podría aportar al momento de elaboración de los controles, con el fin de mitigar la materialización de riesgos.
- Trabajar de manera concomitante entre las diferentes áreas, a fin de establecer una articulación más eficiente, para que los procesos alcancen su mayor eficacia y los objetivos se cumplan de manera efectiva.
- Fortalecer controles y cumplimiento de las actividades conforme a los diferentes procedimientos.
- Evaluar el impacto de las capacitaciones.
- Estudiar los procesos y formular controles e indicadores que permitan contribuir a la toma de decisiones y a la articulación de procesos del Hospital Militar Central, impactando de manera positiva en el resultado.
- Fortalecer la articulación de los diferentes procesos con los sistemas de información, con el fin de potencializar la gestión del Sistema de Control Interno- SCI y mantener su cumplimiento.
- Evaluar y/o reformular los controles para el seguimiento a riesgos con el fin de que sea efectivos y permitan mitigar la materialización de estos.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 12 de 14

- Tener en cuenta la Ley 1712 de 2014” Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones “
- Iniciar con la culminación de tareas y fortalecimiento de controles a que tenga lugar de acuerdo con los diferentes procesos, con el fin de que, en la siguiente evaluación, se alcance un cumplimiento del 100%.
- Incluir riesgos fiscales para la vigencia, conforme a la normativa vigente.
- La Oficina Asesora de Planeación debe contar con base de datos de riesgos materializado en vigencias actuales y anteriores, con el fin de que, estos contribuyan a la administración de riesgos.
- sugiere incluir en el plan de acción 2024 indicador que permita medir el impacto del Plan Institucional de Capacitaciones –PIC
- Primera línea de Defensa, documentar las acciones de la mitigación del riesgo y fortalecer el análisis
- Segunda Línea de Defensa documentar las acciones que realizan toda vez que se encuentre la alerta de un riesgo que se materializa de manera reiterada.
- Realizar monitoreo frente al manejo del formato mapa de riesgos, propiamente en la parte de la mitigación del riesgo, toda vez que sean materializados.

• CONCLUSIONES GENERALES

- Para el segundo semestre de la vigencia 2023, se dio cumplimiento al informe de evaluación independiente del Sistema de Control Interno, obteniendo una calificación del 94%, conforme a la Circular 100-006/19, la cual trata de los “Lineamientos Generales para el Informe Semestral de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno”, (Decreto 2106/19).
- La evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno del HOMIL, para el segundo semestre de 2023, arrojó como resultado de cumplimiento un 90% en el componente de ambiente de control, la evaluación del riesgo obtuvo, 91%, para actividades de control el cumplimiento fue del 92%, información y comunicación un 89% de cumplimiento y para monitoreo el cumplimiento fue del 100%. Teniendo en cuenta lo anterior, el resultado final fue del 94%, en consecuencia, no fue posible mantener el porcentaje del periodo anterior, esto se dio debido a la identificación de materialización de riesgos, desactualización de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, e implementación de controles para riesgos fiscales, entre otros factores relacionados con el cumplimiento de actividades y procedimientos.
- Los cinco componentes se encuentran presentes y funcionando, pero los controles implementados por las áreas, unidades y/o servicios, no están siendo efectivos.

En la tabla N°3, se detalla los componentes y la preguntas que obtuvieron calificación entre 1,2 conforme a la matriz de de Medición del Departamento Administrativo Función Pública dispuesta para la evaluación al Sistema de control Interno.

Tabla N°3

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO SEMESTRE II. 2023									
CALIFICACIONES									
No	COMPONENTES	CALIFICACIÓN FINAL	PREGUNTAS	CRITERIOS	CANTIDAD DE PREGUNTAS	FUNCIONANDO- CALIFICACIONES entre 1,2 y 3			OBSERVACIONES OCIN
						1	2	3	

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 13 de 14

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO SEMESTRE II. 2023									
CALIFICACIONES									
No	COMPONENTES	CALIFICACIÓN FINAL	PREGUNTAS	CRITERIOS	CANTIDAD DE PREGUNTAS	FUNCIONANDO-CALIFICACIONES entre 1,2 y 3			OBSERVACIONES OCIN
						1	2	3	
1	Ambiente de control	92%	1.1 Aplicación del Código de integridad (incluye análisis de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores públicos de la entidad, u otros temas relacionados)	Dimensión de Talento Humano Política de Integridad	24		X		Se observó materialización de vencimiento de términos a derecho de petición
			4.1 Evaluación de la planeación estratégica del Talento Humano	Dimensión de Talento Humano Política de Gestión Estratégica del Talento Humano Dimensión de Control Interno Línea de defensa			X		A la fecha, para la vigencia 2022 se realizaron 220 Evaluaciones de desempeño laboral a personal de carrera administrativa. En cuanto al total de evaluaciones realizadas, teniendo encuenta libre nombramiento y remoción, se han realizaron 868, de un total de 1.003 , quedando pendiente 135 , relacionadas con provisionalidad y algunos de libre nombramiento y remoción. Adicional no se completado la actualización de información en el módulo SIGEP II.
			4.3 Evaluación de las actividades relacionadas con la permanencia del personal	Dimensión de Talento Humano Política de Gestión Estratégica del Talento Humano Dimensión de Control Interno Línea de Defensa			X		A la fecha, para la vigencia 2022 se realizaron 220 Evaluaciones de desempeño laboral a personal de carrera administrativa. En cuanto al total de evaluaciones realizadas, teniendo encuenta libre nombramiento y remoción, se han realizaron 868, de un total de 1.003 , quedando pendiente 135 relacionadas con provisionalidad y algunos de libre nombramiento y remoción.
			4.6 Evaluar el impacto del Plan Institucional de capacitaciones -PIC	Dimensión de Talento Humano Política de Gestión Estratégica del Talento Humano Dimensión de Control Interno Línea de Defensa		X			No se observaron soportes de evaluación del impacto del Plan Institucional -PIC
2	Evaluación de Riesgo	91%	6.1 La entidad Cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos estratégicos Operativos	Dimensión de Direccionamiento y Planeación Política de Planeación Institucional	17		X		La Oficina de Control Interno, recomienda al área, la publicación oportuna y completa de la información en la aplicativo suite visión dentro de los tiempos establecidos, con el fin de agilizar el proceso de evaluación. De igual manera sugiere incluir en el plan de acción 2024 indicador que permita medir el impacto del Plan Institucional de Capacitaciones -PIC
			7.4 Cuando se detecten materializaciones de riesgo, se definen los recursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente	Dimensión de Direccionamiento y Planeación Política de Planeación Institucional Dimensión Control Interno Líneas de Defensa			X		Se observó para algunos riesgos materializados como lo son: Gestión de Comunicaciones y Atención al Ciudadano y Proceso de atención ambulatoria-servicio de urgencia , por cada una de las versiones del mapa de riesgos los controles posiblemente no fueron actualizados Por lo anterior, se recomienda a la Primera línea de Defensa, documentar las acciones relacionadas con la mitigación del riesgo y fortalecer el análisis.
			7.5 Se llevaron a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materialización de riesgo detectados	Dimensión de Evaluación de Resultados política de seguimiento y evaluación al desempeño institucional Dimensión de Control Interno Líneas de defensa				X	Frente a la información clave de la materialización del riesgo, no se suministró la consolidación de los registros y/o evidencias; la a OCIN, ya que la OAPL amparándose en la política de operación para la administración del riesgo en el Hospital Militar central, V4 y 5, anuncia: "La primera línea de defensa será responsable de garantizar el repositorio, custodia y disposición permanente de las evidencias tanto de la ejecución de controles, como las evidencias registradas en el Plan de Manejo y/o mitigación del riesgo." Se observó para algunos riesgos materializados como lo son: Gestión de Comunicaciones y Atención al Ciudadano y Proceso de atención ambulatoria-servicio de urgencia , por cada una de las versiones del mapa riesgos los controles posiblemente no fueron actualizados Se observa ausencia de acciones correctivas por parte de la segunda línea de defensa en los informes de monitoreo al mapa de riesgos. Se recomienda a la Segunda Línea de Defensa documentar las acciones que realicen toda vez que se identifique la alerta de un riesgo que se ha venido materializando de manera reiterada.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 14 de 14

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO SEMESTRE II. 2023									
CALIFICACIONES									
No	COMPONENTES	CALIFICACIÓN FINAL	PREGUNTAS	CRITERIOS	CANTIDAD DE PREGUNTAS	FUNCIONANDO-CALIFICACIONES entre 1,2 y 3			OBSERVACIONES OCIN
						1	2	3	
3	Actividades de Control	96%	12.3 Monitoreo a los riesgos acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad	Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación política de Planeación Institucional	12		X	11	Conforme al monitoreo, la Oficina Asesora de Planeación, debe realizar el diseño de nuevos controles con el fin de mitigar la materialización de los riesgos; es importante mencionar que de los 2 riesgos analizados los cuales se materializaron durante la vigencia 2023, se observó que la causa raíz y la descripción, se mantuvieron iguales en las diferentes versiones, a pesar de que en la Política de Operación para la Administración del Riesgo en el Hospital Militar Central, menciona: "si se materializó el riesgo, describa brevemente el hecho y especifique el área y/o servicio en donde tuvo lugar "Descripción numérica ¿Cuántos hechos se presentaron?" realizó análisis de causa raíz "¿Si-No? Descripción del Análisis, acciones desarrolladas para mitigar el riesgo materializado Por lo anterior, se entiende que toda vez que se materialice un riesgo, se debe describir el hecho, y en las 3 versiones del mapa de riesgos, posiblemente, no se tuvo en cuenta esa actualización, ya que, a pesar de que se materializaron durante toda a la vigencia, esta descripción permaneció igual. Por otra parte, es importante mencionar que durante la vigencia 2023 se estuvieron materializado casi los mismos riesgos. Se recomienda, realizar monitoreo frente al manejo del formato mapa de riesgos, propiamente en la parte de la mitigación del riesgo, toda vez que sean materializados.
4	Información y Comunicación	93%	13.3 La entidad considera un ámbito amplio de fuentes de datos (Internas y externas), para la captura y procesamiento posterior de información clave para la consecución de metas y objetivos	Dimensión de Información y Comunicación Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública	14		X		La OCIN recomienda a la UTH seguir trabajando de manera articulada con el DAFP, con el fin de obtener la actualización los módulos correspondientes al aplicativo SIGEPIL, de igual manera también recomienda cargar las declaraciones de bienes y rentas de los contratistas por el aplicativo por la integridad pública.
			15.3 La entidad cuenta con procesos o procedimientos para el manejo de la información entrante (quien la recibe, quien la clasifica, quien la analiza) y la respuesta requerida (quien la canaliza y la responde)	Dimensión de Información y Comunicación Política de Gestión Documental de Transparencia, acceso a la información Pública y lucha contra la corrupción			X	12	Se observó materialización de vencimiento de términos a derecho de petición. Es importante mencionar que para la vigencia evaluada se generó plan de mejoramiento relacionado con de atención al usuario articulado con la UTH, el cual no fue efectivo, dado que la situación identificada persiste;
5	Monitoreo	100%			14			14	

Fuente: Matriz de Medición del Departamento Administrativo Función Pública

Cordialmente,



Diana Patricia Bustos Vallejo
Auditor Administrador de Empresas OPS